

Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?

SUMARIO

Pág.

Presentación.....	7
Desigualdades en salud, priorización y listas de espera <i>Marisol Rodríguez</i>	11
Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad <i>Àngel Puyol</i>	29
La concienciación de las listas de espera <i>Juan del Llano</i>	49
Mesa redonda ¿Cómo mejorar las listas de espera? <i>Marc Antoni Broggi</i>	61
Títulos publicados.....	68

PRESENTACIÓN

Las listas de espera en sanidad constituyen uno de los problemas más visibles de un sistema de sanidad público, puesto que es lo que suscita las quejas más habituales de los ciudadanos. Seguramente es inevitable que haya listas de espera, dado que los recursos dedicados al sistema sanitario, por mucho que aumenten, siempre serán escasos. Pero el problema que debería preocupar por encima de cualquier otro, a propósito de las listas de espera, es de carácter ético y está relacionado con la justicia distributiva y las desigualdades o discriminaciones entre los pacientes. Aunque es cierto que la salud de las personas ha mejorado considerablemente gracias a todos los avances científicos y técnicos, así como a la extensión de un sistema sanitario público y universal, las diferencias entre los que más tienen y los más desfavorecidos persisten. Unos tienen que esperar más que otros para ser atendidos, lo cual significa que no todos tienen las mismas oportunidades, a pesar de la universalidad teórica de la protección de la salud. Tal circunstancia pone de manifiesto que existen algunas disfunciones que necesitan ser corregidas si queremos mantener un sistema no sólo eficiente y sostenible, sino también moralmente irreprochable. Las jornadas organizadas por la Fundació Víctor Grífols i Lucas, recogidas en este volumen, se dedicaron a exponer de qué disfunciones estamos hablando así como a señalar algunas medidas para subsanarlas.

La ponencia de Marisol Rodríguez analiza la cuestión desde la perspectiva de la economía de la salud. Parte de un estudio empírico del que es coautora y que pone de manifiesto las desigualdades existentes en el acceso al sistema sanitario. A partir de los datos empíricos recogidos se pregunta qué responsabilidad es achacable al sistema y a quienes lo gestionan, o en qué medida es la poca habilidad o ignorancia de determinados usuarios lo que les discrimina. Es sabido que la falta de información y de conocimiento, el saberse inmigrado y extraño en el país en que uno habita, o el carecer de la formación cultural imprescindible, son elementos que influyen desfavorablemente en la capacidad para utilizar los servicios públicos. Otra pregunta interesante a tener en cuenta es hasta qué punto la priorización que se realiza de los

pacientes, y que es una selección inevitable, acaba perjudicando siempre a los más débiles. Del análisis de todas estas cuestiones se concluye la necesidad de gestionar mejor las listas de espera tomando medidas para evitar que sean siempre los más vulnerables los que acaban siendo peor atendidos.

Desde la filosofía, Àngel Puyol se plantea qué hay que hacer para dar prioridad a ciertos servicios y a determinados pacientes cuando los recursos son escasos, partiendo de la hipótesis de que eficiencia y moralidad no son dos conceptos equivalentes. El sistema puede ser muy eficiente y, sin embargo, adolecer de principios éticos que orienten la forma de actuar. Desde tales premisas, Puyol se pregunta cuál es la mejor manera de priorizar, pregunta a la que da respuesta haciendo un análisis pormenorizado y completo de los criterios de todo tipo que suelen utilizarse para distribuir los servicios sanitarios. Los tales criterios son evaluados, a su vez, desde la ética, poniendo de manifiesto los pros y los contras de cada uno de ellos cuando se trascienden las perspectivas estrictamente clínica o económica para tener en cuenta el punto de vista ético o moral. Señalar cuál es el mejor criterio es imposible, pero sí se puede hacer un esfuerzo a favor de una mayor transparencia que explicita cuál es el criterio adoptado en cada caso. Por difícil, incómoda o inconveniente que sea tal exigencia, es un requisito ineludible del respeto debido al paciente.

Las dos ponencias aquí publicadas fueron seguidas de una mesa redonda en la que se pusieron de relieve distintos aspectos –políticos, clínicos y psicológicos– del problema de las listas de espera, como se muestra en el resumen que se ofrece a continuación de los textos de las ponencias. En definitiva, la presente publicación se ofrece como una ayuda a quienes están interesados en el estado actual de la cuestión y a su vez reconocen que nos encontramos ante un hecho que afecta por encima de todo a la equidad del sistema sanitario y que, por lo tanto, pone en entredicho la garantía del derecho universal a la protección de la salud.

Victoria Camps
Presidenta

F
U
N
D
A
C
I
O
N
E
S
V
I
C
T
O
R
I
A
S
Q
U
I
T
A
T
I
V
E
S

Desigualdades en salud, priorización y listas de espera

Marisol Rodríguez

*Profesora de Economía de la Salud
de la Universitat de Barcelona*

Introducción

Este trabajo aborda la relación entre las listas de espera y las desigualdades sociales en salud, desde el punto de vista de la economía. La base común a ambos temas es la preocupación por la justicia. En economía este concepto remite a la teoría de la justicia distributiva, es decir, cómo una sociedad o grupo debería asignar o repartir su producto escaso entre los diferentes individuos, con diferentes necesidades o derechos sobre el mismo. Este reparto plantea controversias éticas, que en el caso de las listas de espera son muy evidentes. La perspectiva ética de la economía es una perspectiva social, donde las controversias se plantean como prioridades entre grupos de individuos, o de unos individuos sobre otros. Esta perspectiva es un poco distinta de la que suele ser habitual en la bioética, centrada principalmente en qué es lícito hacer y que no al individuo como ser humano, o en hasta dónde debe llegar la medicina y la experimentación.

La cuestión que nos interesa analizar aquí es hasta qué punto las listas de espera pueden ser fuente, o pueden ahondar, en las desigualdades sociales en salud. Por lo tanto, no se trata simplemente de constatar que unos individuos esperan más que otros para recibir un determinado tratamiento, sino de saber si son los miembros más desaventajados de la sociedad los que más esperan, y si eso tiene consecuencias para las desigualdades sociales en salud. Entendemos éstas, siguiendo a Sen, como el quebranto del derecho de todos los individuos a tener la misma oportunidad de lograr su pleno potencial de salud¹. Son las sociedades –y sus sistemas sanitarios– las que tienen que garantizar ese derecho.

La primera parte de la ponencia se basa, fundamentalmente, en el libro que he editado –junto con Rosa M^a Urbanos– sobre el tema de las desigualdades en salud. En efecto, el apartado siguiente repasa la evidencia empírica existente y resume los hechos más sobresalientes. En el tercer apartado se trata la cuestión de hasta qué punto son los sistemas sanitarios responsables, al menos en parte, de las desigualdades sociales en salud, lo cual depende de en qué medida son ellos mismos inequitativos y tratan de forma diferente a los diferentes indivi-

duos por razones que van más allá de la estricta necesidad. Ambos apartados preparan el camino para que en el cuarto y último apartado abordemos el tema central de la ponencia, es decir, si la priorización de pacientes en lista de espera resulta –aunque sea involuntariamente– en un trato desigual que perjudica a los individuos socioeconómicamente más débiles.

Desigualdades sociales en salud

Desde un punto de vista de equidad, dentro del sector salud, uno de los fenómenos que más preocupan es la persistencia de desigualdades sociales en salud. No importa qué indicador de estatus socioeconómico se escoja, ni qué criterio para medir la salud se utilice, en todos los casos los individuos en los estratos socioeconómicos más bajos tienden a tener peor salud que los individuos mejor situados en la escala social. Además, las diferencias no sólo existen entre los grupos extremos, sino que se dan también entre grupos contiguos en dicha escala. A este fenómeno, por el que cada estrato social tiene un nivel de salud que es algo más bajo que el de su inmediato superior en la jerarquía, y algo más alto que el de su inmediato inferior, se le denomina «el gradiente social» en la salud. Naturalmente, el fenómeno no es nuevo, y la mayoría de la documentación histórica disponible pone de relieve la existencia de estas diferencias. Pero el estudio de las desigualdades socioeconómicas en salud ha cobrado importancia sobre todo a partir del último cuarto del siglo xx. Entre otras razones, porque la sensibilidad social ante este hecho ha aumentado, y porque su persistencia ha frustrado parte de las expectativas puestas en la creación de los sistemas universales de salud en los países desarrollados después de la Segunda Guerra Mundial.

La persistencia de las desigualdades no es incompatible con el hecho de que la mortalidad haya descendido y la salud haya mejorado en todos los grupos socioeconómicos. Pero las diferencias se han mantenido –o se han agrandado– al menos en términos relativos². La evidencia es abrumadora en este

1. Sen, A. «Why health equity?», *Health Economics* 2002; 11(8):659-666.

2. Regidor, E. «Desigualdades socioeconómicas en la exposición al riesgo y en salud». En Rodríguez, M. y Urbanos, R. *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*, Elsevier-Masson, Barcelona, 2008.

sentido. Por ejemplo, la Tabla 1 muestra la razón de tasas y las diferencias en mortalidad según el nivel de estudios para individuos mayores de 45 años en diversas poblaciones europeas. Tanto la razón de tasas, como la diferencia simple de tasas, están indicando un grado notable de desigualdad, mayor, por cierto, en el caso de los hombres.

Tabla 1

Razón de tasas y diferencias de tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, entre los sujetos con nivel de estudios bajo y los sujetos con nivel de estudios alto^a en varias poblaciones europeas. Mortalidad total en sujetos de 45 y más años.

Primera mitad de los años noventa

Poblaciones	HOMBRES		MUJERES	
	Razón de tasas de mortalidad	Diferencia de tasas de mortalidad por 100.000 habitantes	Razón de tasas de mortalidad	Diferencia de tasas de mortalidad por 100.000 habitantes
Finlandia	1,33	1005	1,24	542
Noruega	1,36	947	1,27	520
Inglaterra y Gales	1,35	1052	1,22	435
Bélgica	1,34	1020	1,29	577
Austria	1,43	1007	1,32	545
Suiza	1,33	737	1,27	401
Turín	1,22	581	1,20	378
Barcelona/Madrid	1,24	540	1,27	311

a. El nivel de estudios bajo incluye estudios inferiores a primarios, los estudios primarios y el primer ciclo de la educación secundaria. El nivel de estudios alto incluye el segundo ciclo de la educación secundaria, estudios posteriores a la educación secundaria y estudios universitarios.

Fuente: Regidor, E. 2008, tomado de Huisman et al «Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations», *J. of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:468475.

El ensanchamiento de las desigualdades es incluso más patente si observamos los datos de la Tabla 2, en la que se compara el riesgo relativo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón de los hombres de 25 a 64 años en España

y Francia en 1980 y 1990, clasificados éstos según la categoría profesional. Aparte de que las diferencias se han agrandado, hay que destacar que se han revertido. Si en 1980 la categoría de profesionales y directivos tenía mayor riesgo de muerte por enfermedad isquémica del corazón (achacable, según el saber popular al «estrés» de los ejecutivos), en 1990 todas las demás categorías profesionales –incluidos los agricultores– exhibían un riesgo relativo mayor.

Tabla 2

Riesgo relativo^a de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón según la clase social basada en la ocupación en hombres de 25 a 64 años.

Ocupación	ESPAÑA		FRANCIA	
	1980	1990	1980	1990
Profesionales y directivos	1,00	1,00	1,00	1,00
Trabajadores de servicios	0,80	1,10	0,63	1,47
Agricultores	0,57	1,85	0,50	1,92
Trabajadores manuales	0,83	1,87	0,68	1,74

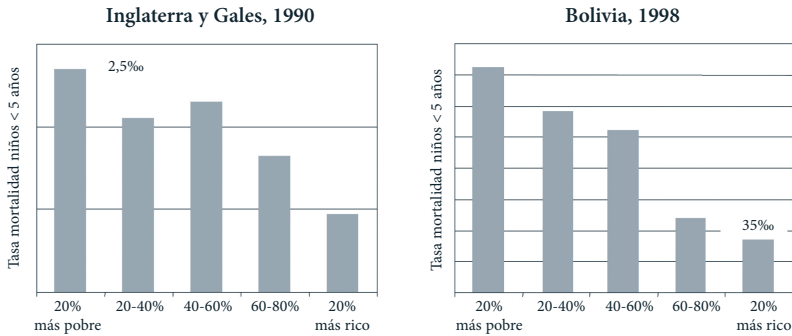
a. El riesgo relativo expresa el número de veces que es más alta la tasa de mortalidad en cada categoría de ocupación respecto a la tasa de mortalidad en profesionales y directivos. En el año 1980 todas las categorías de ocupación tenían unas tasas de mortalidad inferiores a la de los profesionales y directivos, mientras que en 1990 sucedía justo lo contrario.

Fuente: Regidor, E. 2008, tomado de Lostao et al «Social inequalities in ischaemic heart and cerebrovascular disease mortality: Spain and France 1980-82 and 1988-90», *Social Science and Medicine* 2001; 52:1879-87.

La Figura 1 ilustra otro de los fenómenos destacados en el tema de las desigualdades en salud. A saber, que las desigualdades se dan tanto *entre* países como *dentro* de los países, sean éstos pobres o ricos. Como se puede observar en la figura, los niños menores de 5 años nacidos en el seno de familias pertenecientes al 20% más pobre de la población tienen en Inglaterra y Gales una tasa de mortalidad aproximadamente tres veces superior a la de los niños nacidos en una familia situada en el quintil más rico de la población. En el caso de Bolivia, la diferencia relativa es bastante similar: casi cuatro veces más. Sin embargo, los niveles son muy diferentes en uno y otro país. La tasa de mortalidad de ese 20% más pobre es de 2,5 por mil en Inglaterra y Gales, mientras que en Bolivia la tasa de mortalidad de los niños más ricos es de ¡35 por mil!

Figura 1

Tasas de mortalidad de los niños menores de 5 años en Inglaterra y Gales, 1990 y Bolivia 1998, según el quintil de renta familiar. Tasas a diferente escala.



A modo de recapitulación de este apartado, señalemos lo siguiente:

- La disminución generalizada de la mortalidad y la mejora de la salud durante todo el siglo xx no estuvo acompañada por una reducción de las desigualdades socioeconómicas en la misma.
- Las desigualdades muestran un gradiente social que no desaparece a pesar de que el nivel socioeconómico en general mejore y las condiciones materiales no sean en sí mismas muy malas. De hecho, las desigualdades se dan tanto *entre* países ricos y países pobres, como *dentro* de los países ricos y *dentro* de los países pobres.
- Las desigualdades son grandes, medidas por cualquier indicador de salud y cualquier indicador de condición socioeconómica. No obstante, los patrones no son iguales. En unos países son mayores las desigualdades en mortalidad, en otros son mayores las desigualdades en salud percibida, en otros las desigualdades en factores de riesgo (fumar, obesidad, etc.), lo que impide generalizar.
- Las desigualdades operan prácticamente siempre en contra de los más pobres (aunque hubo unos años en que, por ejemplo, las enfermedades isquémicas del corazón o el cáncer de pulmón afectaban más a los ricos).

- Las desigualdades no siguen el mismo patrón para hombres que para mujeres.
- Las desigualdades parecen estar ensanchándose en lugar de reducirse.
- La existencia ampliamente comprobada de desigualdades socioeconómicas en salud pone en evidencia que hay una *etiología social en la salud* y la enfermedad, más allá de factores biológicos o de atención médica. No obstante, los mecanismos a través de los cuales las diferencias sociales se transmiten a diferencias en salud no son suficientemente conocidos todavía.

Finalmente, cabría resaltar que del hecho de que las desigualdades sean mayores en unos países que en otros se deduce que éstas no son inamovibles, que hay margen de maniobra para actuar mediante políticas correctoras de dichas desigualdades.

¿Son los sistemas sanitarios responsables de las desigualdades en salud?

Una de las razones para la creación de los sistemas sanitarios públicos y universales en la mayoría de países europeos fue la consecución de una mayor igualdad en salud. Se esperaba que el acceso libre y gratuito a los servicios médicos eliminase parte de las diferencias en salud entre clases sociales que se observaban. El desengaño se produjo cuando en 1980 se publicó en el Reino Unido el Informe Black. Las conclusiones de dicho informe tuvieron un efecto devastador en la sociedad británica: a pesar de más de 30 años de Servicio Nacional de Salud (NHS), la diferencia de salud entre las clases sociales, definidas por la ocupación, había aumentado en lugar de reducirse. En concreto, «la probabilidad de morir antes de la jubilación para hombres y mujeres de la clase social baja (trabajadores no cualificados) era el doble que en la clase social más aventajada (profesionales y directivos)». Más preocupante todavía era que las diferencias parecían haberse ampliado con respecto a lo que ocurría en los años cincuenta, sobre todo para los hombres en edad de trabajar.

El Informe Black tuvo una gran repercusión mundial, y a raíz de él se generó un gran interés por comprobar hasta qué punto los sistemas sanitarios eran equitativos o no, pudiendo, por tanto, ser responsables de una parte de las desigualdades en salud encontradas. El criterio de equidad que debe presidir un sistema público de salud es dar «tratamiento igual para igual necesidad», independientemente de la capacidad de pago de los individuos u otras características personales de éstos.

La comprobación empírica de esta cuestión requiere operativizar el anterior criterio de equidad. En muchos de los numerosos estudios que se han llevado a cabo, por «tratamiento» se entiende normalmente «utilización» o «consumo efectuado» o «gasto sanitario absorbido». Mientras que la necesidad se aproxima mediante un concepto de necesidad estandarizada, o consumo esperado, es decir, se obtiene calculando cuál hubiese sido la cantidad de servicios de salud que hubiera recibido un individuo si hubiese sido tratado igual, por término medio, a cómo el sistema trata a todos los demás individuos con sus mismas características de necesidad: morbilidad, salud percibida, edad y sexo.

Los resultados de la copiosísima investigación llevada a cabo constatan distintos patrones de uso de los servicios sanitarios por grupos socioeconómicos. En su resumen, Rosa M^a Urbanos y Ricard Meneu³ distinguen entre estudios de tipo «macro» que analizan el sistema sanitario en general, y estudios de tipo «micro», centrados en procedimientos o enfermedades específicas. Los primeros tienden a revelar un alto grado de equidad, al menos en los países europeos, incluida España. Aunque se observa cierta inequidad «pro-pobres» en las visitas al médico general (lo que significa que los individuos con menores ingresos utilizan más este tipo de servicio de *lo que les correspondería* dado su grado de necesidad) y cierta inequidad «pro-ricos» en las visitas a médicos especialistas. Por su parte, la utilización de los servicios hospitalarios resulta ajustada a necesidad en casi todos los estudios.

3. Urbanos, R. y Meneu R. «La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes». En Rodríguez, M. y Urbanos, R. *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*, Elsevier-Masson, Barcelona, 2008.

La fotografía que ofrecen los estudios de tipo «micro» no es, sin embargo, tan complaciente, pues muestran importantes desigualdades «pro-ricos», por ejemplo, en intervenciones de sustitución de cadera, revascularización o cateterismo cardiaco tras infarto, control del embarazo, etc. No obstante, hay que hacer diversas matizaciones. En primer lugar, y muy importante, los estudios micro no siempre comparan la utilización con la necesidad, por lo que no siempre las desigualdades en utilización se pueden interpretar como inequidades, o quiebra del principio de «tratamiento igual para igual necesidad». En segundo lugar, la contradicción entre los estudios macro y los estudios micro puede no ser real y tratarse más bien de un problema de los datos, que no sean totalmente adecuados. En algún estudio que se ha hecho con datos muy completos y elaborados dicha contradicción desaparecía. Pero también puede ser que la contradicción esté poniendo de relieve que los estudios macro enmascaran situaciones concretas de discriminación de colectivos o tratamientos específicos.

Un programa de investigación que en cierta forma tiene paralelismos con la literatura sobre desigualdades en salud son los estudios sobre variabilidad en la práctica médica. La principal diferencia entre ambos enfoques, según Ricard Meneu y Salvador Peiró⁴, es que bajo el primero la causa de las desigualdades es que el sistema trata de forma diferente a individuos esencialmente iguales excepto en alguna condición socioeconómica (renta, sexo, etnia, etc.) no relevante para la necesidad de recibir atención médica. Para la investigación sobre variaciones en la práctica médica, tales desigualdades se deben a los distintos modos de respuesta que adoptan los profesionales ante situaciones de incertidumbre. Las desigualdades en la asistencia recibida son objetivables, pero no forzosamente reflejan inequidad. Entre otras cosas, porque a menudo no se compara con la necesidad. Y tampoco es evidente que la inequidad, cuando se produce, favorezca siempre a quien recibe más servicios sanitarios, ya que en el marco conceptual de variaciones en la práctica médica, «más» no siempre es «mejor». Así, más visitas a especialistas por parte de los más ricos y/o educados –como revelan los estudios macro– no es

4. Meneu, R. y Peiró, S. «Disparidades en la efectividad y utilización de los servicios sanitarios e implicaciones de equidad». En Rodríguez, M. y Urbanos, R. *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*, Elsevier-Masson, Barcelona, 2008.

necesariamente mejor que no visitar casi nunca al médico general. De hecho, no hay un consenso claro acerca de cuál es el patrón de visitas al médico general versus especialistas más deseable.

En su trabajo, estos autores analizan la relación entre efectividad, utilización, variabilidad o desigualdades, y sus implicaciones para la equidad. Sus conclusiones son dignas de tener en cuenta al hablar de desigualdades y el papel del sistema sanitario:

- Las diferencias en morbilidad no explican sustancialmente las variaciones en la práctica médica entre áreas similares. La oferta existente explica más.
- Las tasas de utilización de intervenciones de efectividad demostrada son bastante similares, lo que constituye buenas noticias.
- Sin embargo, la evidencia empírica revela una importante variabilidad para procesos electivos o de efectividad dudosa.
- Finalmente, las desigualdades geográficas son de mayor magnitud que las socioeconómicas, aunque han recibido menos atención.

La priorización en las listas de espera como posible fuente de desigualdad

En los sistemas sanitarios públicos, el precio que paga el usuario en el momento del consumo de un servicio suele ser cero o prácticamente cero, dependiendo de si hay copagos y su cuantía. Esta ausencia de precio monetario actúa como incentivo para consumir visitas o tratamientos adicionales, hasta que el beneficio esperado de las mismas sea también cercano a cero. En estas condiciones se suele producir un desequilibrio entre la oferta disponible y la demanda potencial, que se canaliza a través de los tiempos de espera; es decir, el paciente paga un precio-tiempo, en lugar de un precio monetario. Esto ocurre especialmente en aquellos sistemas sanitarios públicos que funcionan bajo presupuestos globales, más o menos cerrados –los sistemas tipo Servicio Nacional de Salud. Por lo tanto, las listas de espera son un rasgo consustancial a este tipo de sistemas. Es más, se da una paradoja interesante:

si se disminuye el tiempo de espera, es posible que aumente el número de pacientes que se ponen a la cola, en espera, pues esa disminución del tiempo de espera puede animar aún más la demanda.

Las tablas 3 y 4 presentan los últimos datos disponibles sobre el tamaño de la lista de espera quirúrgica en España.

Tabla 3
Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS.
Datos a 30 de junio de 2007. Distribución por especialidades

ESPECIALIDADES	Total pacientes en espera estructural (*)	Diferencia con Junio 2006	Tasa por 1000 hab.	Porcentaje más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días) (**)
Cirugía General y de Digestivo	69.208	-1.887	1,77	5,68	67
Ginecología	21.820	-545	0,56	3,13	60
Oftalmología	76.479	-3.959	1,95	4,22	61
ORL	28.607	-264	0,73	4,17	64
Traumatología	96.655	-4.671	2,47	9,98	82
Urología	25.527	87	0,65	5,00	64
Cirugía Cardíaca	2.357	240	0,06	4,84	69
Angiología/Cir. Vascular	9.323	-1.092	0,24	5,37	71
Cirugía Maxilofacial	3.917	-1.382	0,10	7,56	85
Cirugía Pediátrica	8.875	-355	0,23	5,01	74
Cirugía Plástica	10.173	-370	0,26	9,12	89
Cirugía Torácica	933	29	0,02	10,18	76
Neurocirugía	5.610	-164	0,14	8,15	91
Dermatología	5.418	-470	0,14	0,15	39
TOTAL	364.901	-14.803	9,33	6,25	70

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS.

(*) Los datos de un Servicio de Salud han sido estimados a partir de los procesos seleccionados/Faltan datos de una Comunidad Autónoma.

(**) Faltan datos de dos Servicios de Salud.

Tabla 4

Desglose de la espera por especialidades

□ Número de pacientes en espera □ Tiempo medio de espera en días

	Cirugía general y digestivo	Ginecología	Oftalmología	Otorrinolaringología	Traumatología	Urología	Cirugía cardíaca	Angiología y cirugía vascular	Grugía pediatría	Grugía plástica	Grugía torácica	Neurocirugía	Dermatología	Maxilo-facial
País Vasco	3.210 54,6	993 55,4	2.969 48,8	1.081 50,6	4.133 55,8	858 54,9	50 40,4	577 52,7	442 49,6	336 57,8	35 27,7	170 53,1	-	132 58,4
Cantabria	2.678 112,6	690 134,3	2.216 115,2	682 133,9	5.064 202,1	967 134,2	38 56,2	126 104,7	280 134,68	191 162,1	49 45,8	94 49,2	-	227 174,1
La Rioja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andalucía	27 10.582	37 2.511	45 9.625	44 4.090	51 12.819	41 2.859	15 579	21 568	- 947	38 609	6 107	- 631	17 877	- 242
Galicia	54 6.037	58 1.722	47 6.606	59 1.839	65 8.855	50 2.679	65 534	60 1.491	63 1.152	65 1.080	47 92	69 585	41 363	65 401
Extremadura	86 2.397	57 1.103	70 3.018	68 1.117	103 2.515	79 1.067	108 4	68 196	88 132	82 548	52 15	95 177	47 371	88 80
Castilla y León	55 3.911	67 1.995	73 4.629	61 1.943	67 5.192	63 2.183	13 117	43 655	43 149	141 963	23 85	69 286	49 474	34 224
C. La Mancha	2.991 58,5	842 57,1	2.695 49,1	1.421 76,3	3.831 71,2	1.654 53,8	0 0	203 71,3	458 68,0	308 94,2	7 24,7	185 66,4	1.232 37,4	-
Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceuta	25,8 81	27,4 12	22,2 86	22,9 33	18,5 91	26,8 25	-	-	-	-	-	47	50,8	-
Murcia	3.036 56,0	628 70,6	3.284 54,3	1.169 59,3	3.816 71,2	972 50,9	19 63,3	191 46,9	412 52,2	367 76,7	19 28,1	144 93,7	226 83,6	190 60,1

EXCEPCIONES EN CADA COMUNIDAD

Madrid	● No se incluye en la lista porque no contabiliza la espera con el método que rige a las demás comunidades.
Cataluña	● No se incluye en la lista porque sólo ha facilitado los datos de las 14 operaciones más frecuentes.
Navarra	● No se incluye en la lista porque sólo ha facilitado los datos de las 11 operaciones más frecuentes.
C. Valenciana	● No se incluye en la lista porque sólo ha facilitado las 10 operaciones más frecuentes.
Cantabria	● La especialidad Angiología y cirugía cardiovascular no incluye angiología.
La Rioja	● El dato de Angiología y cirugía vascular sólo incluye la cirugía vascular. No se incluye el número de personas porque no la ha facilitado.
Islas Canarias	● No se incluye en la lista porque e ha facilitado los datos por hospitales y entantos por ciento.
Castilla y León	● El tiempo de espera medio de cada especialidad no ha sido facilitado por esta comunidad autónoma.
Melilla	● El número de personas esperando no consta porque esta comunidad sólo ha facilitado el tanto por ciento de enfermos que esperan.
Ceuta	● La especialidad medicina general y digestivo no incluye digestivo.
Asturias	● No se incluye porque no ha facilitado los datos.
Aragón	● No se incluye porque no ha facilitado los datos.
Baleares	● No se incluye en la lista porque sólo ha facilitado los datos de las 10 operaciones más frecuentes.

ente: datos ofrecidos por las comunidades autónomas y elaborados por EL PAÍS.

EL PAÍS

Cabe hacer algunas observaciones:

- Sólo se monitorizan 14 procedimientos o patologías, algunas tan ampliamente definidas que es imposible conocer cuál es la situación real para procedimientos o tratamientos concretos. Además, estos 14 procedimientos son los mismos desde hace varios años, a pesar de que posiblemente la situación o los avances médico quirúrgicos de algunas especialidades haya cambiado.
- Hay una variabilidad grande tanto en el número de pacientes que esperan como en el tiempo medio de espera. Setenta días no es, en

general, mucho tiempo, pero posiblemente esa media enmascare tiempos mucho más altos en el extremo superior.

- También hay una gran variabilidad entre Comunidades Autónomas, aunque cualquier afirmación en este sentido está condicionada por la falta de datos homogéneos en todas ellas (sólo hay que ver la larga lista de excepciones que acompaña a la Tabla 4). Esta es una de las principales limitaciones que señalan todos los expertos en este tema. Los criterios –o incluso los «trucos» para maquillarlas o los simples fallos administrativos en su depuración– para confeccionar las listas de espera no son iguales en toda España.

Para «solucionar» las listas de espera caben diversas actuaciones. Se puede aumentar los recursos destinados a sanidad, en general, y a los procedimientos o patologías con mayores tiempos de espera, en particular. Pero este aumento de la oferta tiene un límite evidente en el presupuesto. No se puede aumentar indefinidamente la financiación de la sanidad porque eso detrae recursos de otros usos alternativos (educación, justicia, pensiones, inversión pública, etc.) con demandas de crecimiento también legítimas. El financiador público está así, bastante maniatado. Naturalmente, se pueden redistribuir los fondos propios de la sanidad, pero esto también chocará con los intereses de los servicios que se vean recortados. También se puede intentar mejorar la productividad de los médicos y hospitales, y aunque esto es siempre deseable, y puede aliviar algunos problemas de las listas de espera, tampoco acabará con ellas, por la paradoja que mencionábamos más arriba. Por el lado de la demanda, a veces se propone establecer copagos, que desanimen aquellos casos más leves. Pero teniendo en cuenta que la demanda del servicio y la inclusión en la lista de espera depende, en la mayoría de los casos, del médico y no del paciente, esta medida no parece aconsejable. (Ello sin entrar en los problemas de equidad que origina todo copago).

En estas circunstancias, lo más aconsejable es tratar de gestionar lo mejor posible las listas de espera. La gestión de las listas de espera reviste una gran problemática, muy superior a la que supondría aplicar el criterio simple de tiempo de espera, es decir, «el primero que llega, primero que se atiende». Dicha gestión persigue varios objetivos a la vez. Por un lado, objetivos de

efectividad y eficiencia. Para ello se requiere, en primer lugar, una evaluación de los casos que entran en lista de espera, para corroborar que la indicación es apropiada y reducir, así, la utilización inadecuada de recursos. De esta forma, probablemente se conseguiría reducir el número de pacientes que esperan y minimizar el tiempo de espera. El otro orden de medidas atañe al diseño de una adecuada priorización de la lista de espera. Los criterios de priorización pueden ser varios, pero desde el punto de vista de la efectividad y la eficiencia las opciones suelen ser la de tratar primero a los que se beneficiarán más del tratamiento –en términos de mejora de la salud– o tratar primero a los que sufren más por la espera –en términos de discapacidad o limitación para trabajar o para las actividades de la vida diaria, dolor, salarios perdidos, etc. Lógicamente, las diferentes reglas de selección de pacientes llevan a diferencias en beneficios en salud obtenidos, en número de pacientes tratados, en tiempos de espera y en cantidad de sufrimiento debido a la espera.

Por otro lado, estos criterios de priorización pueden chocar frontalmente con el otro objetivo al que debe atender la gestión de la lista de espera, que es el objetivo de equidad. Por equidad se entiende aquí, fundamentalmente, impedir que las variables socioeconómicas influyan en los tiempos de espera.

De forma explícita, en ningún país se incluyen criterios que tengan en cuenta la posición social del paciente en la de gestión y priorización de la lista de espera⁵, pero lo cierto es que en muchos lugares los miembros más desaventajados de la sociedad acaban esperando más. El recuadro siguiente recoge varios estudios que sustentan la afirmación de que el estatus socioeconómico influye (a veces) en el tiempo de espera.

5. Aunque no es inhabitual que, informalmente, se tenga en cuenta si el paciente tiene alguna persona que le cuide, o sí él/ella es cuidador. Estos dos criterios, por ejemplo, recibieron bastante apoyo en las entrevistas mantenidas con distintos grupos de ciudadanos para el trabajo de Sampietro-Colom, L. et al. «Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos», *Gaceta Sanitaria* 2006; 20(5): 342-351.

- Pell et al., *BMJ*, 2000: Los individuos de nivel socioeconómico más bajo esperan más para cirugía cardíaca, principalmente porque su caso tiene menos probabilidad de ser calificado como urgente.
- Kelly et al., *Can. J Surg*, 2002: No se encuentran diferencias en tiempos de espera debidos variables socioeconómicas (edad, sexo, educación y estatus laboral) para implantes de cadera y rodilla. Sin embargo, tampoco las variables relativas al estado de salud del paciente explican las diferencias en tiempos de espera.
- Fitzpatrick et al., *J Evaluation in Clinical Practice*, 2003: Diferencias significativas en tiempos de espera para implante de cadera por razones de clase social, ubicación geográfica y factores vinculados al propio sistema de salud.
- Oniscu et al., *BMJ*, 2003: Las mujeres y los pobres tienen menos probabilidad de ser seleccionados para un trasplante de riñón. Una vez en la lista, no se aprecian diferencias en el tiempo de espera.
- Hacker y Stainstreet, *J Public Health*, 2004: No se encuentran diferencias socioeconómicas en tiempos de espera para cirugía ortopédica, pero para oftalmología, las mujeres, los mayores y los residentes en barrios pobres esperan más que la media.
- Regidor, et al., *Gaceta Sanitaria*, 2006: los individuos con menor nivel socioeconómico (cuartil más bajo de renta) afrontan mayores tiempos de espera para ingresos hospitalarios.

Desafortunadamente, no hay información suficiente para poder afirmar si la mayor espera de los pacientes más desfavorecidos se debe a que los profesionales discriminan, siquiera que sea inconscientemente, o porque estos pacientes tienen menos habilidad para transmitir o reivindicar la urgencia de su caso. En cualquier caso, no cabe duda que este fenómeno podría ensanchar las desigualdades socioeconómicas en salud. Y ello a pesar de que hay diversos trabajos que confirman que los ciudadanos tienen, en general, mayor aversión a la desigualdad socioeconómica en salud que a las desigualdades

puras⁶. Es decir, cuando son preguntados, los ciudadanos muestran una fuerte preferencia por dedicar más recursos a proteger o mejorar la salud *de los más pobres* por el hecho de ser pobres, aunque ello suponga una pérdida de eficiencia (salud) global. Sin embargo, cuando son los ricos los que tienen mayor riesgo de enfermar, la aversión a la desigualdad es menor.

En definitiva, en las desigualdades en salud intervienen factores sociales y personales de los que desconocemos muchas cosas. También en las desigualdades en utilización pueden intervenir factores personales: predisposición favorable a acudir al sistema sanitario o no, confianza en los dispositivos asistenciales, etc., pero las desigualdades en tiempos de espera no admiten atenuantes, una vez que damos por sentado que la indicación de un determinado tratamiento es adecuada. Incluso, se podría abogar por una discriminación positiva en las listas de espera, esto es, que la desigualdad en salud fuera un criterio de priorización en la lista de espera, con el fin, precisamente, de corregir la tendencia latente a relegar a veces a algunos individuos por su condición social.

6. Metzger Torelló, X. y Abásolo Alessón, I. «Aversión a la desigualdad socioeconómica en salud». En Rodríguez, M. y Urbanos, R. *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*, Elsevier-Masson, Barcelona, 2008.

**Ética y priorización
en las listas de espera
de la sanidad**

Àngel Puyol

*Profesor de Ética de la Universitat
Autònoma de Barcelona*

La sanidad se enfrenta cada vez con más fuerza a problemas relacionados con la distribución justa de los recursos disponibles. No hay que olvidar que la justicia es uno de los principios fundamentales de la bioética, junto a la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía, pese a que es el principio que menos presencia tiene tanto en los debates académicos como en los sociales y políticos, a excepción de episodios esporádicos en los medios de comunicación al hilo de casos determinados que indignan a la opinión pública unos pocos días, pero cuya relevancia política se desvanece tan pronto como el problema se parchea con alguna oportuna (u oportunista) medida institucional. Mientras tanto, el fondo de la cuestión permanece abierto y sin solución: cómo elegir entre servicios y pacientes cuando los recursos disponibles no llegan para todo y para todos.

Naturalmente, tal elección tiene una base económica. Hay que esperar que la eficiencia presida toda buena elección social, pero no debemos olvidar que la eficiencia no es una varita mágica que hace desaparecer los conflictos morales ni está ella misma completamente libre de valores. Por ejemplo, cuando optamos por priorizar un tratamiento médico barato y muy eficaz para una mayoría de enfermos por encima de otro caro, menos eficaz y cuyo beneficio terapéutico afecta a una minoría somos indiscutiblemente eficientes. Pero si tenemos en cuenta que posiblemente el tratamiento rechazado es el único que tiene una cierta eficacia para esa minoría de enfermos, entonces hemos de asumir la insoslayable consecuencia ética de la eficiencia: estamos eligiendo el bienestar de unos enfermos (la mayoría) al bienestar de otros (la minoría). Esa elección tiene malas consecuencias para unos individuos cuyo único pecado es que son minoría y sus tratamientos más efectivos son demasiado caros. Ninguna de esas dos circunstancias es imputable a la responsabilidad de los propios enfermos. Por tanto, la eficiencia los castiga sin que hayan hecho nada para merecerlo ni puedan hacer nada para cambiarlo. ¿Es eso justo? Tal vez sí o tal vez no. Pero no hay duda de que debemos pensar la justicia o injusticia de esa elección social, y de que ésta no se reduce a la soñada –por algunos– neutralidad ética de la eficiencia.

Vivimos en una realidad social y sanitaria paradójica, en la que los avances médicos se han multiplicado espectacularmente en las últimas décadas, pero

a un coste muy elevado, de modo que no se puede garantizar que todos los enfermos recibirán la atención sanitaria que necesitan. Ante esto, no cabe sino introducir criterios de justicia en la distribución de los recursos limitados de la sanidad.

Sin embargo, y lamentablemente, dichos criterios no se acostumbran a hacer públicos ni a justificarse adecuadamente. Todo lo contrario, la priorización o racionamiento de los recursos sanitarios a menudo se lleva a cabo de manera arbitraria y opaca. Uno de los ejemplos más evidentes y socialmente visibles de la priorización sanitaria es las listas de espera. En este texto, me propongo evaluar, someramente, los diferentes criterios éticos de la priorización que están presentes en las listas de espera de la sanidad, y encarar, así, el debate sobre si se deberían hacer públicos los criterios que finalmente se eligen o utilizan.

Lo primero que hay que decir sobre las listas de espera en la sanidad es que son inevitables, puesto que son la consecuencia de un necesario ajuste entre la oferta y la demanda. Imaginemos que a la consulta de un médico llegan diez enfermos a primera hora del día. El médico tiene toda la mañana para atenderlos, pero, como es obvio, no pueden entrar todos a la vez en la consulta. Se ha creado una lista de espera. En dicha lista hay dos cuestiones éticas relevantes: 1) ¿hay que contratar a más médicos para evitarla o reducirla?; y 2) si no es posible evitarla ni reducirla, ¿qué sistema de prioridad debe aplicarse dentro de la lista? Respecto a la primera cuestión, no parece razonable contratar a tantos médicos como enfermos, excepto si estamos hablando de enfermos que requieren una atención urgente. Para la mayoría de asistencias sanitarias, la espera de unas cuantas horas no justifica multiplicar por diez los recursos para evitarla. Si la mayoría de los pacientes puede esperar su turno sin que su salud empeore significativamente, es claramente ineficiente y un despilfarro disponer de tantos médicos como pacientes. Pero supongamos ahora que la lista de espera es de seis meses y no de pocas horas, o que todos los casos son urgentes, de modo que la espera contribuirá a empeorar la salud de los enfermos. En estos casos, la lista de espera tiene una relevancia ética mucho mayor y, si una sociedad dispone de recursos económicos que no invierte para eliminar esa lista, debe afrontar las consecuencias éticas de su omisión.

Sin embargo, no deseo hablar aquí de si el racionamiento sanitario es más o menos evitable. Deseo centrarme en la segunda pregunta, de claro interés ético también. Supongamos que estamos frente a una lista de espera, ¿qué criterio o criterios hay que utilizar para priorizar a los pacientes dentro de ella? Hay diversos candidatos: el orden de llegada, la gravedad del enfermo, la capacidad privada de pago (para la totalidad del coste o para una parte), la utilidad social del enfermo, la capacidad del enfermo de beneficiarse de los servicios médicos, la responsabilidad individual en la adquisición de la enfermedad y en la probabilidad de cumplir con los tratamientos prescritos, la edad, etc. La relevancia ética de la priorización es mucho mayor si, como ya he dicho, en vez de pocas horas de espera estamos hablando de semanas y meses, o en el caso de que los recursos sean inevitablemente limitados, como ocurre con los órganos para trasplante.

Debe quedar claro que, en todo caso, las dos preguntas planteadas generan problemas éticos diferentes. Una cosa es determinar la cantidad de recursos sanitarios que debería haber disponible en la sociedad y otra bien distinta es saber, dados unos recursos disponibles, cuál es o debería ser la distribución justa de los mismos. Por razones de espacio, en lo que sigue únicamente me voy a dedicar a esta segunda cuestión.

Antes conviene aclarar una confusión habitual. Hay quien piensa que los criterios de priorización de la sanidad obedecen, o siempre deberían hacerlo, a razones clínicas y no a razones éticas o de otro tipo (sociales, económicas, políticas,...). Se trata, sin embargo, de un error común. El conocimiento clínico nos dice qué hay que hacer para curar o mitigar el dolor de un enfermo, pero no nos dice quién tiene prioridad para ser atendido. Podemos pensar que los enfermos más graves tienen prioridad, pero esa es una cuestión ética y no clínica. De hecho, la mayoría de los médicos no siempre cree que se deba priorizar a los enfermos más graves. Por ejemplo, ¿destinaríamos todos los recursos disponibles en un anciano con una enfermedad terminal con el fin de alargarle la vida unas pocas semanas si eso implica negar el tratamiento médico a decenas de jóvenes con enfermedades graves pero tratables? Si seguimos pensando que hay razones clínicas para no priorizar al anciano, entonces tenemos que redefinir lo que significa un criterio clínico, porque no

hay duda de que el enfermo más grave es, en este caso, el anciano. Por ese camino, pronto comprobaremos que los criterios de priorización aparentemente clínicos se están mezclando con criterios sociales y, sobre todo, morales. La respuesta a la pregunta «¿quién *merece* más los recursos sanitarios disponibles?» no se puede responder sólo desde el conocimiento clínico. Es una cuestión finalmente ética o de justicia.

Por otra parte, también hay que denunciar que, en ocasiones, el argumento clínico se utiliza demagógicamente para tapar la existencia de recursos limitados. No pocas veces, el sistema sanitario presiona a sus profesionales para que interioricen la limitación de recursos y adapten a ella su estilo de práctica clínica. Por ejemplo, si hay muchos enfermos para entrar en la consulta a lo largo del día, se asigna poco tiempo a los enfermos menos graves, con el consiguiente mensaje de que no es tan necesario, *desde un punto de vista clínico*, dedicarles más tiempo. Pero eso no es necesariamente cierto. Lo que ocurre es que la presión por atender a tantos enfermos viste de argumento clínico una prioridad que, en realidad, es ética y viene condicionada por la limitación de recursos. Podemos pensar que detrás de esa prioridad ética hay un interés económico: ahorrar más recursos humanos (más médicos, etcétera) para que la atención al paciente resulte más barata. Pero no debemos engañarnos. Tras ese posible interés económico hay una elección moral a favor de dedicar más recursos a otros ámbitos o intereses sociales. En el caso de la sanidad pública, esa elección moral puede ayudar a favorecer la inversión pública en educación, defensa, infraestructuras, o en favorecer el consumo privado con el ahorro de impuestos. Tanto si nos parecen buenas alternativas morales como si no, lo cierto que el vestido clínico o economicista con que habitualmente se cubren esas prioridades no debería ocultar su fondo de elección moral.

Incluso la decisión de enviar a un enfermo al hospital, si no es una urgencia, suele depender de los recursos disponibles. Imaginemos que un enfermo necesita una prueba para afinar el diagnóstico y minimizar, así, su posible error. Si el hospital dispone de la tecnología indicada para dicha prueba, se envía al enfermo para que se beneficie de ella. Pero si el hospital no dispone de esa tecnología o está colapsado, de modo que la prueba no podrá ser realizada

antes de la necesidad de iniciar un tratamiento alternativo, lo aconsejable es no prescribir dicha prueba. ¿Con qué argumento? A menudo, la presión del sistema conmina a pensar que el paciente «no necesita» esa prueba. Sin embargo, lo cierto es que «no está disponible para él» y que hay un curso de acción clínica más aconsejable en ese caso. Pero no es verdad que no la necesite clínicamente. Si estuviese realmente a su disposición (sí, por ejemplo, no hubiese una lista de espera tan larga), la necesitaría, clínicamente hablando. A veces se le dice a un enfermo que el tratamiento que le conviene es B cuando, en realidad, en términos clínicos ideales, es A. Lo que pasa es que A es mucho más caro o no forma parte de la cobertura sanitaria del enfermo o hay una lista de espera tan larga que aconseja (ahora sí: clínicamente) comenzar con el tratamiento B. Lo normal es no decirle al enfermo la verdadera razón de proponerle el tratamiento B, que no es otra que los recursos disponibles son insuficientes. En cambio, el enfermo puede recibir del sistema sanitario el mensaje de que el tratamiento que «necesita» es B. Es obvio que es así, pero sólo porque existe un contexto de recursos sanitarios limitados, no porque en términos clínicos sea el que, sin ese contexto, necesitaría. Con más dinero o recursos disponibles (y esto es lo que se oculta) la razón clínica aconsejaría el tratamiento A.

Es decir, puesto que el tratamiento indicado es más o menos efectivo en función de los recursos disponibles, indicar un tratamiento u otro puede parecer que se desprende únicamente de un criterio clínico o médico, pero en realidad intervienen aspectos relacionados con la disponibilidad y la limitación de recursos. Confundir la «mejor opción clínica» con «la mejor opción clínica dados unos recursos disponibles» es una falacia semejante a pasar por científico un argumento que no lo es.

La priorización sanitaria no es una cuestión puramente clínica, sino política, y su trasfondo es siempre ético: qué valores morales sustentan el hecho de priorizar a unos pacientes y no a otros. Tales valores pueden tener que ver con la compasión que nos produce el sufrimiento y la gravedad de los enfermos; con el deseo de favorecer a los que más beneficios sanitarios extraerán de los servicios médicos; con la convicción moral de que tenemos que ayudar a los que están peor (tal como definamos «estar peor»: en términos de dolor, de pronóstico, de falta de oportunidades, de dificultad para servir a la comuni-

dad, etcétera); con el deseo moral de responsabilizar a las personas de sus acciones; con la voluntad de dar a cada uno lo que «se merece» (tal como definamos el merecimiento); con la voluntad de igualar las oportunidades de llevar una vida saludable; etc. El problema es que esos valores casi nunca son todos compatibles entre sí, de modo que estamos obligados a elegir también entre ellos.

A continuación, repasaré con brevedad los *pros* y los *contras* de los criterios éticos de priorización más usuales en las listas de espera. El objetivo es que tomemos conciencia del trasfondo moral conflictivo que hay detrás de la priorización sanitaria y que éste no se puede resolver con argumentos estrictamente clínicos, es decir, sin la intervención de la ética y la política. Hay que elegir éticamente y todos somos responsables de las elecciones que afectan al conjunto de la sociedad, incluidas aquéllas que son tomadas por un solo profesional ante un enfermo con recursos que son de todos.

Probablemente, el criterio de prioridad más utilizado dentro de una lista de espera en la sanidad pública es el *orden de llegada*, es decir, atender primero al primero que llega. Sus ventajas son muy reconocibles. Es imparcial, puesto que la prioridad parece recaer en el azar, lo que lleva a pensar que no hay favoritismos de ningún tipo. Nadie puede decir que alguien le ha tratado con injusticia, y eso es muy importante desde el punto de vista de la justicia. Por otro lado, no ofrece problemas de cálculo: es fácil constatar el orden de llegada. Además, se trata de un criterio tradicional y, por ese motivo, bien aceptado por la ciudadanía.

Sin embargo, no está exento de problemas. En ocasiones, el primero que llega o el que lleva más tiempo en la lista de espera no es el enfermo más grave o que padece más sufrimiento o que tiene una mayor capacidad de beneficio de los recursos sanitarios. Por otra parte, discrimina a los pacientes que, por motivos culturales, educativos o de otro tipo, no tienen la misma habilidad, agilidad y eficacia que otros para acceder a las listas de espera. Así pues, el orden de llegada debería estar matizado por otros criterios que, en un momento dado, pueden complementar o sustituir al mero azar en el acceso a la atención médica. Hay que darse cuenta, también, de que si bien el azar es, en sí mismo, un criterio imparcial, la elección del orden de llegada como

criterio de prioridad no lo es. Anteponer el orden de llegada a otros criterios es ya una elección no azarosa que debe ser éticamente justificada.

Junto al orden de llegada, la *gravedad* del enfermo suele actuar frecuentemente como criterio de prioridad en una lista de espera. La idea de que los más graves deben pasar por delante de los demás está profundamente arraigada en todos nosotros. Es algo que podemos observar incluso espontáneamente en cualquier consulta médica. En la sala de espera de cualquier hospital o centro de atención primaria, a nadie se le ocurre que el turno de llegada deba seguir siendo respetado cuando entra en ella un enfermo con síntomas de mucha mayor gravedad. Y cuando se realizan encuestas entre la población para dilucidar el criterio de acceso más justo a los recursos sanitarios limitados, la gravedad aparece, tanto entre enfermos como entre profesionales sanitarios, como el criterio mejor valorado.

Sin embargo, a veces tenemos buenas razones que desaconsejan la prioridad del enfermo más grave. En primer lugar, no siempre estamos seguros de quién es el enfermo más grave. La medicina no es una ciencia exacta y los pronósticos son a menudo discutibles. Cuando no tenemos claro quién está peor, el criterio de la gravedad se vuelve inútil para decidir la prioridad dentro de la lista de espera.

En segundo lugar, cabe preguntarse si los más enfermos son los que están realmente peor. Tal vez habría que priorizar a los que tienen un peor bienestar en general, más allá de los estados de salud. Podríamos pensar, por ejemplo, que un enfermo pobre, en paro, con una familia numerosa que mantener y con una vida pasada de sufrimientos inmerecidos, merece una prioridad mayor que otro enfermo cuya vida es habitualmente mucho más plácida, sin cargas familiares y con suficientes recursos propios para superar las adversidades materiales de la vida, pese a que está sólo ligeramente peor que el enfermo anterior. También podríamos pensar que los que están peor no son los más graves, sino los enfermos que tienen un índice de salud peor. Por ejemplo, supongamos que Juan está peor que Eduardo en relación a sus respectivos problemas de cadera, pero Eduardo tiene una salud global mucho peor que la de Juan. ¿Quién debe tener prioridad en una lista de espera para obtener la prótesis de cadera que ambos necesitan?

En tercer lugar, el criterio de gravedad es víctima de un contrasentido moral, la llamada Regla del Rescate. Según esta regla, no parece sensato invertir todos los recursos escasos en un moribundo y no hacer nada por mejorar a muchos enfermos que podrían beneficiarse de esos mismos recursos. No es que haya que desatender al moribundo, pero dedicarle todos los recursos disponibles cuando la efectividad del tratamiento puede resultar muy pobre no parece la mejor solución ética si esos mismos recursos pueden producir mucho bien sanitario en numerosos enfermos. A nadie se le ocurriría, por ejemplo, trasplantar un corazón a un enfermo que, además, padece un cáncer avanzado e intratable de páncreas si ese mismo corazón puede alargar la vida de otro paciente muchos más años, pese a que no cabe duda de que la situación sanitaria del primer enfermo es mucho más grave y de que el nuevo corazón le produciría un gran beneficio terapéutico, aunque fuese por poco tiempo.

Para superar este último problema, algunos piensan que la necesidad sanitaria no se debe medir por la gravedad del enfermo, sino por su *capacidad de beneficiarse* de los tratamientos médicos. Al fin y al cabo, si el deber del sistema sanitario es aumentar la salud de las personas, tal vez la prioridad debería ser la maximización de la salud de la población y, para ello, hay que priorizar a los enfermos que más salud obtendrían de los servicios de salud. Este argumento posee un trasfondo moral utilitarista, y la forma más habitual de operar con él es utilizando la fórmula del AVAC (años de vida ajustados por calidad), según la cual tienen prioridad los enfermos cuya expectativa de mejora sanitaria (medida en términos de años y calidad de vida ganados) es mayor. Además de no caer en la Regla del Rescate, es un criterio sin duda eficiente, tanto en términos meramente sanitarios (porque consigue extraer la mayor cantidad global de salud de cada unidad de recurso médico) como en términos económicos (porque si lo relacionamos con el coste de los recursos sanitarios, siempre busca la mejor relación coste-efectividad).

No obstante, el criterio del AVAC o coste-efectividad tiene graves problemas éticos. En primer lugar, parece discriminar a los enfermos más graves que, en muchos casos, son los que menos puntúan en el coste-efectividad de la mayoría de los tratamientos médicos. Además, lanza un mensaje sorprendente y paradójico dentro de un sistema sanitario público: «cuanto más enfermo esté usted y más necesite unos servicios públicos caros que no se puede costear

privadamente, más atrás estará en la lista de espera por su más que probable bajo coste-efectividad en relación a los demás enfermos». Sin embargo, su mayor problema ético tiene que ver con una falacia moral. Según el criterio utilitarista, hemos de aceptar que las pérdidas de salud de unas personas se compensan por las ganancias de salud de otras. Pero, al hacerlo, estamos reduciendo el valor de las personas a meros recipientes de utilidad o de salud. En términos filosóficos, estamos ignorando, de ese modo, la *separación moral* de las personas, la convicción de que los individuos son entidades morales diferenciadas. Por ejemplo, si María lleva una vida miserable o es víctima de una enfermedad dolorosa, su situación no se elimina o se puede compensar logrando que Sara sea una persona más feliz o sana.

Es cierto que, en ocasiones, podemos pensar que dichas compensaciones son moralmente lícitas, dadas las alternativas. Por ejemplo, en la guerra se asume que unas cuantas muertes pueden contribuir felizmente a mejorar la situación de los que siguen vivos. Pero entonces hemos de asumir también que los derechos individuales son menos importantes que los logros colectivos. Una vez más, el conflicto moral existe. Lo que tenemos que decidir, en nuestro caso, es si el acceso a la sanidad debe regirse por la lógica moral de una situación bélica (en la que los médicos de campaña priorizan a los que tienen más posibilidades de volver al frente... por «el bien de todos») o por otras lógicas morales menos desesperadas. Una tercera opción es buscar una combinación adecuada a la singularidad de la limitación de recursos sanitarios en la sociedad actual.

Una variante del modelo utilitarista, pero con una concepción de la equidad diferente, es el llamado criterio del *fair-innings* o priorizar a los individuos que padecen una mayor desigualdad de salud. Según este criterio, las listas de espera y, en general, cualquier sistema de prioridad sanitaria, debería tener en cuenta el número de años y la calidad de vida que las personas tienen, *han tenido* y se prevé que puedan tener con la intervención sanitaria. La intuición moral que lo sustenta afirma que todo el mundo tiene derecho a vivir el mismo número de años y con una calidad de vida saludable similar. Más allá de eso, ya no es un derecho, sino un regalo de la fortuna para quien lo posee sin que nadie esté peor por ello, o un privilegio inmerecido para quien lo obtiene en detrimento de otros. La edad de los enfermos se convierte así en

uno de los criterios fundamentales a tener en cuenta en la asignación de los recursos sanitarios limitados, incluidas las listas de espera. Desde luego, es una intuición moral con una sólida base cultural, basada en la idea de que «es una desgracia morir joven, pero no es una tragedia morir viejo». También tiene una clara base progresista, puesto que los individuos de las clases sociales más bajas son los que sufren de manera casi sistemática una mayor desigualdad de salud. Y no deja de ser eficiente, puesto que libera recursos de los enfermos que menos partido les sacarán a favor de los enfermos que se beneficiarán más de ellos, sólo que la eficiencia tiene el límite moral de la equidad en los términos descritos de hacer disminuir la desigualdad de salud.

Pero también tiene algunos problemas éticos. Por ejemplo, discrimina a los viejos por el hecho de serlo. Naturalmente, podemos pensar que se trata de un mal menor, por las razones culturales que ya he citado. De hecho, las encuestas que piden a la gente que priorice los recursos limitados de la sanidad suelen coincidir en que la edad es uno de los criterios moralmente más aceptables de exclusión. Ninguna cultura moralmente madura sacrifica a sus hijos para lograr mayor bienestar para los mayores, pero sí permite lo contrario. Ahora bien, podemos preguntarnos si no existe una alternativa moralmente más aceptable. Por ejemplo, ¿por qué deben pagar los viejos la buena salud de los jóvenes y no otros, como los más ricos? Si lo hiciesen los más ricos, disminuiría la necesidad de que lo hagan los viejos y, de paso, aumentaría la salud global de la población y disminuiría la desigualdad de salud. Al fin y al cabo, los ricos también recibirían la atención sanitaria que puedan precisar (en la sanidad privada) y habría globalmente más recursos para atender un mayor número de necesidades sanitarias, lo que disminuiría la limitación de recursos. No obstante, esta solución tiene una clara dificultad política: la resistencia de los más ricos a pagar más por un servicio que van a recibir menos. Pero es una dificultad más política que moral: ¿con qué argumento moral los más ricos pueden negarse a mejorar la salud de todos y a disminuir las desigualdades de salud? En los Estados Unidos de América, por ejemplo, mucha gente piensa que los derechos morales asociados a la obtención de la riqueza son más importantes que el derecho a la salud. Pero este es otro debate, y al comienzo he dicho que me iba a centrar en los criterios éticos de la priorización «dados unos recursos sanitarios limitados».

Antes de concluir, quisiera mostrar unos cuantos criterios más que, a pesar de ser menos transparentes, no son habitualmente menos utilizados.

Uno de ellos es el *nepotismo*, que consiste en priorizar a los familiares, amigos y conocidos de los profesionales de la sanidad en las listas de espera. Puesto que no es un criterio público o declarado, sino que se utiliza en la clandestinidad, más que priorizar habría que decir que la utilización de ese criterio encubierto se *salta* las listas. Pero, ¿debería ser un criterio abierto, público, reconocido, de priorización? Al fin y al cabo, ayudar a las personas que más quieres es un deber moral que todos aceptamos. Por otra parte, el nepotismo es una práctica consentida y tolerada por gran parte de los profesionales de la medicina, aunque casi nadie lo apruebe públicamente. Incluso los profesionales que no la practican tampoco la denuncian. Hay profesiones que han regulado el nepotismo para convertirlo en legal, como los trabajadores del ferrocarril o la universidad, con descuentos especiales y reserva de plazas para los familiares directos. ¿Qué hay de malo, pues, en utilizar el nepotismo en las listas de espera de la sanidad? Si se practica con asiduidad, ¿por qué no se hace público? ¿Por qué un médico no puede hacer público que se ha saltado la lista de espera oficial para *colar* a su padre o a su hijo? ¿Es que la sociedad no comprendería y aprobaría un comportamiento tan humano como éste? Hay varias razones para impedir que el nepotismo se utilice en las listas de espera de la sanidad pública. En primer lugar, porque los recursos públicos son de todos, y no es justo que unos cuantos los utilicen con privilegios. No hay justicia sin imparcialidad, y el nepotismo es la parcialidad con mayúsculas. Pero también es cierto que no hay moralidad sin compromiso moral, y el compromiso o la lealtad hacia los más allegados es un requisito moral incuestionable en nuestra vida moral. En segundo lugar, y más importante, el nepotismo sin regulación es un pozo sin fondo. ¿Quiénes son los más allegados? ¿Cuántas obligaciones morales tenemos con los *nuestros*? Favorecer a un padre o a un hijo puede estar públicamente justificado, pero hacerlo con el amigo de un cuñado o con el jefe de un familiar es otra cosa: nadie lo toleraría. Tal vez, por eso, el nepotismo no se regula, porque no hay un interés profesional para limitar su uso, al mismo tiempo que no hay un interés social por legitimar una práctica en principio inmoral. Pero el resultado es que el nepotismo sin regulación acaba perjudicando tanto al conjunto de la ciuda-

danía, que acaba siendo estafada y perjudicada en las listas de espera, como a los mismos profesionales de la sanidad, cuya imagen social también sale deteriorada. Una regulación con las restricciones justas sería sin duda una solución adecuada.

Por otra parte, en ocasiones, consciente o inconscientemente, la *simpatía* o la *antipatía* de los enfermos actúan como criterio de priorización en las listas de la sanidad. Los enfermos que caen bien a los responsables de las listas o a los que tienen influencia en ellas tienen más probabilidades de salir beneficiados. Y, paradójicamente, los enfermos más antipáticos también; un enfermo pesado, insistente, quejoso y engorroso, puede lograr el mismo efecto que el más simpático de todos, con tal de «quitárnoslo de encima». Naturalmente, la priorización por ambos motivos es claramente injusta, puesto que discrimina injustificadamente a todos los demás enfermos.

Otro criterio de priorización sanitaria consiste en entregar toda la responsabilidad a la ciudadanía. Así, en ocasiones, se ha utilizado la *opinión pública* para dilucidar el criterio de priorización en el acceso a los recursos limitados de la sanidad. La conocida experiencia del estado norteamericano de Oregón, en los años ochenta, es un claro ejemplo. Se trata de preguntar a la gente qué criterio de prioridad deberíamos utilizar. Si estamos de acuerdo en que no es un criterio meramente técnico o clínico, sino que tiene un fuerte componente moral y hasta político, ¿por qué no dejar su elección en manos de la sociedad democrática? Delante de conflictos morales irresolubles que afectan a todos, no es una mala solución dar la última palabra a los ciudadanos y así, de paso, descargar de responsabilidad a los profesionales sanitarios.

Pero no es tan sencillo. La experiencia de Oregón nos muestra algunos puntos débiles de esa idea. Por ejemplo, en consultas y encuestas populares realizadas para determinar las prioridades sanitarias en el estado de Oregón destacó la poca prioridad que se dio a los tratamientos para enfermedades derivadas de hábitos considerados socialmente malos, como el alcoholismo y la drogadicción. También resultó curiosa la preferencia por financiar a los enfermos que necesitaban una silla de ruedas por delante de los enfermos en coma, probablemente debido al hecho de que es más fácil percibir la molestia de no poder caminar que la gravedad de estar en coma. Otro resultado sor-

preendente fue que para la mayoría de los encuestados era preferible financiar unas gafas que no las curas de quemaduras en partes del cuerpo no visibles.

Por otra parte, no es fácil responsabilizar a la ciudadanía de la necesidad de priorizar los recursos limitados. La mayoría de las personas piensan que ése es un problema que deben resolver los médicos y los políticos. Y cuando toca a la misma ciudadanía hacerse cargo de la elección de criterios, hemos visto que la percepción subjetiva de las enfermedades que los individuos no han padecido suele distorsionar la realidad conocida tanto por los expertos de la sanidad como por los pacientes reales de cada enfermedad.

Otro de los criterios que debería tenerse en cuenta en la elaboración de las listas de espera es el *valor social del enfermo*. Por ejemplo, a igualdad de condiciones, un enfermo que tiene familiares dependientes a su cargo o que mantiene a una familia numerosa parece que merece cierta prioridad sanitaria. El argumento es que el bien que le hacemos al enfermo se multiplica por el bien social necesario que él ejerce en su vida cotidiana.

Sin embargo, este criterio tiene sus inconvenientes. En primer lugar, hay que determinar cómo valoramos el valor social de los enfermos, algo que puede ser presa de prejuicios sociales. La tentación de creer que los trabajadores deben tener prioridad a los no trabajadores, los empresarios a los trabajadores, los nacionales a los extranjeros, los jóvenes a los viejos, en definitiva, los socialmente útiles a los inútiles, está siempre presente tras este criterio, y hay que estar muy atento a ello. En segundo lugar, resulta difícil buscar una combinación idónea entre este criterio y los otros. Por ejemplo, ¿hay que conceder prioridad al valor social del enfermo en detrimento de la gravedad o hay que utilizarlo únicamente cuando los enfermos están igualmente graves? En cualquier caso, pese a las dificultades de valoración, no se debería prescindir del criterio del valor social del paciente.

Finalmente, hay que poner sobre la mesa de la priorización el criterio de la *responsabilidad personal* del enfermo. Desde que en países como Gran Bretaña surgiese hace algunos años la polémica alrededor de los fumadores, la idea de castigar a los enfermos cuyas enfermedades se deben, o están claramente condicionadas, a conductas voluntarias está teniendo cada vez más

auge. Por una parte, parece razonable que las personas se responsabilicen de sus comportamientos saludables y no saludables. Pero, por otra, no siempre resulta fácil determinar el alcance y el límite de la responsabilidad individual. Por ejemplo, mucha gente comienza a fumar, sobre todo en la adolescencia y la juventud, para lograr una mayor integración social; más tarde, algunos tienen más problemas que otros para dejar de fumar, debido a factores biológicos relacionados con las adicciones. Así pues, si bien es pertinente que los enfermos se responsabilicen de sus estilos de vida, de modo que este criterio debe aparecer en cualquier sistema de priorización sanitaria, no parece razonable otorgar un peso excesivo a la responsabilidad individual en detrimento de la responsabilidad social. En nuestra sociedad, la salud es algo más que un privilegio personal; también es un derecho.

He repasado los criterios de prioridad sanitaria más relevantes, sin mencionar el que, en el contexto de la sanidad pública, parece el más inadecuado de todos: la *capacidad de pago*. Desde luego, la capacidad de pago de los individuos también es un criterio de priorización. Sin embargo, es el criterio más injusto de todos si partimos de la última idea expuesta en el párrafo anterior, que la salud es un derecho y no sólo un privilegio. Pero no hay que olvidar que sociedades como la norteamericana siguen convencidas de que el valor de la salud poco tiene que ver con los derechos individuales.

No obstante, la apuesta enérgica por la sanidad pública no significa que la capacidad de pago no deba cumplir ningún papel en la priorización, es decir, que todos los recursos sanitarios disponibles deban ser completamente gratis para todos. Si se demuestra que una contribución económica extra de los enfermos no sólo no lesiona la equidad, sino que contribuye a mejorar el acceso de todos a los recursos limitados, no hay que descartarlo como criterio de priorización justa.

He dejado para el final una cuestión realmente espinosa. Sea cual sea el criterio utilizado, o la combinación de criterios elegida, en la priorización de las listas de espera, surge la cuestión de si hay que hacerlo público. Es decir, ¿hay que *explicitar* los criterios éticos de la priorización, de modo que los enfermos, y la ciudadanía en general, sepan cómo se elaboran realmente las listas de espera, o es más conveniente mantener ocultos o *implícitos* los criterios de

priorización utilizados? Existen razones a favor y en contra de ambas actitudes. Comencemos por las segundas.

En primer lugar, ya sabemos que existen diferentes criterios éticos de priorización y que no siempre podemos afirmar que algunos de ellos –o una determinada combinación– son claramente mejores que otros. No hay un criterio universalmente válido para todos los casos. Hemos visto que incluso la gravedad o el orden de llegada pueden no ser criterios moralmente recomendables en algunos casos. Si no existe un criterio claramente superior en todos los casos, y la ciudadanía lo sabe, la polémica permanente podría dificultar todavía más los consensos necesarios para aplicar los criterios éticos de acceso a las listas de espera. El argumento reclama que sean los responsables médicos y políticos los que decidan, sin consultar ni informar a los enfermos y la ciudadanía, para evitar la proliferación de discusiones, desencuentros, polémicas y confusiones que no harían sino poner las cosas aún más difíciles.

Ligado a este argumento, aparece otro que sostiene que una priorización o racionamiento explícito produciría una *desutilidad* enorme, provocada por el hecho de que los enfermos y la ciudadanía en general sabrían que no reciben determinados tratamientos o no los reciben suficientemente a tiempo por razones económicas vinculadas con la limitación de recursos o, en cualquier caso, por razones ajenas a la propia medicina (demasiado caro, demasiado viejo, demasiado responsable, demasiada poca efectividad, demasiado poco valor social...). Ese conocimiento de la verdad produciría ansiedad, indignación y frustración, tanto en los propios profesionales sanitarios, que se verían convertidos en racioneros en vez de buenos samaritanos, como en los pacientes, que comprobarían que se les niega los recursos que necesitan por motivos ajenos a la necesidad médica. Además, hay algo de inhumano en decirle a un enfermo, explícitamente, que podría mejorar de su enfermedad, pero que el sistema sanitario no le va a pagar el tratamiento o no va a poner más médicos y servicios a su disposición porque es muy caro. Por tanto, sería mejor que los enfermos creyesen que si están en la parte baja de la lista de espera es porque básicamente hay razones clínicas para ello, a pesar de que eso no sea toda la verdad.

En tercer lugar, se puede argumentar que la priorización explícita tiene numerosos costes administrativos y políticos. Complica la vida profesional del médico y las enfermeras, que se ven obligados a ponderar cuestiones morales alejadas de la práctica estrictamente clínica; de los gestores sanitarios, que tienen que establecer públicamente límites éticos a cambio de constantes críticas por parte de la sociedad y los enfermos que salen más perjudicados; y de los políticos, que tienen que *quemarse* explicando a la gente que no será atendida por razones económicas o de otro tipo, pero no clínicas. Además, hay demasiados casos singulares como para que la ciudadanía logre entender que lo que es moralmente bueno para uno no lo es para otro. La desconfianza hacia el sistema sanitario se podría generalizar y aumentar, así, no sólo los costes administrativos, sino también la pérdida de legitimidad del sistema sanitario. Por tanto, sería preferible que los enfermos pensasen que las razones para no ser tratados con celeridad son siempre clínicas, o en todo caso no son contrarias a las razones clínicas, a pesar de que sea falso.

Sin embargo, hay también razones a favor de una priorización ética explícita, abierta y transparente. En primer lugar, pese a que existen numerosos criterios de acceso a una lista de espera, aquellos que están vinculados con la gravedad o que vienen definidos por la *necesidad* parece que deberían tener cierta prioridad. La necesidad puede venir determinada por la gravedad del enfermo, por su capacidad para beneficiarse de los tratamientos disponibles o por la necesidades sociales ligadas al cuidado de sus familiares dependientes, pero, en cualquier caso, la necesidad es un criterio moralmente superior al mérito social, la edad, la responsabilidad personal, el nepotismo, la simpatía o la capacidad de pago. Es cierto que entre los criterios de la necesidad no siempre hay un acuerdo claro sobre qué combinación es la más adecuada, y que no hay que descartar sin más los criterios no asociados a la necesidad, porque algunos de ellos pueden y deben cumplir un determinado papel en la priorización, pero tampoco hay duda de que los criterios que tienen que ver con la necesidad aportan un plus de legitimidad moral a la priorización sanitaria.

Respondiendo a la sospecha de *desutilidad* social que produciría la explicitación de los criterios éticos de la priorización sanitaria, se puede argüir que la mentira no es precisamente un generador de utilidad social. Cuanta más

madura es una sociedad, menos se aceptan las mentiras, aunque sean piadosas o paternalistas. Por otra parte, el derecho a estar informado es moralmente superior al desencanto o la frustración de conocer una verdad incómoda.

Sin duda, la explicitación de los criterios éticos de la priorización sanitaria genera costes administrativos, políticos y profesionales. Pero, una vez más, los derechos de los pacientes y del conjunto de la ciudadanía a conocer la verdad están por encima de las incomodidades del sistema y sus profesionales. Además, el secretismo en una cuestión tan delicada como ésta puede producir abusos derivados de la arbitrariedad y la falta de transparencia.

En definitiva, pienso que los argumentos a favor de la explicitación de los criterios éticos de la priorización sanitaria, incluidas las listas de espera, son superiores a los argumentos en contra. Otra cosa es si la sociedad es lo suficientemente madura para entenderlo y apoyarlo. Pero, por principio, apostar por la inmadurez social no es nunca una buena política democrática.

Bibliografía

- Boixareu, R. et al., *La gestió de la salut, un repte ètic*, Prohom edicions, Barcelona, 2005.
- Camps, V., López-Casasnovas, G, y Puyol, A., *Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques*, Informes de la Fundació Víctor Grífols, n. 4, 2006. (Edición bilingüe castellano y catalán).
- Defensor del Pueblo, *Informes, estudios y documentos: Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud*, Madrid, 2003.
- New, Bill (ed.), *Rationing. Talk and Action in Health Care*, King's Fund, London, 1997.
- Puyol, Àngel, *Justícia i salut. Ètica per al racionament del recursos sanitaris limitats*, Servei de Publicacions de la UAB, Bellaterra, 1999.

FUNDACIÓN
VÍCTOR BALBUENA
GRIFFO
JILLO

La concienciación de las listas de espera

Juan del Llano

Director de la Fundación Gaspar Casal

No cabe duda de que el problema de las listas de espera es uno de los grandes retos de cualquier sistema de salud, con independencia del modelo de organización, de gestión o de financiación. En esencia, las listas de espera surgen como una forma de racionamiento implícito, cuando se produce un desequilibrio entre oferta y demanda en sistemas donde la provisión de servicios sanitarios se realiza básicamente a través del sistema sanitario público con universalidad y gratuidad plenas. Como explica Enrique Costas Lombardía en un reciente artículo de *El País*¹, que analiza el problema en las CCAA, las listas de espera están originadas por un conocido mecanismo económico: a) los bienes y servicios que se producen son, por naturaleza, escasos y para distribuirlos o asignarlos entre la multitud de individuos sólo hay dos procedimientos: el precio de mercado, que presupone la capacidad de pagar, y la «cola», que regula el consumo por orden de llegada; b) los sistemas de salud públicos de libre acceso universal financiados por impuestos han suprimido el precio de mercado a fin de asegurar a todos los ciudadanos un tratamiento igual en igual necesidad, y prestan una asistencia gratuita en el momento de servicio, el acceso a la sanidad pública ha de hacerse necesariamente por medio de la «cola». La espera es, pues, el acompañante ineludible de la gratuidad. No es un fallo, sino un componente de los sistemas de salud de libre acceso universal. A pesar de no afectar a los casos urgentes, donde se producen serios atascos, son uno de los aspectos que mayor insatisfacción producen entre los usuarios de la sanidad.

En España, desde la aparición del Informe del Defensor del Pueblo en 2003², la gestión de las listas de espera se convirtió en una prioridad tanto para el Ministerio de Sanidad (MSC) como para las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas (CCAA). En él señala la existencia de las listas de espera como la posible expresión de un imposible acoplamiento diario entre oferta y demanda, y que en ellas se incluyen a aquellos pacientes que clínicamente pueden esperar, pero también asevera que nada puede justificar períodos de espera excesivos y, por ello, clínica y socialmente inaceptables. Critica

la existencia de listas de espera de meses e incluso años interrumpiéndose durante estos períodos la efectividad del derecho a la protección de la salud, así como la inadecuada gestión de las listas de espera, la escasa transparencia informativa y el insuficiente desarrollo y acusadas limitaciones de los sistemas de información, que reducen su validez y fiabilidad. Destaca también la inexistencia de registros centralizados en todos los casos, agendas cerradas y la falta del establecimiento de tiempos máximos. Denuncia la existencia de listas cerradas que impiden la notificación a ciertos pacientes de la fecha de atención, y que afectaba a alguno de los centros hospitalarios de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Castilla La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Madrid.

En cuanto a la demora en consultas externas, existían esperas de más de seis meses a un año en todas las CCAA a excepción de Asturias, Navarra, País Vasco y La Rioja. A falta de información para Cataluña. En las técnicas y pruebas diagnósticas se producían este tipo de esperas en las CCAA de Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid y Murcia. En Canarias y Cataluña se carecía de información al respecto. Siempre según la información facilitada, en intervenciones quirúrgicas programadas la espera de los pacientes era superior a los seis meses en centros hospitalarios de todas las comunidades autónomas, salvo en el País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla. Entre las Comunidades Autónomas con una mayor y significativa demora quirúrgica, de varios años en algunos casos, destacaban las de Canarias, Cataluña y Comunidad Valenciana.

Este informe, que se publicaba casi al mismo tiempo que el arranque de las últimas transferencias en Sanidad, tuvo un gran impacto en los gestores encargados de las listas de espera, ya que puso en evidencia errores flagrantes en la organización de este fenómeno.

Ejemplos de la puesta en marcha de propuestas para paliar este problema fueron la Ley de Garantía de Castilla-La Mancha o, por ejemplo, el plan integral de reducción de las listas de espera quirúrgica de la Comunidad de Madrid.

1. Enrique Costas Lombardía. «Los políticos no esperan». *El País*. 05/05/2008.

2. Defensor del Pueblo. Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Informes y estudios 20.242 4/4/03.

Concienciación de la existencia del problema

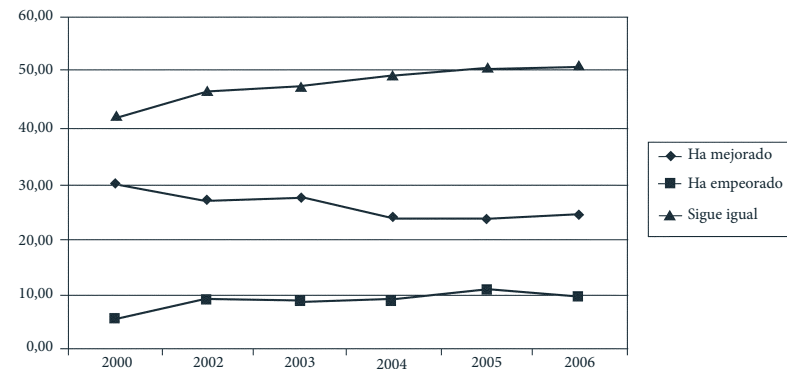
Un aspecto esencial es la conciencia de los ciudadanos de la existencia del problema de las listas de espera. En el periodo comprendido entre 1996 y 2003, salvo la percepción de la existencia de listas de espera en ingresos hospitalarios, que ya en 1996 era muy elevada (89,7%), en el resto de las preguntas del barómetro sanitario (BS) que elabora el Centro de Investigaciones Sociológicas para el Ministerio de Sanidad y Consumo, existe un aumento del porcentaje de respuestas positivas, situándose todas, en el año 2003, por encima del 81%. El mayor incremento se da en las respuestas que tienen que ver con la existencia de listas de espera para la realización de pruebas diagnósticas, que pasa del 73,3% en 1996-97 al 82% en 2003. Estas preguntas específicas han dejado de realizarse, por lo que no podemos seguir comparando estas cifras con las de la situación actual.

La valoración actual del problema por los ciudadanos

El 60,96% de la población española en 2006 piensa que el problema de las listas de espera sigue igual o ha empeorado³. Este es un porcentaje que permanece constante a través de los años, mientras que la proporción de personas que piensan que *las listas de espera han mejorado en el último año* ha ido descendiendo suavemente y bajó sustancialmente en 2004 y 2005, aunque ha tenido un pequeño repunte en 2006 (24,38%), mientras que la opinión de que ha empeorado ha ido subiendo mayoritariamente. En Cataluña el porcentaje de personas que piensa que el problema de las listas de espera ha mejorado es aún menor, aunque ha aumentado algo en los dos últimos años.

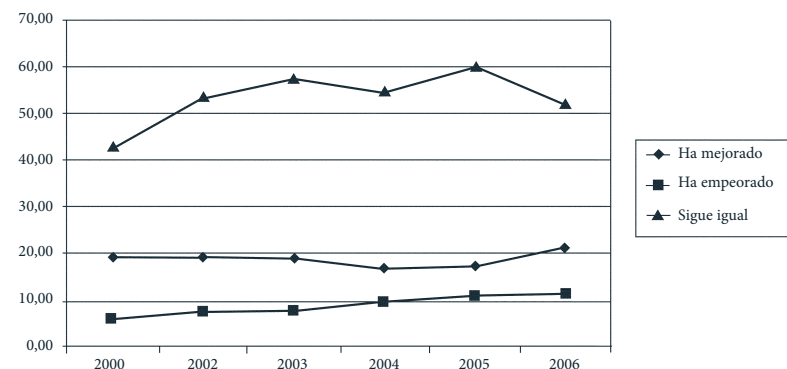
3. Barómetro Sanitario 2006. MSC.

NACIONAL. En general. ¿cree Ud. que, durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera...?



Fuente: Barómetro Sanitario 2000-2006

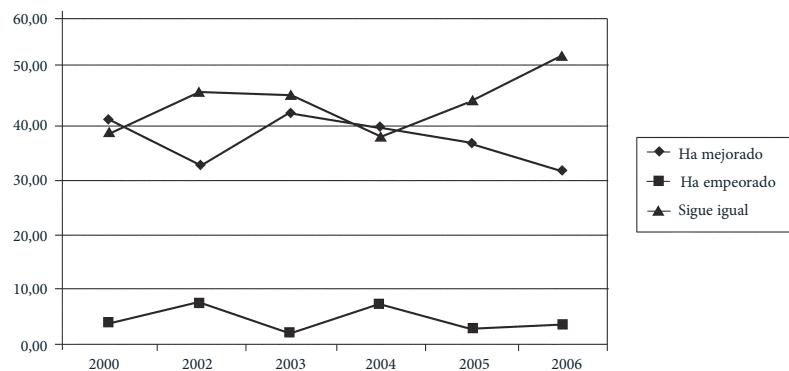
CATALUÑA. En general. ¿cree Ud. que, durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera...?



Fuente: Barómetro Sanitario 2000-2006

Respecto a las dos propuestas antes citadas, la opinión de los manchegos ha ido empeorando desde que se introdujo la Ley de Garantía, aunque hay que decir a favor de esta comunidad, que siempre se ha caracterizado por tener las mejores valoraciones a este respecto, sólo siendo superada este año por Castilla y León.

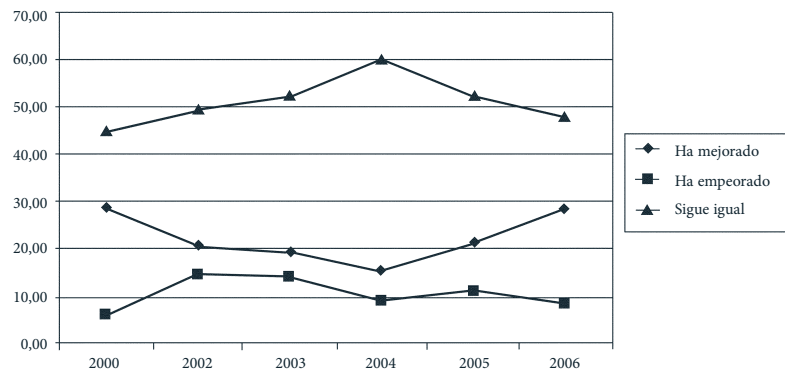
CASTILLA-LA MANCHA. En general. ¿cree Ud. que, durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera...?



Fuente: Barómetro Sanitario 2000-2006

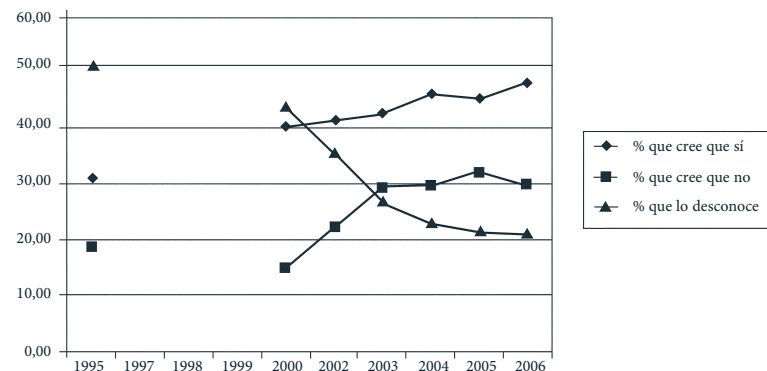
Sin embargo en Madrid ha mejorado sustancialmente en los dos últimos años, pero tan sólo para situarse cerca del nivel de 2000.

MADRID. En general. ¿cree Ud. que, durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera...?



Fuente: Barómetro Sanitario 2000-2006

¿Cree usted que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera?



Fuente: Barómetro Sanitario 2000-2006

Respecto a la pregunta a los ciudadanos sobre si creen que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones para mejorar el problema, la concienciación al respecto ha ido subiendo poco a poco, alcanzando su máximo en 2006, mientras que el porcentaje de ciudadanos que piensa que no es así, se ha ido estabilizando después de subir abruptamente de 2000 a 2004. Importante para el tema de esta charla es resaltar que el porcentaje de ciudadanos que no tiene conocimiento u opinión al respecto no ha dejado de disminuir desde que se empezó a hacer esta pregunta.

Al observar estas dos tablas, podemos sacar la conclusión de que los ciudadanos son conscientes de que las autoridades están trabajando para mejorar el problema de las listas de espera, pero no están muy convencidos de que estos esfuerzos estén dando muchos resultados.

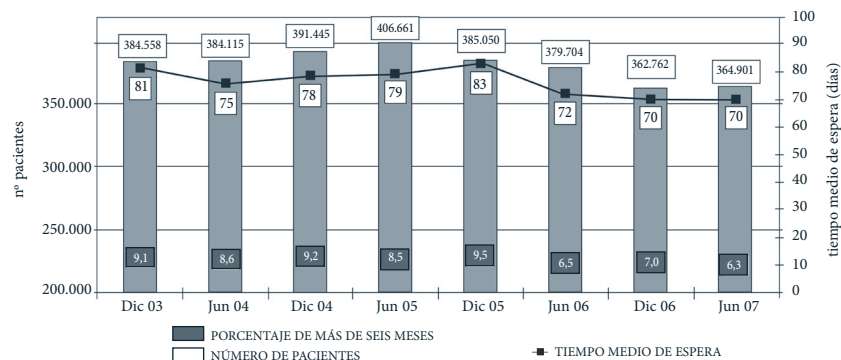
Un hallazgo llamativo, a tener en cuenta, es que el 3,6% de la población que no pudo acceder a recibir asistencia sanitaria en los últimos doce meses, según la Encuesta Nacional de Salud 2006. Difícil de interpretar sin duda, pero bien puede tratarse de pacientes en espera interminable.

El problema de las listas de espera ha sido uno de los aspectos que más ha preocupado a los responsables del Ministerio, ya que tiene una presencia cons-

tante en las preguntas de coyuntura del BS, existiendo incluso la posibilidad de tener para alguna de ellas respuestas homogéneas para 5 años. Dichas respuestas muestran cómo la preocupación y la conciencia de los ciudadanos por el problema han ido creciendo de forma continua y confirman la existencia de una relación entre las medidas tomadas por los diferentes servicios regionales de salud y la percepción de mejora relativa de los ciudadanos.

El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en diciembre de 2007 los últimos datos sobre las listas de espera. Entre ellos está la evolución de la lista de espera quirúrgica desde diciembre de 2003 a junio de 2007. En la tabla se observa que esta evolución es positiva, ya que el tiempo medio de espera ha bajado de 81 días en 2003 a 70 en 2004, aunque subió en 2004 y 2005. También el porcentaje de espera de más de seis meses ha ido bajando sustancialmente. La primera conclusión que podemos sacar al contrastar esta tabla con las dos anteriores es que la opinión de los ciudadanos no es arbitraria, ya que tanto la valoración positiva como la negativa se hace en concordancia con los periodos en que el tiempo de espera fue mayor, y la conciencia sobre las acciones dirigidas a paliar este problema también ha ido aumentando a medida que mejoraba dicho problema.

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SNS
Evolución Diciembre 2003-Junio 2007. Pacientes en espera estructural, tiempo medio de espera y porcentaje de más de seis meses



(*) Estimados datos del total de lista de espera de un Servicio de Salud a partir de los procesos seleccionados; faltan datos de una Comunidad Autónoma (excluidos en toda la serie)

Se ha mejorado, pero no lo suficiente

Según el informe del Defensor del Pueblo 2006, el número de quejas a esta institución ha descendido sobre demora quirúrgica, posiblemente gracias al establecimiento de tiempos de garantía en intervenciones quirúrgicas programadas, en general entre 90 y 180 días, según la comunidad autónoma de que se trate. No obstante, es preciso dejar constancia de que, en algún servicio de salud y en determinados procesos, subsisten demoras superiores a los seis meses. En este sentido, se señala que, en Cantabria y a 31 de diciembre de 2006, la demora media en los servicios de traumatología del Hospital de Laredo era de 182,28 días y de 164,15 días en el Hospital Marqués de Valdecilla; que, en Cataluña, todavía no se ha alcanzado la garantía de un tiempo máximo de seis meses en lista de espera en procesos de prótesis de rodilla; que en Aragón, el servicio de maxilofacial del hospital Miguel Servet presentaba demoras superiores a los seis meses, y que, en la Comunidad Valenciana, algún paciente derivado a un centro concertado, en el marco del programa de garantía establecido, ha debido afrontar una demora de once meses en traumatología⁴.

En cuanto a consultas externas y a técnicas y pruebas diagnósticas, el Defensor del Pueblo destaca que persisten amplios e inaceptables, en ocasiones, tiempos de espera. Y ello a pesar de su volumen de actividad y de su creciente relevancia asistencial. En un plano de mayor concreción, y a título meramente de ejemplo, cabe traer a colación las demoras más sobresalientes señaladas en este informe, como la de once meses para la realización de colonoscopias con anestesia en el Complejo Asistencial de Burgos; diez meses para una ecografía prescrita en un centro de salud de Alcobendas, en la Comunidad de Madrid o nueve meses para arteriografías renales en Galicia.

Finalmente, el Informe reitera que no se ha producido avance significativo alguno en relación con la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, ya que, al igual que en años anteriores, han sido numerosas las quejas

4. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Situación a 30 de junio de 2007. Indicadores resumen. En <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/listaPublicacion-07CI.pdf> (visitado el 1 de junio de 2008).

sobre esta materia, en las que se resalta que la existencia de extraordinarias listas de espera, de varios años en muchos centros sanitarios, dificulta e impide, en ocasiones, una prestación reglamentariamente establecida.

Un sistema de información defectuoso

En lo que no ha mejorado sustancialmente la situación desde el año 2004 es en la escasa información que facilitan las CCAA sobre las listas de espera, imputable a una falta de lealtad institucional y de cooperación. En la mayor parte de los casos esta información es inexistente o, cuando se publica, se hace con indicadores incompletos y sin una regularidad preestablecida. La comparación entre CCAA es imposible. Un ejemplo de esta deficiente información es la utilización por la administración del indicador «*tiempo medio de espera*», que a diferencia del estudio realizado por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) no recoge el tiempo total que han esperado o que van a esperar los pacientes para ser atendidos, sino el tiempo que llevan esperando en un momento determinado los pacientes incluidos en la lista de espera. Esto nos lleva de nuevo a Costas Lombardía, que sentencia que las listas de espera están secuestradas por los políticos. Que no se gestionan, sino que se utilizan partidariamente. La desinformación es absoluta y todos desean que siga así, imposibilitando la medida de la realidad y, sobre todo, las comparaciones entre autonomías, tan desagradables en lo político. Un ejemplo especial de desinformación en este aspecto es el de la Comunidad de Madrid, que desde 2004 utiliza un sistema de contabilidad distinto al resto de comunidades. En este sistema la persona no entra en la lista de espera desde el momento en que el médico prescribe la operación, como en toda España, sino cuando le visita el anestesista. Entre lo uno y lo otro se suele tardar de media unos 30 días. Este sistema hizo que en diciembre de 2005 el Ministerio de Sanidad sacara a Madrid del cómputo nacional de listas de espera.

Conclusiones y recomendaciones

El informe del Defensor del Pueblo 2006 hace las tres siguientes consideraciones: en primer lugar que, en términos generales, las respectivas administracio-

nes sanitarias han aceptado las recomendaciones formuladas por el Defensor del Pueblo en este ámbito o bien han informado sobre la adopción de medidas para la reducción de tiempos de espera; en segundo término que, en algunos casos, las demoras en la prestación han estado motivadas por dificultades inherentes al insuficiente número, en el mercado laboral y en determinadas áreas clínicas, de especialistas médicos, y, en tercer lugar, la existencia de agendas médicas cerradas, en algún supuesto singular, con el consiguiente perjuicio para los pacientes, que se ven obligados a acudir en diferentes ocasiones a los centros sanitarios tan sólo para conseguir una cita médica.

Las recomendaciones a las CCAA expuestas por la OCU en 2008 son: que se cree un sistema de información sobre las listas de espera que sea público, transparente y comparable; que todos los pacientes estén informados sobre las garantías legales que les asisten en caso de no cumplirse los plazos garantizados; que se agilice y facilite la derivación desde atención primaria a las pruebas diagnósticas que así lo permitan; un mejor aprovechamiento de los recursos, por ejemplo, con turnos de tarde⁵.

Hace falta transparencia y fácil acceso a fuentes de datos públicas, con las caute- las que se precisen, e interés para encargar estudios a los investigadores de servicios sanitarios que puedan dar respuesta a interrogantes tales como: ¿qué tipo de pacientes están más tiempo en espera en función de geografía, condiciones socioeconómicas y patologías?, ¿qué alternativas ponen en práctica cuando estos tiempos se hacen interminables?, ¿dónde están los principales cuellos de botella de índole organizativo?, ¿es sólo un problema de falta de recursos?, ¿ponen, las demoras, en peligro la vida y/o agravan situaciones clínicas?... dando por descontado la ineludible existencia de las listas de espera si queremos seguir teniendo el todo, para todos y gratis en el momento de su utilización^{6,7}.

5. Informe del Defensor del Pueblo a las Cortes Generales. Año 2006. En www.defensordelpueblo.es (visitado el 1 de junio de 2008).

6. Jiménez E. *Listas de espera de la sanidad pública: poca transparencia de las Comunidades Autónomas*. Febrero de 2008. En <http://www.ocu.org/map/src/355934.htm> (visitado el 1 de junio de 2008).

7. del Llano J, Polanco C, García S. *¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud Español*. Madrid: Ergon. 2004.

Mesa redonda
**«¿Cómo mejorar las
listas de espera?»**

Marc Antoni Broggi
*Vicepresidente de la Fundació
Víctor Grífols i Lucas*

Después de las exposiciones anteriores se celebró una mesa para tener una visión más cercana a la realidad, para que la discusión fuera ilustrativa de la dificultad que conlleva aceptar por un lado, y gestionar por otra, las listas de espera. A continuación, una breve reseña de lo que fue muestra de la voz del ciudadano, del enfermo que espera, del gestor de la lista y del clínico auto-crítico.

Empezamos con la visión de los ciudadanos. La ofreció Juan del Llano, especialista en Salud Pública por la Universidad Complutense desde hace 20 años y ahora director del máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios del Instituto de Formación Continuada y de la Fundación Gaspar Casal de Madrid. Es autor, entre otros trabajos y libros, de uno que lleva el atractivo título de *¿Todo para todos y gratis?* Juan del Llano nos mostró la opacidad de las listas de espera en nuestro entorno y la necesidad de aumentar la transparencia sobre las mismas. Cómo, por ejemplo, la Oficina del Defensor del Pueblo tuvo que hacer público el que en todas las comunidades autónomas, las listas de cada centro sean excesivamente largas y cerradas, es decir, no conocidas por los ciudadanos. Mostró cómo, a pesar de las promesas y de la inyección de recursos, los ciudadanos no tienen una percepción de que mejore la situación en ninguna de ellas, no solamente en cuanto a tiempo, sino también en cuanto a la transparencia de su priorización y de su gestión. Es éste último uno de los parámetros más discutidos de nuestro sistema, y sobre el que Juan del Llano acabó haciendo una llamada a que los parlamentarios para que se implicaran más en la exigencia de soluciones.

Después, quisimos ver los efectos de esta espera, y de su opacidad, en la manera de sentirla, de sufrirla deberíamos decir, por parte del enfermo. Y la persona que mejor podía ilustrarnos sobre ello no podía ser otra que Ramón Bayés, catedrático de Psicología en la Universitat Autònoma de Barcelona, ahora emérito y cada día más activo y lúcido; ha dedicado muchos años y esfuerzos en estudiar, explicar, escribir y reivindicar la importancia de la percepción del tiempo por parte de la persona enferma. En casi cada libro suyo habla de ello. Recomendando el capítulo sobre tiempos de espera del libro *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Creo que sus consideraciones deberían estar siempre presentes en la actividad clínica y en la gestión sanitaria. Las intervenciones

anteriores dejaron claro que la espera es un mal, un daño colateral del sistema, aunque sea ineludible; por tanto debe minimizarse al máximo. Debe tenerse más en cuenta el sufrimiento que comporta la espera. Una cosa es el tiempo objetivo, el que miden los relojes y calendarios, y otro muy distinto y poco asible el que se siente, el que se sufre. Según cómo se vive el tiempo, decía Ramón Bayés, «un día puede volar y una hora puede ser eterna e insoportable»; y la percepción del ciudadano en espera está más bien en esta segunda situación. El sufrimiento va unido a la amenaza y a la falta de control, y se ha observado que puede disminuirse si se prevé, si se informa bien de ella y de su necesidad; por tanto, resulta evidente que el anuncio del tiempo de espera y, si puede ser, de su porqué, ayudan a comprenderlo y, por tanto, a tolerarlo mejor. Un requisito para ello es pues que la espera sea conocida.

Claro es que también debe ser justa; es decir, que no trate de forma desigual a enfermos similares, ni igual a enfermos desiguales. Es evidente que para ello hace falta una consciencia y una voluntad de introducir criterios de priorización objetivables, comparables, discutibles abiertamente. A Mireia Espallargues le pedimos que nos ilustrara sobre cómo podrían mejorar las listas de espera en este sentido. Ella es especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y ocupa el cargo de subdirectora del Área de Calidad de Atención Sanitaria de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Ha trabajado en múltiples estudios sobre efectividad y variabilidad clínica, y en salud percibida. Precisamente, es recomendable un estudio que todos deben conocer ya, sobre la priorización de los pacientes en una lista de espera de cirugía de la cadera, de la rodilla y de las cataratas.

Nos mostró con él que era posible encarar una estrategia más útil, basada en una mayor racionalidad y equidad y que trascendiera el simple criterio del orden de llegada, único explícito hasta ahora. Que era urgente promover una priorización, en base a la necesidad y al beneficio esperado, de forma transparente y consistente; y con ello aumentar la credibilidad y la confianza del ciudadano en el sistema. En este sentido demostró con claridad que es posible diseñar un sistema de priorización, consensuado entre gestores, clínicos, enfermos y familias, que se base en criterios clínicos (gravedad de la patología, dolor, peligros de la evolución, etc), funcionales (capacidad para las

funciones cotidianas) y también en otros más personales y sociales (tener a alguien a su cargo, ser carga para alguien). Además, puede lograrse, al numerar algunos niveles de cada criterio según alguna escala simple y manejable en el día a día, ser útil para una priorización. En resumen, que merecía la pena un esfuerzo para dotarnos de sistemas de organización de las listas de espera que transformaran este problema en algo más justo y creíble para la población, para los gestores y para los clínicos.

Precisamente los clínicos, entre los que me cuento, deberíamos tomar nota de lo que se nos ha presentado en esta jornada y recordar las múltiples publicaciones que van apareciendo últimamente sobre el tema. Es cierto que la revolución bioética en nuestro entorno ha venido de la mano de la emergencia en la clínica del principio de autonomía personal y el acoso que ha representado para el paternalismo ancestral; y que, a su lado, la introducción de la equidad en el sistema se ha aceptado más dócilmente y ha sido bienvenido por los clínicos como un marco aceptable en el que mejoraba la calidad y su seguridad. Pero el ámbito de su organización se ha dejado en manos de los gestores y, a pesar de los múltiples malentendidos que surgen y permanecen entre ambos niveles asistenciales, se cree que éstos deben saber qué hacer, que cada uno debe mantenerse en su sitio. La lista de espera era un territorio algo alejado de ambos mundos, en el que se incluía al enfermo por orden de llegada, y que después gestionaban el profesional responsable, o como máximo el servicio, manejando criterios de priorización puntual, generalmente clínicos: gravedad, mala evolución, etc. Sin embargo a menudo estos criterios venían distorsionados por otros menos aceptables y más personales. La situación se toleraba bien por parte de la población mientras las listas eran pequeñas y manejables. Cuando se vuelven más complejas, el peligro de salir del control del clínico hace que éste quiera desentenderse de una responsabilidad que siente que le sobrepasa.

Es cierto que a veces parece que estamos aturridos ante el problema. Nos encontramos desconcertados cuando su presión aumenta excesivamente (sea mediática o no), y tendemos a desentendernos de algo que no vemos como central en nuestro quehacer. Para muchos, la visión de lo que es su profesionalidad, de lo que se ha aprendido en las facultades y de los mayores, no lo

incluye; no sería asunto de su responsabilidad directa, sino de la de un sistema que no aporta los recursos necesarios para encararlo. Podríamos decir que los profesionales sanitarios se refugian en lo que entienden es «su objetivo», o pretender permanecer en el refugio íntimo de la relación clínica. Y, desde la caverna de su consulta, o su quirófano, ven las sombras de la gestión como una imposición externa a ellos.

Por otra parte, cada cual cree que ya aplica criterios suficientemente sólidos para la inclusión en la lista; y para una ordenación razonable en ella: según la llegada, claro está, pero priorizando cuando lo ve oportuno: la mayoría de las veces según su urgencia o necesidad, y a veces según el máximo beneficio esperado. Lo que ocurre es que, al basarse en criterios tácitos y no protocolizados, ni verbalizados y discutidos, admiten una gran variabilidad en la práctica entre profesionales (tanto en la inclusión como en la priorización) y ello facilita que continuamente se puedan introducir discriminaciones, sobre todo positivas. Un ejemplo vivo es el de la facilidad con que se admite que pase delante quién más protesta: la protesta es a menudo un criterio tácito de priorización; lo practica el clínico para no tener problemas, pero lo sufre (y a menudo a regañadientes) cuando se le impone desde arriba para alguien con influencia; es una muestra de la poca credibilidad mutua (de gestores y de clínicos) en la justicia de la lista. Y así la injusticia acaba siendo un fantasma cotidiano, generalizado y aceptado por profesionales, gestores sanitarios y políticos.

El PC («personal casa», en mi hospital) es defendido por todos a capa y espada. Quizás sea una característica mediterránea el que se sienta, no solamente como un privilegio, sino incluso como un derecho (una *ley no escrita*... diría Antígona) de lo personal frente a lo público. De la misma manera, cualquier VIP, político o gestor, sabe que él no va a sufrir el rigor de aquella equidad que proclama como bandera para los otros mortales. No va con él. Por no hablar del problema, ya más complejo, de priorización entre distintas listas de espera, y la influencia que tiene en ello el «interés» científico o curricular para una determinada patología. Injusticia que viene respaldada por la manera poco razonada con la que a veces el poder político incluye un determinado proceso, o un determinado plan de choque, a remolque de una simple noticia en

prensa o de la última comparecencia en el congreso. Son ejemplos todos ellos que parecen legitimar una cierta arbitrariedad.

¿Cómo desterrar, o al menos mitigar, estas prácticas extendidas y sumergidas? Sin planteárnoslo, es difícil que logremos avanzar. Diríamos que, como con la mentira, hay que hacer un esfuerzo para buscar argumentos para un diálogo posibilista pero nítido. Por ejemplo, podríamos estar de acuerdo, para dar un primer paso consensuando entre todos, en que lo que no pueda decirse abiertamente (sobre lo que no puedan darse razones para ser discutidas) no debería hacerse. ¿Podemos decir a nuestros enfermos, podemos defender ante ellos, que el padre de mi compañero pasa delante sólo por serlo? ¿Que el concejal de cultura o el obispo será atendido sin tener en cuenta otro criterio de priorización? En el código ético de mi hospital intenté en vano una fórmula que más o menos dijera: «el deber de atención para con algunas personas ligadas a nosotros por un afecto o un respeto especial, no debería interferir con el deber para con los demás ciudadanos».

El problema de una gestión más racional de las listas de espera es una asignatura pendiente, que de momento podríamos decir que hemos suspendido este junio en nuestro entorno asistencial. Pero que no deberíamos suspender el próximo septiembre. Deberíamos hacer los deberes. Primero, creyendo que una mejor gestión se necesita; segundo, siendo conscientes de que nos incumbe; tercero, viendo que es posible; y cuarto poniéndonos en marcha de forma colegiada y, sin pretender quizás cambios bruscos, iniciando cambios de actitud valientes.

Como se dijo a lo largo del coloquio, ha llegado el momento de que los clínicos seamos también más conscientes de la necesidad de implicarnos en los problemas de priorización entre los enfermos que tratamos. Y, además, de que seamos conscientes de que es posible hacerlo con más racionalidad de lo que la rutina nos permitía. Es más, si no somos conscientes, no por ello podemos dejar de priorizar, y lo hacemos mal; y acabamos siendo injustos con la población y maleficentes con algunos enfermos. Hemos de apelar aquí a nuestro gusto por la racionalidad, la que hemos sabido aplicar con tanto éxito frente a la enfermedad.

Clínicos y gestores debemos pues, de la mano, tomarnos seriamente el problema común: mejorar los criterios de inclusión y de priorización y hacer las listas más transparentes y, por tanto, el tiempo de espera más tolerable (y más corto también, claro está). Es un tema para el que nos falta una adecuada formación para poder desterrar viejas costumbres y adoptar nuevos hábitos (y buenos, además de nuevos!).

Porqué hay que advertir, como hace a menudo Azucena Couceiro, que en estos y otros muchos temas que hay que compartir con los gestores, «el abordaje meramente economicista está generando una gran desmoralización entre los profesionales, y puede destruir valores éticos de gran importancia en la sanidad». En la gestión de las listas de espera puede ocurrir. Pero es una razón más para que los clínicos nos impliquemos en ello, en las listas en las que se encuentran sumergidos sus enfermos. También debemos considerarnos valedores suyos mientras están en el limbo de las listas, y no solamente cuando los tenemos delante: en la consulta o, más tarde, en la cama o en el quirófano. Aunque no debemos convertirnos en un simples controladores del gasto, y es algo que debemos recordarlo cuando esto se prime excesivamente en nuestra dirección por objetivos, en la negociación por «objetivos»; recordando, ante quien corresponda, nuestra fidelidad, antes que a la empresa, a otros objetivos más nucleares de nuestra profesión. Pero conviene aceptar que, al mismo tiempo, lo queramos o no, somos distribuidores de recursos y debemos hacerlo responsablemente, asistidos de razones.

Cómo profesionales deberíamos tener presente siempre aquella regla de tres de que justicia es a gestión cómo verdad es a ciencia (y probidad es a arte, añadiría seguramente Rabelais). Y debemos mantenernos conscientes, honestamente conscientes, de todas las vertientes de nuestro quehacer para que éste pueda considerarse legitimado ante la sociedad.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética:

20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació:

4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos:

1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información : www.fundaciogrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

