



PARLAMENTO DE CANTABRIA

**DIARIO DE SESIONES**

Año XXIII - VI LEGISLATURA - 25 de noviembre de 2004 - Número 62 - Página 1371 - Serie B

**COMISIÓN DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES**

**PRESIDENTE: ILMA. SRA. D<sup>a</sup>. MARÍA CRISTINA PEREDA POSTIGO**

**Sesión celebrada el jueves, 25 de noviembre de 2004**

\*\*\*\*\*

**ORDEN DEL DIA**

Único. Comparecencia de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales, a petición propia, ante la Comisión correspondiente, a fin de informar sobre la elaboración de una ley de garantías de demoras para los usuarios del sistema sanitario. (BOPCA nº 115, de 19.05.2004). [6L/7810-0023].

\*\*\*\*\*

(Comienza la sesión a las doce horas y cinco minutos)

\*\*\*\*\*

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):  
Buenos días a todos y a todas.

Comenzamos esta Comisión, dando las gracias a la Consejera de Sanidad por su presencia, así como a los Altos Cargos.

Y el desarrollo de esta Comisión, en principio empezará con la exposición de la Sra. Consejera -sin tiempo- para a continuación los Grupos Parlamentarios, diez minutos cada uno.

La Sra. Consejera responderá a cada uno de los Portavoces de los Grupos y si fuera necesario y lo considera así, tendrían 5 minutos cada Grupo en un segundo turno de intervención.

Sra. Secretaria.

LA SRA. PEÓN PÉREZ: Punto Único en el Orden del día.

Comparecencia de la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales, a petición propia, ante la Comisión correspondiente, a fin de informar sobre la elaboración de una ley de garantías de demoras para los usuarios del sistema sanitario.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Consejera cuando quiera.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón): Muchas gracias, Sra. Presidente.

Muy buenos días, como ustedes saben, diferentes razones han motivado que una comparecencia parlamentaria -a petición propia- para informar de la política de esta Consejería respecto de la elaboración de una ley de garantías de demora para los usuarios del Servicio Cántabro de Salud, se haya retrasado varios meses para finalmente tener lugar hoy.

Espero que el debate que hoy iniciamos, culmine en un gran acuerdo estratégico sobre el importante problema que suponen las actuales listas de espera.

Para contribuir a contextualizar dicho debate me van a permitir que les hable del fenómeno listas de espera, no sólo desde las cifras o la realidad de Cantabria sino desde el estado actual del conocimiento experto sobre un problema que afecta a todos los sistemas sanitarios similares al nuestro, para después informarles de nuestra propuesta de elaboración de una ley de garantías en la atención sanitaria

especializada.

Como bien saben ustedes, cuando un ciudadano o una ciudadana, tienen un problema de salud o desean una consulta de carácter preventivo, acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria o a la consulta de pediatría.

En el año 2003, se realizaron 4.686.595 consultas en atención primaria y en este año y hasta octubre 3.168.549.

En algunas ocasiones estos profesionales de atención primaria, solicitan pruebas diagnósticas que se realizan en atención especializada. Voy a dar sólo los datos de algunas de las pruebas más comunes. En el año 2003 se realizaron 8.264.505 determinaciones analíticas, 326.918 radiografías, 26.775 tomografías, 16.573 mamografías, 53.443 ecografías, 12.545 resonancias.

Y en el año 2004, y hasta octubre se han realizado 7.905.609 determinaciones analíticas, 260.102 radiografías, 22.572 scanner, 7.944 mamografías, 45.346 ecografías y 10.426 resonancias.

Si los médicos de atención primaria consideran que deben contar con una opinión de especialista, solicitan consulta en atención especializada. En 2003 se realizaron 226.044 primeras consultas de especialista.

De enero a octubre, 190.604 y en el mismo periodo de 2004 se han realizado 194.469.

Por supuesto, los especialistas realizan además a estos pacientes tantas consultas sucesivas como son necesarias.

Por último, es posible que el paciente necesite una intervención quirúrgica. En 2003 se realizaron 22.772 intervenciones quirúrgicas. 18.896 de enero a octubre, y 21.300 en el mismo periodo de este año.

En ocasiones, los ciudadanos acuden a la urgencia de atención primaria, 252.943 lo hicieron en 2003, de los que fueron derivados al hospital el 5 por ciento. Y hasta octubre de este año lo han hecho 203.705, de los que han sido derivados el 4,5 por ciento.

En otras ocasiones acuden a las urgencias hospitalarias por decisión propia. En 2003, se atendieron 288.080 urgencias hospitalarias. 240.427 de enero a octubre. Y en 2004 y hasta octubre, en el mismo periodo, 244.160.

En estos casos se realizan las pruebas diagnósticas, y el paciente recibe la atención especializada que precisa de manera inmediata. Esta

atención puede requerir una intervención urgente, inmediata. En 2003 se realizaron 5.848 intervenciones quirúrgicas urgentes, y en los meses transcurridos de 2004, se ha realizado 4.813.

Como vemos, las consultas de atención primaria se realizan sin demoras. Es decir, en lo que va de año se han realizado 3.168.549 consultas en atención primaria sin demora, y se han realizado 244.160 consultas de especialista en los servicios de urgencia hospitalarios, sin demora. Así como 4.813 intervenciones quirúrgicas sin ninguna demora.

Sin embargo, en el resto de las ocasiones, cuando no hay urgencia, el paciente es citado para ver al especialista o para realizarse una prueba diagnóstica o sufrir una intervención quirúrgica con una cierta demora. Es decir, se le incluye en una lista de espera; esto es bien conocido.

En los sistemas sanitarios universales y de financiación pública, las listas de espera son un modo de acceso común a los servicios. Estos sistemas garantizan la equidad entre todos los ciudadanos en el acceso a los servicios de salud, con el inconveniente de las esperas.

Así, tal y como afirma Antonio Sarriá Santamera, de la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, una lista de espera sería en principio, un mecanismo para racionar recursos cuando el precio o la posibilidad de pagar no intervienen.

Por el contrario otro tipo de sistemas sanitarios utilizan otra forma de racionamiento: el precio. De forma que las personas sin recursos podríamos decir que permanecen en una lista de espera indefinida.

Nos enfrentamos, por tanto, al hecho, de que las listas de espera son en gran medida inherentes al modelo de sistema sanitario por el que hemos optado. Un Sistema Nacional de Salud financiado públicamente, cuyo principio esencial es garantizar el acceso universal y equitativo a unas prestaciones de la máxima calidad y lo más amplias posibles.

Esta aspiración es obvio que no ha podido alcanzarse sin conflicto en ningún país, tampoco en el nuestro.

De acuerdo con el Defensor del Pueblo en su informe de 2002, las listas de espera suelen ser la expresión natural de un imposible encaje permanente entre la oferta y la demanda, incluyéndose en ella aquellos pacientes que clínicamente pueden esperar.

La demanda, según una editorial de 2002, de Gaceta Sanitaria, estaría influida por un cambio de patrones de necesidad y demanda de los servicios sanitarios, motivado por la mayor morbilidad, asociada al envejecimiento; el incremento de la capacidad resolutoria, por la introducción de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas que permiten que un mayor número de procesos puedan ser tratados y se hayan eliminado contraindicaciones, como edad, enfermedad crónica, etc., para muchos procedimientos médicos y quirúrgicos, por lo que un mayor número de personas pueden recibirlos.

Y también, estaría motivado por el incremento del nivel de vida y expectativas de la población. A lo que nosotros podríamos añadir otro factor: la mayor accesibilidad a los servicios sanitarios de la población y la percepción de pacientes y profesionales de una mayor disponibilidad de recursos.

Este aumento de la demanda ha motivado fuertes incrementos de la actividad médica y también de las tasas de cirugía.

En Cantabria es palpable este aumento de la actividad. Así, por ejemplo, se atendieron 217.172 urgencias en 2001, frente a 288.080 en 2003.

Se realizaron 184.851 primeras consultas de especialistas, frente a 226.044 en el año 2003. Y se realizaron 23.526 intervenciones quirúrgicas en 2001, frente a 28.620 en el año 2003.

A pesar de ello, sigue observándose una demanda importante no cubierta que se refleja en listas de espera.

Conviene insistir en que los tiempos de espera razonables pueden representar un factor de eficacia del sistema y ser la expresión de una mayor rentabilidad social, de unos recursos públicos necesariamente limitados.

Además, resulta evidente que un sistema sanitario de financiación pública, no debe tener por objetivo el alcanzar una lista de espera cero. Ello supondría la existencia de recursos ociosos a la espera de recibir pacientes, con el incremento de costes y la consiguiente pérdida de eficiencia que ello implicaría.

Pero las demoras excesivas suponen un sufrimiento añadido a un amplio grupo de pacientes. Cuando no, un deterioro de su situación clínica y erosionan de forma grave la confianza de los ciudadanos en el sistema sanitario.

Estamos por tanto, frente a un importante problema. Un problema que afecta a todos los sistemas sanitarios públicos, que se está convirtiendo en crónico y que preocupa a los ciudadanos, a los profesionales sanitarios, a los gestores, a las autoridades sanitarias y a los políticos.

Un problema que persiste a pesar de incrementos crecientes de recursos y actividad. Y a pesar de las diferentes medidas implantadas en todos los países afectados y en el nuestro propio.

Parfraseando a un experto como Salvador Peiró, "si las listas de espera fueran una enfermedad, sería una de las de mayor prevalencia sobre la que más se habla y de la que menos se conoce".

Los factores que determinan la magnitud del problema de las listas de espera, que mejor llamaremos fenómeno de las listas de espera por su complejidad, son muy diversos; pudiendo hablarse de una constelación de multicausalidad.

El grupo de expertos sobre las listas de espera del Consejo Interterritorial, del Sistema Nacional de

Saluda de 2002, identifica los siguientes factores:

Factores que modifican la demanda, que influyen en la demanda. Serían:

Los cambios geográficos. En Cantabria, de noviembre de 2002 a junio de 2004, hemos pasado de 528.593 tarjetas sanitarias individuales, a 540.313. Pero la cuestión demográfica que realmente repercute en nuestro servicio de salud, es el envejecimiento que está experimentando la población de Cantabria.

Fijense, el índice de vejez en nuestra Comunidad es según el padrón municipal de 2003 de 19,1. Es decir, de cada 100 personas, 19,1 son mayores de 65 años, mientras que la media nacional es de 17, lo que hace un total de algo más de 105.000 personas mayores de 65 años, el índice de senectud, es decir, el número de mayores de 85 años por cada cien mayores de 65 años, es de 14,3. En números totales, 15.524 personas, siendo la media nacional de 10,7.

Otro factor, que modifica la demanda, son los cambios en la morbilidad. El envejecimiento, los accidentes de tráfico y los accidentes laborales e incluso los propios avances médicos que permiten prolongar la vida a pacientes con importantes afecciones, han ocasionado un incremento importante de enfermos crónicos, con discapacidad e importantes necesidades de atención sanitaria.

Otros factores, serían las nuevas expectativas del usuario, la mayor disponibilidad de servicios, la implantación de nuevas tecnologías, la mejor o peor organización de los circuitos asistenciales, el grado de implicación de los clínicos en la prescripción racional, la capacidad de resolución de atención primaria, la variabilidad clínica en la atención especializada y el grado de arraigo o de implantación o de la medicina defensiva.

Factores que van a actuar sobre la oferta, que van a modificar la oferta serían este grupo de expertos los siguientes: dotación de recursos, grado de utilización de la red pública, nivel de responsabilidad de los clínicos frente a las listas de espera, amplitud de horarios de servicios, existencias de cuellos de botella, características de los sistemas de admisión, productividad y rendimiento del personal, existencia o no de incentivos perversos generadores de las listas de espera.

Y finalmente identifican también unos factores que llaman de autorregulación y entre ellos destacan la existencia o no, de pactos políticos sobre objetivos estratégicos en listas de espera, la existencia o no de garantías de espera, la orientación a objetivos de espera o de actividad y los modelos de relación primaria especializada.

Esta multicausalidad, así recogida por el grupo de expertos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podría explicar las opiniones de un experto ya citado, como Ernesto Sarria Santamera, cuando afirma que las listas de espera serían un pobre indicador de la necesidad real de un determinado servicio.

En el mejor de los casos-dice- serían un reflejo de la demanda de un servicio, ya que esta demanda es el resultado de una compleja interacción entre las necesidades reales de los pacientes, la percepción de la disponibilidad de recursos por parte de pacientes y profesionales, el grado de uso apropiado de los procedimientos, el estilo de práctica clínica de los profesionales, el cambio tecnológico que puede crear más acciones terapéuticas, etc, etc.

Es decir –continúa- es posible que la insuficiencia relativa de recursos, que aparentemente pone de manifiesto la lista de espera, pueda no deberse sólo a limitaciones en la oferta, y por tanto –concluye- incrementar de forma aislada los recursos para atender la lista de espera, no sería una respuesta adecuada.

De hecho, se considera demostrado que el incremento aislado de recursos, no garantiza la reducción de las listas de espera a medio y largo plazo. Por el contrario, se ha constatado que generan incrementos de las propias listas. Así por ejemplo, los programas especiales para cirugía de lista de espera, se ha podido comprobar que disminuyen el rendimiento de la cirugía ordinaria por las mañanas.

Seleccionan adversamente los procesos al operarse preferentemente procesos que no son los que tiene una mayor prioridad clínica. Actúan como incentivos perversos de los profesionales. A mayor lista de espera, mayores posibilidades de programas especiales con sus correspondientes retribuciones económicas.

Por otra parte, y esto es muy importante, actuar aumentando sólo la oferta no resuelve preguntas tan capitales para tomar decisiones adecuadas sobre las necesidades de incrementar recursos, como serían las siguientes: ¿Qué proporción de la demanda es apropiada?. ¿Cómo priorizar el tiempo de espera de cada paciente o cómo saber si la gestión de la lista de espera es adecuada o no?.

Por todas estas razones, existe amplio consenso entre los expertos a la luz de los estudios realizados y de las diferentes experiencias europeas, canadienses y de Nueva Zelanda fundamentalmente, de que únicamente añadir recursos adicionales para resolver las listas de espera, puede reducirla a corto plazo.

Pero a menos que se consiga entender el complejo entramado que determina la demanda de servicios de salud y actuar integralmente sobre él, no será la solución del problema.

Un buen ejemplo de estas afirmaciones sería nuestra experiencia con la lista de espera quirúrgica más importante que tenemos. La de cirugía ortopédica y traumatológica de Valdecilla en la que actualmente 562 pacientes tiene una demora mayor de 6 meses. Al estudiar la lista, comprobamos que 269 personas esperan por hallux valgus, síndrome del túnel carpiano, enfermedad de Dupuytren, y otros problemas que podemos definir como crónicos, de escasa o ninguna gravedad, generadoras de moderada discapacidad y dolor. Pero también se encuentran en

lista de espera 104 personas con artrosis de cadera, pendientes de prótesis de cadera y 189 personas con gonartrosis, pendientes de prótesis de rodilla.

Para conocer el por qué de esta demora que afecta a tantas personas, se realizó un estudio de la actividad de traumatología de los últimos años. En el año 2002 había una lista de espera en la consulta de ortopedia de 3.230 personas y 1.162 pacientes esperaban más de 60 días.

Es decir, desconocíamos el diagnóstico de muchos enfermos que permanecían en lista de espera durante una media de 165 días con el riesgo de que pudieran tener patología grave sin diagnosticar durante todo este tiempo.

Ante esta situación se acometieron en 2003 una serie de medidas organizativas que permitieron que en dicho año se realizaran 26.581 consultas entre nuevas y revisiones; frente a las 18.923 consultas que se atendieron en 2003 y se consiguió que la demora media bajara de 165 días a 50 días.

Este aumento de la actividad en consultas externas, se ha seguido manteniendo durante 2004, habiéndose atendido hasta septiembre 757 consultas más que en el mismo periodo del año anterior, el 2003.

Este incremento de consultas, motivó en 2003 la indicación de 507 intervenciones quirúrgicas más que el año anterior. Y en 2004 el incremento progresivo del número de indicaciones.

Por ello, y a pesar de que en 2003 se realizaron 279 intervenciones más que en 2002 -lo que supuso un incremento del 8 por ciento- y en los últimos doce meses se han realizado 474 intervenciones más que en el periodo previo -un incremento del 13 por ciento- no se ha disminuido la lista de espera.

Parece tener razón Martí Valls del Hospital Universitario Vall d'Hebrón, que sobre las listas de espera escribe: "Cuanto mejor lo hacemos más gente habrá en la lista".

Sabedores de que el incremento aislado de recursos no es la solución, Valdecilla no se ha limitado a aumentar la actividad en consultas externas. Y está tratando de abordar de forma integral este problema, siguiendo las recomendaciones y experiencias nacionales e internacionales de mayor éxito.

Así, también está analizando la naturaleza de las listas de espera, estandarizando las indicaciones quirúrgicas más comunes, aumentando sus recursos y mejorando su gestión.

Para darles una idea de la complejidad de un abordaje integral, les comentaré -siguiendo con nuestra experiencia concreta de la lista de espera de trauma- las medidas tomadas más relevantes.

Se han incorporado 6 nuevos traumatólogos, 4 cubriendo plazas que se han quedado vacantes y 2 de nueva creación. Se han designado 2 nuevos

coordinadores generales del Servicio. Se ha mejorado la gestión global de los recursos mediante la descentralización de la gestión, a través del contrato de gestión, lo que ha permitido involucrar a los profesionales en esta tarea.

Se ha creado una unidad quirúrgica del raquis, se han realizado sesiones quirúrgicas adicionales de cirugía de la mano, en régimen de cirugía mayor ambulatoria durante el periodo estival, aprovechando quirófanos no utilizados por vacaciones.

Se han organizado dos programas especiales semanales para absorber la actividad quirúrgica generada en urgencias, de forma que ésta no obligue a suspender la actividad quirúrgica programada.

Se ha pactado un suplemento por prolongación de jornada ordinaria a partir de las 15 horas y hasta las 17 horas en uno-dos quirófanos diarios.

Se ha creado una consulta anestésica en acto único en el Hospital de Liencres. Se implementará un quinto quirófano en Liencres previsto para 2005, pendiente de obras de acondicionamiento de la sala de reanimación, que por esta razón, debe ser ampliada.

Para mejorar la adecuación de las indicaciones quirúrgicas, un grupo multidisciplinar está trabajando en la vía clínica de la prótesis de cadera y en la vía clínica de la prótesis de rodilla, que son los procedimientos más prevalentes y que más contribuyen a incrementar la lista de espera.

Se ha creado, asimismo, un grupo de reflexión sobre gestión de la lista de espera, que tiene como objetivo la creación de un Libro Blanco sobre la gestión de las listas quirúrgicas.

Por supuesto, este tipo de medidas integrales que he expuesto, para la lista de espera de traumatología, pero que también se está aplicando, dependiendo de sus peculiaridades, a todos los procesos que motivan esperas clínica o socialmente inaceptables, no dará desgraciadamente los frutos apetecidos de forma rápida ni mucho menos.

Por ello corremos el peligro, tal y como afirma el equipo editorial de Gaceta Sanitaria, de que por la urgencia del debate político y social de la problemática de las listas de espera, cometamos el error de aplicar finalmente medidas de choque poco específicas que no resuelven el problema, y que además suponen una asignación ineficiente de recursos.

O como dice Bernal, de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios, y cito textualmente: "Como en casi todos los problemas relevantes de política sanitaria, el oportunismo no suele aportar soluciones operativas, y mucho menos estables. Entre tanto, la gestión inadecuada de las listas de espera, sigue afectando seriamente a personas e induciendo posibles incrementos de sus riesgos sanitarios. Ha llegado el momento de hacer gestión y evitar el oportunismo político".

Y esto es precisamente lo que esta Consejera quiere proponer a los Grupos Parlamentarios. Creo que tenemos aquí, en Cantabria, una buena oportunidad

para profundizar en el debate y análisis de las listas de espera.

Es una buena oportunidad también para entender que aunque el aumento de recursos para hacer frente a las listas de espera no es una medida suficiente, indudablemente es una parte necesaria, que requiere un compromiso político intersectorial, que determine cuánto se está dispuesto a invertir en asistencia sanitaria, frente al resto de las necesidades sociales.

Es una buena oportunidad para abordar el fenómeno de las listas de espera de forma integral y aplicando el conocimiento experto en este problema, tal y como recomienda el informe de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña; según el cual las políticas más prometedoras son las que plantean un abordaje integrador con medidas a corto, medio y largo plazo. Que actúen sobre los factores que determinan tanto la oferta como la demanda.

Medidas que se sustenten sobre necesidades evaluadas, explícitas y transparentes. Y que cuenten con la implicación activa de profesionales y ciudadanos.

Creo que tenemos aquí, en Cantabria, una buena oportunidad para favorecer el consenso político sobre objetivos estratégicos frente a las listas de espera.

Si aprovechamos esta oportunidad nuestro sistema sanitario público saldrá reforzado, y nuestros ciudadanos y ciudadanas sabrán que un problema complejo que les afecta o puede afectar en cualquier momento, ha sido sustraído del debate partidista para colocarlo en el lugar que le corresponde.

Vamos a intentar que la comparecencia de hoy contribuya a ello. Paso, para ello, a informales de algunas de las medidas que el Servicio Cántabro de Salud ya ha puesto en marcha o está preparando para dar una respuesta adecuada al fenómeno de las listas de espera. Sin ánimo exhaustivo, pero para que ustedes comprueben su alcance y complejidad.

En primer lugar, se está aumentando continuamente la capacidad del sistema, tanto en recursos humanos como en infraestructuras y nueva tecnología.

Como ya se comentó en la reciente comparecencia de Presupuestos, al incremento de personal realizado este año de 378 personas, se sumará el aumento previsto para el próximo año de 267 trabajadores más, al menos.

En Valdecilla, por ejemplo, se están contratando facultativos para cubrir todas las plazas que quedan vacantes por defunción, jubilación e incluso por incapacidad temporal. E incluso nuevas plazas para reforzar servicios como cirugía plástica, oftalmología, anestesia y por supuesto traumatología. Y se está a la espera de la finalización de la OPE extraordinaria para completar algunos recursos.

Gracias a estos incrementos de personal y a su

mejor gestión, se están reconvirtiendo programas especiales de autoconcertación en actividad ordinaria.

Además, y para disminuir la autoconcertación, se están contratando facultativos para realizar estos programas de tarde. Y por ejemplo, en Laredo se ha llegado a acuerdos con los profesionales para que realicen horarios deslizantes, que permiten optimizar los recursos quirúrgicos y la actividad.

En el año 2004 se prevé invertir en contrataciones de tarde, en horario deslizante y en la propia autoconcertación 2.722.328 euros.

En atención primaria se abrirán próximamente 3 nuevos Centros de Salud y se comenzará la construcción de otros 4 Centros de Salud, 4 Consultorios Rurales y un Servicio de Urgencias de Atención Primaria en el Centro de Salud del Zapatón en Torrelavega.

En atención especializada, además de la importantísima obra de Valdecilla, se están acometiendo obras de ampliación en todos nuestros hospitales.

El Hospital Sierrallana para finales de 2005 dispondrá de dos quirófanos más y de un servicio de urgencias más amplio. Con una inversión prevista de 4.370.810 euros.

También se ha dotado de un hospital de día quirúrgico de mayor capacidad y se ha creado una unidad de corta estancia quirúrgica en una planta que permanecía sin actividad.

Además, la construcción del Hospital Tres Mares, permitirá, no sólo aproximar los servicios de atención especializada a los ciudadanos de Campoo Los Valles, sino aumentar sensiblemente la capacidad asistencial del área.

El Hospital de Laredo dispondrá de una nueva urgencia. Un hospital de día con más habitaciones, dos salas de endoscopia y un quirófano de cirugía menor y una planta de hospitalización adicional de 35 camas, cuando finalicen las obras emprendidas.

La inversión prevista es de 3.995.970 euros y en los próximos años nuestro propósito es que la zona oriental cuente también con el Hospital de Alta resolución, de Castro.

Sin embargo, estas obras -no podemos ignorarlo- están en estos momentos, entorpeciendo la normal actividad de nuestros hospitales. Y perjudicando sus actuales resultados de actividad.

El total de inversión en obras realizado en 2003 y 2004, es de 75.618.383 euros.

La inversión en equipamientos en nueva tecnología, ha sido también importante, ascendiendo a 20.003.818 euros.

Y la inversión prevista para el año 2005, destinada a informatización de la historia clínica, hecho que influirá de manera decisiva en la lista de espera de consulta externa y de pruebas

complementarias, es de 1.500.000 euros.

Por otra parte, se está incrementando también, la capacidad del sistema, mediante la mejor gestión de los recursos. Fundamentalmente llegando a acuerdos con los profesionales, en la idea de que el profesional sanitario es el gestor del bien público sanitario.

Se ha incrementado el rendimiento quirúrgico en Valdecilla de una forma importante. Del 67,15 por cien en 2002, al 71 por ciento en este año.

Cada vez, mayor número de procesos se hacen por cirugía mayor ambulatoria. Recientemente con motivo del décimo aniversario del Hospital Sierrallana, el Doctor Revuelta, cirujano de este hospital, presentaba un estudio con interesantes conclusiones. Casi el 70 por ciento de la actividad quirúrgica de ese hospital, se realiza en forma de cirugía mayor ambulatoria.

Se están implantando vías clínicas sobre los procesos más frecuentes; así como protocolos de coordinación con Primaria y diferentes iniciativas como la del Hospital Sierrallana, de crear una consultoría de medicina interna para los Centros de Salud.

Se están incrementando el número de consultas de alta resolución, que evitarán listas de espera en pruebas complementarias.

Se dispone ya de citación online para las consultas de especialistas desde los Centros de Salud.

Se van a poner en marcha o ya están funcionando diferentes unidades de gestión clínica hospitalaria, que permitirán una mejor coordinación entre todos los profesionales que atienden a un paciente por un mismo proceso y que van a permitir establecer, de forma protocolizada, lo adecuado o no de los procedimientos.

Se va a aumentar la capacidad de resolución y atención primaria, dotando a sus profesionales de potentes herramientas.

Finalizando, la informatización completa, también de los consultorios, mediante la conexión informática con los laboratorios y servicios centrales de los hospitales. También, con la historia clínica informatizada.

Se va a incrementar la capacidad de solicitar pruebas diagnósticas.

La futura implantación de la receta electrónica, contribuirá también a incrementar esta capacidad de resolución.

Y se va a dotar a los profesionales de un instrumento básico: tiempo. Tiempo para poder atender con más calidad, para poder disminuir la incertidumbre diagnóstica que conduce a solicitud de pruebas o a derivaciones inadecuadas. Para ello, van a disminuirse de forma importante, las tarjetas sanitarias por profesionales.

En definitiva, atención primaria debe dedicar

más tiempo a añadir valor al proceso asistencial y disminuir toda actividad encaminada a potenciar la medicalización de la vida cotidiana.

También se está trabajando en el Servicio Cántabro de Salud para conseguir una mejor gestión de la lista de espera.

En la gestión de las listas, tiene un papel fundamental el propio profesional. Es un aspecto del trabajo médico que todo buen profesional debe asumir, tanto en su vertiente ética, la participación en la distribución equitativa de recursos –inseparable de cualquier decisión clínica- como por lo que implica para una buena organización de su trabajo y para una atención satisfactoria a sus pacientes.

Desde el Real Decreto de mayo de 2003, se incluyen en lista de espera, todos los procesos quirúrgicos. Hasta ese momento, determinados procesos: varices, cirugía plástica, etc., no se incluían.

Se han dictado instrucciones que adaptan el sistema de información de la lista quirúrgica, de consultas de especialista y de técnicas diagnósticas a dicho Decreto; de forma que está garantizado el tratamiento homogéneo de toda la información.

En Cantabria, se incluyen los pacientes desde la fecha en que se sienta la indicación. Y sólo salen de la lista cuando son operados.

No se utilizan criterios, como por ejemplo utiliza Madrid, de considerar sólo en lista de espera a un paciente cuando ha pasado la valoración preoperatoria, por parte del Servicio de Anestesia u otras Comunidades, de no considerar a un paciente en lista de espera cuando tiene fecha prevista de intervención quirúrgica, aunque ésta vaya a realizarse un mes más tarde.

Por ello, podemos decir que el registro de pacientes en lista de espera es fiable en nuestra Comunidad.

Desde mayo, el Servicio Cántabro de Salud dispone de una página Web en la que figura la información sobre listas de espera quirúrgica, número total de pacientes, tasa por mil de habitantes y demora media. Y los mismos datos desagregados por hospitales y por especialidades. La última actualización es de octubre de 2004.

Se está trabajando en un registro y en una gestión centralizada de las listas de espera.

Además, todos los circuitos administrativos y de gestión, se están revisando para aumentar su eficacia.

Y por último, los compromisos de los servicios en sus contratos de gestión y las comisiones quirúrgicas creadas, están siendo instrumentos poderosos en la mejora de la gestión, por lo que el Servicio Cántabro de Salud ha decidido continuar con esta línea de trabajo.

Y como objetivos ambiciosos, el Servicio Cántabro de Salud quiere introducir un análisis más riguroso de la demanda e instrumentos de gestión más

específicos, para avanzar en el conocimiento y en el control del fenómeno de las listas de espera.

Para ello, trabajará sobre las recomendaciones que los expertos consideran más prometedoras en el control de las listas de espera. Trabajaré en la incorporación de estrategias para mejorar la indicación de una intervención, o una prueba, utilizando criterios de inclusión basados en la mejor evidencia científica disponible.

Parte de la lista se genera por la dificultad de precisar el juicio diagnóstico, o la indicación quirúrgica. De hecho, variaciones en la tasa de amigdalectomías entre 0,5 y 5 intervenciones por 10.000 niños, o variaciones en la tasa de cirugía de catarata entre 21 y 162 por 100.000 mayores de 50 años; no parecen explicarse por motivos distintos de la incertidumbre que existe sobre la efectividad de las mismas y que motivan una gran variabilidad en la práctica clínica.

Tal y como Bernal afirma, conviene recordar que con la excepción de las colas producidas en las salas de espera de los centros de salud y aquellas que se producen en las puertas de Urgencias, el resto de las listas de espera están mediadas por la decisión de un médico. Así que una estrategia ineludible para hacer frente a las listas de espera y proporcionar la mejor atención sanitaria consiste en reducir la incertidumbre clínica y la variabilidad con respecto al diagnóstico, o al pronóstico de los pacientes.

Por ello, debemos potenciar la formación continuada de los profesionales. Aumentar la capacidad resolutoria de Primaria. Estandarizar la práctica clínica, desarrollando protocolos y guías clínicas que expliciten el grado de evidencia científica de los resultados esperados, sobre todo de procedimientos electivos en los que la indicación se realiza por el dolor, o por la mejora de la calidad de vida.

El desarrollo de una investigación epidemiológica que confirme o excluya la efectividad del tratamiento para los distintos pacientes se configura también como una estrategia básica.

El Servicio Cántabro de Salud quiere trabajar también en la priorización de las listas, en función de criterios explícitos de gravedad, probabilidad de mejora y criterios sociales.

Parece evidente que cuando no es posible satisfacer al mismo tiempo las demandas de todas las personas y no se considera ni clínica ni socialmente aceptable la solución de ponerse a la cola, se hace necesario establecer unos criterios sobre quiénes tienen preferencia para contribuir a una distribución más justa del tiempo de espera.

Evaluar las necesidades clínicas de los pacientes es imprescindible, si queremos que puedan ser atendidos en orden de necesidad.

La priorización se basa en que el beneficio que se espera de la aplicación del procedimiento no es igual para todos los pacientes. Y que priorizar según algún criterio explícito distinto del tiempo en lista,

permitiría no solamente evitar carga innecesaria de sufrimiento, sino además resolver de manera más eficiente el desbalance entre la oferta y la demanda.

Este abordaje implica cambios importantes en la gestión de la lista de espera. Porque se pasa de utilizar como único criterio explícito el tiempo de espera, a considerar –además– la diferencia en el nivel de necesidad individual de cada paciente y los diferentes tiempos máximos de espera según los procesos.

Son numerosas las experiencias en distintos países que demuestran que para que la priorización funcione es necesario que el sistema utilizado para priorizar, discrimine usando un número de variables manejable, un número no extenso.

Es necesario que los criterios de priorización estén elaborados por los clínicos que los van a utilizar y sean explícitos, transparentes y basados en una valoración de la necesidad individual de cada paciente, realizada a partir de criterios clínicos; es decir: gravedad, pronóstico y discapacidad motivada por la enfermedad. Y de criterios sociales que modulen la priorización realizada.

Los sistemas de información deben permitir una clasificación rápida de los pacientes, debe ser posible reevaluar a los pacientes en lista. Y además la experiencia de estos países demuestra que es necesario que en este proceso de priorización, los pacientes y la sociedad tengan su propia voz.

Finalmente, el Servicio Cántabro de Salud quiere trabajar sobre la superación de la gran limitación de los sistemas actuales de información sobre listas.

La gran limitación de los sistemas de información sobre listas radica en la visión compartimentada de las mismas. No se ven procesos, sino actuaciones clínicas independientes. Así, un paciente que es visto en Atención Primaria sufre una cola hasta que llega a la consulta del especialista. Después, sufre tantas colas como exploraciones se le indican, a menos que sea atendido en consulta de acto único. Posteriormente, otra cola hasta que lo vuelve a citar el especialista. Y tras el diagnóstico, otra cola en caso de que requiera una intervención.

Debemos trabajar para superar el concepto de estas tres listas de espera y avanzar en el concepto de espera para cada proceso clínico en su integridad.

Y finalmente quiero exponerles el nuevo impulso que el Gobierno de Cantabria quiere imprimir a este complejo problema.

El hecho indiscutible de que aunque no todos los pacientes en lista de espera están insatisfechos – porque el periodo de espera en muchos casos es razonable, o la limitación en su calidad de vida es reducida– el hecho es que algunos están expuestos de manera inaceptable a dolor, a empeoramiento de su situación clínica y de su pronóstico, a restricciones en su vida, a problemas de todo tipo, a ansiedad y estrés. Este hecho indiscutible ha decidido, al Gobierno de Cantabria, a incorporar una nueva estrategia, a los esfuerzos desplegados hasta ahora,



para controlar el aumento progresivo de las listas de espera. Uno de los problemas que más afectan y preocupan a los ciudadanos.

Y quiere hacerlo obligando, por un lado, al sistema sanitario, a perfeccionar sus mecanismos de control de las listas de espera y a mantener unas demoras clínica y socialmente aceptables. Y por otro, garantizando el derecho al usuario de que su proceso sea atendido dentro de un plazo máximo de tiempo.

Además, quiere hacerlo recurriendo al único instrumento normativo que permite su debate parlamentario: la Ley. De esta forma, los Parlamentarios, representantes legítimos de la ciudadanía, podrán participar en el debate de una Ley de garantías en atención sanitaria especializada, en el debate de su alcance y contenido.

Por otra parte, al perseguirse el reconocimiento de un nuevo derecho subjetivo, hemos querido elegir el instrumento normativo que mejor puede garantizar.

Por su parte, el Gobierno Regional quiere poner de manifiesto su voluntad política de hacer frente a las demoras excesivas, estableciendo garantías de respuesta no sólo para procedimientos quirúrgicos, sino también para consultas externas de especialistas y pruebas diagnósticas.

Es decir, pretende asegurar, por Ley, el derecho a unos plazos máximos para la prestación de la existencia solicitada. Que en el caso de no poder ser respetados por el Servicio de Salud, otorga a los pacientes la posibilidad de acudir a otro centro sanitario, quedando el Servicio de Salud obligado al pago de los gastos derivados de la atención que los pacientes reciban.

Así el Consejo de Gobierno fijaría en los plazos que la ley prevea, los tiempos máximos de respuesta para cada una de las listas de espera.

La ley obligaría al Servicio Cántabro de Salud a facilitar información a los ciudadanos sobre el número de pacientes que figuren en cada lista con la periodicidad que se determine y la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales estaría obligada a presentar un informe anual sobre lista de espera al Parlamento.

La ley además, crearía un registro de pacientes adscrito al Servicio Cántabro de Salud, en el que se inscribirían todos los ciudadanos que soliciten atención sanitaria especializada programada.

En definitiva, pretendemos una ley de garantías consensuada por todos los Grupos Parlamentarios que cree un Registro centralizado de pacientes en lista de espera y que regule la obligación del Gobierno Regional de fijar los tiempos máximos de respuesta en cada lista.

La obligación del Servicio Cántabro de Salud de pagar los gastos derivados de la atención a pacientes que acudan a otros centros a recibir asistencia si se superan los plazos máximos que se garanticen.

La obligación del Servicio Cántabro de Salud de

informar a la ciudadanía sobre las listas y tiempos de espera y la obligación de la Consejería de elaborar un informe anual para el Parlamento sobre las listas de espera y las medidas adoptadas para su mantenimiento en términos razonables.

Y en cualquier caso, para evitar la superación - si la hubiera- de los referidos tiempos máximos de respuesta.

Muchísimas gracias a todos por su atención.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias, Sra. Consejera por su exposición.

Pasamos ahora al turno de los Grupos Parlamentarios, por un tiempo de 10 minutos cada uno como máximo y empezamos por el Grupo Regionalista.

Tiene la palabra D. Rafael Pérez Tezanos.

EL SR. PÉREZ TEZANOS: Muchas gracias, Sra. Presidenta.

Voy a comenzar agradeciendo dos cosas. La primera que es habitual y obligada, su presencia en esta sala para informarnos, para explicarnos estas nuevas líneas de acción política que pretende poner en marcha.

Ahora pasaremos a ahondar más sobre ellas, pero antes ese segundo agradecimiento, porque yo sepa es la primera vez que la persona responsable de esta Consejería, viene a este Parlamento -a petición propia- a informar sobre un tema que tanta polémica y tanto debate ha suscitado siempre; me refiero obviamente a las listas de espera.

Digo que tanto debate porque las listas de espera se han convertido por la propia dinámica de funcionamiento, en algo ya diríamos consustancial con el ámbito sanitario.

Está claro que todos somos conscientes que no se puede -o mejor, no se debe hablar de cifras porque estas van subiendo, van bajando constantemente- y creo que sería más lógico hablar, por tanto de la eficiencia en el tratamiento de esas listas.

Donde igualmente creo se realiza un seguimiento permanente -tal y como creo que usted ha indicado en su intervención- derivando en tiempo razonable aquellos casos que puedan ser diagnosticados como urgentes o preferentes, para un tratamiento oportuno y dejando -creo haber entendido- en esas listas casos o diagnósticos que puedan ser catalogados como menos urgentes o menos prioritarios.

En su intervención ha explicado usted que tal y como está estructurada la sanidad, las listas de espera se convierten -como he dicho antes- en algo consustancial con ese sistema. Si me equivoco en la interpretación que yo he entendido, le ruego que me disculpe.

Nos ha citado usted un importante crecimiento en las cifras de actuaciones que se han llevado a

cabo. Esto sin entrar en el meollo de las cifras y quedándonos únicamente con el mensaje, con ese mensaje que nos ha trasladado, esto ya de por sí nos debe indicar el esfuerzo que permanentemente se viene realizando y que se va a tener que seguir realizando en este sentido.

Antes de entrar en esta Comisión, disertábamos sobre los motivos de este continuo crecimiento o cuando menos sobre esa estabilidad en las cifras de las listas de espera, a pesar de la actuación permanente que ya he indicado. Y efectivamente estos datos que usted nos ha brindado eran algunos de los baremos que manejábamos.

Porque cada vez más, el usuario, cada vez más acude al médico --lo cual es bueno- cada vez más y como ha dicho crecen otros puntos influyentes como los accidentes, tanto en carretera como laborales. Y también tiene su incidencia ese envejecimiento que por qué no decirlo viene derivado de una mayor calidad de vida y de una mejor atención sanitaria. Esto último es innegable y aunque viene a aumentar esas listas de espera, mirando la parte positiva, hay que recalcar que la consecuencia es también una mayor esperanza de vida y además con una calidad de vida en esa última etapa que mejor, más atenta y que todos, obviamente, deseamos.

En todo caso yo quiero indicar que por primera vez tenemos en la mesa un estudio pormenorizado, un estudio profundo, no de las cifras, sino de los motivos.

Porque al final la preocupación de los responsables políticos debe ser la búsqueda de las mejores soluciones, debe ser que el control de las listas de espera sea permanente, debe ser que los casos que en principio no fueron catalogados de preferentes puedan con el tiempo derivar en ese sentido y se queden ahí --como bien ha explicado-- dentro de esas listas. Porque esto es al final lo que al usuario le preocupa, le hace derivar además hacia otras opciones y esto es por tanto uno de los retos que nos debemos de plantear y que debemos de solucionar.

Creo que en estos momentos vamos en esa dirección después de escucharla, puesto que ahora se está produciendo un estudio serio de estas listas de espera, que obviamente ofrecerán un conocimiento más cercano del problema y por tanto nos acercará a minimizar ese problema y al mismo tiempo a buscar soluciones activas, soluciones reales y también ¡como no! más efectivas.

Nos ha solicitado una implicación política que favorezca o mejor apoye sus planteamientos en pos de la búsqueda de soluciones. Por su parte ya nos ha explicado se están realizando ya medidas que ha enumerado principalmente en un incremento de personal dedicado a la sanidad. Se han puesto en marcha nuevos horarios con más facultativos en atención primaria, también se están llevando a cabo intervenciones en esa misma línea, me refiero a mayor número de personas y también de centros de salud. Y por último nos ha comentado actuaciones directas hacia los hospitales.

Por tanto hay que decir ya que desde el Gobierno se están poniendo los medios necesarios y se está mejorando la gestión de todos estos recursos, que ahora no vamos a enumerar porque son muchos, son variados y porque creo que además lo ha hecho usted en su intervención además de forma clara y exhaustiva.

Si que especial mención había que hacer sobre el esfuerzo en todos los sentidos se proyectan sobre la atención primaria, que es el primer punto de referencia del usuario y que ahora no voy a enumerar, en este momento, por cuestiones obvias, pero que también han quedado claros a lo largo de su intervención.

Bien ese apoyo político a, esa implicación que nos ha pedido, no dude que la va a encontrar en el Grupo Regionalista y no de una manera gratuita e inconsciente, sino porque estamos convencidos que todos estos nuevos conceptos que se están tomando, que se están formando puedan redundar en una mayor calidad sanitaria y por tanto a una mayor calidad de vida de todos los ciudadanos.

Hoy nos plantea usted el estudio de una nueva ley o mejor de un nuevo proyecto de ley, naturalmente --y ya termino-- se estudiará en este Parlamento y se buscará ese consenso siempre deseable, pero quiero ya felicitarla por esta nueva iniciativa que no esconde el reto que va a suponer para todos.

Nada más y muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo):  
Muchas gracias Sr. Pérez Tezanos.

Tiene la palabra la Portavoz del Grupo Socialista, María del Carmen Pérez del Oso.

LA SRA. PÉREZ DEL OSO: Buenos días.

Quiero en primer lugar agradecer su presencia, Sra. Consejera, como no puede ser de otra forma, para tratar un tema de tanta importancia para nuestra población como es el de las listas de espera.

No sé si seré capaz de sintetizar en el escaso tiempo que dispongo un tema tan complejo como el de las listas de espera, pero quiero fundamentar la postura de mi Grupo en relación a esta cuestión y a la propuesta de la Consejería.

Admitimos --como no puede ser de otra forma-- que las listas de espera son consustanciales con los sistemas sanitarios que ofrecen a sus ciudadanos el libre acceso y que al mismo tiempo dispone de unos recursos limitados. No son exclusivas ni de nuestra Comunidad ni siquiera de nuestro país.

Ahora bien, cuando no se está dispuesto a restringir el acceso de la población al uso del sistema sanitario, hay que afrontar el coste de la utilización de sus servicios. Es decir, hay que afrontar las listas de espera.

Sabemos que este argumento es utilizado para desacreditar a los sistemas sanitarios públicos, por

aquellos cuyas motivaciones ideológicas son favorables a la liberalización del sistema sanitario y a la privatización el sector público.

No estamos en absoluto de acuerdo, la medicina privada también tiene listas de espera. Listas de espera invisibles en las que están inscritos los más necesitados de la sociedad, y cuyo tiempo de espera no tiene límite.

Pero si las listas de espera son inherentes con el sistema sanitario universal, también éstos se adaptan a su existencia. De hecho, las listas de espera ejercen una gran presión sobre el sistema sanitario, que es absorbido, tanto desde atención primaria como desde los servicios de urgencia.

Los servicios de urgencia del sistema sanitario están dimensionados y estructurados para atender mucho más que las urgencias reales; precisamente porque existen las listas de espera.

Se podría decir que ante la generación de las listas de espera, el sistema sanitario amplía su entrada a través del servicio de urgencias que atiende todo en el momento.

La grandeza del servicio público es que todos tenemos el derecho a utilizar a pesar de las esperas - eso sí- siempre y cuando estas esperas sean razonables.

El problema es que nuestras listas de espera hace mucho que dejaron de ser razonables. Y ello se debe a múltiples factores, entre ellos -desde luego- la desproporción que se ha producido en los últimos diez años entre la oferta y la demanda. La demanda quirúrgica y de procedimientos diagnósticos ha crecido de una forma muy significativa, lo ha comentado la Sra. Consejera perfectamente y no voy a insistir en ello. También ha aumentado la oferta, pero no lo suficiente como para mantener un nivel razonable.

Estamos de acuerdo en que el aumento de los recursos aisladamente, no soluciona las listas de espera; pero sin recursos el problema se escapa completamente. ¿Y qué ha sucedido con los recursos en los últimos diez años?.

Desde 1993 no ha aumentado la inversión global en sanidad en relación con el PIB; 7,5 era en el 93 y 7,5 continúa siendo ahora. Sí que se ha derivado parte de lo que se dedicaba al sistema público para la financiación del sistema privado.

La relación del gasto público con el gasto total era en el año 1993 del 76,6 por ciento, y en la actualidad es del 71,4 por ciento. Por si esto no fuese suficiente, el incremento del gasto farmacéutico -que ha pasado de un 15,5 por ciento en el año 1993 a un 30 por ciento en la actualidad- está descapitalizando todavía más el sistema sanitario.

Si mezclamos estos tres componentes, es decir, la tendencia de los sistemas sanitarios públicos a generar listas de espera, con el aumento de la demanda de los últimos años y la descapitalización del sistema sanitario público. Y si además lo aderezamos

con una serie de intereses profesionales que permiten la convivencia del sistema público con el privado - siempre con perjuicio claro está del sistema público- nos encontramos con las listas de espera actuales.

Unas listas de espera impresentables. Precisamente por eso se hace todo lo posible para que su presentación sea poco transparente, algo que ha sido evidenciado por los informes del Defensor del Pueblo en 2002 y 2003, y que todavía no ha sido solucionado por el Real Decreto 605 de 2003.

Unas listas de espera que suponen un peligro para la eficacia del sistema sanitario. Nuestra sociedad espera que su sistema sanitario -financiado por todos- preste los servicios que el ciudadano necesita; pero también cuando el ciudadano lo necesita. De lo contrario, no sirve, no cumple su función; no es eficaz.

Nuestras listas de espera están rompiendo la equidad del sistema sanitario, algunos estudios demuestran que los más favorecidos reciben menos intervenciones y esperan más para ser recibidos.

Existe un alto grado de discriminación, de forma que una parte de la población consigue sortear con gran habilidad las listas de espera. Puedo asegurarle que los desfavorecidos siempre son los mismos.

Unas listas de espera que no tratan a cada uno en función de sus necesidades de salud. A nuestras listas se llega como a la cola de la carnicería, y aunque la opción de consulta preferente pudiese evitarlo de entrada, en el discurrir de los prolongados tiempos de espera la situación puede variar, y lo habitual es que convivan pacientes con distinto grado de afectación, con distinto nivel de discapacidad y con diferente nivel de beneficio.

En nuestras listas de espera conviven por orden de llegada, el joven que quiere hacerse una artroscopia de rodilla para poder seguir esquiando, con la anciana que tiene dificultades para moverse y además tiene que atender a su esposo con Alzheimer.

En definitiva, pacientes con muy diferente grado de necesidad y sufrimiento, porque nuestras listas de espera no están suficientemente revisadas.

Además, en algunos casos suponen un riesgo para los pacientes. De las personas incluidas en una lista de espera, unas sufren un riesgo adicional, derivado del tiempo que tardan en obtener tratamiento. Mientras que otras, se encuentran en una situación en la que realmente no precisan intervención quirúrgica. Y de hecho un porcentaje no despreciable, un 58 por ciento en varices, un 61 por ciento en artroscopias o un 51 por ciento en resección prostática, renuncian finalmente al tratamiento.

En definitiva, unas listas de espera generadas por el sistema de libre acceso de todos los ciudadanos, pero desvirtuadas por una falta de recursos y gestión adecuadas. Que comprometen las bases de equidad y eficiencia del sistema sanitario, y que aumenta el riesgo de enfermedad de parte de nuestra población.

Unas listas de espera vergonzosas que se parapetan tras unos sistemas de registro cuya única finalidad es ocultarlas de cara a la opinión pública. Sin duda generan una profunda insatisfacción en los ciudadanos, que ven inermes cómo el sistema sanitario no cubre sus necesidades cuando lo necesitan, y se ven obligados a la utilización inadecuada de los servicios de urgencias, o a esquivar la lista de espera buscando favoritismos o mecanismos similares. O acudir a los sistemas sanitarios privados, si su economía lo permite.

¿Cuál ha sido la respuesta de la Administración a lo largo de los últimos años?. Ante la crispación y el debate político y social, se han tomado medidas puntuales y precipitadas, que no son efectivas a medio y largo plazo, que benefician claramente a la sanidad pública y a determinados intereses. Que descapitalizan el sistema público y aumentan su ineficiencia.

Hablo de la autoconcertación con todo lo que supone, o de la derivación de pacientes y recursos a la sanidad privada. Medidas que a pesar de su reiterado fracaso a largo plazo, solucionan el problema de una forma momentánea, y aceleran la atención a la que el ciudadano tiene derecho.

Estas son las listas de espera que se han generado en los últimos diez años, y las soluciones que se han aportado desde la Administración.

Afortunadamente las cosas están cambiando. Cada vez son más las propuestas técnicas para un abordaje racional de las listas de espera, por eso Sra. Consejera, su propuesta nos parece de lo más oportuno.

Necesitamos medidas generales y estables sobre el sistema sanitario público. Medidas que incrementen su oferta, lo que pasa por el incremento de los recursos y de la eficiencia de los mismos. Medidas que aumenten la capacidad resolutoria de atención primaria, y que mejoren la coordinación entre los niveles.

Necesitamos medidas concretas, sistemas de registros fiables y homologados, realizados para conocer el problema a fondo y no para ocultarlo. Sistemas de información y publicación de datos sobre listas de espera y de tiempos de espera, dirigidas a la ciudadanía en general y a los pacientes en lista, en particular.

Sistemas de gestión que prioricen e identifiquen a pacientes con mayor riesgo y con mayor beneficio. Necesitamos mecanismos para reducir la incertidumbre sobre la efectividad de las indicaciones y la variabilidad en la utilización de los procedimientos.

También necesitamos establecer tiempos de garantía, pero no queremos que se convierta en un sistema de derivación de recursos del sistema público al sistema privado. Necesitamos tiempos de garantía, pero no sólo para las intervenciones quirúrgicas. La primera consulta y los medios diagnósticos son fundamentales para priorizar al paciente.

Estamos de acuerdo en que el abordaje de las listas de espera requiere un compromiso político y social. Por eso, pedimos al Grupo Parlamentario Popular que se sume al consenso que hoy se pide en esta Comisión.

Debemos evitar que un tema de la trascendencia que tiene para la salud de nuestra población, como éste, se convierta en un instrumento de confrontación política, que se utilice sólo para el desprestigio de los contrarios.

Este tema, Señorías, tenemos que solucionarlo y no tenemos derecho a su manipulación política.

Nada más y muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTE (Pereda Postigo): Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra ahora, Dña. María José Sáenz de Buruaga, del Partido Popular.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Muchas gracias, Sra. Presidente y gracias, Sra. Consejera, por su exposición.

Pero sobre todo, yo quisiera comenzar felicitándonos todos, porque finalmente con seis meses de retraso y tras no pocas maniobras de desinformación y ocultación por su parte –a las que además ha aludido muy bien la Portavoz Socialista- hemos conseguido que comparezca usted en este Parlamento para informar de los datos y de los resultados de su gestión en lista de espera y sobre todo para informar sobre su política en relación a futuro de esas listas de espera.

Simplemente decir que yo es el primer caso que conozco. Yo sí, de que un Consejero del Gobierno pida la comparecencia en mayo y no comparezca hasta el 25 de noviembre. Y que para haber comparecido haya tenido que ser solicitada por la oposición, la convocatoria de la Mesa y de la Comisión correspondiente.

Una evidencia más, por otra parte, que no me sorprende, tanto de los deseos de rendir cuentas a esta Cámara, como del respeto que a la Sra. Consejera merece esta institución y la labor parlamentaria.

Por eso, señora Consejera, me extraña que usted precisamente hoy venga a proponer una Ley que –entre otras cosas- pretenda remitir o presentar al Parlamento, un informe anual sobre las listas de espera; cuando ha empeñado sus esfuerzos en el último año por todo lo contrario: por ocultar toda la información posible al Parlamento y a este Grupo Parlamentario.

Pero usted sabe que hemos tenido que solicitar hasta amparo del Presidente y muchas cosas más. Pero bienvenido sea su propósito de enmienda, si es que es sincero.

Y hablamos de las listas de espera, efectivamente por una razón muy sencilla, que nosotros adelantamos, que compartimos.

Estamos ante un asunto muy importante, que

afecta a todas y cada una de las personas de nuestra Comunidad Autónoma y que más preocupa a los beneficiarios del Servicio Cántabro de Salud.

Porque detrás de las cifras frías de las listas de espera, efectivamente hay personas, hay ciudadanos que padecen riesgo de su salud y detrás de las demoras excesivas, lo que hay son consecuencias importantes.

Consecuencias importantes sobre las personas, como son la inseguridad, la ansiedad o el temor sobre la atención a su salud, sin contar con el hecho que ya puede ser el agravamiento de una enfermedad, mucho más dramático sobre todo por no haber actuado a tiempo.

Y hay consecuencias importantes sobre el sistema sanitario público al exigir muchas veces la repetición de pruebas, tratamientos más amplios o intervenciones más complejas y en definitiva, más coste.

Y nosotros compartimos con ustedes la necesidad de hablar de listas de espera desde el rigor, desde la responsabilidad y desde la sensibilidad, nunca desde el oportunismo político.

Es decir, tenemos hoy el firme empeño de no parecernos en nada a ustedes cuando hablaban de las listas de espera desde la oposición.

Si fuéramos como ustedes, hace escasamente año y medio, estaríamos hoy aquí frivolisando incluso manipulando datos, para exigir la inmediata y absoluta erradicación de las listas de espera, que es lo que ustedes pedían. Pero no se preocupen que no lo vamos a hacer, porque somos conscientes y responsables y somos conscientes de que buena parte de este fenómeno es inherente a un sistema sanitario público que persigue la atención planificada y programada.

Si fuéramos como ustedes, hace un año y medio escasamente, estaríamos exigiendo unos tiempos de demora media y máxima, inalcanzables e irracionales. Pero tampoco se preocupen porque tampoco lo vamos a hacer. Porque somos conscientes de que la situación genera preocupación entre los ciudadanos, cuando los tiempos de espera se prolongan más allá de lo que la condición clínica personal aconseja. Y ahí es donde nosotros pretendemos poner el toque.

Pero la diferencia entre ustedes y nosotros, es que queremos poner el tope en lo personal, en lo social y clínicamente razonable que se encuentra muy lejos, Sra. Consejera, de donde nos encontramos hoy.

Y dicho esto, lo que no vamos a hacer es ni negar el problema –que es lo que parece que venimos haciendo durante la mañana- ni conformarnos con falsas soluciones que parece ser que es lo único que ustedes pretenden. Venir aquí a quitarse el problema de encima, hablando de una Ley y punto.

Porque si las listas de espera suponen el indicativo más visible de la eficacia o ineficacia del sistema sanitario público o un indicador objetivo de

calidad, tenemos que ser conscientes o no cabe ninguna duda de que en Cantabria tenemos un problema.

Y año y medio después de haber llegado ustedes al Gobierno, este problema es bastante más grave. El único mérito que se les conoce al frente de la sanidad y que obra en el haber de este Gobierno, es el de unas listas de espera dramáticas, las peores conocidas en esta Comunidad Autónoma y que son la prueba evidente del deterioro de nuestro sistema sanitario público, que antes de lo previsto empieza a tener damnificados, que son los ciudadanos.

Y esto lo dicen las cifras, los datos son rotundos y no la demagogia. Tiene razón la Portavoz Socialista cuando dice que son intolerables. Son intolerables pero ahora más intolerables. Y después de los 10 últimos meses de su gestión, muchísimo más intolerables. Porque es que en 10 meses, de junio de 2003 a abril de 2004, han crecido un 14,18 por ciento. Hay 1.142 pacientes más en lista de espera quirúrgica.

Más intolerables, porque han crecido en todos los centros hospitalarios. Y más intolerables porque crecen en todas o prácticamente todas las especialidades.

Y lo que es mucho más grave, no es que crezcan los pacientes en la lista de espera, el número de pacientes; sino que crecen escandalosamente los tiempos de demora media y máxima. Es decir, lo más alarmante no es el número de personas que esperan, sino el tiempo que cada uno de ellos espera, que se ha disparado brutalmente.

Por ejemplo, en lista de espera quirúrgica, en traumatología ha pasado de 2.903 personas –y estoy utilizando los datos proporcionados por el Gobierno- a 3.440 en 10 meses. Pero la demora media, que es lo que espera cada una de esas personas, de media; ha pasado de 86 días a 126 días, gracias a ustedes.

O por hospitales, la demora media en lista de espera quirúrgica, ha pasado en Laredo, de 81 días a 111 días, gracias a ustedes. ¿Y comprenden la gravedad de estas cifras?. Y los datos son igual de alarmantes e intolerables si hablamos de consultas externas y pruebas diagnósticas.

Ejemplos, pues mire, los que quiera. Neurología: de 56 días para consulta, a 86 días de media. Oftalmología: de 60 días a 100 días de media. Y la cirugía infantil: de 8 días de media a 46 días de media. Esto es escandaloso. Y las pruebas diagnósticas, más de lo mismo. La mamografía: de 77 a 97 días. Las resonancias magnéticas, donde se dobla la demora hasta alcanza 71 días. Todos ellos –repito- tiempos medios, que varían en función del hospital.

Y yo me pregunto ¿Cómo es posible que todo esto haya ocurrido con los logros que nos ha enumerado aquí la Sra. Consejera?. Porque es que ha dicho de todo: inversiones, obras en los hospitales..., o sea, las obras que se hacen siempre y presupuesto tras presupuesto, porque no ha venido ahora el nuevo Gobierno a hacer mejoras de inversiones en los

hospitales, sino que siempre es obligado hacerlas, presupuesto tras presupuesto.

Nuevas tecnologías. No me extraña nada de lo que ha dicho, porque ha tenido la flema de decir que ha llegado a acuerdos con los profesionales... y están todo los días en la calle y encerrados. O sea, ya el que tiene la flema de decir eso, pues tiene la flema para decir cualquier cosa.

Y claro, yo no sé si con todos los esfuerzos desplegados que usted ha hecho, las listas de espera han subido lo que han subido; me dan ganas de decirle que por favor no haga nada más. Que nos deje como estamos. Lo siento, si usted ha hecho tantas cosas, esas cosas no sirven, tendrá que hacer otras.

Pero es que ¡claro! yo como les conozco a estas alturas, no creo que vayan a tener la humildad necesaria para reconocer que algo habrán hecho ustedes mal. Pero es así, algo tienen que haber hecho ustedes mal.

Pero lo que ya no me sorprende es que tengan la soberbia de seguir atentando contra la inteligencia de todos los cántabros para dar las causas que ustedes dan: Que si hay aumento de población, que si estamos con más envejecimiento, que si hay aumento de actividad.

Correcto. Pero ¿Qué ocurre que nunca antes se ha aumentado la población?. ¿Nunca antes se aumentaba la actividad?. ¿Qué pasa, que la población y la actividad aumentan sólo en Cantabria?. Y ¿Qué pasa, que esas circunstancias no se pueden prevenir, no son previsibles y no se pueden atajar?.

Miren, aumentan año tras año la población y la actividad y si quiere le digo los datos en Madrid y nos comparamos con quien usted quiera.

En Madrid ha subido la población un 8 por ciento. Y hay 420.000 personas más incluidas en el sistema sanitario público en los dos últimos años. O sea, crece la actividad y crece población y la demora media en diciembre de 2001 era de 81 días y a 31 de diciembre estábamos ahora en 57 días. Estos son los datos.

Pero mire, ¡claro!, luego se tienen que poner de acuerdo. Dice la Portavoz Socialista: que de todo esto y de las causas, y estamos como estamos por la concertación y la derivación a centros privados. Pues pónganse de acuerdo, porque con la concertación su Consejera piensa seguir. Cuando lo de las peonadas, yo la hice unas preguntas y me dijo que de eso nada y que las peonadas iban a seguir y que es una de las medidas fundamentales para reducir las listas de espera.

Y la derivación a centros privados, pues lo acaba de anunciar. Cosa que cuando el Sistema Sanitario Público no puede con esa carga de trabajo, yo personalmente apoyo. Y además apoyan ustedes todos los días, porque los conciertos y la partida para conciertos en esta Comunidad Autónoma con los hospitales privados, la subieron ustedes, no nosotros.

Lo que ya suena más convincente, de las causas que ustedes han dado, es una que dio la Consejera en la prensa pero que no se ha atrevido a repetir hoy aquí. La indefinición –la llamaba ella generada por el cambio de Gobierno.

Pues bueno, ella lo puede llamar indefinición, yo lo llamo el caos o el desconcierto que persiste año y medio después. Pero lo cierto es que las listas de espera son consecuencia de eso. Son consecuencia de la falta de proyecto político de este Gobierno y de la manifiesta incapacidad de gestión de la Sra. Consejera. Y lo digo con todo el respeto, pero estoy evaluando la gestión política.

Son consecuencia del ánimo destructivo y del sectarismo ideológico que caracteriza al Partido Socialista. Que han empeñado el último año y medio en echar por tierra todas las reformas emprendidas por el Partido Popular, para solucionar esta situación...

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Diputada, se la ha acabado el tiempo...

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ:...Son consecuencia del talante autoritario que desprecia el diálogo con todo el mundo, de la Sra. Consejera. Y son consecuencia de un Gobierno que se finge progresista, pero que al final restringe recursos y presupuesto para la salud.

Mire, estando las cosas como están, Sra. Consejera, yo pensé que usted iba a venir aquí a hacer algo porque no la queda más remedio, que es comprometerse. Fijar un objetivo serio, una meta ambiciosa. Porque si usted no se compromete y no da plazos, aquí no van a haber soluciones.

¿Por qué no asume los compromisos electorales del Partido Socialista, y nos dice: siete días para pruebas diagnósticos, diez para primera consulta de especialista y cuarenta y cinco para intervención quirúrgica?. ¿Por qué no lo asume?. ¿Reniega de los compromisos electorales de su Partido?.

Pero yo no quiero agotar el escaso tiempo del que dispongo sin hablar de la parte más importante –y es un minuto, Sra. Presidenta, ya que ha sido flexible con todos los intervinientes- sin hablar de la solución, que usted llama: Ley de demora de garantías de demora. Y yo la digo, me parece muy bien pero llega tarde.

Porque las leyes consagran derecho y ese derecho ya está consagrado en Cantabria por una Ley. Que me preocupa enormemente que ninguno de los que están aquí, trabajan en el ámbito de la Sanidad, saben que existe: la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria, aprobada por este Parlamento, legítimo representante de los cántabros -aunque ustedes votaron en contra, Sra. Consejera- en diciembre de 2002. Y una Ley que consagra, no sólo el derecho de los usuarios a la información sanitaria y a las listas de espera, sino consagra el derecho a recibir prestaciones sanitarias dentro de los plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.

Lleva usted un año y medio incumpliendo esa Ley. Y lleva usted un año y medio vulnerando todos los derechos de los cántabros, en relación con las listas de espera. ¿A qué está esperando?...Ahí está el Decreto...

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Diputada. Esta Presidenta, que sí que es flexible, le ha concedido tres minutos más que al resto. Por favor...

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: No se preocupe; gracias, Sra. Presidenta, que en la próxima intervención terminaré mi exposición.

Gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Sra. Consejera tiene usted la palabra para responder a los Grupos Parlamentarios.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón): Muchísimas gracias por sus intervenciones.

Quisiera precisar, al Representante del Grupo Parlamentario del PRC, que efectivamente las listas de espera afectan solo a personas cuyos procesos, el profesional, o el grupo de profesionales que les ha atendido, consideran que no requieren una atención urgente.

Cualquier persona que requiere una atención urgente; sea inmediata o sea en horas, o sea en un plazo de uno o varios días; no es incluida en la lista de espera y pasa a ser atendida con la rapidez que el proceso lo requiera.

Las personas que quedan incluidas en listas de espera son sólo aquellas cuyo proceso, cuya prueba, cuya intervención admite una demora.

Efectivamente, existen muchas razones que han hecho aumentar la demanda. El Diputado del PRC ha hablado de ellas. Yo también he comentado algunas. Y quizás no hemos comentado una que también es importante, y es el aumento de la intensidad terapéutica y diagnóstica.

Por ejemplo, una persona hace unos años padecía una artrosis de cadera y se limitaba a hacer reposo, a tomar analgésicos, a aplicarse calor, a usar un bastón. Seguramente, solamente había acudido a su médico de cabecera. Y muy posiblemente, su médico de cabecera no había requerido ninguna prueba complementaria. Le había hecho una historia, le había hecho una exploración clínica y había concluido: Proceso crónico degenerativo. Artrosis de cadera. Usa bastón; ten cuidado; colchón; reposo, etc.

Sin embargo, ahora, si una persona padece el mismo problema, acude al médico de cabecera. Esta persona realiza también una historia clínica, realiza también una exploración, pero seguramente solicita también alguna prueba diagnóstica. Puede ser que pida una radiografía de cadera, incluso de columna, para descartar alguna otra patología que puede asociarse o cuyos síntomas pueden inducir a error. Y va a instaurar tratamientos. Inicialmente, tratamientos farmacológicos. Con fármacos más modernos. Muchas

veces, anti-inflamatorios que necesitan también la asociación de otros fármacos, protectores gástricos.

Si el proceso progresa -que suele ser su evolución- enviará a esta persona al traumatólogo. El traumatólogo puede pedir más pruebas, incluida una resonancia y puede sentar una indicación quirúrgica. De esta manera, este cambio en nuestra intensidad terapéutica y diagnóstica, está haciendo que lo que antes se trataba como les he dicho, ahora mismo implique la participación de médico de familia, muchas veces del reumatólogo, del traumatólogo, de pruebas complementarias, algunas de ellas complejas y por supuesto de un quirófano.

Esto está haciendo, desde luego, que aumente la demanda. Y está sometiendo a nuestro Sistema de Salud, a un reto. La capacidad de adaptarse a unas nuevas necesidades.

Pero nuestro Sistema de Salud sabe que no todo lo que le llega son auténticas necesidades. Lo sabe, pero le es difícil cuantificarlo y actuar sobre ellas. Existen muchas presiones agenciales, de grupos, de laboratorios, de tecnología, que están presionando para que lleven adelante actuaciones terapéuticas que muchas veces no son necesarias.

La recomendación realizada prácticamente por cualquiera que salta en los periódicos, que salta en las revistas que leemos todos: Acuda a su especialista; si usted tiene determinado síntoma, no lo deje, acuda a su especialista inmediatamente. Vale más que acuda a su especialista.

Este tipo de mensajes está propiciando que se cree una demanda que muchas veces no son de auténticas necesidades sanitarias.

Por tanto, nuestro Sistema tiene que adaptarse a las nuevas necesidades, generadas por una población que es distinta y también generadas por la nueva capacidad que tenemos los profesionales de resolver problemas sobre los que antes poco podíamos hacer, o decir.

Pero tenemos una gran obligación, una grandísima responsabilidad. Y es que sólo debemos realizar los procedimientos adecuados. Y sabemos que no todos los procedimientos son adecuados.

La Diputada del Grupo Parlamentario Socialista hablaba de cómo finalmente muchas de las indicaciones quirúrgicas no son llevadas a cabo, porque los propios pacientes desisten de realizarse esta intervención quirúrgica.

Yo podría añadir también -otro de los trabajos que se han realizado- que cuando una lista quirúrgica o una lista de espera para pruebas diagnósticas es sometida a una segunda opinión, muchas de las indicaciones son revertidas. Indudablemente, en estos momentos carecemos de un conocimiento preciso sobre lo que podemos esperar de cada procedimiento, o de lo que podemos esperar de un procedimiento concreto para una persona en una situación clínica concreta.

Debemos por tanto, avanzar en ello y por eso es muy importante que todo lo relativo a la lista de

espera aflore y sea público. Todos estamos haciendo un flaco favor con la politización del problema de la lista de espera.

Sucedo parecido -aunque sus dimensiones no son comparables desde luego- como con la politización de la infección por Legionella.

En el momento que uno de estos temas es politizado, es utilizado como arma arrojadiza, en el momento en que se producen abordajes del tipo de esta lista de espera está así porque quien está gobernando pertenece a tal o cual partido; estamos haciendo un flaquísimo favor a nuestro sistema de salud y a nuestros ciudadanos.

En el momento que nos enfrentemos a la lista de espera con amplitud de miras y con absoluta transparencia, las cosas empezaran a avanzar. El primer problema importante que tenemos frente a la lista de espera, es que desconocemos el intrínseco -me van a permitir la expresión- de la generación de la lista de espera. Nos falta muchísima conocimiento sobre el por qué de la lista de espera y por supuesto muchísimo conocimiento sobre cómo actuar de una manera sanitaria y socialmente eficiente sobre la lista de espera.

Por supuesto, coincido con la representante del Grupo Socialista en que todos los sistemas de salud racionan, lo que sucede es que hay distintas formas de racionamiento.

Por ejemplo, Estados Unidos, país que invierte en atención sanitaria un porcentaje muy importante de su Producto Interior Bruto. Este país, hace un racionamiento de sus servicios sanitarios. Sólo atiende a aquellos que tiene aseguramiento, las personas que en Estados Unidos tiene aseguramiento, disponen de un catálogo de prestaciones más o menos amplio, disponen de protección sanitaria. Pero el 20 por ciento de los ciudadanos americanos, no disponen de ningún tipo de atención sanitaria.

Es decir, un sistema como el americano, gasta en recursos sanitarios un gran porcentaje del Producto Interior Bruto y gasta sólo ese porcentaje gracias a que realiza un racionamiento, sólo atiende al 80 por ciento de su población.

Sin embargo, existen otros países europeos, canadienses y de otros lugares que han adoptado sistemas sanitarios públicos como el nuestros. Sistemas sanitarios que tiene unos principios fundamentales y el principio fundamental de nuestro sistema sanitario sería la cobertura universal y sería la equidad en el acceso.

Todo ciudadano, toda ciudadana puede acceder en igualdad en condiciones a nuestro sistema de salud y puede acceder a toda la cartera de prestaciones de nuestro sistema de salud que hemos de decir que es de las más amplias de los sistemas sanitarios públicos.

Muchísimo más amplia por ejemplo que la cartera inglesa que siendo un sistema sanitario público, realiza un racionamiento de sus servicios precisamente restringiendo la oferta en cartera de

servicios.

Pues bien, nuestro país que ha elegido ese sistema nacional de salud, con esos valores tiene en la equidad una de sus ventajas. Pero precisamente esa equidad, ese acceso gratuito universal, genera necesariamente listas de espera. Y cuando la lista de espera es demasiado prolongada en el tiempo, cuando la lista de espera ocasiona agravamientos en el estado de salud de las personas que se encuentran u ocasionan sufrimiento adicional, cuando esas listas de espera son clínicas y socialmente inaceptables; esas listas de espera consecuencia de ese principio de acceso universal y equitativo, se convierten por sí mismas en un obstáculo precisamente para la equidad, precisamente para ese valor esencial de nuestro sistema.

Por tanto, si queremos preservar nuestro sistema de salud y creemos en los valores que le sustentan, la lista de espera excesiva debe de ser convenientemente estudiada, analizada y tratada.

Y por supuesto, para restituir el principio de equidad debemos de tratar la lista de espera tal y como he comentado ampliamente en mi primera exposición, pero también introduciendo un factor diferente al tiempo de inclusión en la lista de espera que sería la atención según la necesidad.

La única manera de que con las listas de espera que nosotros estamos teniendo en nuestro país -y en todas las Comunidades es igual, señoras y señores, no se engañen en absoluto- este problema desgraciadamente como nuestro sistema es universal, pues es universal en nuestro país. Como digo debemos de volver y restituir la equidad, haciendo que los pacientes sean atendidos, no en función del orden de llegada sino en función de la necesidad y en función del beneficio esperado por la intervención terapéutica o la prueba diagnóstica o la consulta especializada que están esperando.

Nos encontramos frente a un importante dilema. Existen diferencias entre solucionar el problema de la lista de espera y solucionar el problema concreto de la persona que está en la lista de espera.

El problema de la lista de espera, no es un único problema. Ya hemos hablado que es un problema multicausal, que va a requerir actuaciones a muy diferentes niveles. Actuaciones prolongadas en el tiempo y cuyos efectos van a materializarse en plazos de tiempos más o menos largos. Encontrar el equilibrio entre trabajar para solucionar el problema de la lista de espera y al mismo tiempo solucionar el problema concreto de la persona que está en lista de espera, nos puede llevar a aparentes contradicciones como algunas de las que ha comentado la responsable del Grupo Parlamentario Popular.

Indudablemente nosotros estamos decididos a trabajar con rigor, tal y como recomienda la parlamentaria del Grupo Popular sobre la lista de espera. Queremos trabajar con rigor y queremos trabajar con medidas a medio y a largo plazo, pero no podemos olvidar a los pacientes que esperan hoy y también para esos pacientes tenemos que proponerles soluciones.



Por tanto, y mientras todas las medidas a corto -mejor dicho- a medio y a largo plazo que vamos a desarrollar, vayan dando sus frutos; tenemos que desarrollar medidas del tipo de autoconcertación dentro de unos márgenes razonables, concertación externa dentro de unos márgenes razonables y la nueva propuesta de ley de garantías de espera máximas.

Estas medidas en sí mismas van dirigidas únicamente a resolver los problemas de hoy de las personas que hoy esperan. Pero la atención a los problemas de las personas que hoy esperan no debe ser nuestro único objetivo. Debemos sin duda, abordar esa otra gran tarea que es enfrentarnos al fenómeno de las listas de espera.

Coincido en muchas cuestiones con los comentarios de la Diputada del Grupo Popular. Comparto - como ella dice- la necesidad de hablar de las listas de espera desde el rigor y la sensibilidad. Comparto el que en buena parte, son inherentes al sistema sanitario.

Comparto la extrema necesidad de no negar el problema. Por tanto, compartimos muchas más cosas de las que hasta ahora habíamos conseguido compartir. Por tanto, estamos en muy buenas condiciones para abordar este consenso sobre una Ley de Garantías de Demora, que es lo que aquí y ahora nos está interesando.

Difiero en algunas cuestiones, pero pocas. Por ejemplo, difiero en que las listas de espera sean indicadores de eficacia de un sistema. No difiero yo, difieren todos los expertos en sistemas sanitarios. Como también difieren los expertos sanitarios en que las listas de espera sean un indicador de calidad, salvo quizá por lo contrario de lo que la Diputada ha querido decir. Precisamente porque nuestro sistema sanitario ofrece unas prestaciones de calidad, tiene las listas de espera que tiene.

Y esto es algo que se entiende muy bien cuando se habla de un profesional que ejerce privadamente o de un hospital privado. El comentario común entre las personas es: "Fíjate si será bueno, que mira cuándo me han citado, o mira qué lista de espera tiene".

Todavía no entendemos las personas que trabajamos dentro del sistema público, por qué razón esto no es directamente aplicable al sistema público. Pero tampoco es diferir mucho.

¡Claro! también tengo que diferir en esa atribución directa de: "Las listas de espera son directamente atribuibles a quien gobierna, incluso personalizando, a la persona que representa la máxima autoridad sanitaria". Porque, por ejemplo, yo jamás diría que el Dr. Del Barrio fuera responsable de que en el 2002 la lista de espera de traumatología fuera de 165 días. Jamás se me hubiera ocurrido decirlo.

También tengo que señalar alguna cuestión temporal de importancia. El Gobierno anterior gestionó la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la asistencia sanitaria transferida. Es decir, el Servicio

Cántabro de Salud. Un periodo tan breve de tiempo que indudablemente no pudo imprimir ni su concepción de la política sanitaria ni su estilo personal.

Y me consta, como profesional sanitario que llevo trabajando casi 25 años en el sistema, y que he trabajado antes de las transferencias y durante el periodo de las transferencias.

Por tanto, ha sido la inercia y el estilo INSALUD el que ha seguido marcando - yo creo que seguirá marcando- durante mucho tiempo al Servicio Cántabro de Salud. Cosa de la que no debemos, por otro lado, escandalizarnos, puesto que el INSALUD fue una gran Administración Sanitaria de la que todavía hoy aprendemos.

Por otro lado -y simplemente para señalar también en lo que diferimos- quisiera que la representante del Grupo Parlamentario Popular no confundiera trabajadores, profesionales, 6.500 personas con algunos representantes sindicales de algunas organizaciones sindicales.

Cuando estamos hablando de acuerdos, estamos hablando de todos los contratos de gestión que se han firmado, uno a uno por parte de las direcciones de los hospitales con todos y cada uno de los miembros de los servicios que trabajan en nuestros hospitales, y con todos y cada uno de los miembros de los equipos de atención primaria.

Es decir, los acuerdos que directamente la Dirección de los hospitales y gerencias de atención primaria han alcanzado y han firmado en un acto simbólico de importancia, con todos y cada uno de los profesionales y trabajadores de nuestros servicios y equipos de atención primaria. Yo estaba hablando de eso.

Y por otro lado conviene recordar -quizá- que a pesar de las diferencias que se escenifican en los medios de comunicación, hasta ahora y salvo el acuerdo de reducción de jornada de 35 horas; todos los planteamientos de desarrollo del acuerdo marco, y algunos otros acuerdos fuera del acuerdo marco, se han obtenido con firma sindical; no conviene olvidar esto.

Pero tampoco conviene que una comparecencia como la de hoy, en la que parece que todos los Grupos Parlamentarios que están representados en este Parlamento, tenemos importantes puntos de acuerdo, dejarlo a un lado.

Lo importante -creo yo- es que todo sepamos que nos enfrentamos a un problema grave, a un problema importante sobre el que nos falta conocimiento y sobre el que nos falta esa varita mágica, que permita transformar el problema de las listas de espera en unas demoras razonables y perfectamente asumidas.

Nos falta a nosotros pero le falta a toda la comunidad científica. Les falta a todos los gestores de los diferentes países que tienen sistemas sanitarios similares al nuestro. Falta en Francia, falta en Alemania, falta en Suecia, falta en Inglaterra, falta en Canadá, falta en Nueva Zelanda, falta en España.

Por tanto, sabiendo de las limitaciones de nuestro conocimiento, sabiendo de la magnitud de este problema, abordémoslo con esa altura de miras, que yo creo que problemas de esta magnitud requiere.

Y animémonos entre todos a seguir trabajando en la línea marcada del Servicio Cántabro de Salud, en esa nueva línea de fijarnos objetivos tan importantes como priorizar la lista. Conocer cuántos de los procesos de la lista están adecuadamente incluidos en lista.

Ver si somos capaces de trascender de las tres listas de espera a la lista de espera de un paciente que tiene un proceso y que lo que quiere es que se le resuelva ese proceso.

Y mientras tanto trabajemos, por ejemplo, a partir de hoy en la consecución de una Ley de Garantías de Demora para atención especializada que ayude a resolver el problema concreto de los pacientes que hoy están esperando, más allá de lo recomendable.

Gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias, Sra. Consejera.

Bien, como ya ha habido quien ha manifestado la intención de volver a intervenir, se abre un turno de cinco minutos para cada Grupo Parlamentario.

Tiene la palabra el Diputado del Grupo Regionalista.

EL SR. PÉREZ TEZANOS: Gracias, Sra. Presidenta.

Consumiré seguramente que mucho menos de esos cinco minutos.

Y quería decir que como quien comparece es la Sra. Consejera, es por tanto la Sra. Consejera quien tiene la responsabilidad de contestar a los Portavoces.

No obstante sí que quiero decir que en mi primera intervención he procurado pasar de puntillas sobre un asunto como el que parece, al final, que ha despertado mayor interés en las listas.

Y hablar de nuevo de listas de espera es volver a escuchar por mi parte los mismos mensajes, los mismos argumentos que ya en el pasado he escuchado, en esta misma sala. Cambian las voces, pero ya los hemos escuchado.

Caer en ese debate es volver a ejercitar la capacidad de elocuencia que cada cual pueda tener y ejercitar además la capacidad de darle vuelta a las cosas. Depende del lado en el que uno se encuentre. Parece que esto ha quedado bastante constatado.

Pero claro, debo obligatoriamente entender a la oposición y no solamente debo entenderla sino además debo de respetar su postura. Pero en nuestro caso, la opción que escogemos nosotros como más razonable, o como mejor, es el trabajo hacia la

minimización de este problema que ya es sobradamente conocido, estudiando y aprobando todas las iniciativas que nos puedan ir planteando tendentes a ello desde el Gobierno.

Por eso toqué el asunto con guante, para que nadie saque otras intervenciones que yo pude tener en esta sala. Por eso felicité y animé a la Consejera – como hice a otros- para que busque esa piedra filosofal que nadie en ningún lugar acaba de encontrar, pero que hay que proseguir en su búsqueda o en su encuentro.

Para mí lo importante hoy era la nueva iniciativa que trae. Eso era realmente lo importante. Y como parece que eso no suscita demasiado interés por parte de la oposición, yo sí que la voy a decir que por nuestra parte, ya le he brindado antes nuestro apoyo a ese estudio, porque en todo caso ni hoy lo aprobamos ni hoy se va a rechazar. Hoy no toca hacer eso. Pero que nosotros entendemos o sí que entendemos que contribuirá a esa solución, a esa minimización que se busca. Por lo menos es un intento válido que merece la pena estudiar de cara a buscar una solución.

Y acabo indicando que esto que acabo de plantear es lo nuevo. Este proyecto es lo nuevo y en esto nos tenemos que centrar, lo otro es –que me disculpen- lo mismo de siempre –deseo que yo recuerde- en esta sala.

Nada más y muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Gracias, Sr. Diputado.

Tiene la palabra, la representante Portavoz del Grupo Socialista, María del Carmen Pérez del Oso.

LA SRA. PÉREZ DEL OSO: Perdón, yo voy a seguir insistiendo, porque creo que éste es un problema que afecta a una parte, a toda la población de Cantabria. Y voy a seguir insistiendo en pedirles su colaboración en él.

Creo que la Consejera está proponiéndonos una forma de tratar las listas de espera rigurosa, una forma –además- realista de hacerlo. Una forma que está completamente de acuerdo con las últimas tendencias. Una forma con la que no solamente mejorarían las listas de espera, sino también nuestro sistema sanitario.

Entonces, la verdad es que a mí me parecería algo muy adecuado el que colaborásemos todos en ello, por el bien de nuestra población.

Creo que mi obligación es seguir insistiendo para tomar otras posturas. Si desgraciadamente hay que tomarlas, ya habrá tiempo.

Sí que les aseguro -porque lo veo todos los días en mi consulta- que la actitud que tienen los pacientes cuando les dices cuánto tiempo tienen que esperar para una consulta, pues la verdad es que depende un poco de las posibilidades que tengan de reacción. Hay algunos, los que más posibilidades tienen, se indignan. Los que menos posibilidades tienen, quedan inermes, descontentos y sin saber qué

hacer.

Pero entre esas dos posturas, están todos. Están los que votaron al Partido Popular, están los que votaron al Partido Regionalista, los que votaron al Partido Socialista. Están todos.

Entonces, un poco en nombre de esos, en nombre de todos, en nombre de mis pacientes, en nombre de los enfermos; quiero solicitar de todos ustedes, que colaboren y apoyen algo que en principio me parece que es bueno y razonable.

Nada más. Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias, Sra. Diputada.

Tiene la palabra ahora, la representante del Partido Popular.

LA SRA. SÁENZ DE BURUAGA GÓMEZ: Gracias, Sra. Presidenta.

Mire, sí, en nombre de los pacientes, no sé si de los suyos, pero seguro que todos tenemos alguno en casa; pues claro que hay que hacer algo, porque lo que es inaceptable es que para una primera consulta de Oftalmología en Laredo, haya que esperar tres meses, además cuando es urgente y viene derivado urgente. Que se ha dicho que lo urgente no afecta.

Es inaceptable que haya que esperar nueve meses en Sierrallana para ser operado de trauma. O tres meses para que te hagan una mamografía preferente. Seis meses para un bocio en Valdecilla o una ecografía cardiaca, solicitada el 19 de abril y realizada el 21 de septiembre. La consulta la tiene a finales de enero y son -se lo he dicho- personas con nombres y apellidos y con un estado de salud. Y eso hay que atajarlo.

Muy bien. ¿Cómo?. ¿Cómo lo hacen las demás?. ¿Qué tiene Castilla La Mancha, Sra. Consejera, señores Diputados?. Un Decreto que determina las esperas máximas y un plan de reducción de listas de espera.

¿Qué tiene Valencia?. Un plan de demora para reducir el tiempo medio de las listas. ¿Qué tiene Madrid?. Un plan de reducción, un plan integral de reducción de listas de espera. Y recomendaciones de estudios las tenemos todos, si todos los planes están redactadas en relación a las mismas, las recomendaciones del Consejo Interterritorial de Salud del grupo de expertos, ya lo dijo la Sra. Consejera en el año 2002 y este problema ya está suficientemente estudiado.

Ahora llega la hora de actuar, llega la hora de actuar y la ley ya la tenemos, y la ley les obliga a ustedes un Decreto, un Decreto y un plan con actuaciones con medidas y con presupuestos.

¿Qué tienen en común todos estos planes?. Presupuestos, Sra. Consejera.

Para que todos nos entendamos, hace falta un plan y financiación. ¿Sabe lo que cuesta el plan de erradicación de las listas de espera de Madrid?. 113

millones de euros, entre el año 2004 y el año 2005, tanto medidas específicas como estructurales. ¿Y sabe cuál es la previsión de financiación o mejor dicho la dotación presupuestaria de sus presupuestos en el año 2004 y el año 2005 para el plan de erradicación de las listas de espera?. Cero, cero. Ésa es la diferencia.

Las listas de espera se mejoran con recursos humanos y materiales, con presupuesto y con gestión.

Creo que no haya dicho nada aquí que no hayamos sostenido todos los Grupos. Se lo venimos pidiendo a la Consejera y nos lo viene negando. ¿Recuerda las propuestas que la hicimos en el debate de la Región, Sra. Consejera, que se comprometiera con nuestros hospitales? Que queríamos un hospital en Campoo con actividad quirúrgica y un verdadero hospital con 50 camas y no un ambulatorio, que queríamos una tercera planta funcionando para Liencres porque tenemos enfermos crónicos ocupando camas en los hospitales y está cerrada e infrautilizada y son unos recursos público.

¿Se acuerda que le dijimos que queremos un Decreto de tiempos máximos de demora porque lo obliga la ley de ordenación sanitaria y el paciente tiene derechos y se está vulnerando ese derecho?. ¿Se acuerda que le dijimos qué pasa para la integración de todo para mejorar la gestión en el Servicio Cántabro de Salud?. Y ustedes nada. ¿Se acuerda que les dijimos el acuerdo marco y ahí están los acuerdos con los profesionales y ahí está el presupuesto?

¿Recuerda esas propuestas?. Tal vez ese ánimo de consenso que ustedes han demostrado con las propuestas del PP para mejorar el sistema sanitario público es al que ustedes ahora apelan. ¿Dónde tenían el ánimo de consenso hace poquitos meses?. Porque estas propuestas no fueron ni leídas, fueron treinta y tantas directamente a la basura.

Nosotros también pedimos ánimo de consenso cuando se trata de propuestas del Partido Popular. Pero mire les voy a decir algo: incluyan todas las medidas en un plan y dótelas presupuestariamente y si eso es así, tiene usted el apoyo incondicional del Grupo Popular.

Si quiere consenso, le tiene, pero sobre la base de compromisos y medidas reales. Ahí nos tiene, pero no apele usted a nada cuando lo único que se trata es diferir un problema y demorar. Seguir otros dos años sin hacer nada, cuando lo único que tiene usted sobre la mesa es unos resultados terribles que cargan sobre las espaldas de todos los cántabros en lista de espera y encima tiene la sangre fría de presentar un presupuesto para Sanidad que recorta recursos, que hace desaparecer la inversión prácticamente porque baja un 30 por ciento -cuando la media en el resto del presupuesto es del 7 y porque hipoteca la sanidad para muchos años y con eso no se juega.

Si ustedes quieren -ya digo- consenso, haga un esfuerzo y traigan algo serio, traigan plan y traigan presupuesto y financiación para ese plan. La ley ya la tenemos y el decreto ha perdido usted unos años y medio para haberlo hecho, Sra. Consejera. Se lo

hemos pedido, usted votó no. Usted les ha negado ese derecho a los ciudadanos de Cantabria.

Gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Muchas gracias.

Para responder tiene la palabra la Sra. Consejera.

LA SRA. CONSEJERA (Quintana Pantaleón): No es adecuado volver a los argumentos y a los mensajes tantas veces repetidos. Aunque esos argumentos y esos mensajes sean lanzados por voces distintas, las de turno, las que tocan y no forma parte esto ni de mi concepción ideológica ni desde luego práctica habitual.

Y efectivamente lo importante hoy -tal y como ha dicho el Diputado del Grupo Parlamentario del PRC- es la incorporación de un proyecto a una serie de medidas que en mayor o menor medida se están ya desarrollando en nuestra Región. A volver a los mensajes y a los argumentos manidos es lo mismo de siempre.

Por tanto, lo importante es hablar de este nuevo proyecto, lo importante es hablar de la posibilidad de consensuar una ley que garantice tiempos máximos de espera a nuestros ciudadanos y lo importante también es entender que esta ley, sólo es un peldaño más en esa escalera que puede conducirnos a la piedra filosofal.

Parece que sobre esto estamos de acuerdo. La Diputada del Grupo Parlamentario Popular, lo tiene claro. Hay que hacer algo, hay que atajar este problema, hay que actuar. Pues bien, estamos de acuerdo -por tanto- el Gobierno y los Grupos

(Finaliza la sesión a las catorce horas y quince minutos)

Parlamentarios reunidos en esta Comisión, en que debemos de actuar.

Las medidas que hasta ahora el Servicio Cántabro de Salud y la Consejería ha puesto en marcha, son medidas contrastadas en otros sistemas de salud, en otros países y de las que en algunos casos se tiene amplio conocimiento de la eficacia de sus resultados y en otros todavía no se dispone de ellos, pero se están ensayando porque parece que pueden influir positivamente en las listas de espera.

Pero necesitábamos dar un paso más y ese paso es precisamente la incorporación a toda esta batería, a esta atención integral de la lista de espera, de una futura ley que reconozca a los ciudadanos que sus procesos debe de ser atendidos en un plazo a determinar, que determinaremos. Y que si no son atendidos en ese plazo el Servicio de Salud responsable de garantizar su atención sanitaria, al menos, garantizará el pago degenerado por la asistencia a su proceso, por parte de otro centro, el que ese paciente elija.

Yo creo que el haber alcanzado hoy este acuerdo, debe de llenarnos de satisfacción a todos los que aquí estamos presentes y facilitar que este proyecto de ley se haga realidad en el plazo más breve posible.

Muchísimas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Pereda Postigo): Reiterando el agradecimiento a la Sra. Consejera y a los Altos Cargos que la acompañan, damos por finalizada la Comisión.

\* \* \* \* \*