

LA SITUACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE PROTESIS DE CADERA EN ANDALUCIA

Diciembre 1992

INDICE

- 1.- Introducción 1
- 2.- Metodología 8
- 3.- Análisis de la situación registrada.
 - 3.1. ¿Cuántos pacientes se encuentran en lista de espera? 19
 - 3.2. ¿Cuánto tienen que esperar los pacientes para ser operados? 30
 - 3.3. La oferta y la demanda de intervenciones de cadera 40
 - 3.4. Otros datos asistenciales 46
 - 3.5. Los criterios de ordenación de las listas de espera 50
- 4.- Repercusiones médicas y asistenciales de la espera 58
- 5.- Estudio social de los pacientes que esperan.
 - 5.1. El perfil personal y social del enfermo que espera 65

6.- Conclusiones 77

7.- Recomendaciones 83

1.- INTRODUCCION.

En el área de salud, quizás, las quejas más duras que hayamos recibido en los últimos dos años sean las referidas a los enfermos de artrosis de cadera que esperan la intervención de la prótesis. Efectivamente, el problema que nos compartían los afectados nos conmovía personal e institucionalmente. En los escritos de queja se destilaba una mezcla de indignación, impotencia y dolor por la injusticia que sentían padecer. La falta de puntualidad en recibir la prestación sanitaria les postraba en una situación de dolor e incapacidad mantenida, que poco a poco iba minando la salud física y psíquica del enfermo.

Una queja reciente puede servirnos de ejemplo de esa situación que queremos reflejar:

" Me permito dirigirle esta carta como uno de los últimos recursos para la solución de un caso que con la mayor impotencia está sufriendo y soportando mi familia en relación con la perentoria necesidad de implantar a mi padre político una prótesis de cadera "que le permita vivir"...

Este hombre ha estado soportando sus dolores mientras se hacía el trámite médico lento y burocrático, tomando las posturas en que se sentía más o menos cómodo, a cambio de una notable deformación física que día a día ha ido adquiriendo, hasta hace unos tres meses que ya comenzó a sufrir unos tremendos dolores que no le abandonan día y noche en posición alguna. Desde entonces la familia estamos tratando de gestionar todo lo que humanamente podemos para tratar de agilizar la intervención quirúrgica que él mismo pide a gritos. Sin embargo, desde entonces todo ha sido recibir respuestas de "no hay camas", "no hay prótesis", "no hay cirujanos" y un sinfín de ir y venir a traumatólogos, servicios de urgencias, ambulancias, citas previas, y la dichosa "lista de espera" del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, turno de espera al parecer imprescindible en cualquier circunstancia por muy urgente que sea.

Mientras tanto este paciente yace en una cama, sin encontrar siquiera una posición que le

permita con aceptable dolor ingerir la comida, y se va consumiendo poco a poco con la única esperanza de morir para dejar de sufrir."

Esta queja nos sirve de muestra para presentar la situación personal y familiar que padecen los enfermos que esperan esta prestación sanitaria y para justificar ante la Cámara la oportunidad de la presente investigación. Ya que precisamente, **la finalidad de este trabajo es poner en conocimiento del Parlamento de Andalucía la situación que padecen 1.611 ciudadanos que esperan para ser intervenidos de artrosis de cadera.** Justamente éste es el mensaje que queremos trasladar al Parlamento: señalarle que **un conjunto importante de andaluces están soportando una situación personal y familiar muy dolorosa a consecuencia de la incapacidad del sistema sanitario en ofrecerle la intervención** consistente en la sustitución de la cadera. Como se comprobará más tarde, los plazos de demora para ser operado superan unos límites tolerables, personal y médicamente. **Hay ciudadanos que llevan esperando la intervención de cadera más de cinco años.** En muchos hospitales, esperar dos o tres años es lo normal; de hecho la media andaluza de demora para ser intervenido se sitúa en quince meses.

Como decíamos al principio, del conjunto de las listas de espera para recibir las prestaciones sanitarias del sistema público que soportan los usuarios andaluces, una de las más graves viene referida a la de las personas que necesitan una intervención de artrosis de cadera. Esta circunstancia ya la habíamos reflejado en el Informe Anual de 1.991 que presentamos ante el Parlamento Andaluz. Concretamente, en la página 389 del mismo decíamos:

" Las listas de espera de la operación de cadera. Esta es una de las listas de espera más dolorosa en el sentido estricto de la palabra. Las demoras son muy extensas y los dolores y malestares, mientras la operación llega, son muy intensos. Es el caso de una persona de 32 años, que en la queja 973/90, nos refiere su situación: expone que está siendo tratado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, en el Centro de Traumatología y Rehabilitación, para ser intervenido de una cadera, además de ser sometido a tratamiento hemofílico. Explica, asimismo, que **deberá esperar al menos dos años para que la intervención le sea realizada**, con el consiguiente perjuicio económico, pues no recibe ningún tipo de prestación y se encuentra limitada su capacidad para acceder a un puesto de trabajo (es marino y cotizaba por el Instituto Social de la Marina), además del perjuicio para su estado de salud general, pues la enfermedad es degenerativa y puede llegar a afectar a otros miembros. Mientras espera debe estar permanentemente administrándose medicamentos (analgésicos) para soportar los dolores y molestia.

Más adelante, explicábamos que:

" Esta queja sirve de ejemplo para mostrar la situación que padecen los andaluces que se encuentran en la conocida lista de espera de la operación de cadera. Hay otras quejas que se refieren a esta lista. Y destacan sobre las demás, por la situación que padecen los enfermos en espera. Muchos se ven obligados a permanecer en baja laboral -con el consiguiente aumento de los costes públicos- , y a recibir fuertes tratamientos que mitiguen el dolor. Damos fe que representan los ciudadanos que más ansiosamente solicitan nuestra intervención."

Durante el año 1.992, respecto a la queja anteriormente citada, y en relación a la número 1071/92, hemos procedido a formularle al Servicio Andaluz de Salud dos Recomendaciones generales sobre la oportunidad de adoptar medidas concretas para intervenir en la eliminación o reducción de la lista de espera de cadera.

Sobre estos dos casos, y de otros que se encuentran en tramitación, y a la vista de lo que verificamos en visitas de investigación a los hospitales andaluces, comprobamos que realmente nos enfrentábamos a un problema complejo y serio que padece el sistema sanitario público y por tanto los ciudadanos andaluces.

De la experiencia que nos aportaban las quejas, advertíamos que se podían deducir una serie de premisas previas sobre la situación de la lista de espera de cadera en Andalucía:

* Se comprobaba que se daban demoras excesivamente largas para acceder a la prestación sanitaria. En todos los casos que se nos presentaron, se superaba el año y medio antes de ser intervenidos. Además, se acreditaban esperas superiores a dos años. Concretamente, en la queja nº 973/91, el usuario llevaba esperando desde el mes de Junio de 1.991 y en el mes de Agosto de 1.992 el hospital nos comunica lo siguiente:

" Si bien es intención del hospital el tratar de solucionar los problemas de los pacientes en lista de espera a la mayor brevedad posible, el alto índice de demanda de intervenciones quirúrgicas en determinados servicios, obliga a clasificar y priorizar a los pacientes en función de la urgencia o gravedad de las patologías. El paciente D... tiene asignada una prioridad 2 por lo que tiene aún bastantes enfermos que, por la gravedad o urgencia de sus padecimientos, o por el mayor tiempo de demora en igualdad de condiciones, han de ser operadas con anterioridad".

En otra queja, una señora nos acreditaba una espera de más de dos años para ser intervenida.

* Al mismo tiempo se observaba que las demoras medias que padecen, al menos, los grandes hospitales andaluces, son muy elevadas. Se supera el plazo de los seis meses.

* Es importante significar que no estamos ante una patología vanal, o de poca significación médica. Todo lo contrario, se advierte que asistimos a un proceso médico degenerativo, y que además el paciente mientras espera padece graves dolores y molestias.

* Igualmente, en estos casos, destaca la situación de invalidez e incapacidad para el trabajo que la lesión les produce.

* También se constata que una parte importante de estas listas de espera está representada por personas ancianas, con edad avanzada, y que se encuentran postradas a una cama o a una silla de ruedas, mientras llega la esperada operación.

Como resumen de la situación, a priori, valorábamos que esas listas de espera podían comprender a un número considerable de enfermos andaluces y que éstos se encontraban en una situación sanitaria adversa, que les generaba una pésima calidad de vida.

Estos datos iniciales nos motivaron para promover una queja de oficio que investigara la situación general de esta lista de espera de cadera en Andalucía. En el escrito de iniciación de la queja justificábamos la apertura de la investigación de oficio en base a los argumentos que ahora aquí se han explicado. Literalmente, le decíamos a los Directores de hospitales:

" Durante los últimos dos años, en esta Institución se han venido recibiendo un conjunto de quejas que hacen referencia a la permanencia de los ciudadanos en las listas de espera para ser intervenido de artrosis de cadera. Hay casos en que el usuario ha permanecido más de dos años en lista de espera antes de recibir la prestación sanitaria debida. Esta situación ya ha sido puesta en evidencia, en casos aislados, ante el Parlamento a través del Informe Anual de 1.991 que el Defensor del Pueblo Andaluz presenta sobre su gestión. Pero en esta ocasión estamos especialmente interesados en conocer la incidencia del problema en su globalidad, comprobando hospital a hospital, cuantos enfermos se encuentran ante esta eventualidad sanitaria, y analizando la situación de las unidades y servicios sanitarios que dispensan esta prestación, con la finalidad de aportar las

Recomendaciones que, a nuestro juicio, se estimen más apropiadas para mitigar el problema sanitario. "

En otro orden de cosas, desde el punto de vista humano, detrás de cada uno de los enfermos y sus familias, se encierra un verdadero drama personal. Al ser la patología dolorosa y degenerativa, el enfermo se va consumiendo día a día, física y psíquicamente. Mientras, la espera le incapacita y le va postrando lentamente. Los sentimientos de impotencia, rabia e indignación suelen acompañar a estos procesos dolorosos.

Fundamentalmente, estas circunstancias humanas, más que las sanitarias, son las que nos han motivado a estudiar la situación de la lista de espera de artrosis de cadera. Porque **ésta no es una lista de espera más, es la lista del dolor.**

Con esta investigación queremos presentar ante el Parlamento una situación que, a nuestro juicio, alarma socialmente: **1.611 personas necesitan con puntualidad una operación de caderas; algunas de ellas llevan hasta cinco años esperando.** Estos datos por sí mismos ya justificarían todo nuestro trabajo.

2.- METODOLOGIA.

El presente estudio pretende, como ya se ha expresado en la parte introductoria, comprobar y analizar la situación de las listas de espera de artrosis de cadera en los hospitales andaluces, y al mismo tiempo, reflejar las condiciones personales en las que se desenvuelven los ciudadanos que esperan la prestación sanitaria. Con esta finalidad el trabajo se ha orientado en tres sentidos:

* Primeramente, se ha confeccionado un **Protocolo sobre la incidencia de la lista de espera** y las condiciones médicas y asistenciales de las mismas en cada hospital de Andalucía. Se trataba de recopilar la mayor información posible sobre la situación de las listas de espera de cadera en el conjunto de hospitales públicos andaluces que intervienen esta patología.

* A continuación, se solicitó a un grupo de facultativos especialistas un **dictámen o informe pericial**, unos de índole específico y otros de carácter general, sobre las repercusiones médicas y asistenciales que la espera produce en los procesos patológicos de los ciudadanos que soportan la demora.

* Y por último, se realizó un **Protocolo social** sobre las condiciones de las personas que esperan la prestación sanitaria consistente en la intervención de la cadera. Se trataba de investigar cuáles eran los perfiles sociales y médicos - según sus propias apreciaciones - de las personas que esperan.

En definitiva, nos interesaba conocer cuál era la realidad hospitalaria de los enfermos que esperan, qué consecuencias médicas o asistenciales reporta la demora y cuáles eran las situaciones sociales y personales de los ciudadanos que soportan las esperas. Básicamente, esto es lo esencial, queremos dar cuenta al Parlamento de las personas que esperan la operación de cadera, y cuál es su coste médico y humano respecto a las personas que padecen las demoras.

A continuación, pasaremos a exponer detenidamente el método de trabajo seguido en cada una de estas fases de la labor de investigación, presentando sobre la mesa los instrumentos que hemos utilizado para llegar a obtener la información deseada y aportando una explicación de cómo se ha verificado el proceso de toma de datos.

1.- El Protocolo sobre las listas de espera de cadera.

En concreto, el protocolo que se remitió a los hospitales contenía las siguientes preguntas:

- 1.- ¿ Cuántas personas se encuentran en estos momentos en lista de espera de artrosis de cadera, a fecha de 15 de Septiembre de 1.992?
- 2.- ¿Cuál es el tiempo medio, máximo y mínimo de espera ?
- 3.- ¿ Cuántas personas se han incorporado a la lista en el último año?. ¿Cuál es la demanda de operaciones al año ?
- 4.- ¿ Cuántas intervenciones se realizan a la semana, al mes, y al año?
- 5.- ¿ Qué tipo de prótesis se utiliza ?
- 6.- ¿ Cuántas camas hay disponibles para esa patología?
- 7.- ¿Cuál es la ocupación media de los enfermos intervenidos ?
- 8.- ¿ Cuántos profesionales realizan intervenciones quirúrgica de artrosis de cadera ?
- 9.- ¿ Cómo se organiza la lista de espera y qué criterios se utilizan para priorizar los casos ?
- 10.- ¿ Se informa al usuario del tiempo real de espera previsible?

El Protocolo se remitió el día 28 de Septiembre de 1.992 a los siguientes hospitales públicos de Andalucía:

Almería: -Hospital de Torrecárdenas

- Hospital de "La Inmaculada" (Huerca-Overa)

Cádiz: - Hospital Puerta del Mar

- Hospital de la Línea

- Hospital de Algeciras

- Hospital de Jerez de la Frontera

- Hospital Universitario Puerto Real

Córdoba: - Hospital "Reina Sofía"

- Hospital "Infanta Margarita" (Cabra)

- Hospital de Pozoblanco

Granada: - Hospital Virgen de las Nieves

- Hospital Universitario "San Cecilio"

- Hospital Básico de Motril

- Hospital de Baza

Huelva: - Hospital "Infanta Elena"

- Hospital General "Alonso Vega"

- Hospital de Ríotinto

- Hospital "Vázquez Díaz"

Jaén: - Hospital General de Especialidades

- Hospital General "Princesa de España"

- Hospital de "San Agustín" (Linares)

- Hospital S. Juan de la Cruz (Ubeda)

- Hospital Dr. Sagaz

Málaga: - Hospital "Carlos Haya"

- Hospital "Virgen de la Victoria"
- Hospital de Antequera
- Hospital de la Axarquía (Vélez-Málaga)

Sevilla: - Hospital Virgen de Valme

- Hospital "Ntra. Sra. Merced" (Osuna)
- Hospital "Virgen del Rocío"
- Hospital "Virgen Macarena"
- Hospital "El Tomillar"

De los treinta y dos hospitales a los que le solicitamos la información, tres de ellos nos comunicaron que no realizaban labores quirúrgicas de traumatología: Hospital "Dr. Sagaz", de Jaén, Hospital "El Tomillar", de Sevilla, y el Hospital "Vázquez Díaz", de Huelva. El resto, los otros veintinueve hospitales, nos remitieron cumplimentado el protocolo de preguntas.

Por tanto **hemos llegado a recopilar la información de la totalidad de los hospitales públicos andaluces que desarrollan intervenciones de caderas.** Esto quiere decir que los datos que más tarde se aportarán, sintetizan y centralizan el conjunto de la información producida en los distintos centros hospitalarios.

El nivel de colaboración que hemos recibido de los centros hospitalarios a la hora de facilitar la información ha sido bueno. Más de la mitad de los protocolos se remitieron en el plazo de un mes y en la primera semana de diciembre ya disponíamos de casi todos. Sólo tres o cuatro hospitales han estado más remisos para enviarlo, aunque al final colaboraron eficazmente. Pese a estas reticencias, no cabe duda que en esta investigación no nos hemos encontrado con las dificultades, motivadas por la falta de colaboración, que nos surgieron en el estudio sobre las listas de espera de cataratas en Andalucía, del que dimos cuenta en el Informe Anual de 1.991. Es satisfactorio reconocer que se han corregido las anteriores conductas no colaboracionistas.

Algunos de los informes recibidos se han confeccionados con estricta parquedad, excesivamente escuetos, e incluso parte de la información no se ha podido aportar. Ello responde, generalmente, a la falta de sistema de información de los propios hospitales sobre sus listas de espera. En algunos hospitales, en esos momentos se estaba procediendo a informatizar las listas, otros las tenían tratadas ya, y el resto está pendiente de automatizarlas. Realmente, es ahora cuando los hospitales están montando los sistema de información sobre las listas de espera. Deberemos esperar que el proceso "corra" durante un tiempo, para obtener resultados más pormenorizados.

Con el conjunto de datos que se nos ha facilitado, hemos confeccionado una serie de tablas numéricas, que presentaremos al analizar la situación que hemos registrado. La información recopilada responde a la situación de las listas de espera a 15 de Septiembre de 1.992. Las tablas han sido elaboradas por la propia Oficina de acuerdo con los datos suministrados por los hospitales.

Presentamos la información segregada en tres niveles: a) por hospital; b) en torno a las Areas de Salud, como estructura fundamental del sistema, y que conforme al art. 8 de la Ley de creación del S.A.S. coincide con la provincia; y c) los valores medios de toda Andalucía.

En el tercer apartado del trabajo aportaremos los resultados de la investigación en este nivel, incluyendo el conjunto de cuadros que hemos confeccionado para verificar el estado de esas listas en Andalucía. Los cuadros por sí mismos ya son suficientemente acreditativos de las condiciones en las que se desenvuelven estas listas de espera; no obstante, trataremos de explicar de forma sencilla y simplificada la información que se presenta, con la finalidad de interrelacionar los datos entre sí e ir desgranando las consideraciones generales que nos permitan deducir las conclusiones finales del trabajo de investigación.

2.- El dictámen sobre las repercusiones médicas y asistenciales de las listas de espera de cadera.

En este capítulo se recogen las valoraciones generales que hemos deducidos, de una serie de dictámenes técnicos, sobre las repercusiones médicas y asistenciales de la permanencia en las listas de espera de prótesis de cadera. Las consideraciones se han formulado en función de las apreciaciones profesionales que nos han ofrecido un conjunto de profesionales sanitarios, y en especial, en orden a un **dictámen encargado a un facultativo especialista en traumatología**, sobre sus estimaciones profesionales, basadas en la práctica diaria de la resolución de esta contingencia sanitaria en los hospitales, y de la incidencia médica y asistencial de la espera del enfermo de cadera.

El dictámen se elabora en base a los estudios bibliográficos generales y específicos sobre el tema, y en función de las apreciaciones técnicas del facultativo en base a su propia experiencia del trabajo y de la relación cotidiana con los enfermos.

En este punto se recogen las incidencias más significativas que se originan en la vida del enfermo mientras espera la intervención y las repercusiones que la demora le provoca en su estado asistencial. En general, la aportación se centra en valorar la convivencia del enfermo con el estado de dolor y postración que le enfermedad le produce.

3.- El protocolo social sobre las personas que esperan.

Partimos de la convicción de que el eje sobre el que se centra la presente investigación es el propio ciudadano que espera la prestación sanitaria demorada. Desde este prisma, hemos querido dirigirnos a los usuarios, persona a persona, y preguntarles directamente cómo se encuentran, desde cuándo padecen la enfermedad, si les duele o sienten molestias, y, en definitiva, interesarnos por su estado de salud y de sus condiciones de vida mientras espera la intervención. La finalidad de esta parte del trabajo de investigación era doble; de un parte, analizábamos el perfil de las personas en espera, y conocíamos directamente por los propios protagonistas cómo vivían todo su episodio médico; y de otra, pulsábamos el ánimo de las personas frente a la contingencia sanitaria que padecen y respecto al sistema sanitario.

Con esta finalidad, seleccionamos tres hospitales en los que la incidencia de la lista de espera era muy elevada. Además, los tres eran hospitales de especialidades, y por tanto centros de referencia. De cada uno de ellos obtuvimos la lista de las personas que más tiempo llevaban esperando la prestación sanitaria consistente en la intervención de cadera. En concreto, elegimos los siguientes hospitales:

- * Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla.
- * Hospital Reina Sofía, de Córdoba.
- * Hospital Virgen de las Nieves, de Granada.

Elegimos a las personas que más tiempo llevan esperando porque tenemos interés en mostrar el drama humano que se produce en aquellos casos más extremos, en los que el sistema sanitario no puede atenderlos. Este criterio de elección se fundamenta en nuestra opinión, según la cual, el problema no es, en sí, que haya listas de espera, sino que éstas no superen unos límites aceptables. A nuestro juicio, lo grave es que los plazos de demora superen los tres años, y además ello referido a una patología muy dolorosa. Esta es la base y el pretexto de nuestra investigación, y de ahí que, consecuentemente, hayamos escogido las personas que se encuentran ante esta dura eventualidad sanitaria, como es esperar dos o tres años, a veces más, padeciendo fuertes dolores.

De este modo, hemos obtenido una lista de 10 personas de cada uno de los hospitales reseñados, que en principio ocupaban los primeros lugares del orden de espera. Sobre esa muestra de 30 personas, y tras expresarles la finalidad de este trabajo, les hemos pedido su colaboración para dar respuesta a un Protocolo Social que hemos confeccionado y poder así valorar el proceso médico y social en el que se encuentra la persona objeto de la demora.

El Protocolo presentaba los siguientes detalles:

- 1.- ¿ Qué edad tiene usted ?

- 2.- ¿ Cuáles son sus condiciones familiares ? (Tratar de definir el grupo familiar que constituye)
- 3.- ¿ Trabaja actualmente ? ¿ Es pensionista ?
- 4.- ¿ Se encuentra el I.L.T. o Invalidez Provisional? ¿ Desde cuándo?
- 5.- ¿ Sus recursos económicos son:
- altos
 - medios
 - bajos
 - ínfimos (pensionistas mínimos, parados, subsidiados y pobres severos)
- 6.- ¿ Desde cuándo padece Usted de la cadera ?
- 7.- ¿ Cuándo le indicaron a Usted médicamente que debía operarse de la cadera?
- 8.- ¿ Cuánto tiempo lleva en lista de espera ?
- 9.- ¿ Durante este tiempo le han venido informando sobre su proceso médico, y del tiempo que debe esperar para ser operado ?
- 10.- ¿ Padece Usted de dolores ?. ¿ Son intensos ?. ¿ Son frecuentes ¿ Se administra analgésico ?. ¿ Cuáles ? ¿ Con qué dosificación ?.
- 11.- ¿ Puede Usted andar ?. ¿ En qué condiciones ?.
- 12.- ¿ Recibe Usted algún tipo de ayuda social ?
- 13.- ¿ Usted considera que la prestación médica recibida ha sido:
- buena
 - regular
 - mala
 - muy mala
- 14.- ¿ Ha presentado Usted reclamación en el hospital ? ¿ Le han contestado?
- 15.- ¿ Ha intentado Usted operarse a través del sistema sanitario privado ?.
- 16.- ¿ Quiere Usted aportar algo más ?

En necesario significar, que este protocolo lo hemos utilizado flexiblemente, nos ha servido como primera referencia; no obstante, ha sido el contacto directo con el ciudadano lo que ha marcado el rumbo de la entrevista y por tanto de la información que se recoge en el capítulo sobre la dimensión social de las listas de espera de cadera.

Toda la información recopilada se muestra, en el capítulo correspondiente, articulada a través de distintos apartados que básicamente responden al esquema del protocolo. Los resultados se presentan de forma sencilla y simple.

3.- ANALISIS DE LA SITUACIÓN REGISTRADA.

A continuación vamos a ofrecer el conjunto de datos que por parte de los hospitales andaluces nos remitieron dando cumplimiento al protocolo de preguntas sobre la situación de la lista de espera de cadera en los respectivos hospitales. Antes de presentar los datos, es conveniente aportar las siguientes consideraciones:

* Que quedan registrados la totalidad de los hospitales públicos de Andalucía que desarrollan labores quirúrgica sobre la cadera. Por tanto, los datos son globales sobre Andalucía.

* Partimos de la certeza y fiabilidad de la información remitida. Los datos han sido suministrado por los Directores Gerentes de los hospitales, que a su vez lo han obtenido de los respectivos servicios de traumatología.

* Los datos se refieren a la situación a fecha 15 de Septiembre de 1.992. Este fecha acota el ámbito temporal del estudio, si bien, es verdad, que en estos meses, no ha perdido vigencia, ni novedad. Realmente, los datos han podido variar muy poco.

* Como ya indicaremos, algunos cuadros quedan completos, porque se ha podido uniformar los datos de los distintos hospitales; en otros casos, no ha sido posible cerrar los cuadros, ya sea porque la información, o no se ha suministrado, o es insuficiente, o no responde exactamente a lo que se pide. En todo caso, en cada cuadro explicaremos la oportunidad y el rigor de los datos que se recogen.

* No obstante, es conveniente significar que la información más esencial (¿cuántos pacientes esperan? y ¿desde cuándo esperan?) se ofrece con datos completos y fiables.

* Con los cuadros aportaremos unas explicaciones sobre el modo como lo hemos confeccionado y unas breves reflexiones al hilo del análisis de los datos.

3.1.- ¿ CUANTOS PACIENTES SE ENCUENTRAN EN LISTA DE ESPERA ?

En este apartado los datos son claros. Cada hospital ha dado traslado del número de pacientes que esperan la operación de caderas. No hemos tenido más que relacionar los datos para obtener los valores generales. En total, en la fecha señalada había en Andalucía **1.611 personas en lista de espera de prótesis de cadera**. Se aporta la información detallada, hospital a hospital, y éstos integrados en las áreas de salud respectivas.

CUADRO I. NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA

DE ARTROSIS DE CADERA EN ANDALUCIA A 15/9/1992

AREAS SALUD	HOSPITALES	Pacientes en Espera
ALMERIA	Hospital Torrecárdenas	98
	Hospital "La Inmaculada" (Huerca-Overa)	11
	TOTAL PROVINCIA	109
CADIZ	Hospital "Puerta del Mar"	20
	Hospital de La Línea	7

	Hospital de Algeciras	9
	Hospital de Jerez de la Fra.	56
	Hospital Universitario Puerto Real	24
	TOTAL PROVINCIA	116

CORDOBA	Hospital "Reina Sofía"	356
	Hospital "Infanta Margarita" (Cabra)	10
	Hospital de Pozoblanco	25
	TOTAL PROVINCIA	391
GRANADA	Hospital "Virgen de las Nieves"	146
	Hospital Universitario "San Cecilio"	83

	Hospital Básico de Motril	11
	Hospital de Baza	14
	TOTAL PROVINCIA	254

HUELVA	Hospital "Infanta Elena"	17
	Hospital "Alonso Vega" (General)	51
	Hospital de Ríotinto	8
	TOTAL PROVINCIA	76
JAEN	Hospital General de Especialidades	32
	Hosp. Gral. B. "Princesa de España"	6
	Hospital San Agustín (Linares)	6
	Hospital S. Juan de la Cruz (Ubeda)	30

	TOTAL PROVINCIA	74
--	-----------------	----

MALAGA	Hospital "Carlos Haya"	54
	Hospital "V. de la Victoria"	99
	Hospital de Antequera	13
	Hospital de la Axarquía (Vélez)	23
	TOTAL PROVINCIA	189

SEVILLA	Hospital "Virgen de Valme"	30
	Hospital "Ntra. Sra. de la Merced" (Osuna)	6
	Hospital "Virgen del Rocío"	249
	Hospital Virgen Macarena	117
	TOTAL PROVINCIA	402

FUENTE: Elaboración propia conforme a los datos de las Gerencias de los Hospitales

CUADRO II. Nº DE PACIENTES EN ESPERA POR AREAS DE SALUD

AREAS DE SALUD	PACIENTES EN ESPERA
ALMERIA	109
CADIZ	116
CORDOBA	391
GRANADA	254
HUELVA	76
JAEN	74
MALAGA	189
SEVILLA	402
TOTAL ANDALUCIA	1611

FUENTE: Elaboración propia conforme a datos de las Gerencias de los Hospitales.

Con objeto de poder medir la incidencia del problema en el ámbito de cada área de salud y comparar los niveles de la población afectada entre las distintas provincias y respecto a la media autonómica, hemos confeccionado un cuadro sobre la tasa de incidencia de lista de espera de cadera en cada área. Como se explica en el propio tabla, la tasa de incidencia se obtiene de dividir el número de los pacientes en espera (multiplicado por 10.000), por la población de derecho de cada área.

CUADRO III. POBLACION AFECTADA POR AREAS DE SALUD

Tasa de Incidencia 1/10.000 hab.

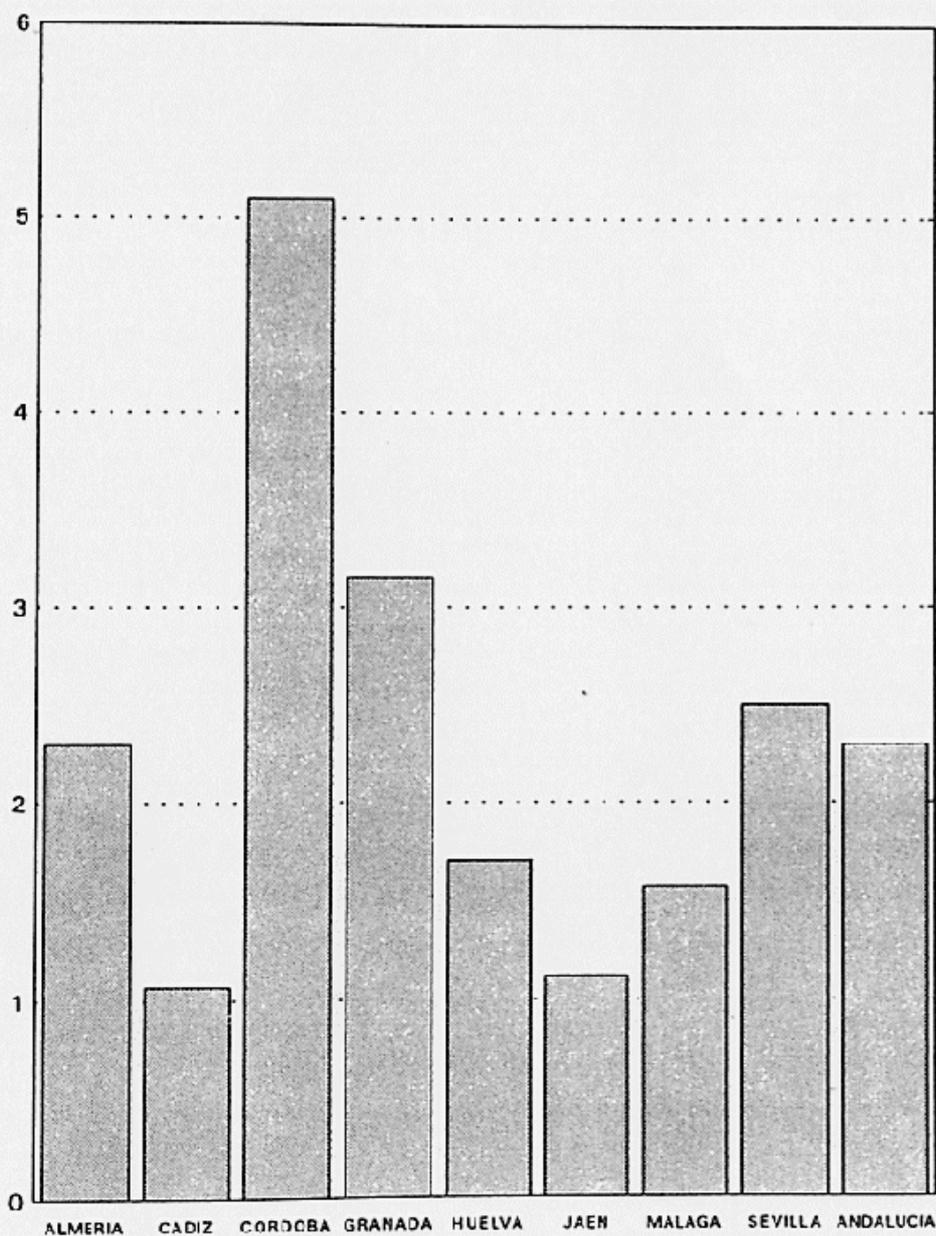
AREAS DE SALUD	POBLACION	TASA INCIDENCIA
ALMERIA	461.237	2,36
CADIZ	1081.139	1,07
CORDOBA	766.517	5,10
GRANADA	806.406	3,15
HUELVA	446.994	1,70
JAEN	659.939	1,12
MALAGA	1203.724	1,57
SEVILLA	1594.329	2,52
ANDALUCIA	7019.285	2,30

FUENTE: Elaboración propia conforme a datos de las Gerencias de los Hospitales.

Tasa de Incidencia = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en espera} \times 10.000}{\text{Población \u00e1rea de salud}}$

Poblaci\u00f3n \u00e1rea de salud

CUADRO III
POBLACION AFECTADA POR AREAS DE SALUD
Tasa de Incidencia 1/10.000 hab.



FUENTE: Elaboraci\u00f3n propia, conforme a datos de las Gerencias de los Hospitales.

TASA INCIDENCIA = $\frac{\text{N\u00fam. de pacientes en espera} \times 10.000}{\text{Poblaci\u00f3n \u00c1rea Salud}}$

En resumen, queremos presentar unas observaciones generales que se deducen de los cuadros anteriores:

1.- Resalta, por encima de los demás, en el cuadro de los pacientes que esperan en los distintos hospitales, el de Reina Sofía de Córdoba. Con 356 pacientes en espera ostenta el récord de lista de espera de cadera de Andalucía. Otros hospitales con lista de espera elevada son los siguientes:

- Hospital Virgen del Rocío (Sevilla): 249 personas

- Hospital Virgen de las Nieves (Granada): 146 personas.

Como vemos, las mayores listas se concentran en los hospitales de especialidades. Ello en parte, es lógico, primero porque hacia ellos se derivan enfermos de otras localidades con menor nivel de dotación (por ejemplo el Hospital Virgen del Rocío recibe enfermos de Huelva y Cádiz), y segundo porque el nivel asistencial que prestan es superior, y por tanto las patologías más complejas y difíciles acaban derivándose a los hospitales de especialidades. Esto ocasiona que en los hospitales de especialidades se origine una lista de espera más abultada y, además, de las patologías más complicadas, lo cual evidentemente representa una ampliación de demanda que acaba desbordando los límites asistenciales del hospital.

Los directivos del Hospital Virgen del Rocío se quejaban de esta realidad. Expresaban que tenían que compatibilizar la asistencia sanitaria propia de su zona de referencia con las labores de supraespecialización que realizan para el resto de la población andaluza. De este modo, y concretamente en materia de cadera, resulta que las intervenciones de rescate de cadera (la sustitución de la prótesis de cadera por otra nueva) recae casi exclusivamente en su hospital. Este dato es importante destacarlo, ya que estos momentos se están empezando a reemplazar las primeras prótesis de caderas que se instalaron hace más de diez años, y el rescate de las prótesis de cadera va a acentuar las listas de espera de artrosis de cadera.

También incide el hecho de que la presión de las urgencias médicas en los hospitales de especialidades sea superior que en el resto de hospitales, y, por tanto, las intervenciones programadas se acumulen más tiempo.

Todos estos indicadores juegan a favor de los grandes hospitales, que ven paulatinamente incrementarse la demanda de intervenciones de cadera, sin capacidad para solventar el déficit asistencial.

2.- A la inversa, la demanda asistencial que reciben los hospitales comarcales es baja, y además suele ser atendida en unos márgenes de plazos tolerables. Realmente, la intervención de prótesis de cadera es una técnica que ahora es cuando está empezando a desarrollarse extensivamente en los hospitales comarcales. Por tanto, las bolsas de pacientes demorados son menores, ya que anteriormente era habitual derivar los enfermos a los centros hospitalarios de especialidades.

3.- Respecto a los hospitales generales y universitarios se observa que hay algunos que han acumulado una bolsa de pacientes en espera considerable. Así:

- Hospital de Torrecárdenas (Almería): 98
- Hospital de Jerez de la Frontera: 56
- Hospital Univ. San Cecilio (Granada): 83
- Hospital Alonso Vega (Huelva): 51
- Hospital V. de la Victoria (Málaga): 99
- Hospital de V. Macarena (Sevilla): 117

4.- Respecto a la tasa de incidencia, de los resultados obtenidos destaca, por encima del resto de provincias, **Córdoba, que con una tasa de incidencia del 5,1 supera en más del doble la media andaluza.** Granada y Sevilla también rebasan la media autonómica. Por otro lado, se subraya la beneficiosa posición de Cádiz, que con una población de más de un millón de personas, sólo existen 116 personas en espera. El correspondiente gráfico que se aporta representa la realidad de cada área de salud comparativamente con el resto y respecto a la media andaluza. No obstante, no hay que olvidar que la fuga de pacientes hacia los centros hospitalarios especializados distorsiona, en parte, esta distribución de pacientes en espera.

5.- Y por último, sólo anotar **el indicador general: 2,3 de cada 10.000 ciudadanos andaluces se encuentran en espera de ser intervenido de prótesis de cadera.**

3.2.- ¿CUANTO TIENEN QUE ESPERAR LOS PACIENTES PARA SER OPERADOS?

Nos referimos a cuáles son los períodos de tiempo que deben esperar los usuarios para acceder a la prestación sanitaria consistente en la operación de prótesis de cadera. La demora va en función del propio volumen de la lista de espera, de la demanda de la población y de la capacidad asistencial que dispongan los propios hospitales. Realmente, el rango del tiempo de espera viene a medir la adecuación de la oferta asistencial sanitaria a la demanda que requiere la población atendida. La lista de espera marca la quiebra de la oferta frente la demanda. En este apartado queremos reflejar la información recopilada respecto a los tiempos máximos y medios de espera.

El **tiempo máximo de espera** muestra la más alta tardanza que el hospital aplica al usuario para acceder a la prestación. Recoge las situaciones límites, los casos más alarmantes, las esperas más largas. A nuestro juicio, esta lista es fundamental para juzgar la oportunidad de este trabajo de investigación. Realmente, son estas situaciones, las que padecen un grupo considerable de andaluces, las que justifican una inmediata intervención administrativa y sanitaria que palie a medio plazo esta realidad.

El **tiempo medio de espera** registra la media aritmética del número de días de espera para acceder a la prestación dividido por el conjunto de pacientes que esperan. Este indicador nos refleja fielmente la situación que reina en el panorama hospitalario, mide la media de espera para ser atendido. Los hospitales que tienen informatizadas las listas de espera han podido obtener matemáticamente y con exactitud el tiempo medio, otros sin embargo, han debido calcular el tiempo medio al tanto alzado, en función del número total de pacientes y de los plazos de demora, obteniendo valores medios.

Los hospitales nos han facilitado los datos de los tiempos medios de espera de cada centro. Y por nuestra parte, la Oficina ha obtenido los tiempos medios de espera por área de salud y el indicador de la totalidad de la Comunidad Autónoma.

Para obtener las medias provinciales, como valores representativos - es decir lo que necesita esperar como media un ciudadano de cada área de salud para ser operado -, hemos procedido de la siguiente manera:

* Primero, obtenemos los días de espera total en la provincia, que se consigue sumando los resultados parciales del tiempo medio/espera por el número de pacientes de cada hospital.

* El resultado de los anterior nos ofrece los días de espera totales en la provincia, que dividido por el número de pacientes que esperan nos dará el valor medio de espera en el área de salud.

Con el mismo proceder se ha obtenido la media andaluza.

A continuación se presentan las distintas tablas y al final se aportan las observaciones más significativas.

CUADRO IV. TIEMPO MAXIMO DE ESPERA POR HOSPITAL (en días)

Hospital Torrecárdenas de Almería 1.825

Hospital Infanta Margarita (Córdoba) 1.440

Hospital V. del Rocío (Sevilla) 1.407

Hospital V. de la Victoria (Málaga) 1.338

Hospital V. de las Nieves (Granada) 1.155

Hospital Reina Sofía (Córdoba) 1.095

Hospital Virgen Macarena (Sevilla) 1.095
Hospital Jerez de la Fra. (Cádiz) 1.080
Hospital San Juan de la Cruz (Ubeda-Jaén) 947
Hospital Puerta del Mar (Cádiz) 820
Hospital de La Línea (Cádiz) 820
Hospital Universitario San Cecilio (Granada) 730
Hospital de Algeciras (Cádiz) 545
Hospital Alonso Vega (Huelva) 540
Hospital de Baza (Granada) 480
Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz) 365
Hospital Carlos Haya (Málaga) 365
Hospital Virgen de Valme (Sevilla) 365
Hospital La Inmaculada (Almería) 360
Hospital Infanta Elena (Huelva) 344
Hospital San Agustín (Linares-Jaén) 330
Hospital Básico (Motril-Granada) 274
Hospital de la Axarquía (Vélez-Málaga) 270
Hospital General de Especialidades (Jaén) 180
Hospital Ntra. Sra. de la Merced (Osuna-Sevilla) 180
Hospital de Antequera (Málaga) 150
Hospital de Pozoblanco (Córdoba) 90
Hospital G.B. Princesa de España (Jaén) 60
Hospital de Ríotinto (Huelva) No contesta

FUENTE: Elaboración propia, conforme a datos de las Gerencias de los Hospitales.

CUADRO V. TIEMPO MEDIO DE ESPERA POR HOSPITAL (en días)

Hospital V. del Rocío (Sevilla)	720
Hospital V. de las Nieves (Granada)	563
Hospital Torrecárdenas (Almería)	540
Hospital Universitario San Cecilio (Granada)	545
Hospital Reina Sofía (Córdoba)	511
Hospital V. de la Victoria (Málaga)	389
Hospital Jerez de la Fra. (Cádiz)	360
Hospital Alonso Vega (Huelva)	360
Hospital de La Línea (Cádiz)	300
Hospital San Agustín (Linares-Jaén)	270
Hospital Infanta Margarita (Córdoba)	255
Hospital de Algeciras (Cádiz)	240
Hospital de Baza (Granada)	240
Hospital V. Macarena (Sevilla)	240
Hospital Infanta Elena (Huelva)	206
Hospital Puerta del Mar (Cádiz)	195
Hospital Carlos Haya (Málaga)	180
Hospital Virgen de Valme (Sevilla)	180

Hospital Univ. Puerto Real (Cádiz) 150

Hospital de la Axarquía (Vélez-Málaga) 150

Hospital Básico de Motril (Granada) 124

Hospital La Inmaculada (Huerca-Overa/Almería) 120

Hospital de Pozoblanco (Córdoba) 90

Hospital de Riotinto (Huelva) 75

Hospital Ntra. Sra. Merced (Osuna-Sevilla) 60

Hospital G.B. Princesa de España (Jaén) 30

Hospital Gral. Especialidades (Jaén) No contesta

Hospital S. Juan de la Cruz (Ubeda-Jaén) No contesta

Hospital de Antequera (Málaga) No contesta

FUENTE: Elaboración propia, conforme a datos de las Gerencias de los Hospitales.

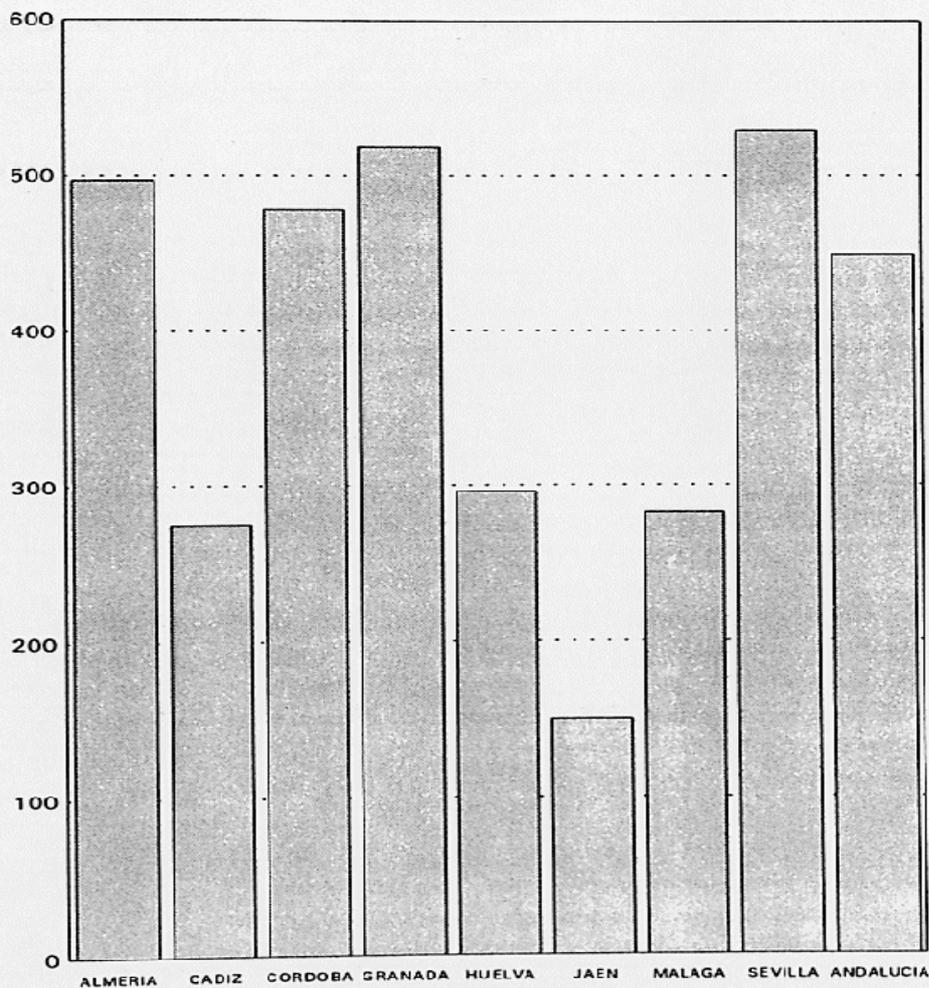
CUADRO VI. TIEMPOS MEDIOS DE ESPERA POR AREAS DE SALUD Y ANDALUCIA (en días).

PROVINCIAS	TIEMPO MEDIO
ALMERIA	497
CADIZ	275
CORDOBA	478
GRANADA	519

HUELVA	296
JAEN	150
MALAGA	282
SEVILLA	530
ANDALUCIA	449

FUENTE: Elaboración propia, conforme a datos de las Gerencias de los Hospitales.

REPRESENTACION GRÁFICA DEL CUADRO VI
TIEMPOS MEDIOS DE ESPERA
POR ÁREAS DE SALUD Y ANDALUCÍA (en días)



FUENTE: Elaboración propia conforme a datos de las Gerencias de los Hospitales.

En base a este conjunto de tablas sobre los tiempos de espera, podemos ofrecer las siguientes observaciones:

1.- Como vemos, ocho hospitales soportan listas de espera máximas de más de tres años. Destaca por encima de los demás, el caso del **Hospital de Torrecárdenas, con un tiempo máximo de espera de cinco años**. En esta partida se encuentran la mayor parte de los grandes hospitales andaluces, tanto los de especialidades como los universitarios. Resalta también la situación de la provincia de Córdoba, con sus dos grandes hospitales colocados en cabeza de la tabla.

2.- Respecto a los tiempos medios de espera, ocho hospitales superan el plazo del año. El **Hospital Virgen del Rocío de Sevilla** ostenta el primer lugar; la media para ser intervenido es de **dos años aproximadamente**. En este apartado llama la atención la posición del área de Granada, que sitúa sus hospitales de especialidades y universitario en segunda y cuarta posición respectivamente, alcanzando una espera media de año y medio.

3.- Al final de las tablas se sitúan los hospitales comarcales. Las razones ya son conocidas: los hospitales comarcales han comenzado hace poco tiempo a asumir este tipo de prestación, la dotación que disponen suele ser escasa, y por tanto, tienen aún pocas personas acumuladas en las listas de espera; además, las patologías más complejas las siguen remitiendo a los hospitales de especialidades.

4.- Por áreas de salud, se distinguen dos grupos diferenciados: Sevilla (530), Granada (519), Almería (497) y Córdoba (478) que, por este orden, soportan unos tiempos medios en torno al año y medio de espera, y el resto de áreas de salud, que se sitúan sobre los nueve meses de espera, a excepción de Jaén, que ostenta la posición más beneficiosa, con sólo cinco meses de espera media.

5.- Para obtener la media andaluza, sobre las 1611 personas que esperan para ser intervenidos de artrosis de cadera en el ámbito autonómico, hemos restado los 62 casos sobre los que no disponemos de datos. Y sobre este índice, resulta que sobre **el conjunto de personas que esperan la prótesis de cadera en Andalucía, el tiempo de espera medio es de 449 días**. Como vemos, el indicador general de la Comunidad ofrece un plazo muy amplio, aproximándose a los quince meses. Es decir, **un andaluz necesita esperar, por término medio, quince meses para ser intervenido de artrosis de cadera en el sistema sanitario público**.

3.3.- LA OFERTA Y LA DEMANDA DE INTERVENCIONES DE CADERA.

En este apartado tratamos de estudiar cómo se comporta la demanda de intervenciones de prótesis de cadera en Andalucía, y cómo se atiende la misma.

Decíamos en otro momento de este trabajo que la lista de espera comienza a generarse cuando la demanda de operaciones quiebra a la oferta asistencial, es decir, cuando la demanda de la población es superior a la capacidad quirúrgica del sistema sanitario. Concretamente, en Andalucía, y para el caso de las prótesis de cadera, esto viene sucediendo hace unos años. Así es: desde hace unos tres años, los hospitales andaluces han visto como se han formado e incrementado las listas de espera de cadera.

El informe del Hospital Virgen del Rocío analiza las razones de este aumento de la demanda y de las tendencias actuales de la misma. Nos decían:

" Entre los factores que han incidido negativamente en el incremento de la lista de espera de artrosis de cadera estarían:

1.- La importante presión de urgencias, que condiciona notoriamente la asistencia programada.

2.- El aumento de la edad media de la población, que condiciona un aumento del número de artrosis de cadera ya que ésta en general es una enfermedad de la edad avanzada.

3.- Incremento de la cobertura asistencial.

4.- Otro extremo interesante es que el aumento del nivel de vida condiciona de forma lógica el que exista una mayor demanda al estar los enfermos menos dispuestos a sufrir molestias por procesos que antes eran difícilmente curables y que ahora, en cambio, tienen una solución eficaz.

5.- Por último, hay que señalar un cierto incremento del tiempo medio de intervención, aunque las técnicas de la colocación de la prótesis primarias de cadera, es decir, las que se colocan por primera vez, no han aumentado el tiempo de utilización de quirófanos, una operación viene a durar más o menos lo mismo que desde que se inició este procedimiento hace unos 20 años. Sin embargo, otras técnicas que son las de los rescates de cadera (el recambio de una prótesis, que por la causa que sea, se ha desgastado o se ha aflojado, por otra nueva), dan lugar a operaciones mucho más largas y mucho más complejas que la colocación de una técnica primaria. Podríamos decir que este tipo de operaciones viene a durar casi el doble de tiempo que una de las otras, de tal forma que difícilmente se puede hacer más de un rescate por mañana y quirófano y en cambio podrían hacerse 2 ó incluso 3 prótesis primarias."

Básicamente, en estos cinco apartados se sintetizan las razones de la gestación de las listas de espera de cadera. Pero lo más importante a nuestro juicio, es remarcar **la fuerte tendencia incrementista de la demanda**. Y ello, en función de las razones que ya se han señalado:

* El envejecimiento de la población. Actualmente un 10,75 % de la población andaluza sobrepasa la edad de 65 años, estableciéndose su número en 754.449 personas, con una estimación prospectiva de alcanzar la cifra de **un millón de personas a finales del año 2.000**. Al ser la artrosis de cadera una patología degenerativa que afecta sobretodo a la población anciana, la tendencia alcista de la pirámide poblacional condiciona el incremento de las intervenciones de cadera.

* El aumento de las condiciones de vida de nuestra sociedad repercute también en una mayor demanda de intervenciones de cadera. Esta era una patología que históricamente venía postrando al enfermo a una silla de ruedas; sin

embargo, hoy, es superada a través de la operación de prótesis. Actualmente, la población, informada por los propios facultativos, reivindica el acceso a los adelantos médicos que conlleven a una mayor calidad de salud y vida. En este contexto, la prótesis de cadera se impone como una necesidad social requerida por la población afectada.

* Además, como ha explicado el informe del hospital, la técnica del rescate de las primeras prótesis que se colocaron comienza a desarrollarse y extenderse. Al ser esta técnica más compleja y contar con una tasa de ocupación de quirófano muy elevada, la oferta asistencial se reduce y, por tanto, la demanda se acumula en espera.

A modo de resumen, sobre estas consideraciones previas, podemos advertir que, respecto a las intervenciones de prótesis de cadera en Andalucía, **la demanda de la población supera la oferta asistencial del sistema sanitario. Prueba de ello son las 1.611 que se encuentran en lista de espera.** Y que además, la tendencia se orienta hacia un incremento del número de intervenciones. Consecuentemente, **se precisa un considerable aumento de las dotaciones asistenciales especializadas en esta patología, o del rendimiento de las mismas, para conseguir la adecuación de la oferta a la demanda.**

Esta realidad concreta ya ha sido advertida por la propia Consejería de Salud. Así es, en un documento oficial que denomina "Recursos Sanitarios en Andalucía: una propuesta para su ampliación", al valorarse en la pág. 11 "las líneas de productos sanitarios", respecto a la concurrencia del sector público y privado, se expresa lo siguiente:

" Otro ejemplo actual es la **sustitución de caderas en ancianos** o el tratamiento de la menopausia. En ambos casos **la población cliente potencial es muy elevada y creciente y el aumento de la demanda presiona fuertemente sobre el sector público** y, a la vez, resulta muy atractiva económicamente para el privado".

En nuestro trabajo de investigación, hemos pretendido analizar el grado de atención de la demanda en cada hospital. A este fin, se le preguntó a cada hospital "**¿cuál es la demanda de operaciones de prótesis de cadera al año?**" y "**¿cuántas intervenciones se realizan al año?**". La idea era observar como se conjugaba la demanda y la oferta en los hospitales, y advertir donde se producían las carencias asistenciales.

A la vista de los datos que hemos recopilado sobre la demanda y la oferta asistencial de esas intervenciones desistimos de presentarla agrupada en una tabla comparativa. La mayoría de los hospitales no han podido remitir la información por carecer de los datos concretos. Apreciamos que en la mayor parte de los casos los servicios de información de los hospitales no analizan los comportamientos de las listas de espera y, por tanto, no conocen las previsiones de las mismas. Recientemente, se está procediendo a informatizar los listados de las personas que esperan para ser asistidas, pero aún no se

puede ofrecer información fiable sobre los resultados que se obtienen de estas listas.

No obstante lo anterior, sí estamos en condiciones de destacar algunos casos de centros hospitalarios donde se acredita suficientemente la situación del déficit asistencial. En el siguiente cuadro se recogen los ejemplos más significativos:

CUADRO VII. DEMANDA/OFERTA/DEFICIT AL AÑO POR HOSPITAL

<u>HOSPITAL</u>	<u>Demanda/año</u>	<u>Oferta/año</u>	<u>Déficit %</u>
-----------------	--------------------	-------------------	------------------

Hospital Reina Sofía (Córdoba) 160 121 28

Hospital Universitario San Cecilio (Granada) 60 35 41,6

Hospital de Baza (Granada) 39 26 33,3

Hospital Virgen de la Victoria (Málaga) 62 46 26

Hospital de la Axarquía (Vélez-Málaga) 40 30 25

FUENTE: Elaboración propia, conforme a datos de las Gerencias Provinciales.

Como vemos, en estos casos la oferta asistencial es sensiblemente más baja que la demanda de operaciones de prótesis de cadera, y consecuentemente, la formación de las listas de espera, mientras este déficit se mantenga, es inevitable. Pero además, como esta situación ya se ha convertido en histórica, tratar ahora de atajar el problema implicará primero resolver las bolsas de personas en lista de espera y, por tanto, el esfuerzo asistencial debe ser doble; primero, para hacer coincidente la oferta con la demanda, y segundo, para eliminar las listas de personas que esperan.

3.4.- OTROS DATOS ASISTENCIALES.

A través del protocolo hemos intentado integrar una serie de informaciones sobre el plano asistencial de la operación de prótesis de cadera. Concretamente, cuestionábamos lo siguiente: **¿ cuántas camas hay disponibles para esta patología ?; ¿ cuál es la estancia media de los enfermos intervenidos ? y ¿cuántos profesionales realizan intervenciones quirúrgicas de artrosis de cadera ?**. La idea inicial era comparar las unidades asistenciales entre sí, para tratar de obtener indicadores que midan la capacidad médica de las mismas. Lo que ocurre es que al venir referida la información a una patología muy concreta, como es la artrosis de cadera, es normal, excepto en los grandes hospitales, que la realidad sobre la información sanitaria quede difuminada en el contexto de los servicios de traumatología, sin distinción específica de la patología por la que nos interesamos.

Por ejemplo, los hospitales no suelen diferenciar un grupo específico de camas disponibles para la patología de artrosis de cadera, sino que éstas se distribuyen entre las asignadas al servicio de traumatología. Excepto, los hospitales de Reina Sofía (18 camas), Motril (2 camas) y Antequera (2 camas), el resto no asignan camas a los enfermos de artrosis de cadera con especificidad.

Otro tanto ocurre con los facultativos que intervienen en la operación de prótesis de cadera. En los grandes hospitales de especialidades, sí se suelen constituir unidades específicas de cadera (por ejemplo en el Virgen del Rocío de Sevilla, en el Reina Sofía de Córdoba, o el Virgen de las Nieves de Granada), pero en los hospitales generales y comarcales, habitualmente, toda la plantilla del servicio de traumatología realizan las intervenciones, sin asignaciones a unidades concretas de cadera.

De este modo, la información que hemos recogido, respecto a estos dos puntos comentados, resulta heterogénea y de difícil exposición para realizar la comparación. Por ello desistimos de ofrecer datos fiables sobre el número de camas y de profesionales que específicamente se dedican a la atención de las operaciones de prótesis de cadera; sencillamente, porque funcionalmente en los hospitales no se suele diferenciar.

Sin embargo, los períodos de estancias medias en ingresos de operaciones de prótesis de cadera, sí es factible presentarlos conjuntamente. Este es un

parámetro que se incluye en los sistemas de información sanitaria y por tanto de fácil determinación. No obstante, es necesario precisar que en este indicador inciden muchas variables complejas que pueden alterar los resultados totales. En realidad, el periodo de estancia depende de cada persona y del proceso médico.

A continuación aportamos el cuadro con los datos sobre las estancias medias en las operaciones de cadera en los distintos hospitales andaluces. Como se comprueba, el indicador se mueve entre los 25 días de los hospitales Puerta del Mar y Jerez de la Frontera y los 8 días del hospital de Huerca-Overa. De este modo, se observa que el desequilibrio de estancias medias es muy elevado. **En el conjunto de toda Andalucía resulta que la estancia media en las intervenciones de cadera es de 14,32 días.**

CUADRO VIII. ESTANCIA MEDIA EN HOSPITALES ANDALUCES (en días)

Hospital Puerta del Mar (Cádiz)	25
Hospital Jerez de la Frontera (Cádiz)	25
Hospital V. de la Victoria (Málaga)	24
Hospital Carlos Haya (Málaga)	20
Hospital de la Axarquía (Vélez-Málaga)	20
Hospital Univ. San Cecilio (Granada)	17
Hospital de Algeciras (Cádiz)	15
Hospital Alonso Vega (Huelva)	15
Hospital V. del Rocío (Sevilla)	15
Hospital Torrecárdenas (Almería)	14
Hospital Básico de Motril (Granada)	14
Hospital Gral. Especialidades (Jaén)	14
Hospital G.B. Princesa de España (Jaén)	14
Hospital S. Juan de la Cruz (Ubeda-Jaén)	14
Hospital Reina Sofía (Córdoba)	13

Hospital Ntra. Sra. de la Merced (Osuna-Sevilla) 13

Hospital de la Línea (Cádiz) 12

Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz) 12

Hospital de Pozoblanco (Córdoba) 12

Hospital de Baza (Granada) 12

Hospital San Agustín (Linares-Jaén) 12

Hospital V. de las Nieves (Granada) 11

Hospita Infanta Elena (Huelva) 11

Hospital de Ríotinto (Huelva) 10

Hospital V. de Valme (Sevilla) 10

Hospital Virgen Macarena (Sevilla) 10

Hospital de Antequera (Málaga) 9

Hospital La Inmaculada (Huerca-Overa/Almería) 8

FUENTE: Elaboración propia, conforme a datos de las Gerencias de los Hospitales.

3.5.- LOS CRITERIOS DE ORDENACION DE LAS LISTAS DE ESPERA.

En este punto trataremos de describir cuáles son los criterios de ordenación de las listas de espera de cadera. Al dirigirnos a los hospitales les solicitamos que precisaran cómo se organizaba la lista de espera y con qué criterios se priorizan los casos. En definitiva, nos interesa conocer el proceso de organización y gestión de las listas de espera.

Una vez que a una persona se le ha indicado que precisa una intervención de prótesis de cadera, lo usual -a no ser que sea un proceso de extrema urgencia- es que pase a integrar la lista de espera de las personas que demandan tal prestación. En ese instante, se incorpora en la lista en último lugar. Generalmente, en todos los hospitales, como primera providencia, la lista se ordena inicialmente por orden cronológico.

También es habitual que el orden de intervención se establezca conforme a otros criterios no estrictamente cronológicos. Más bien, prima el criterio clínico o médico en orden a la urgencia vital de la operación, que el netamente temporal de la espera.

Hay hospitales que establecen distintos grados de espera: unos de carácter más urgente (en razón de la gravedad del proceso médico, del grado de incapacidad que la enfermedad va generando, de la sintomatología de dolor, o en función de la edad) y otro común, o de segundo nivel, cuando no concurren circunstancias especiales. En cada caso, son los directivos del hospital o los responsables de los servicios de traumatología los que indican las prioridades.

El catálogo de criterios que desde los hospitales se nos han dado para ordenar las prioridades en las listas de espera es muy variado. Aunque en general, con más o menos acierto, todos tratan de garantizar la equidad de la prestación sanitaria, tratando de conjugar intereses de difícil resolución.

A continuación aportaremos el cuadro de los criterios que utilizan los hospitales.

CUADRO IX. CRITERIOS DE ORDENACION DE LA LISTA DE ESPERA DE CADERA

PROVINCIAS	HOSPITALES	CRITERIOS ORDENACION LISTA ESPERA
ALMERIA	Hospital Torrecárdenas	---

	<p>Hospital "La Inmaculada" (Huerca-Overa)</p>	<p>Dolor</p> <p>Impotencia funcional</p>
<p>CADIZ</p>	<p>Hospital "Puerta del Mar"</p>	<p>Bilateralidad</p> <p>Dolor</p> <p>Consecuencias socioeconómicas</p>
	<p>Hospital de La Línea</p>	<p>Criterios clínicos (urgencias)</p> <p>Cronológicos</p>
	<p>Hospital de Algeciras</p>	<p>Cronológicos</p> <p>Gravedad</p> <p>Invalidez</p>
	<p>Hospital de Jerez de la</p>	

GRANADA	Hospital "Virgen de las Nieves" Hospital Universitario "San Cecilio" Hospital Básico de Motril Hospital de Baza	Cronológico Gravedad Sintomatología Invalidez Dolor Imagen radiográfica Cronológico Incapacidad Urgencias Incapacidad para trabajo A.V.D. Edad Cronológico

HUELVA	Hospital "Infanta Elena" Hospital "Alonso Vega" (General) Hospital de Ríotinto	En relación con otras patologías Dolor Impotencia funcional Independientemente del orden lista Cronológico Clínico
JAEN	Hospital General de Especialidades Hosp. Gral. B. "Princesa de España"	Calidad de vida Cronológico Complicaciones

	<p>Hospital San Agustín (Linares)</p>	<p>Cronológico</p> <p>Patología</p> <p>Edad</p>
	<p>Hospital S. Juan de la Cruz (Ubeda)</p>	<p>Incapacidad</p> <p>Dolor</p> <p>Situación laboral</p> <p>Edad</p> <p>Cronológico</p>

MALAGA	<p>Hospital "Carlos Haya"</p>	<p>Cronológico</p> <p>Clínico</p>
	<p>Hospital "V. de la Victoria"</p>	<p>Edad</p> <p>Afectación</p>

	<p>Hospital de Antequera</p> <p>Hospital de la Axarquía (Vélez)</p>	<p>Cronológico</p> <p>Incapacidad</p> <p>Gravedad</p> <p>Cronológico</p> <p>Dolor</p> <p>Incapacidad</p>
SEVILLA	<p>Hospital "Virgen de Valme"</p> <p>Hospital "Ntra. Sra. de la Merced" (Osuna)</p> <p>Hospital "Virgen del Rocío"</p>	<p>Criterios clínicos</p> <p>Criterios clínicos</p> <p>Criterios clínicos</p> <p>Cronológicos</p>

	<p>Hospital "Virgen Macarena"</p>	<p>Dolor</p> <p>Impotencia funcional</p> <p>Cronológico</p> <p>Radiográficos</p>
--	--	--

FUENTE: Elaboración propia, conforme a datos de las Gerencias de los Hospitales.

4.- REPERCUSIONES MEDICAS Y ASISTENCIALES DE LA ESPERA.

La necesidad de sustituir una cadera humana normal por una prótesis de cadera, viene dada por el mal funcionamiento de esta articulación, siendo la causa fundamental de esta alteración la Artrosis.

La artrosis es la enfermedad más frecuente de las articulaciones, siendo una alteración degenerativa del cartílago articular que puede afectar a cualquiera de las distintas articulaciones del cuerpo humano. Se puede considerar que en la mitad de la población adulta encontraremos un grado variable de artrosis, de la cual, la característica fundamental es su curso progresivo hacia una destrucción total de la articulación, y que, si bien puede evolucionar con períodos de silencio, no puede obtenerse su curación de una manera espontánea.

La cadera es una de las articulaciones que más frecuentemente se afectan por la artrosis, siendo aquí donde esta enfermedad adquiere uno de sus peores pronósticos, ya que no cesará en su evolución hasta la total destrucción de los tejidos normales, lo que conllevará una gran invalidez.

Conforme va aumentando la edad media de la población, va elevándose también la incidencia de enfermedades articulares degenerativas, lo que implica que cada año serán más los ciudadanos que requieran someterse a

intervenciones quirúrgicas de reconstrucción de sus caderas, lo que les permitirá volver a llevar una vida bastante normal.

La artroplastia total de cadera (prótesis total de cadera) no sólo beneficia a los pacientes de edad avanzada como es en el caso de la artrosis, sino que en la actualidad permite llevar una vida activa y productiva a otros muchos jóvenes y adultos con enfermedades que han destruido sus caderas por una causa congénita, traumática, tumoral, infecciosa, etc.

Se debe de tener en cuenta, que **cuando un médico decide que una persona enferma de artrosis de cadera debe intervenir para colocarle una prótesis de cadera, se tiene la certeza de que ningún otro método puede solucionar su problema, ya sea mediante la toma de medicamentos, la pérdida de peso, cambio de hábitos y costumbres, o con otro tipo de intervenciones menos drásticas.**

Así, la indicación primaria para la artroplastia total de la cadera es aliviar el dolor incapacitante en personas con sus caderas destruidas por un largo número de enfermedades, y que no obtenían alivio suficiente con otras medidas quirúrgicas.

La artrosis de la cadera se manifiesta fundamentalmente por el dolor; así será el dolor el primer síntoma que aparezca y será el dolor el que va a marcar toda la evolución de esta enfermedad, ya que al principio será un dolor ligero y que mejorará considerablemente con el descanso, pero irá aumentando progresivamente de intensidad, y poco a poco irá impidiendo cada vez más el desarrollo de una vida normal al enfermo, llegando este dolor a estar presente incluso por las noches, con lo que obstaculizará el normal descanso de esta persona.

Además del dolor, irán apareciendo otras consecuencias del avance de la enfermedad, como la limitación de la movilidad de la articulación de la cadera que también irá ocurriendo de una manera progresiva, dificultando poco a poco las labores cada vez más elementales, disminuyendo las distancias que el enfermo es capaz de andar sin necesidad de descanso, obligándole después a tener que utilizar un bastón para aliviar su cadera, para llegar a limitar completamente la sencilla maniobra de ponerse un zapato o incluso impedir el meterse en una bañera o hasta poderse sentar.

Es fácil ver que si bien cuando se hace la indicación de una prótesis de cadera ya ha habido una destrucción tal de la articulación que dificulta gravemente la vida normal del enfermo y no existe otra alternativa terapéutica, no significa esto que sea un punto final en la evolución de la enfermedad, sino que ésta continúa avanzando trayendo negativas consecuencias para el paciente.

Así, una vez correctamente diagnosticada la enfermedad e indicada su solución mediante una prótesis total de cadera, es necesario completar el estudio del enfermo con vista a descartar otras posibles enfermedades del mismo, lo cual es bastante frecuente, sobre todo en las personas mayores de 65 años, y

solucionar estos otros problemas antes de someterse a esta delicada intervención quirúrgica, ya que de lo contrario nos encontraríamos con muy malos resultados de la cirugía y en algunos casos podría peligrar incluso la vida del enfermo.

Una vez completado el estudio y con el enfermo perfectamente diagnosticado, **es preferible la intervención en un plazo razonable de tiempo por muy diferentes motivos:**

- La enfermedad artrósica continúa avanzando, con lo que la destrucción articular aumenta de una manera progresiva, pudiendo dificultar considerablemente el acto operatorio, llegando incluso a limitar el tipo de prótesis que podríamos utilizar debido a que se va deteriorando la calidad del hueso, repercutiendo este hecho de una manera muy considerable, tanto en el aumento de las complicaciones postoperatorias, como en la disminución del tiempo de funcionamiento de la prótesis, disminuyendo también la calidad de la vida posterior a la intervención del enfermo y aumentando significativamente los costes económicos y sociales.

- La artrosis evoluciona, a la vez de a la destrucción de la articulación, hacia una rigidez de la cadera que a su vez va a repercutir en alteraciones de otras articulaciones cercanas, como pueden ser la columna o las rodillas, lo que irá empeorando el estado general del paciente.

- Conforme pasa el tiempo y al tratarse en muchos casos de personas de edad avanzada, es más posible que aparezcan nuevas enfermedades de otro tipo al de la artrosis, o que empeoren otras alteraciones ya estudiadas, lo que llevará a una mayor debilidad del estado de salud general de la persona y disminuirá la eficacia de este tipo de intervenciones, pudiendo incluso llegar a no ser viable la colocación de una prótesis de cadera.

- Hay un coste económico nada desdeñable, con dos importantes vertientes, por un lado está el coste directo en cuanto al gasto en medicamentos analgésicos, ortesis y otras medidas paliativas que el enfermo precisa mientras no se soluciona su problema de una manera más definitiva, y que al ir destinadas solamente a aliviar durante el tiempo de espera serían fácilmente suprimibles.

Por otro lado, está el gasto ocasionado por no poder realizar el enfermo un trabajo productivo, ya que en ciertos casos se trata de personas todavía en edad laboral y que llegado el momento de que deben intervenir para colocarse una prótesis de cadera, prácticamente en la totalidad de los casos no estarán desarrollando su trabajo habitual.

- Como último punto y fundamental está el costo personal que el enfermo tiene en cuanto al dolor que debe sufrir, ya que como hemos dicho anteriormente este dolor es la característica fundamental de esta enfermedad y su principal causa de invalidez.

El dolor es al mismo tiempo un fenómeno físico (la transmisión de un impulso nervioso) y una experiencia psicológica o emocional del individuo (eso duele). Como tal queda claro que es un concepto bastante subjetivo e individual, que es fácilmente influenciado por multitud de factores externos y personales como la edad, educación, religión, costumbres sociales, etc.

Está comprobado, que no existe una correlación clara entre el alcance de la enfermedad que los médicos pueden ver en unas radiografías u otros estudios objetivos, y el dolor que el propio enfermo siente como tal. Así aunque en las dos terceras partes de los enfermos con signos radiográficos de artrosis existe un dolor más o menos importante, no es nada raro encontrar personas con pocos datos radiológicos de enfermedad y sin embargo, gran sensación de dolor; y al revés, personas con gran afectación radiográfica y sin embargo poca sensación de dolor y gran tolerancia a su enfermedad.

Y es que el dolor es difícilmente cuantificable en términos que se puedan comparar, tan sólo podemos medir sus consecuencias en cuanto a la limitación que produzca en el desarrollo de su vida habitual, y esto tiene grandes variaciones según cada individuo. Así, dependerá del trabajo que desarrolle y las posibilidades individuales de intercambiarlo por otro, según sea su preparación, estudios, aptitudes, etc.

También dependerá de los hábitos y costumbres cotidianas de cada persona, ya que no limitará lo mismo a una persona que está acostumbrada a andar mucho o a montar en bicicleta habitualmente, a la que disminuirá considerablemente su sensación de libertad, que a una persona sedentaria que difícilmente echará de menos tales actividades.

También tendrá gran repercusión la vivienda que ocupe el enfermo, ya que es muy frecuente encontrar personas afectadas de artrosis que viven en pisos sin ascensor, lo que hace que sea prácticamente imposible que el enfermo salga a la calle, aunque una vez en ella podría desenvolverse algo mejor, lo que conlleva al aislamiento de esta persona y a la sensación de soledad y de pérdida de contacto con sus familiares, amigos y entorno habitual.

También es importante valorar las cargas familiares que el enfermo debe de soportar, pues en muchos casos se trata del único sostén económico de la familia, y el no poder desempeñar su trabajo habitual, y en la mayoría de los casos ninguno otro, traerá importantes repercusiones al hogar, con todas las consecuencias negativas que esto puede desencadenar en el resto de los componentes de la familia.

Con todo esto vemos, que el padecer de una artrosis de cadera que precisa de la sustitución de la cadera fisiológica por una prótesis, lleva una carga importantísima de sufrimiento con su carga de desesperanza y frustración que influirá en todo su entorno familiar y social, y que este sufrimiento de ninguna de las maneras puede ser medido y mucho menos compensado.

Toda esta frustración aumenta ante las perspectivas actuales de una solución, o al menos una paliación de su problema, con un método que presenta unos

riesgos bastante razonables -la intervención quirúrgica-, y con el que se obtendrán unos beneficios claros, así el dolor disminuirá considerablemente e incluso llegará a desaparecer, lo cual permitirá reincorporarse a una vida prácticamente normal. Así, en la mayoría de los casos, pueden volver a conducir un automóvil o a realizar un trabajo sedentario a las ocho semanas de la intervención, y realizar un trabajo algo más pesado a los tres meses.

Podemos decir que **todo el tiempo que transcurre desde que se ha completado el estudio del enfermo, tanto de su artrosis como de otras posibles enfermedades, y se ha hecho una indicación certera de su tratamiento mediante una prótesis, es un tiempo baldío que ocasiona un sufrimiento completamente gratuito y que de ninguna de las maneras puede ser compensado.**

5.- ESTUDIO SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ESPERAN.

Como ya precisamos anteriormente, en este trabajo de investigación también queremos ofrecer una aproximación a la dimensión social y humana que el problema representa para los afectados. Queremos analizar qué personas se encuentran detrás de estas listas de esperas, quiénes son, y qué sienten mientras esperan. Con esta finalidad, nos pusimos en contacto con un conjunto de ciudadanos que se hallaban en ese trance de espera para ser intervenidos de artrosis de cadera, a fin de formularles una serie de preguntas sobre su situación personal. El procedimiento que hemos seguido se explica en el apartado sobre la metodología.

Como ya se comentó, se ha seleccionado un grupo de usuarios que llevan un largo tiempo esperando y que vienen ocupando las primeras posiciones de las listas de espera de los hospitales elegidos. Nos interesan, sobretodo, estos casos límites, estos beneficiarios que llevan esperando más de dos años en recibir la prestación. Porque a nuestro juicio, **estos casos representan la situación más injusta socialmente.** Por tanto, la información que más abajo se recopila responde a estos supuestos extremos en los que el plazo de espera supera los dos años.

Se advierte, por tanto, que descartamos atribuir representatividad general a los datos que posteriormente se comentarán. Nos limitamos a exponer el testimonio de las personas afectadas, mostrar sus peculiaridades personales y sociales y describir el proceso que están soportando para lograr la sustitución de la cadera.

Los datos que más abajo se aportan se han obtenido de la información que han facilitado los propios ciudadanos. Nosotros los hemos integrado en aspectos convergentes, con la finalidad de presentarlos ordenadamente. De esta

manera, se distinguen dos vertientes: el plano personal y social, y la realidad del proceso médico seguido por los ciudadanos.

A continuación, daremos cuenta de la información que en virtud de este procedimiento se ha obtenido, y expondremos los resultados que se han deducido del trabajo de campo, incorporando también todas aquellas apreciaciones y comentarios que los propios ciudadanos afectados han realizado al hilo de la comunicación que hemos mantenidos con los mismos.

5.1.- EL PERFIL PERSONAL Y SOCIAL DEL ENFERMO QUE ESPERA.

Se trata de registrar ciertas circunstancias personales y sociales que faciliten o marquen el perfil del semblante de las personas que componen la muestra tomada. En este punto acumularemos las respuestas de las siguientes cuestiones definidas en el protocolo: **¿ Qué edad tiene usted ? . ¿ Cuáles son sus condiciones familiares ? . ¿ Trabaja actualmente ? . ¿ Es pensionista ? . ¿ Se encuentra en I.L.T. o Invalidez Provisional? . ¿ Desde cuándo ? . ¿ Sus recursos económicos son: altos, medios, bajos, o ínfimos (pensionistas mínimos, parados, subsidiados y pobres severos) . ¿ Recibe algún tipo de ayuda social ?**. A tenor de las respuestas dadas a estas preguntas, obtuvimos los resultados que a continuación se señalan.

- **La edad.**- La muestra refleja una **edad media** de las personas afectadas de **66 años**. La persona en espera más joven tenía 53 años, y la más anciana 79. La mayor parte del grupo se mueve entre los 60 y 70 años de edad. Este margen de edad elevada es lógico, a tenor del carácter degenerativo de la propia enfermedad, que afecta especialmente a las personas mayores de edad. Sin duda, se puede afirmar que ésta **es básicamente una lista de espera de personas de edad avanzada**.

- **La familia.**- Hemos tratado de definir el grupo familiar al que pertenecen las personas afectadas, para poder valorar las necesidades asistenciales y sociales que le surgen ante esta contingencia sanitaria. Sobre la muestra seleccionada se han obtenidos los siguientes resultados:

- personas integradas en su familia: 42 %
- personas conviviendo con su pareja u otro familiar: 50%
- personas que viven solas: 8 %

Como vemos, la mayoría de las personas viven en familias integradas por los esposos y los hijos, y tan sólo 8 de cada 100 vive solo. Este dato refleja que, afortunadamente, en la mayor parte de los casos los afectados cuentan con familiares que les ayudan a desenvolverse y a atender las necesidades básicas.

- **Actividad Laboral.**- La mayor parte de las personas que esperan pertenece a la clase pasiva laboral, es decir no realizan trabajos profesionales. Concretamente, los datos obtenidos fueron los siguientes:

- Personas que no trabajan: 83 %

- Personas que trabajan: 17 %

De los activos, casi todos los casos vienen referidos a trabajos eventuales y temporales.

De la muestra consultada, ninguna persona se encontraba en Incapacidad Laboral Transitoria. Por tanto, sobre la experiencia, **excluyendo excepciones, la repercusión de esta lista en el mundo laboral es mínima.** En años anteriores habíamos detectados casos de personas en I.L.T. que soportaban demoras de años para acceder a sustitución de la cadera, con el consiguiente coste social que la espera implicaba para la Seguridad Social, pero parece ser que estas situaciones han sido atendidas y priorizadas a la hora de determinar el orden de intervención; o al menos, por la propia edad de los afectados, son casos particulares que no han entrado en esta muestra.

- **Los Recursos Económicos.**- Hemos distinguido el origen de los recursos y la cantidad de los mismos. Así resulta:

- Pensionistas de Invalidez: 50 %

- Pensionistas de Viudedad: 17 %

- Dependientes de otras personas: 33 %

Como se observa, la mayor parte son pensionistas del Sistema de Seguridad Social, unos de invalidez y otros de viudedad, generalmente. El resto, son personas dependientes económicamente, a su vez, de otros pensionistas.

En cuanto al nivel de recursos económicos que ostentan los afectados, se distinguen dos grados:

- Personas con recursos económicos bajos: 42 %

- Personas con recursos ínfimos: 58 %

Estimamos que una persona dispone de recursos ínfimos cuando su unidad familiar dispone de menos de 45.000 pesetas al mes. En este índice cabrían los pensionistas mínimos, viudas, subsidiados, parados y personas sin recursos. En verdad, comprendería a las personas que se encuentran en una situación de "pobreza severa". En el apartado de recursos bajos, se incluiría la banda que va de 75.000 a 45.000 pesetas.

Realmente, **la totalidad de la muestra comprende a personas humildes de escasos recursos económicos.** La mayor parte son titulares de pensiones

mínimas, que no cuentan con más ingresos que la pensión. Son personas que no disponen de la posibilidad de acceder a los dispositivos sanitarios privados para recibir puntualmente la prestación de la sustitución de la cadera.

- **La Asistencia Social Pública.** Por el estado de incapacidad y postración que la enfermedad impone a los enfermos, es normal que éstos acaben necesitando ayuda para desarrollar sus labores diarias. Teníamos interés en conocer el grado de intervención de las distintas redes de servicios sociales ante esta eventualidad social. Conocido es que se trata de una enfermedad invalidante, que afecta a una población mayoritariamente anciana y de escasos recursos, y por tanto, representa un caldo de cultivo ideal para el ejercicio de una ajustada ayuda social. Sin embargo, los resultados que hemos obtenidos han sido bien distintos.

- Personas que no han recibido ayudas sociales: 92 %

- Personas que han recibido ayudas sociales: 8 %

Como vemos, **la ayuda social apenas llega a estas personas.** Han sido muy escasos los casos de presencia de ayuda social, y además referidos a unas cantidades ridículas. Concretamente, la ayuda recibida por un enfermo inválido fue de 14.000 pesetas al año. La " limosna " - a juicio de la afectada - fue concedida por el Instituto Andaluz de Servicios Sociales.

En este punto, las personas objeto de la muestra eran concluyentes: "... no recibimos ayuda de nadie...", "...dependo de que mis hijas pueden venir a hacerme las cosas de la casa..."; "... la pedí, pero me la denegaron...". En este contexto hemos detectado casos, ciertamente, dramáticos. Una señora de 75 años de edad, que vivía con su hermana, se quejaba amargamente de su situación personal. A pesar de contar con una reducida pensión de 30.000 pesetas, carecía de toda ayuda social. Se lamentaba que el ascensor de su casa llevaba quince días roto y que no podía bajar a la calle, ya que la invalidez no le permitía descender por la escalera. No tenía nadie que le ayudara a enfrentar esta situación, carecía de ayuda domiciliaria. Además, según nos comentaba, últimamente no puede soportar los dolores. Nos explica que no se pone las inyecciones, porque no puede pagar las 200 ó 300 pesetas del practicante.

Por otra parte, se ha detectado que no hay establecido ningún mecanismo de coordinación de los sistemas de salud y servicios sociales, o al menos, aquí no han operado.

- **El perfil de la persona que espera.** Recapitulando, a la vista de la muestra obtenemos **las siguientes condiciones que reúnen las personas que esperan la operación de artrosis de cadera:**

- Es una persona que tiene alrededor de 66 años de edad.
- Vive con su familia o acompañada de otra persona.
- Es un persona que ya no trabaja.
- Es pensionista.
- Dispone de escasos recursos económicos.
- No recibe ningún tipo de ayuda social.

Básicamente, estos son los indicativos personales y sociales que perfilan el semblante de las personas que esperan, o al menos éste ha sido el resultado del trabajo de campo realizado.

5.2.- LA DIMENSION PERSONAL Y SOCIAL DEL PROCESO MEDICO

En este apartado tenemos la intención de analizar las vicisitudes que se han originado en el proceso médico seguido por los enfermos que esperan la prestación sanitaria. En este contexto se le formuló a los pacientes una serie de preguntas: unas, relativas a su estado de salud y a la historia de su enfermedad; y otras, referidas a la relaciones con el sistema sanitario y los profesionales sanitarios.

* **En relación al estado de salud**, se le expusieron a los pacientes objeto de la muestra las siguientes preguntas: **¿ Desde cuándo padece de la cadera?; ¿Cuánto tiempo lleva en lista de espera?; ¿ Padece Usted dolores ?; ¿ Son intensos ?; ¿ Son frecuentes ?; ¿Se administra analgésico?; ¿ Cuáles ?; ¿ Con qué dosificación ?; ¿ Puede Usted andar ?; ¿ En qué condiciones ?**. Con esta batería de cuestiones tratábamos de conocer la realidad sobre el estado de salud y sobre el proceso médico de cada uno de los enfermos. En concreto, obtuvimos la información que ahora se detalla.

- **Los antecedentes de la enfermedad.** Ya se ha explicado en este trabajo que la artrosis de cadera es una enfermedad degenerativa, que acaba provocando en la mayor parte de los casos la sustitución de la misma. Es por ello, que estos procesos patológicos usualmente duren mucho tiempo. Y ésta es una circunstancia que, a nuestro juicio, adquiere un importante valor, ya que nos enfrentamos ante una patología dolorosa y además de larga trayectoria. Consecuentemente, el enfermo de artrosis de cadera es una persona que lleva soportando un proceso patológico muy largo. Exactamente, los resultados que hemos obtenido sobre la historia de los padecimientos son los siguientes:

- Tiempo medio de la enfermedad: 10 años
- Tiempo máximo: 20 años
- Tiempo mínimo: 4 años.

Hay que precisar que en la muestra apareció una persona que padecía de la cadera desde la niñez y nos manifestaba que venía soportando la enfermedad desde hace 50 años. Este caso lo hemos obviado, para evitar distorsiones, al deducir los resultados medios y máximos.

Por tanto, como se observa, **los pacientes de artrosis de cadera, que esperan la intervención, por término medio llevan diez años padeciendo la enfermedad.**

- **La permanencia en lista de espera.** Con los listados del hospital conocíamos de entrada el tiempo que llevaba esperando cada ciudadano para acceder a la prestación sanitaria. No obstante, queríamos constatar, desde la óptica del propio ciudadano, cuál era el alcance de esa demora. Sobre la muestra, los resultados obtenidos son los siguientes:

- Tiempo medio de espera: 3 años y dos meses
- Tiempo máximo de espera: 6 años
- Tiempo mínimo de espera: 2 años y 6 meses.

Como ya se ha explicado, estos valores registran los tiempos medio/máximo/mínimo de las demoras de intervención, pero tan sólo referidos a los ciudadanos que constituyen la muestra de este estudio social. Para deducir los valores generales en el ámbito hospitalario andaluz, véase el apartado 3.2. No obstante, en todo caso, estos datos coadyudan a explicar el alcance y gravedad del problema que tratamos de analizar en esta investigación.

Hay un caso que estimamos que es necesario destacar. Se trata de un ciudadano de un pueblo de Granada, que lleva 6 años esperando que lo operen. Según parece, cada vez que lo van a operar surge un nuevo problema provocado por la espera en sí. La situación es realmente paradójica. Véamos el caso.

El señor nos explica que le han advertido recientemente los médicos que antes de operarse de cadera deberá intervenirse de varices para evitar el riesgo de tromboflebitis. Según nos cuenta, ahora tendrá que esperar otra lista de espera de varices de un año y medio a dos, antes de operarse de cadera. Críticamente, nos comparte que el médico del hospital que lo ha tratado le ha propuesto operarse en una clínica privada. Le garantiza que la intervención se realizará antes de quince días, pero que le cobra 100.000 pesetas por cada pierna, más los gastos de la clínica. Como no tiene dinero deberá esperar. Siente que ha perdido toda la esperanza de ser operado de cadera. La mujer

nos comenta que el marido está destrozado. La historia no necesita más comentario.

- **Los dolores.** En este apartado las respuestas fueron unánimes. Todos los encuestados manifestaron que sufren fuertes dolores en la cadera y en las piernas. A criterio de todas las personas interrogadas, los dolores son intensos, frecuentes y diarios. Todos se lamentaban del fuerte dolor que padecen; curiosamente nos expresaban que su cuerpo era como un barómetro, que presentían sobre sus huesos los cambios de temperatura. Por esquematizar los resultados, los mismos fueron los siguientes:

- El proceso es doloroso: 100 %
- El dolor es intenso: 100 %
- El dolor es frecuente: 100 %
- Se administran analgésicos: 100 %

Como vemos, todos nos expresaron que se administraban analgésicos y anti-inflamatorios para combatir los dolores. Más de uno se nos lamentó del hecho de que la ingesta diaria de los calmantes le había "destrozado" el estómago. En algunos casos, incluso, el médico de familia le había recomendado que no tomara más calmantes, porque se le podrían producir serias patologías en el estómago.

Desde nuestra percepción, y sin querer comentar aquí los lamentos que hemos oído, advertimos que nos comunicábamos con personas que llevaban el dolor a cuestas desde hace muchos años. Eran personas cansadas de sufrir de dolor, e impotentes ante la degeneración de su estado de salud.

- **La movilidad funcional.** Ciertamente, el enfermo de artrosis de cadera acaba siendo un inválido. Es una persona que pierde gran parte de su movilidad funcional. En el protocolo, sencillamente, sólo le preguntamos si podía andar y en qué condiciones. Obtuvimos los siguientes resultados:

- Personas que pueden andar bien: 9 %
- Personas que andan con muletas: 91 %

Las respuestas fueron concluyente, **el enfermo que espera, generalmente, necesita una muleta para poder andar.** En este apartado, las propias apreciaciones de los afectados nos ilustran sobre el alcance de las limitaciones:

"... ando pero cojeando, utilizo la muleta. No puedo doblarme, ni agacharme. Mi mujer me viste."

".. no puedo agacharme, ni subir y bajar escaleras. No salgo a la calle."

" apenas puedo andar, tengo dos muletas. Mi mujer me viste y me lava por abajo."

Estos comentarios nos dan idea del nivel de inmovilidad que la enfermedad impone a los afectados.

* **Las relaciones con la organización sanitaria.** Para valorar este nivel de la dimensión personal y social del proceso médico, se plantearon las siguientes preguntas: ¿ **Durante el tiempo que lleva en espera le han venido informando sobre su proceso médico, y del tiempo que debe esperar para ser operado?**; ¿ **Usted considera que la prestación médica recibida ha sido: buena, regular, o mala?** ; ¿ **Ha presentado alguna reclamación en el hospital?**; ¿ **Le han contestado ?**; ¿ **Ha intentado Usted operarse a través del sistema sanitario privado ?**. Con estas cuestiones intentamos ofrecer luz sobre las relaciones de los ciudadanos con las instituciones sanitarias, los profesionales y las alternativas de índole privada.

- **La información al usuario.** Partimos del principio legal, contenido en el art. 10.5 de la Ley General de Sanidad, de que " todos tienen derecho con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: 5.- A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento." . En este contexto legal, y sobre las propias apreciaciones de las personas que constituyen la muestra, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Han recibido información: 19 %

- No han recibido información: 81 %

Como se aprecia, **en la mayoría de los casos, el ciudadano no recibe información sobre su proceso médico ni del tiempo de espera.** Es habitual que, una vez que el enfermo ingresa en la lista de espera, no reciba más comunicación que para señalarle la fecha de la intervención, en algunos casos, como hemos visto, dos o tres años más tarde. Algunos directivos de hospital nos confesaban que no se cuidaba la continuidad de la relación hospital/enfermo una vez que se indica la operación.

- **Las reclamaciones al hospital.** Es paradójico, porque estamos, quizás, ante una de las situaciones más injustas y desproporcionadas del sistema sanitario público en Andalucía, pero contrariamente a lo que podía parecer, **no se ha presentado ninguna reclamación ante el hospital por la tardanza en recibir**

la prestación sanitaria. Por un lado, hemos notado un elevado nivel de conformismo por parte de los ciudadanos que esperan. Así están las cosas. Son personas que no pueden acceder a otras alternativas y tienen que soportar las esperas que el sistema público les impone. Y por otra, también es verdad que muchos se quejaban amargamente de la situación, pero no consideraban útil presentar reclamación ante el hospital. De alguna manera, pensaban que la cosa no tenía solución, que era inevitable.

- **Valoración sobre la atención médica.** A juicio de los propios afectados, los resultados sobre la atención médica recibida ha sido la siguiente:

- Buena: 82 %

- Regular: 9%

- Mala: 9 %

A la vista, de los graves retrasos en dispensar la prestación sanitaria, los resultados pueden chocar. No obstante, en realidad al dar esta calificación, el usuario estaba valorando la atención personal y humana que ha recibido por parte de los profesionales que le han asistido. Y a este nivel, la atención que recibe el ciudadano es buena. De esta manera, y notando que se trata de una apreciación subjetiva y mediada, podemos decir que **el usuario estima que la atención médica es buena.**

- **Las alternativas en el sistema sanitario privado.** Queremos reflejar las posibilidades que tienen los usuarios que esperan para acceder puntualmente a la intervención de la sustitución de la cadera, de obtener la prestación en los dispositivos de índole privado. En principio, hay que decir que una parte importante de la muestra de los enfermos demorados han tratado de conseguir ser intervenidos, a veces a resulta de la invitación del propio facultativo de la red pública, pero que ninguna lo ha logrado, en razón del elevado coste de la intervención.

Ninguno de los enfermos entrevistados disponían de recursos suficientes para abonar la operación en una clínica privada.

Valorando los costes de la intervención, con la ayuda de los profesionales que han participado en esta investigación, se estima que una operación de sustitución de la cadera puede costar en una clínica privada de 1.500.000 a 2.500.000 pesetas, en función de los honorarios de los profesionales que intervengan. **Como término medio, se valora que en el mercado de la sanidad privada la operación cuesta unos dos millones de pesetas.** Si relacionamos este dato con el referido al nivel económico de las personas que esperan, se deducirá de modo natural **la incapacidad económica de los afectados para sufragar la intervención en las instituciones privadas.**

Por otra parte, si multiplicamos la cantidad que cuesta la operación en el dispositivo privado, por el número de afectados, resulta que para resolver a través de la concertación este problema se necesitarían unos recursos consistentes en 3.222 millones de pesetas. Es decir, **eliminar la lista de espera de cadera en Andalucía a través de la concertación con clínicas privadas costaría alrededor de 3.222 millones de pesetas.** Y esto en el caso teórico de que los centros asistenciales privados dispusieran de capacidad asistencial suficiente para atender tal eventualidad sanitaria.

Ya es hora de ofrecer una síntesis de este apartado sobre la dimensión personal y social del proceso médico:

- Se trata de un enfermo que lleva diez años padeciendo de la cadera.
- Que lleva más de tres años apuntado en la lista de espera.
- Que tiene dolores intensos y frecuentes.
- Que necesita usar muletas para poder andar.
- Que no ha recibido información sobre su proceso médico ni sobre el tiempo de espera.
- Es una persona que no reclama en el hospital
- Es una persona que considera que ha recibido una buena atención médica.
- Es una persona que no dispone de recursos para obtener la prestación puntualmente en el sistema sanitario privado.

6.- CONCLUSIONES.

Como ya advertimos anteriormente:

1.- La finalidad de este trabajo es poner en conocimiento del Parlamento de Andalucía la situación que padecen 1.611 ciudadanos que esperan para ser intervenidos de artrosis de cadera. Justamente, éste es el mensaje que queremos trasladar al Parlamento: señalarle que **un conjunto importante de andaluces están soportando una situación personal y familiar muy dolorosa a consecuencia de la incapacidad del sistema sanitario en ofrecerle la intervención** consistente en la sustitución de la cadera.

2.- El presente estudio ha pretendido comprobar y analizar la situación de las listas de espera de artrosis de cadera en los hospitales andaluces y, al mismo tiempo, reflejar las condiciones personales en las que se desenvuelven los ciudadanos que esperan la prestación sanitaria.

En definitiva, nos interesaba conocer cuál era la realidad hospitalaria de los enfermos que esperan, qué consecuencias médicas o asistenciales reporta la demora, y cuales eran las situaciones sociales y personales de los ciudadanos que soportan las esperas. Básicamente, esto es lo esencial, queremos dar cuenta al Parlamento de las personas que esperan la operación de cadera, y cuál es su coste médico y humano respecto a las personas que padecen las demoras.

3.- Hemos llegado a recopilar la información de la totalidad de los hospitales públicos andaluces que desarrollan intervenciones de cadera. Esto quiere decir que los datos que se aportan sintetizan y centralizan el conjunto de la información producida en los distintos centros hospitalarios.

4.- Partimos de la convicción de que el eje sobre el que pivota la presente investigación es el propio ciudadano que espera la prestación sanitaria demorada. Desde este prisma, hemos querido dirigirnos a los usuarios, persona a persona, y preguntarles directamente, cómo se encuentra, desde cuándo padece la enfermedad, si le duele, si le molesta, y en definitiva interesarnos por su estado de salud y de sus condiciones de vida mientras espera la intervención. La finalidad de esta parte del trabajo de investigación, era doble; de un parte, analizar el perfil de las personas en esperan y conocer directamente por los propios protagonistas cómo vivían todo su episodio médico; y de otra, pulsar el ánimo de las personas frente a la contingencia sanitaria que padecen y respecto al sistema sanitario.

5.- En total, **en estos momentos en Andalucía hay 1.611 personas en lista de espera de prótesis de cadera.**

6.- El Hospital Reina Sofía de Córdoba, con 356 pacientes en espera ostenta el récord de lista de espera de cadera de Andalucía.

7.- Córdoba, con una tasa de incidencia del 5,1 supera en más del doble la media andaluza. Granada y Sevilla también rebasan la media autonómica. Por el otro lado, se subraya la beneficiosa posición de Cádiz que, con una población de más de un millón de personas, sólo existen 116 personas en espera.

8.- Anotar **el indicador general: 2,3 de cada 10.000 ciudadanos andaluces se encuentran en espera de ser intervenidos de prótesis de cadera.**

9.- Ocho hospitales soportan listas de espera máximas de más de tres años. Destaca por encima de los demás, el caso del **Hospital de Torrecárdenas, con un tiempo máximo de espera de cinco años** . En esta partida, se encuentran la mayor parte de los grandes hospitales andaluces, tanto los de especialidades como los universitarios. Resalta también la situación de la

provincia de Córdoba, con sus dos grandes hospitales colocados en la cabecera de la tabla.

10.- Respecto a los tiempos medios el **Hospital Virgen del Rocío de Sevilla** ostenta el primer lugar: la media para ser intervenido es de **dos años aproximadamente**. En este apartado llama la atención la posición del área de Granada, que sitúa sus hospitales de especialidades y universitario en segunda y cuarta posición, respectivamente, alcanzando una espera media de año y medio.

11.- Resulta que sobre **el conjunto de personas que esperan la prótesis de cadera en Andalucía, el tiempo de espera medio es de 449 días**. Es decir, **un andaluz necesita como media esperar quince meses para ser intervenido de artrosis de cadera en el sistema sanitario público**.

12.- Podemos advertir que respecto a las intervenciones de prótesis de cadera en Andalucía, **la demanda de la población supera la oferta asistencial del sistema sanitario. Prueba de ello, son las 1.611 que se encuentran en lista de espera**. Y que además, la tendencia se orienta hacia un incremento del número de intervenciones. Consecuentemente, se precisa un considerable aumento de las dotaciones asistenciales especializadas en esta patología, o del rendimiento de las mismas, para conseguir la adecuación de la oferta a la demanda.

13.- Se observa que el desequilibrio de estancias medias es muy elevado. En el conjunto de toda Andalucía, resulta que la estancia media en las intervenciones de cadera es de 14,32 días.

14.- El catálogo de criterios que desde los hospitales se nos han dado para ordenar las prioridades en las listas de espera es muy variado, aunque en general, con más o menos acierto, todos tratan de garantizar la equidad de la prestación sanitaria, procurando conjugar intereses de difícil resolución.

15.- Cuando un médico decide que una persona enferma de artrosis de cadera debe intervenir para colocarle una prótesis de cadera, se tiene la certeza de que ningún otro método puede solucionar su problema, ya sea mediante la toma de medicamentos, la pérdida de peso, cambio de hábitos y costumbres, o con otro tipo de intervenciones menos drásticas.

16.- **La artrosis de la cadera se manifiesta fundamentalmente por el dolor**; así será el dolor el primer síntoma que aparezca y será el dolor el que va a marcar toda la evolución de esta enfermedad.

17.- Es fácil ver que, si bien cuando se hace la indicación de una prótesis de cadera ya ha habido una destrucción tal de la articulación que dificulta gravemente la vida normal del enfermo y no existe otra alternativa terapéutica, no significa esto que sea un punto final en la evolución de la enfermedad, sino que ésta continúa avanzando trayendo negativas consecuencias para el paciente.

18.- Es preferible la intervención en un plazo razonable de tiempo por muy diferentes motivos.

19.- Todo el tiempo que transcurre desde que se ha completado el estudio del enfermo, tanto de su artrosis como de otras posibles enfermedades, y se ha hecho una indicación certera de su tratamiento mediante una prótesis, es un tiempo baldío que ocasiona un sufrimiento completamente gratuito y que de ninguna de las maneras puede ser compensado.

20.- La muestra refleja una **edad media** de las personas afectadas de **66 años**. Se puede afirmar que ésta **es básicamente una lista de espera de personas de edad avanzada**.

21.- Sobre la experiencia, **excluyendo excepciones, la repercusión de esta lista en el mundo laboral es mínima**.

22.- Realmente, **la totalidad de la muestra comprende a personas humildes de escasos recursos económicos**. La mayor parte son titulares de pensiones mínimas que no cuentan con más ingresos que la pensión. Son personas que no disponen de la posibilidad de acceder a los dispositivos sanitarios privados para recibir puntualmente la prestación de sustitución de la cadera.

23.- Conocido es que se trata de una enfermedad invalidante, que afecta a una población anciana y de escasos recursos y, por tanto, representa un caldo de cultivo ideal para el ejercicio de una ajustada ayuda social. Sin embargo, los resultados que hemos obtenido han sido bien distintos.

- Personas que no han recibido ayudas sociales: 92 %

- Personas que han recibido ayudas sociales: 8 %

Como vemos, **la ayuda social apenas llega para estas personas**.

24.- Sobre la muestra, obtenemos **las siguientes condiciones que reúnen las personas que esperan la operación de artrosis de cadera**:

- Es una persona que tiene alrededor de 66 años de edad.

- Vive con su familia o acompañada de otra persona.

- Es una persona que ya no trabaja.

- Es pensionista.

- Dispone de escasos recursos económicos.

- No recibe ningún tipo de ayuda social.

25.- **Los pacientes de artrosis de cadera, que esperan la intervención, por término medio, llevan diez años padeciendo la enfermedad**.

26.- A criterio de todas las personas interrogadas, los dolores son intensos, fuertes, frecuentes y diarios. Todos se lamentaban del fuerte dolor que padecían.

- El proceso es doloroso: 100 %
- El dolor es intenso: 100 %
- El dolor es frecuente: 100 %
- Se administran analgésicos: 100 %

27.- El enfermo que espera, generalmente, necesita una muleta para poder andar.

28.- En la mayoría de los casos, el ciudadano no reciben información sobre su proceso médico y del tiempo de espera.

29.- A pesar de todo, **el usuario estima que la atención médica es buena.**

30.- **Ninguno de los enfermos entrevistados disponían de recursos suficientes para abonar la operación en una clínica privada.** Queda acreditada la incapacidad económica de los afectados para sufragar la intervención en las instituciones privadas.

Eliminar la lista de espera de cadera en Andalucía a través de la concertación con clínicas privadas costaría alrededor de 3.222 millones de pesetas.

7.- RECOMENDACIONES.

A la vista de lo expuesto en el presente estudio, y de conformidad con lo dispuesto en el art. 29.1 de la Ley 9/1983, de 1 de Diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, procede formular la siguiente **Recomendación:**

Que por parte de la Administración Sanitaria se impulsen y desarrollen las actuaciones administrativas y asistenciales tendentes a la superación de las situaciones de prolongada permanencia en lista de espera para ser asistido de artrosis de cadera, de tal manera que los ciudadanos andaluces dispongan del efectivo derecho a la protección a la salud que le dispensa el reconocimiento del art. 43 de la Constitución y los preceptos de concordancia de la Ley General de Sanidad.

En este contexto, se recomienda que por parte de la Administración Sanitaria se adopten, con carácter de urgencia, las medidas asistenciales precisas para que las personas que lleven más de un año esperando la prestación de la sustitución de la cadera, puedan acceder a la misma en un plazo tolerable, médica y personalmente.