

VII CONGRESO DE DERECHO SANITARIO

Madrid 19,20,21 de octubre de 2000

Taller de Trabajo

RESPONSABILIDAD Y LISTAS DE ESPERA

El problema de las listas de espera en el SNS Discordancias, ética y equidad

Juan José Rodríguez Sendín

Medico de APD

EAP de Noblejas (Toledo)

Vocal Nacional de Médicos Titulares de la OMC

Presidente de la Sociedad Española de Medicina General

RESUMEN

La **atención sanitaria** juega un papel fundamental en el objetivo de alcanzar y mantener la igualdad y cohesión social y territorial, amortiguando efectos indeseables que provocan las diferencias sociales, en cuanto a demanda, acceso a los servicios y nivel de renta.

El actual sistema de financiación de los servicios sanitarios no son un modelo solidario por el contrario mantiene y alienta desigualdades ínter autonómicas, lo que genera desviaciones en el gasto y desigualdades en las prestaciones sanitarias con la consiguiente pérdida de control sobre el gasto sanitario.

El SNS aunque ha alcanzado unos indicadores que lo ponen en los primeros lugares del mundo presenta déficit importantes de los cuales los mas llamativos son las listas de espera y el escaso control del gasto sanitario. Es rígido y actúa con una medicina muy

burocratizada y despersonalizada que dificulta mucho las cosas cuando es preciso dar respuesta a la persona que está o/y se siente enferma.

Las listas de espera no son un problema mas, todos los factores que condicionan al sistema sanitario condicionan las listas de espera, son el problema por excelencia del SNS. Constituyen una contradicción, una paradoja y una perversión del mismo. Son el instrumento por el que se regula una demanda creciente y un gasto sanitario sin control. Pero también son fruto de una mala planificación y déficit en la distribución de recursos cuando las listas de espera superan los límites tolerables.. Durante el tiempo de espera se interrumpe el derecho efectivo a la protección de la salud, quedando en entredicho la universalidad, libertad de acceso y gratuidad que si se les mantiene en atención primaria y en urgencias. ?. Las listas de espera son una fuente permanente de inequidad que plantean serios problemas éticos y de comportamiento a los médicos tanto hacia dentro en la relación entre profesionales y hacia fuera de la profesión con las Administraciones responsables. Surgen muchas preguntas como ¿El médico debe denunciar los hechos que aunque no dependan de él afecten a la salud de sus pacientes o a la atención que debe prestárseles, sin diferenciar quienes están implicados en la deficiencia? ¿La denuncia publica de los efectos de las listas de espera excesivas constituyen además de una estrategia terapéutica que funciona y da resultados aunque indeseable una obligación ética de los profesionales? ¿Es también obligación relacionada con el deber de socorro?.

A modo de conclusiones que además deben tener abordaje específico: Las listas de espera son un instrumento imprescindible del SNS para compatibilizar eficiencia y universalidad con libre acceso. Provocan inequidad que afecta preferentemente a la población más débil y más desfavorecida. La población no tiene información suficiente

sobre los atributos de las prestaciones que ofrece el sistema sanitario y no quiere esperar. La lista tiene un coste social que asume la familia y político que alguien tiene asumir. Existen déficit éticos en los índices de variabilidad profesional entre servicios y profesionales que en algunos casos son escandalosos, a la vez que una falta de clara motivación para renovar compromisos. Las medidas puestas en marcha pueden resultar perversas y tener efecto rebote sobre gasto sanitario, listas de espera y distribución de recursos.

I. INTRODUCCIÓN

La **atención sanitaria** juega un papel fundamental en el objetivo de alcanzar y mantener la igualdad y cohesión social y territorial, amortiguando efectos indeseables que provocan las diferencias sociales, en cuanto a demanda, acceso a los servicios y nivel de renta. La interpretación de los derechos antes mencionados amplían y mejoran progresivamente con cambios en los atributos que hacen efectivos los mismos. Por ejemplo el ciudadano además del derecho a una prestación sanitaria, exige elegir quien se la presta, donde, como, cuando la va a recibir. Todo lo cual provoca un aumento de la demanda asistencial y un incremento de los costos sanitarios. Los cambios en la atención sanitaria son evidentes en los últimos años debido a la velocidad de aparición de nuevas situaciones como envejecimiento poblacional, nuevas enfermedades y formas de enfermar, nuevas tecnologías y avances científicos, nuevas demandas sociales, alto costo de los servicios sanitarios. Una medicina muy burocratizada y despersonalizada que dificulta mucho las cosas cuando es preciso dar respuesta a la persona que está o/y se siente enferma.

En **España el SNS** no tiene límites en su oferta de servicios ni mecanismos para el control de la demanda. Como en otros países con sistemas de salud de libre acceso

universal –Suecia, Irlanda, Canadá, Italia, Holanda, Nueva Zelanda, Portugal, Noruega, Reino Unido...-, los enfermos que “*pueden esperar*” (con el riesgo que esta presunción conlleva) para ser diagnosticados o recibir tratamiento están obligados a esperar meses años para recibir la atención precisa. Durante este tiempo se les interrumpe el derecho a la protección de la salud, quedando en entredicho la universalidad, libertad de acceso y gratuidad que si se les mantiene en atención primaria y en urgencias.

Por otra parte hay algo que hace diferente el **ejercicio de la medicina** a otros ejercicios: el médico condiciona la oferta y la demanda y no tiene relación con los resultados ni con el costo que generan sus decisiones, salvo que incurra en responsabilidad civil o penal. Además en el SNS el que paga no es quien recibe las prestaciones, ni quien las presta, vive alejado de los puntos de toma de decisiones y generadores de gasto. Quien recibe la prestación no tiene relación con lo que cuestan la misma pero disfruta o sufre sus efectos.

Si cualquier cuestión sanitaria tiene una gran variabilidad en función de quien la interprete. El tema de **las listas de espera** desborda las previsiones: No es que todo dependa del color del cristal con que se mire, es que parece que unos ven con lupa donde otros parecen estar ciegos. Las listas de espera han convertido en héroes a quien para otros son villanos. Teniendo en cuenta que si en el SNS la salud es un bien de consumo ilimitado que es preciso controlar a efectos contables, la lista de espera sería una consecuencia y un instrumento del mismo. Un instrumento que evita el consumo ilimitado, un mecanismo regulador y la consecuencia de una falta de planificación.

Como dice E. Costas, el mercado se regula de dos maneras con precio o lista de espera [\[i\]](#). Si la lista de espera es muy grande se hacen dos o si no tres que es lo que ocurre en el caso que nos ocupa. Las listas, además, simplifican la planificación en los centros

permitiendo que la seguridad en la demanda futura ajuste por anticipado la oferta. Vivimos en una sociedad de libre mercado que ha disimulado las durezas del capitalismo, es decir aquello que antaño le hizo perder su poder, por un neoliberalismo que utiliza idénticos medios con nombres diferentes y donde la salud se ha convertido en un bien de consumo ilimitado que depende de múltiples factores. Tenemos el riesgo de confundir el orden de prioridades de las cosas o no prestar la atención debida a lo relevante ^[ii]. Porque aunque la **Constitución Española** ^[iii] en el artículo 15 garantiza el “*derecho a la vida, a la integridad física y moral*” y a la *protección de la salud* en el artículo. 43.1 y los establece como principios fundamentales que deben dirigir la política social y económica, dando a los poderes públicos la obligación de “*organizar y tutelar la salud publica a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*”, exigiendo a la Ley, en el artículo 43.2 que fije “*derechos y deberes de todos al respecto*” lo que después quedo reflejado en la Ley General de Sanidad ^[iv] y toda la normativa complementaria para su aplicación y desarrollo, la interpretación y aplicación efectiva de estos derechos tiene interpretaciones dispares. Así se puede responder a estos principios constitucionales aumentando el **máximo de salud** sumada de todos los ciudadanos, obteniendo resultados magníficos en años de vida, vida media o tasas de mortalidad. Según el Informe **SESPAS 1998**, durante los periodos establecidos entre los dos últimos censos, esto es, 1981-1991 y 1991-1996, la población anciana mayor de 84 años en España ha pasado de unas 250.000 en la primera etapa, a 450.000 en la segunda. La esperanza de vida al nacer para ambos sexos ha experimentado un ligero incremento entre 1986, que fue de 76,4 años, y 1991, con 76,9 años. Con la excepción de la Comunidad de Madrid, que pasó de 78,0 años en 1986 a 77,5 en 1991, el resto de las comunidades autónomas muestra un incremento

positivo. Añade el Informe que, en términos de baja mortalidad, España tiene una buena situación de salud en relación a Europa y que esa situación está por encima de lo que parece corresponder a su desarrollo económico (PIB/habitante). Por su parte el Centro Nacional de Epidemiología confirma que la evolución de la mortalidad en España en relación con la situación de la mortalidad europea, se caracteriza por el incremento de la esperanza de vida y las bajas tasas de mortalidad general en ambos sexos.

Si considera otros datos probablemente moderaría el triunfalismo al que puedan inducir las cifras anteriores, por ejemplo el volumen de **camas hospitalarias** en España refleja una evolución descendente entre 1990 y 1995, siendo nuestra dotación de camas hospitalarias una de las más bajas de Europa (4 camas por 1000 habitantes) ^[v]. Por Comunidades autónomas persisten unas diferencias llamativas en dotación de recursos públicos que se mantienen en los últimos años y no han mejorado a pesar de las transferencias sanitarias ^[vi] ^[vii] habitantes. Aunque parece un tanto grosero los datos anteriores resultan suficientes para las posiciones más **utilitaristas**. Sobre todo para aquellas que tienen la responsabilidad de obtener los mejores resultados colectivos en términos de bienestar, que tienen que compatibilizar eficiencia del SNS y equidad y consideran la misma coincidente con la maximización de la utilidad agregada ^[viii] .. Es menos grosero si además de saber cuantos años vivimos tuviéramos en cuenta la **calidad de vida** de los mismos. Si en términos de utilidad los indicadores expuestos pudieran ser aceptables, no lo son en términos de igualdad. Consideran al individuo como un elemento anónimo en un sistema, no como un sistema en sí mismo. El individuo es un ser humano irrepetible para el que no es suficiente el beneficio

colectivo ó de la media y al que es preciso responder de acuerdo a sus **necesidades individuales** ^[ix], en resumen no parece muy justo aunque si útil, responder igual a necesidades distintas, ni como dice J. Harris valorar los años de vida de las personas en vez de la vida de las personas ^{ix}

II. FACTORES QUE CONDICIONAN LAS LISTAS DE ESPERA

Las listas de espera constituyen una contradicción, una paradoja y una perversión del sistema sanitario. Es una contradicción cuando las Administraciones responsables hacen un esfuerzo por disimularlas cuando la solución está en disminuirlas. Es una paradoja del mismo cuando el derecho a la protección de la salud no se acompaña de las condiciones para hacerlo efectivo. Y es una mas de sus perversiones cuando se ha convertido en un estado de error permanente lo que debería ser una excepción.

Es una contradicción también que las listas de espera sean las **grandes desconocidas** a pesar de que se habla tanto de ellas. Se desconoce su distribución territorial, por patologías, por hospitales, por servicios, ni tampoco conozco los puntos negros de las listas de espera, ni las consecuencias en salud que producen ni los problemas asistenciales que crean, además de la alimentación de otras listas de espera, ni el costo en medicamentos inútiles ni los días de ILT. Y así desconozco ¿Cómo es posible que cueste mas los días de baja de un trabajador que espera en una lista de espera que la propia prueba?. ¿Que tipo de problema son las listas de espera, de planificación, estructural, económico o es el problema del SNS porque no puede ser de otra manera?. Las listas de espera no son un problema, son el problema del SNS, dentro del cual, son muchos factores los que las generan y condicionan

II.1. Distribución desigual de recursos Sanitarios

Es imprescindible ordenar los recursos tras cuantificar las prestaciones que respondan

a las necesidades actuales y previsibles. La **oferta de servicios** debería enguantar con la ubicación y distribución de la población así como con las necesidades sanitarias que presentan, desarrollando estrategias concretas, descentralizando los recursos asignados en función de las mismas y aproximando su gestión a los puntos de toma de decisiones.

La **asignación de recursos** se realizara en función de las necesidades sanitarias a cubrir exigiendo un conocimiento previo de las mismas así como de los diferentes Planes de Salud Autonómicos. Sin conocer las necesidades y los Planes de Salud para suplirlas, es difícil hablar de Coordinación General Sanitaria y de establecer vínculos de solidaridad inter territo-riales efectivos, a los que obliga la L.G.S.

Los recursos sanitarios asignados a cada CCAA no responden a **formulas equitativas**, ajustadas en función de población y recursos sanitarios previos y disponibles en cada una de ellas. Si como se puede comprobar la escasez de recursos previos corresponde históricamente a los territorios mas deprimidos y dependientes de aquellos mas afortunados, parece imprescindible corregir y no aumentar esta desviación, lo que llevaría a aumentar diferencias por el hecho de vivir en una CCAA o en otra.

A las **transferencias** en salud publica no ha seguido el mismo ritmo de transferencias asistenciales, lo que estaba mas justificado, era más sencillo y encajaba mejor con responsabilidades políticas y constitucionales. Estaba mas justificado porque constituía un acercamiento de los recursos a los puntos de toma de decisión y porque las decisiones y repercusiones en salud se producen directamente sobre la población más próxima, la que gobierna cada CC.AA y en consecuencia así se ajusta la gestión a las necesidades específicas de la población, que a su vez constituye un elemento fundamental en la construcción de nuestro Estado Autonómico. Desde mi punto de vista dudo que las transferencias en materia de salud publica a las CCAA, aunque

políticamente en su momento fuera oportuna, sanitariamente fueran aconsejables, puesto que provocaron una dicotomía esquizofrénica para las responsabilidades del Estado entre lo que dice creer, debe hacer constitucionalmente y lo que puede hacer. La descentralización económica y de competencias asistenciales es incompleta y todavía en el año 2000 el presupuesto del Insalud gestión directa supone el 38,15% y el 61,85% de gestión transferida ^{vi}. Las diferencias en tiempos, cantidades y condiciones de las transferencias se unen a las diferencias poblacionales y otras desigualdades territoriales como las ya referidas diferencias en camas hospitalarias.

II.2. Financiación de los servicios

Se observa una incapacidad del sistema de financiación sanitaria actual para controlar el gasto sanitario, lo que pueden compensar unas CCAA mejor que otras con el riesgo evidente de pérdidas de equidad. Por otra parte el actual sistema de financiación de los servicios sanitarios no es un modelo solidario, mantiene y estimula desigualdades en los volúmenes a gestionar, en la asignación presupuestaria por población atendida, en la capacidad de endeudamiento y en capacidad tributaria con relación a riqueza entre unas comunidades autónomas y otras que tiende a aumentar.

Todo lo cual podría generar o en su caso justificar **desviaciones en el gasto** y desigualdades en la asistencia prestada entre unos servicios y otros, porque a pesar de que la ordenación de las prestaciones sanitarias básicas se realiza por él **catálogo de prestaciones** sanitarias del SNS ^[x], sin embargo este salvaguarda las competencias autonómicas para realizar prestaciones y actividades sanitarias con cargo a sus propios recursos y financiadas por precio, tasas, ingresos propios con arreglo a sus Estatutos de Autonomía y normas específicas. Si una autonomía introduce una nueva prestación,

justificada o no, sobre todo cuando la misma va dirigida a una población diana numerosa o influyente, esta obligando por razones obvias a su generalización en el conjunto del Estado, lo que por otro lado podría condicionar la calidad de prestaciones básicas necesarias para colectivos más débiles o menos influyentes.

II.3. Déficit en la Coordinación General Sanitaria

Llegados a este punto cabe una pregunta, ¿si la solidaridad entre los diferentes territorios puede dejar de ser efectiva, que argumentos tendríamos para pedir a los ciudadanos que lo sean cuando pueden surgir prestaciones que unos pueden financiarse y otros no y no pueda hacerlo el SNS?. Acordémonos de prestaciones futuras no solo en el campo del cáncer, trasplantes, clonación humana... si no en el terreno que hoy nos ocupamos o en el de las condiciones que hacen efectivo el derecho a la salud. La **cohesión social** que garantiza nuestro actual SNS como colchón amortiguador de tensiones y diferencias sociales, es necesaria mantenerlo en todo el estado, entre las comunidades ricas y pobres y por supuesto entre las diferencias sociales que mantienen dentro de ellas. No existen razones (salvo cuestiones puntuales) que puedan justificar diferencias ni en el catálogo de prestaciones ni en las cualidades de las mismas en los diferentes servicios sanitarios de cualquiera de los territorios autonómicos.

Parece obvio que a la distribución territorial de nuestro Estado actual debería corresponder una entidad única para la gestión de cada Servicio de Salud Autonómico y un órgano estatal que permitiera que todos los servicios regionales y en consecuencia sus recursos funcionaran como si de un **modelo cooperativo** se tratara. La posibilidad de utilizar recursos específicos instalados en una CCAA por otras, evitaría la duplicidad de nuevos servicios no necesarios, para los que cabría proponer la cogestión y

corresponsabilidad económica de aquellas comunidades autónomas que los utilizaran.

En España a la falta de criterios homologadores de las transferencias asistenciales a las CC.AA se suman a la ausencia de mecanismos de coordinación suficientes para mantener los contenidos, organización de los servicios y de sus prestaciones con el carácter universal efectivo y transferible a los ciudadanos entre los diversos territorios [\[xi\]](#) además del escaso respeto de las administraciones sanitarias para con las decisiones de la tibia **Coordinación General Sanitaria**

II.4. Déficit de Planificación:

Sea quien sea el responsable político las administraciones sanitarias parecen desconocer el problema porque si no ¿cómo se entiende que todas se hayan puesto a crear programas de choque tras el escándalo de la lista de espera de algo tan llamativo como la cirugía cardiaca?. Los **planes de choque** o las medidas extraordinarias, en un país como el nuestro, son para las cuestiones no previsibles o imprevisibles que no es el caso que nos ocupa puesto que es un problema asistencial que no puede ser resuelto a golpes de portadas de periódicos.

Puede surgir la duda de sí para **resolver problemas** similares de cirugía, traumatología, oftalmología, neurocirugía.. ó asistenciales en consultas ambulatorias, de pruebas diagnosticas... ¿Se tienen que montar escándalos similares? o ¿la planificación y gestión sanitaria tiene otros recursos más técnicos?, que informen de los problemas a los responsables políticos para tomar decisiones estratégicas sobre los mismos o por el contrario decidir conjuntamente que el actual **modelo de financiación y de organización del SNS** es insuficiente y optar por otras alternativas.

Como ya se ha comentado la **información** sobre listas de espera es escasa, desagregada

y engañosa i los pacientes nunca conocen su posición en la lista y los cambios que se van produciendo con el consiguiente riesgo de tratamiento desigual incluso dentro de la propia espera. En España los responsables del Ministerio de Sanidad de la legislatura pasada se dedicaron a disimular y maquillar las listas de espera, como dice E. Costa su gestión fue opaca y torpe. Actualmente parece que la tendencia a cambiado y se gestiona la lista de espera con mayor transparencia aunque en nuestro España, a diferencia del Reino Unido donde el *College of Health* publica periódicos y detallados informes, la tendencia de la Administración sanitaria siempre ha sido, maquillar las cifras obligados por la utilización que la irresponsabilidad política ha hecho de un problema que es de todos.

Lo mas adecuado es determinar las **prestaciones sanitarias** que el SNS decide ofrecer con las cualidades y atributos que se consideren mas adecuados, conocer las necesidades en salud de la población así como prever su desarrollo para los próximos años con el fin de asignarlas a los servicios oportunos y determinar con ello las otras cualidades de las prestaciones que se ofrecen como quien, cuando, como y donde se pueden recibir. Como ya hemos comentado esta cuantificación del estado actual y previsible de **necesidades sanitarias** no esta realizada, menos aun establecido los planes oportunos de salud para su cobertura.

¿Cómo es posible que los médicos u otro técnico sanitario aguanten que la lista de espera bajan porque se suman todas y se divide por las que hay?

III. UN PROBLEMA ASISTENCIAL Y DE SALUD

Lo que pasa es que las listas se han hecho insoportables y a alguien se le olvido poner

la alarma antes de que saltara el escándalo. Los sanitarios siempre hablamos y nos preocupan los falsos positivos y los falsos negativos. El SNS puede soportar los **falsos positivos los falsos negativos** nunca. ¿Cómo llamamos a los positivos de las listas de espera que se tratan como negativos mientras esperan?, ¿Dónde colocamos a los enfermos de las listas de espera mientras no están diagnosticados? Y¿ a los que están perdidos en la antesala, en ese largo camino desde una consulta de primaria hasta que entran en lista de espera?.

¿ Es posible que los cirujanos que denunciaron la situación y consecuencia de las listas de esperas hayan salvado mas vidas y sufrimiento con la denuncia que con su actividad profesional? ¿Esto es medicina social y también funciona?

La lista de espera genera **costes** muy importantes de los que se habla poco y superficialmente. Tiene costes de tipo administrativos (controles, listas, respuestas y quejas de los enfermos...), sanitarios (controles, nuevas quejas y complicaciones, repetición de pruebas, medicación, derivaciones, urgencia..), y otros indirectos: como las perdidas por ILT o por la incapacidad de incorporación posterior a la vida laboral ya que alargar el tiempo en lista de espera invalida puesto que las probabilidades de los pacientes de incorporarse al trabajo se reducen a medida que se alarga la espera i.

En las **listas de espera quirúrgicas** deberían estar los enfermos que clínicamente pueden esperar, su estado permite que un retraso de la intervención no empeore el pronóstico. Pero en ocasiones no es así, aparecen complicaciones irreversibles. En todo caso hay que tener presente que la falta de resolución de un problema conocido ó el desconocimiento del diagnostico definitivo, incluso banal, ante la espera por una prueba diagnostica provoca desde invalidez, **sufrimiento** hasta perdidas laborales e **interrupción del proyecto vital** y familiar (la vida se para) lo que afecta

definitivamente a la calidad de vida con sensación desde inutilidad y desamparo. La inclusión en lista de espera estigmatiza provocando un aumento en la percepción de los síntomas y amenazas de la enfermedad. El enfermo está más enfermo o puede inducir o aparentar nuevas enfermedades bien orgánicas o de la esfera afectiva, que provocaran indudablemente nuevos tratamientos, nuevas pruebas, incluso nuevas derivaciones lo que además de engrosar las listas de espera genera mayor sensación de abatimiento, inutilidad y desamparo.

La lista de espera junto con las sensaciones negativas que produce a los profesionales tienden a evitar a un paciente molesto e insatisfecho, disminuyendo los controles a realizar para verificar que el proceso en lista de espera puede continuar como tal. La **relación médico-enfermo** también se resiente al ser intervenidos antes los enfermos que más se quejan o más quejas plantean y originan demandas generadas no solo por el enojo de los pacientes y de su familia aunque disimuladas de denuncias por mala práctica. El ambiente se enrarece y se pierde la confianza.

IV. ¿SE PUEDEN TERMINAR LAS LISTAS DE ESPERA? ¿CÓMO SE REDUCEN?

En un SNS como el nuestro no hay medidas para **erradicar las listas de espera**, hay mecanismos para que sean soportables. Sólo cabe mitigarlas, reducir su longitud y acortar las demoras con recursos extraordinarios y, en este caso, de resultados con fecha de caducidad inmediata. Cuando el **plan de choque** se acaba las listas rebrotan de nuevo. Es un círculo vicioso, que sirve de justificación política frente al descontento popular provocado por las largas esperas. Pero también pueden provocar efectos indeseables, dado que de la lista de espera puede derivarse el **único estímulo** a la

productividad profesional. Ocurriendo paradójicamente que el servicio que tiene listas de espera, si entra en un plan de choque, puede obtener beneficios económicos extras lo que no ocurre cuando las listas no existen^[xii]

Por otra parte las listas de espera pueden constituirse en argumento favorable para el crecimiento de los servicios, fácilmente trasladable a la población y a los grupos políticos, al utilizarlo como **indicadores de insuficiencia** de medios técnicos y humanos. Lo cual además de poder ser errónea (nadie ha hallado todavía una correlación entre el nivel local de recursos y la longitud de la *cola* local^[xiii]), justifica social y políticamente el incremento de las inversiones para el desarrollo hospitalario. Pero además actúan de forma perversa contra los servicios y hospitales que no tienen listas de espera y provoca desequilibrios en la distribución de recursos entre primaria y especializada dado que por sus características no tiene ni tendrá listas de espera. En España el plan de choque para las listas de la cirugía cardiaca ha surgido como de forma inesperada cuando el Ministro anterior nos había hecho creer durante una campaña que ha durado todo su mandato que las listas de espera no solo eran reducidas sino incluso parecían desaparecer. No se hizo caso y se criticó incluso desde la administración la denuncia de las instituciones como la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos que informaban de que la realidad era muy distinta de la que ofrecía la Administración Sanitaria. E incluso sorprendentemente reiteraban su denuncia con información más amplia referida a todo el SNS días antes de que estallara el escándalo mencionado.

V. PERDIDA DE EQUIDAD:

Se habla de la misma respuesta para idéntica necesidad. ¿Esto es así en el SNS?

¿Cuándo hablamos de necesidad nos referimos a la necesidad sanitaria a la necesidad de salud ó a incluye otras necesidades originada por el nivel de renta por ejemplo?. Las listas de espera son una fuente permanente de **inequidad**, no son iguales en todos los territorios, ni siquiera en todos los hospitales, tampoco en todos los servicios, ni siquiera entre servicios de la misma especialidad, tampoco para la misma prestación, ni los profesionales tienen todos la misma lista de espera. Si el acceso en condiciones de igualdad fuera efectivo cualquier ciudadano podría optar por uno u otro hospital, servicio y profesional.

La lista de espera incluye el **consumo y la necesidad** sanitaria. En la lista de espera de una prueba diagnostica esta el que realmente la precisa, el que la exige, el mecanismo defensivo, la de complacencia. Sin embargo las consecuencias indeseables de la lista de espera ocurren por la necesidad sanitaria no por el consumo. La cuestión es que las necesidades sanitarias no se distribuyen homogéneamente ni en el tiempo, ni en intensidad ni entre la población, ni siquiera son previsibles. Es aterrador recibir igual respuesta para necesidades tan diferentes, unas pueden condicionar la vida y otras la necesidad de consumo sanitario.

El Director de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) ^[xiv] considera en el tiempo de espera es uno de los **motivos de insatisfacción** más importantes con el Sistema publico y motivo de contratación de pólizas privada como complemento de la oferta publica lo que por otra parte solo puede hacer quien tiene suficientes recursos. Este hecho que el autor y otros autores consideran un agravio, por lo que supone de **dobles cotizaciones** por el mismo servicio, tiene otras posibles interpretaciones. Una cosa es la prestación que efectivamente esta cubierto por la seguridad social, pero que desde luego no ofrece garantías para ciertos atributos de la misma como tiempo de espera,

condiciones hoteleras etc. , que son precisamente la causa fundamental de la contratación del seguro complementario. Luego no pagan dos veces por lo mismo, pagan mas, que no dos veces, porque pueden y voluntariamente quieren garantizar unas cualidades de la prestación sanitarias que no ofrece el sistema publico y porque aquel que no puede pagarlo tiene que sufrir las situaciones por falta de los atributos o cualidades ya expresadas. Y digo que no pagan dos veces, que pagan mas, porque yo no sé cuanto tendría que pagar una póliza complementaría si en nuestro país no existiera el sistema publico, porque para saberlo realmente no debería de existir.

Pero donde considero que existe el mayor agravio y quiebra de la equidad, donde existe desigualdad, es en la **aplicación del cuidado efectivo** de la salud que el SNS ofrece a todos los ciudadanos en nuestro país en condiciones de igualdad. El SNS cuando realiza una actuación sanitaria (salvo las condiciones de desigualdad territoriales) efectivamente las ofrece en condiciones de igualdad al igual que cuando deja de prestar asistencia efectiva o lo que es lo mismo cuando la alarga en el tiempo. Las **consecuencias de las acciones** del SNS si son iguales para todos, sin embargo las **consecuencias de las omisiones** no son lo mismo para el que puede pagar que para el que no puede pagar un seguro complementario, o una prestación en el sistema privado, de forma que al final este sistema permite que unos tengan mejor protección efectiva que otros.

VI. UN PROBLEMA ETICO

El pobre no solo vive peor sino que también vive menos, la necesidad-enfermedad muere con mas intensidad y muere antes, las medidas preventivas y curativas les llegan después cuando les llegan. Por eso, mantener la **equidad e información** en

niveles suficientes debe ser, además de un objetivo social, un principio ético del profesional sanitario. No son tanto actuaciones directas sobre la enfermedad, sino que el nivel actual de nuestra oferta de servicios llegue a todo el mundo en condiciones de igualdad, así como que esta oferta que denominamos fundamental este garantizada. Por otra parte existen índices de variabilidad profesional entre servicios y profesionales injustificados, que en algunos casos son escandalosos que a la vez que una falta de clara motivación para renovar compromisos en ocasiones. Hay variaciones entre zonas y servicios que los condicionan injustificadamente, variaciones en recursos: o bien derivados de la asignación o derivados del uso, variaciones en los gastos realizados para idéntica función, variaciones en las pruebas diagnosticas, tratamientos y variaciones en los resultados, variaciones en la utilización de los servicios

Todo lo mencionado obliga a actuar con **eficacia y equidad** contra las listas de espera y otorga a esa obligación ética de primer orden con una relevancia especial. En consecuencia desde un punto de vista ético poner los medios para reducir las listas de espera se suma a la obligación de **defender la salud** e integridad física y moral del paciente. En consecuencia formulamos en voz alta dos preguntas que cada cual debe responder y que ya hemos respondido **¿El médico debe denunciar** los hechos que aunque no dependan de él afecten a la salud de sus pacientes o a la atención que debe prestárseles, sin diferenciar quienes están implicados en la deficiencia? ¿La denuncia publica de los efectos o listas de espera excesivas constituyen además de una estrategia terapéutica que funciona y da resultados aunque indeseable una obligación ética de los profesionales? ¿Es también obligación relacionada con el deber de socorro?

Conocemos el escándalo reciente originado por las listas de espera quirúrgicas. Todo se pone en marcha por la denuncia de unos médicos sobre las consecuencias de las listas

de espera para sus pacientes. ¿Era necesario? , lo cierto es que como consecuencia de aquello las listas de espera de cirugía cardiaca han disminuido y si ocurriera lo mismo con todas que pasaría.. Desde el punto de vista ético que debemos hacer los médicos, hasta cuando debemos esperar, solo causan sufrimiento y perdidas de vidas las listas quirúrgicas y dentro de estas las cardiovasculares.

¿Quién denuncia?, ¿porque tiene que denunciar un médico y porque no las Instituciones? ¿porqué no se actúa de oficio contra ellas?, ¿ Y el defensor del pueblo?, ¿Por qué no las Asociación de Consumidores y Usuarios? ¿Por qué no denuncian las listas de espera y sus consecuencias y sin embargo quieren publicar otras cosas? Y ¿Porqué no el propio SNS que antes que órgano político debe ser quien más interés tenga en la salud de los ciudadanos? Y ¿Por qué no los dirigentes de los grupos políticos que posteriormente escandalizan cuando se propone una medida estructural?. Esta obligación tiene dos lecturas la vigilancia por razones de salud la vigilancia por que es su cometido esencial.

VII. CONCLUSIONES

Las listas de espera son un instrumento imprescindible del SNS para compatibilizar eficiencia y universalidad con libre acceso. Provocan inequidad que afecta preferentemente a la población más débil y más desfavorecida. La población no tiene información suficiente sobre los atributos de las prestaciones que ofrece el sistema sanitario y no quiere esperar. La lista tiene un coste social que asume la familia y político que alguien tiene asumir. Existen déficit éticos en los índices de variabilidad profesional entre servicios y profesionales que en algunos casos son escandalosos, a la vez que una falta de clara motivación para renovar compromisos. Si se quiere mantener el actual modelo sanitario, las correcciones deben partir de una correcta y continua

planificación sanitaria. Las soluciones deben tener carácter excepcional , tendrán siempre un abordaje específico, serán siempre parciales y tendentes a corregir desviaciones insoportables sobre las cualidades de la prestaciones sanitarias previamente definidas. Las medidas puestas en marcha no deberían resultar perversas y tener efecto rebote sobre gasto sanitario, listas de espera y distribución de recursos.

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

[i] E. Costas Lombardia. Las listas de espera. Tribuna Medica. Noviembre de 1994

[ii] A. Puyol, Justicia i Salut, Bellaterra: Servicio de publicaciones Universidad Autónoma de Barcelona, 1999.

[iii] Constitución Española. 27 de diciembre de 1978. BOE 29 de diciembre.

[iv] Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 abril

[v] OCDE, Health Data, 1997.

[vi] Consejo de Política Fiscal y Financiera. Modelo de financiación de los servicios de Sanidad en el período 1998-2001. Acuerdo de 27 de noviembre de 1997

[vii] Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Indicadores Hospitalarios (1990-1995)

[viii] A. Puyol González, Ética y prioridades en la Atención Sanitaria, la pugna

entre utilitaristas e igualitaristas. XIX Jornadas de Economía de la Salud

[ix] J. Harris. QALYfiyng tje value of life, Journal of Medical Ethics, 13, 1987.

[x] Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS

[xi] Consejo Economico y Social de España. Unidad de Mercado y Cohesión Social. Informe 3/2000

[xii] Williams A. “Priorities and Research Strategy in Health Economics for the 1990’s”. Health Economics, vol. 2, 1993.

[xiii] . Klein R, Day P. “Britain’s Health Care Experiment. Health Affairs, fall 1991

[xiv] Juan del Real, Incentivos al uso racional de los servicios sanitarios. XI Jornadas de Cooperativismo Sanitario. Asisa-Lavinia. Madrid 2000