

PRESENTACIÓN



La existencia de las listas de espera en los servicios hospitalarios de nuestro país es un problema de difícil solución, cuya reseña y mención en la prensa diaria, con 359 textos periodísticos en el último *Informe Quiral*, dan buena prueba de ello. Este análisis de la realidad médico-sanitaria española, a partir de las noticias publicadas en los cinco diarios de mayor difusión, permite observar que las listas de espera tienen un tratamiento comunicacional desigual entre periódicos, ya sean éstos de tendencias gubernamentales o no, y entre partidos políticos, tanto si gobiernan como si son oposición.

Entendemos que ello no tendría que ser así; se trata de un asunto que debería contar con el consenso de la totalidad del espectro político, reconociendo de este modo que las limitaciones del sistema sanitario existen y que son «cosa de todos», tal como la Fundación Privada Vila Casas viene insistiendo.

Con recursos finitos no es posible ofrecer al ciudadano una sanidad infinita. Además, no hay que olvidar que las necesidades van incrementándose a medida que la media de edad de la población aumenta, con los problemas que ello conlleva (mayor gasto en atención sociosanitaria, geriátrica, etc.), y que un nuevo factor, el de la población inmigrante que viene buscando refugio a sus carestías, también crece. Cerrar los ojos ante esta situación y aplicar medidas de choque no es la solución.

Tenemos que reconocer que, en la actualidad, aún tenemos un buen sistema sanitario, pero también tenemos que recordar que no va a poder mantener su sostenibilidad por mucho tiempo, a pesar del bajo coste de la prestación media, tema que esta Fundación ha recogido en su colección de

libros *Opinión Quiral*, con el volumen dedicado a *La sostenibilidad del sistema sanitario*.

Ello nos lleva a una primera reflexión: el Estado debe revisar los presupuestos sanitarios con una política de consenso o sin ella, aunque esa revisión implique un coste en las urnas.

Los avances tecnológicos demandan nuevos criterios de inclusión en el sistema. Con los recursos de que se dispone hoy en día no debería haber impedimento alguno para mejorar la eficiencia. Se lanzan a debate algunas propuestas para conseguirlo:

- Invertir en una mejor formación.
- Incentivar al personal.
- Amortizar la instrumentación, a veces obsoleta.
- Flexibilizar y reconvertir algunos servicios.
- Compatibilizar la medicina pública con la privada.
- Potenciar los centros de calidad, unificándolos en puntos neurálgicos de la geografía, etc.

Desde un punto de vista ético, el Estado debe proteger de igual manera a todos los ciudadanos, aportando más el que más tiene, ya sea paciente, médico o comunidad. Tal solidaridad se ha de hacer con la rapidez suficiente para que el deterioro no sea irreparable.

Para debatir sobre el presente y el futuro de las listas de espera, los invitados al undécimo de los Encuentros Quiral son Julián García Vargas, Xavier Trias, Manuel Aznar, Alicia Granados, Alejandro Arís e Isabelle Runkle de la Vega.

Antoni Vila Casas
Presidente de la Fundación Privada Vila Casas

Sumario	2
Presentación	2
ANTONI VILA CASAS	
Listas de espera	3
Ponentes	
Julián García Vargas	5
Xavier Trias	6
Manuel Aznar	7
Alicia Granados	8
Alejandro Arís	9
Isabelle Runkle de la Vega	10

Debate	11
Conclusiones	15

CUADERNOS QUIRAL

AÑO 5 • NÚMERO 11 • PUBLICACIÓN CUATRIMESTRAL • JULIO 2002

Edita: Observatorio de la Comunicación Científica, UPF

Fundación Privada Vila Casas, Ausiàs Marc, 20 - 08010 Barcelona

Coordinación: Àngeles Canals

Producción editorial: Rubes Editorial, S.L.

ISSN: 1578-6056 • Depósito legal: B-52 114-98

LISTAS DE ESPERA

El 18 de mayo del 2000 el diario *La Vanguardia* publicó una Carta al Director del Dr. Alejandro Arís, cirujano jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), sobre la muerte de siete pacientes que estaban en espera para una operación de corazón. Su publicación fue el inicio de la que en el entorno mediático se ha llamado «la crisis de las listas de espera». No era, sin duda, un tema nuevo. Antes de la carta del cirujano de Sant Pau, en otros muchos momentos en estos últimos años, la prensa ha dado cuenta del problema de las listas de espera. Sin embargo, la particularidad de los acontecimientos del 2000 es que desatan una rápida respuesta: primero por parte de otros médicos y cirujanos que se encuentran en la misma situación, después por parte de los estamentos políticos, más tarde por parte de las autoridades técnico-político-sanitarias, quienes anuncian medidas multimillonarias para atajar el problema. Han pasado dos años justos desde la carta de Arís. ¿Qué ha sucedido en este tiempo? ¿Cuál es la situación actual de las «listas de espera»? ¿Se han llevado a cabo las medidas anunciadas? ¿Han sido efectivas?

Cabe decir que la cuestión de las listas de espera no es sólo un problema de la sanidad española, sino del sistema sanitario moderno. La distribución de recursos limitados para las prestaciones sociales es una de las preocupaciones más importantes del Estado del bienestar, en especial dentro de la Unión Europea. En Gran Bretaña, Italia y otros países de la Unión el tema de las listas de espera ha sido recurrente tanto en las campañas políticas, como en las crisis sanitarias. Las políticas para determinar el acceso a la atención de pacientes son múltiples, ya que no existe un consenso general de cómo distribuir los recursos (monetarios, humanos, etc.) cuando éstos son escasos y, casi siempre, excluyentes, para alguna parte de la población. El aumento en la esperanza de vida, la creciente conciencia por parte de la población de las posibilidades médicas y la vida actual, en general, han llevado a que el tema de las listas de espera cobre hoy una gran importancia y, ya que nada nos permite pensar que no seguirá aumentando en el futuro, es necesario reflexionar sobre las medidas que puede adoptar nuestra sociedad para actuar de la manera más correcta.

Cronología

La citada carta al director del Dr. Arís fue el detonante de la segunda crisis sanitaria más importante del año 2000, según los registros del *Informe Quiral*. El objetivo de la carta fue sensibilizar a los responsables sanitarios frente a la necesidad de aumentar los recursos. Las investigaciones sobre las muer-

tes mencionadas en la carta no se hicieron esperar, al igual que los ecos de otros profesionales, que denunciaron problemas similares en otros hospitales. A través de las informaciones publicadas por la prensa comenzó una polémica sobre el estado de los servicios de cirugía y trasplantes catalanes y, luego, españoles. La alarma social se acentuó cuando, a finales de mayo, se publicaron noticias sobre nuevos fallecimientos en Asturias y Zaragoza, a causa de demoras en las listas de espera. Según el *Informe Quiral*, la ministra de Sanidad y Consumo reaccionó frente a estas informaciones declarando que su prioridad es «acabar con las listas de espera del Insalud a corto plazo» y convocando a los consejeros de Sanidad de todas las comunidades autónomas para buscar una solución conjunta. El *conseller* de Sanidad catalán, Eduard Rius encarga, tras la publicación de la carta del Dr. Arís, la investigación de las muertes y la creación de un registro de las listas de espera, mientras el colectivo médico propone soluciones: aumentar el número de unidades de cirugía cardíaca, desviar algunos pacientes a centros privados, aumentar el horario de funcionamiento de los quirófanos. Se hace patente que el problema no sólo tiene que ver con las intervenciones, sino también con el diagnóstico y las visitas a especialistas. Dentro de la crisis política que se genera, se aprovecha el conflicto para denunciar las demoras en las listas de espera de los ancianos por plazas en centros de asistencia geriátrica y en el sistema judicial. El 6 de junio, la Generalitat propone un «plan de choque» que consiste en la inversión extra de 3000 millones de pesetas en el sistema sanitario, para reducir las listas de espera de cualquier dolencia a un máximo de seis meses. El 7 de junio de ese año se anuncia la creación de una comisión de expertos para estudiar la situación en cada comunidad, que no dispondrá de datos hasta finales del 2001. Frente a la decisión del Gobierno central, el presidente de la Generalitat de Catalunya afirmaba que obtendría dinero de recortes en otros proyectos.

La ministra de Sanidad y Consumo, Celia Villalobos, toma también, a mediados de junio, la decisión de crear un plan de choque por tres meses, abriendo los quirófanos por las tardes y racionalizando el gasto en otras áreas, específicamente en el presupuesto farmacéutico.

La crisis de las listas de espera del 2000 termina cuando se publican tres informes (de la *Conselleria*, de la auditoría realizada en el Hospital de Sant Pau y del Colegio de Médicos de Barcelona), en los que se concluye que las muertes no son atribuibles a las demoras en las listas de espera.

Aunque el tema casi desaparece de los medios durante todo el año 2001, se mantienen algunas informaciones de gran importancia, ya que el fin de la crisis sólo se refería al esclareci-

miento de las responsabilidades en los fallecimientos, no a la solución del problema. En enero del 2001 se publica que la Generalitat ha logrado reducir de 108 a 45 días las esperas en intervenciones cardíacas. Durante el mes de marzo las noticias se centran en que, aunque había bajado el tiempo de espera de las listas para acceso a geriátricos en un mes respecto al año anterior, se mantiene en seis meses la media de espera. En abril, se anuncian cambios en los parámetros de selección de los candidatos a cirugías y trasplantes, lo que es elogiado por todos, aunque la oposición advierte que aún faltan recursos. En mayo se publican dos noticias que contradicen el éxito de los planes de choque de la Generalitat y Gobierno. Durante junio y julio sólo se publican cuatro noticias, que hacen referencia a la tardanza en las listas de espera de los pacientes geriátricos y a la reducción del tiempo en las listas de espera. En agosto se observa un aumento en las noticias, con dos temas principales: el Reino Unido decide trasladar a los pacientes que necesitan trasplantes a otros países de la Unión Europea, costeando los gastos, y el fallecimiento de un paciente en lista de espera para un trasplante de corazón, a lo que la Generalitat niega que existiese negligencia médica. En setiembre se mantiene el número de noticias del mes anterior, con referencias al éxito de las medidas desarrolladas por el Gobierno, y siguen apareciendo informaciones contradictorias.

Durante el período de octubre a diciembre sólo se publican 15 noticias. En octubre, el PSOE critica la falta de fondos para la reducción de las listas, se anuncia un estudio de la necesidad de reducir las listas de espera en Europa. En diciembre, se anuncia que los nuevos criterios (basados en aspectos médicos y sociales y no en el orden de llegada) se implantarán a partir de abril del 2002. En fin, el año termina con una manifiesta contradicción en algunas noticias y no es extraño que la última información sobre el tema, en el año 2001, una carta al director publicada en ABC, lleve por título «¿A quién creemos?».

Estado del problema

Las informaciones sobre las demoras de las listas de espera han tenido una gran cobertura, en especial por su relación con el riesgo de muerte de los pacientes y por su gran cantidad de aristas para opinar, desde la gestión de las listas, sobre el estado de la sanidad en general. Al existir muchas enfermedades con diferentes demandas de atención y diferentes ofertas, según sea el centro médico o la ciudad, se ha visto que el tema de las listas de espera, aparte de su importancia como problema médico, es utilizado como un instrumento político, ya sea por los partidos de Gobierno u oposición, producto de la sinergia que se crea entre su valor noticioso, médico y de gestión política.

Aspectos políticos

Según lo observado en la prensa en los años 2000 y 2001, es posible analizar el tema de las listas de espera desde ángu-

los muy diferentes. Dentro de las actuaciones gubernamentales, la decisión de tomar «medidas de choque» para este problema es favorable frente a la opinión pública y a corto plazo, ya que permite mostrar un movimiento de carácter político de gran alcance para la población afectada. Pero también significa una actuación inesperada, en la cual se redireccionan fondos asignados a otras prioridades menos palpables para la opinión pública. Otro de los elementos observados es la disparidad de las aseveraciones, según sean de la oposición o de los partidos de Gobierno, con una clara contraposición de información, lo que se traduce en confusiones para los afectados. La creación de comités de expertos es vista como una de las medidas más acertadas, ya que permite el estudio de una situación tan delicada como las listas de espera, aunque sus resultados suelen ser entregados a largo plazo.

¿Es una crisis sanitaria?

El problema generado por las listas de espera tiene una gran repercusión en el sistema sanitario. Si la asignación de recursos, según sean las prioridades, plantea a médicos y gestores la toma de decisiones que son difícilmente de consenso, la reasignación de recursos escasos —producto de una crisis sanitaria conocida por la opinión pública— mejora un sector en detrimento de otro. La capacidad de infraestructura y personal sanitario es puesta a prueba, si se parte de la base que los profesionales del área trabajan con un alto nivel de exigencia. Las listas de espera son muchas y de distintos tipos, muchas de ellas inevitables, como en el caso de los trasplantes (por las disparidades entre la disponibilidad de órganos y las características de los pacientes), pero otras pueden ser consideradas como vectores de detección de las necesidades de personal o infraestructura, como en el caso de la cirugía y de la geriatría.



Desde la bioética

Por último, las repercusiones éticas de la crisis en las listas de espera (un problema donde uno de los aspectos más importantes en juego es la posibilidad de muerte de pacientes producto de una deficiente cobertura asistencial) plantean problemas que difícilmente pueden ser solucionados con decisiones de carácter temporal, como los planes de choque. Se hace patente la necesidad de tener protocolos claros y, en lo posible, consensuados, sobre la asignación de recursos escasos frente a la actuación profesional de la medicina. La creación de variables que consideren aspectos clínicos, individuales y sociales para una correcta toma de decisiones es uno de los aspectos más importantes en la búsqueda de soluciones a un problema que, muy probablemente aumentará en los próximos años, ya que la esperanza de vida de los españoles y europeos seguirá en aumento, y la confianza en aquello que la medicina aporta a la población se ha convertido en uno de los temas de mayor importancia para la sociedad.

PONENTES

JULIÁN GARCÍA VARGAS

Ministro de Sanidad y Consumo desde 1986 a 1991,
y ministro de Defensa desde 1991 a julio de 1995.

En la actualidad es consejero del Grupo Excem
y de otras empresas privadas.

En teoría, el problema de las listas de espera es un ejemplo de lo que constituye un instrumento de regulación de un mercado cuando no hay precio ni previsión de asignarlo, y la cantidad de ese bien es limitada. La demanda tiene que estar regulada por una forma de racionamiento, que en este caso es el tiempo de espera. Como la oferta no es solamente limitada, sino que en los sistemas públicos, además, es poco flexible, el problema se agrava. La falta de flexibilidad de los sistemas públicos se debe, por ejemplo, a que las retribuciones, los horarios de los profesionales, el funcionamiento de los centros, etc. están muy regulados.

Así, la causa principal de la lista de espera es una limitación crónica de recursos en los sistemas públicos, pero aun existiendo un aumento paulatino de esos recursos, la propia oferta genera más demanda y, por tanto, se produce un problema recurrente, incluso cuando se toman decisiones urgentes. Es necesario establecer cuáles son los recursos más determinantes de una lista de espera; por ejemplo, en España se da la situación de que hay un número excesivo de médicos en ciertas especialidades y, sin embargo, se detecta que en algunos lugares faltan médicos, en otros faltan especialistas, en otros camas, dinero para pagos extras a los profesionales, aparatos o cirugía ambulatoria. Por ello, al referirse a las listas de espera hay que desagregar y matizar mucho: la lista es muy distinta según el centro hospitalario, el área, la especialidad, etc. A su vez, la lista de espera constituye un sistema de racionamiento que está regulado por ley, es decir, no es algo que haya aparecido recientemente, sino que ocurre cuando se universaliza la asistencia. Su regulación legal, por el Real Decreto 63/95, pretende que el racionamiento garantice siempre la equidad en el trato y que se distribuya equitativamente la incomodidad, el coste que la lista de espera lleva consigo.

Otro factor asociado a la lista de espera es el envejecimiento de la población, que es un gran avance de la ciudadanía, pero conlleva secuelas, como el incremento de patologías que se manifiestan tardíamente. Habría que preguntarse si



parte de la atención médica convencional no se podría desviar hacia una atención médica paliativa, o sociosanitaria; en muchos casos, por ejemplo, se trata de personas de edad muy avanzada y de enfermedades muy crónicas. Es una difícil decisión, que requiere un debate.

Algunos países, como el Reino Unido, han introducido medidas para limitar la demanda de tickets moderadores en determinadas prestaciones, tales como áreas de diagnóstico o primeras consultas. Si de lo que se trata es de desestimular el continuo aumento de la demanda, cabría la posibilidad de poner más barreras administrativas para traspasar la atención primaria.

Otra opción pasa por aumentar la complementariedad a través de la oferta privada, una solución necesaria pero insuficiente. Las empresas privadas no pueden estar al albur de que exista o no un plan de choque, y que de ello dependan sus contrataciones. No obstante, sí hay que reconocer que la asistencia privada tiene una ventaja para solucionar esos problemas concretos, temporales, ya que por su dimensión, por su sistema de contratación del personal, etc., es flexible, y puede atender ciertos picos de la demanda, organizando una atención muy estandarizada y especializada de patologías muy difundidas, por ejemplo, las cataratas, a costes muy ajustados.

En los dos últimos años se ha hecho un esfuerzo racionalizador, al implicar al Consejo Interterritorial en el asunto. Como consecuencia de ello, se ha creado una comisión de trabajo, formada por profesionales de todas las especialidades —que son quienes conocen el día a día del problema—, con recomendaciones sobre qué se incluye en la lista de espera, cómo se maneja, quién debe tener prioridad y cuáles son los problemas de fondo. Pero también creo que, en aquello que atañe a las transferencias a las comunidades autónomas, el problema se va a complicar: las comunidades con listas más cortas deben aceptar pacientes de otras comunidades con listas más largas. Éste es un debate que va a estar sobre la mesa muy pronto y para el que deberíamos estar preparados.

XAVIER TRIAS

Ex *conseller* de la Presidencia y de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya.

En la actualidad es el portavoz de CiU en el Congreso de los Diputados.

Las listas de espera son una realidad, un problema que existe, y que, en ocasiones, ha sido utilizado desde perspectivas diversas: mediática, profesional y política. Qué son, qué representan, qué problemas generan y qué consecuencias pueden tener para el sistema sanitario son algunas de las cuestiones fundamentales a debatir, más que la evidente existencia de las mismas.

Creo que las listas de espera tienen una relación directa con el modelo sanitario del país, normalmente no se habla de listas de espera en los países que tienen un sistema sanitario ligado a un seguro libre. Aquellos países cuya sanidad se sustenta en una financiación pública, pero que también tienen una parte importante de seguro privado, raramente generan listas de espera. Éstas existen, sobre todo, en sistemas sanitarios con un modelo fundamentado en un gran Servicio Nacional de Salud, como en España, o en Gran Bretaña el National Health Service. Un servicio universalizado como éstos tiende a no poner barreras, a acercar la asistencia de una manera muy directa al usuario; por tanto, el sistema sanitario se va haciendo muy asequible, con un grado de equidad muy importante.

La propia *asequibilidad*, el intento por acercar los servicios al ciudadano, genera en muchas ocasiones listas de espera y, en ese sentido, son inevitables. Lo que es necesario estudiar es si son soportables o no y si tienen sentido o no lo tienen. Así, no es cierto que en el sector privado no haya listas de espera, también las hay, lo que ocurre es que tienen un enfoque distinto: por ejemplo, imaginemos un oftalmólogo que visite a un paciente con cataratas y, en lugar de anotarlo en lista de espera (como hace la sanidad pública), le dice que «deben madurar» y que es mejor esperar un poco para la intervención. Son modelos sanitarios distintos, que crean situaciones diferentes.

Como ex director general de Salud Pública y ex *conseller* de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, he vivido los altibajos del tema de las listas de espera. En 1981, por ejemplo, al incorporarme a la *Conselleria*, nos encontramos con una situación realmente muy curiosa: en ese momento, en Catalu-



ña, había casi cinco camas por mil habitantes destinadas al tratamiento de agudos, tomamos la decisión de cerrar unos 50 hospitales que estaban dando una mala calidad y los convertimos en centros sociosanitarios. Con ello, la sanidad catalana acabó con tres camas por mil habitantes (que es un buen índice para agudos) y nos preguntaban por qué esos niveles y no otros; nuestra respuesta fue clara: son las que podemos pagar en nuestro sistema sanitario, ésta es la realidad...

Existe una mayor demanda ligada a los avances tecnológicos, a la propia democracia basada en la participación del usuario, a la conciencia de los derechos que tiene la ciudadanía, de cómo va a utilizar los servicios sanitarios. Esto, evidentemente, ha generado la necesidad de crear más oferta, más distribuida por el territorio y, en lugar de disminuir la demanda, todo ello ha generado muchísima más demanda. Al apostar por una sanidad de calidad, la demanda tiende a crecer, nunca a disminuir. ¿Quién no quiere ser el beneficiario de unos buenos servicios de salud?

Actualmente, estamos ante una crisis de modelo: los partidos mayoritarios no tienen un modelo claro de lo que se quiere para la sanidad y creo que se debería elaborar uno, que ante todo preservara la *equidad*. Son muchas las repercusiones y los aspectos directamente relacionados con ese patrón; no sólo están implicadas la atención sanitaria y hospitalaria, las urgencias, etc., sino también la atención a la gente mayor (el denominado sistema sociosanitario), el gasto farmacéutico, etc. El planteamiento para una reforma debería contar con otros ministerios además del de Sanidad y Consumo, e implicar al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de Ciencia y Tecnología, de Hacienda, de Economía y, naturalmente, al de Administraciones Públicas.

Reformar el modelo sanitario, involucrar a los profesionales en la gestión, no utilizar las listas de espera como arma política entre partidos y contar con una cierta complicidad por parte de los medios de comunicación son algunas ideas para el debate.

MANUEL AZNAR

Licenciado en Derecho.

Desde 1983 ha desempeñado diversos cargos en la Institución del Defensor del Pueblo, de la que actualmente es secretario general.



La recepción de quejas sobre listas de espera para la realización de consultas médicas, pruebas de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas ha sido una constante desde que el Defensor del Pueblo iniciara sus actividades en el año 1983. Esta reiteración parece demostrar que nos encontramos ante un problema de difícil solución, incluso si el objetivo se contempla en términos posibilistas, no pretendiendo el *desideratum* de eliminar por completo la existencia de tales listas, sino limitándose a procurar que el tiempo de espera para tales consultas, pruebas e intervenciones sea simplemente razonable.

Hay que tener en cuenta que las quejas recibidas por el Defensor del Pueblo se refieren a tiempos de demora en centros hospitalarios concretos y en patologías determinadas (...), quejas que constituyen pistas de utilidad para rastrear los problemas sociales. En el momento actual, el Defensor mantiene abierta una investigación de carácter general sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, que es la principal causa de insatisfacción de los ciudadanos respecto de la sanidad pública.

En el informe del 2000 presentado por la Institución, se citan, a título ilustrativo, casos de demoras como: dos años, aproximadamente, para la realización de estudios polisomnográficos en los centros del Instituto Nacional de la Salud en Castilla y León; más de dos años para intervenciones de procesos atinentes a la obesidad mórbida en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid; seis meses para la realización artroscopias en el Hospital San Juan de Dios, dependiente del Hospital de Cruces, de Vizcaya; y tres meses para ecografías abdominales en el centro de especialidades Hermanos García Noblejas, de Madrid.

Durante el 2001 se han seguido recibiendo quejas sobre casos de tardanza en recibir asistencia sanitaria (más de 20 meses para una intervención de prótesis de cadera; más de un año para cirugía bariátrica; 18 meses para la obtención de resultados de estudios necróticos; ocho meses para resonancias magnéticas; [...] y dos meses y medio para la realización de biopsias con carácter preferente. Se ha podido comprobar asi-

mismo la existencia de amplios períodos de espera, superiores por lo general a un año desde que se realiza la indicación correspondiente, para la aplicación de las técnicas de fecundación *in vitro*.

En el informe correspondiente al año 2000, el Defensor del Pueblo se refiere a la implantación de planes específicos para reducir las listas de espera, reforzados con medidas complementarias: incremento de la cirugía mayor ambulatoria; creación y utilización de hospitales de día; incremento de la actividad asistencial; y realización de cirugía menor en el nivel de atención primaria. El Defensor hacía asimismo hincapié en la relación de las listas de espera con la calidad de las prestaciones sanitarias y con la equidad en el acceso a ellas. En tal sentido, señalaba que la reducción de la demora en la recepción de la asistencia demandada es un indicador de la calidad de las prestaciones, a la vez que constituye un factor que contribuye a garantizar la equidad en la dispensación de aquéllas. En relación con ello, es importante mantener la homogeneidad de los indicadores y de los criterios en la materia, en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

De otra parte, el Defensor avalaba la idea de establecer, para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, tiempos máximos de espera, de modo que, una vez superados, el paciente tendría derecho a ser inmediatamente atendido en el centro que se determinase. En tal sentido, ha de añadirse que dicha atención, siguiendo el criterio de algunos antecedentes existentes sobre ello, podría recibirse en centros privados, en defecto de la posibilidad de hacerlo en centros de titularidad pública.

Por último, no es ocioso salir al paso de la posible justificación de los excesivos tiempos de demora en el hecho de que no afecte a procesos vitales. Según mi criterio, esta posible justificación no atiende al hecho de que tal demora, aunque no ponga en peligro la vida del paciente, afecta a su calidad de vida. Ello es aún más importante, si cabe, cuando se trata de personas de edad avanzada, pues su horizonte temporal es más corto, de modo que no deberían ver dañada su calidad de vida por la tardanza en recibir la asistencia que precisan.

ALICIA GRANADOS

Doctora en Medicina y Cirugía.

Directora Gerente del Instituto Catalán de la Salud.



Las listas de espera son un fenómeno persistente desde los inicios de los años setenta y ochenta. Están presentes en la práctica totalidad de los sistemas sanitarios europeos públicos, independientemente de su tipología o de su gasto sanitario público. Afectan tanto a la atención primaria como a la especializada y tienen importantes implicaciones sociales, sanitarias y económicas tanto para los sistemas sanitarios como para los usuarios de los servicios. Por su trascendencia social, las listas de espera han estado presentes en la mayoría de medios de comunicación y, en nuestro país, sobre todo en los últimos años.

Las listas de espera responden, a grandes trazos, a un desajuste entre demanda y oferta cuyos factores explicativos son múltiples y complejos. Entre ellos debemos contemplar los avances científicos en procedimientos quirúrgicos y técnicas diagnósticas, la variabilidad de la práctica clínica, el incremento de las necesidades de servicios propias del aumento de la esperanza de vida y de cambios epidemiológicos, y el aumento de las expectativas de los usuarios en relación con los servicios.

Existe un gran consenso científico, y propio de la gestión, de que las respuestas de los agentes sanitarios son y deben seguir siendo multidimensionales, dirigidas tanto a reducir el tamaño de las listas, a reducir el tiempo de espera o de resolución, como a poner en marcha propuestas para su mejor gestión y racionalización.

El incremento de la oferta sanitaria, el uso del sector privado, la potenciación de los sistemas de información, el uso

de mecanismos y criterios explícitos para su priorización, las políticas que inciden en la reducción de la variabilidad de la práctica clínica, los mecanismos de financiación e incentivos para los proveedores, la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, el desarrollo de alternativas asistenciales a la hospitalización, el uso de tiempos de garantía o las mejoras en la utilización de recursos, son ejemplos de propuestas, ya en marcha, a distintos niveles micro, meso y macro de decisión del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya.

La variable temporal de las medidas a adoptar es también fundamental. Está demostrado que en la efectividad de estas políticas juega un papel fundamental la capacidad de todos los decisores de integrarlas y hacerlo en un horizonte temporal amplio, con medidas a corto, medio y largo plazo.

Los sistemas de información así como el consenso con relación a la naturaleza y tipo de indicadores que deben alimentarlos tienen asimismo un papel primordial. Son el elemento que imprime rigor a la necesaria transparencia y definición de responsabilidades, y a la evaluación de la efectividad, eficiencia y equidad de las actuaciones. En Cataluña se ha avanzado en la estandarización y transparencia en cuanto a definiciones, depuración y criterios de inclusión y tamaño de las listas de espera. También se observan avances en investigación y evaluación aplicadas con relación a éstas.

Los valores de efectividad, equidad y eficiencia de nuestro sistema sanitario deben continuar siendo los inspiradores de toda acción.

ALEJANDRO ARÍS

Doctor en Medicina.

Actualmente es jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona.



El problema de las listas de espera tiene una explicación tan simple como matemática: la demanda es superior a la oferta. Lo que ocurre es que existe un trasfondo con connotaciones humanas, económicas y políticas. En primer lugar se trata de una situación que no puede regirse por las leyes de mercado, ya que el sujeto que la padece es un individuo enfermo. Se está retrasando un servicio en que la salud, el bienestar y hasta la vida de un paciente están en juego. En segundo lugar, el coste para resolver el problema es exponencial. Cuantos más servicios provea la sanidad pública, más aumentarán las listas de espera. Una provisión de servicios generosa y gratuita como la que tenemos todos los españoles hará que ésta aumente en todos los terrenos. La población envejece y cada vez hay más pacientes ancianos susceptibles de intervenciones quirúrgicas. Mientras en algunas se trata tan sólo del bienestar del paciente, en las intervenciones de corazón se trata de su vida. Y la sociedad (familiares y el propio enfermo) está informada de que existen tratamientos para estas patologías y las exigen. A ello hay que sumar una mejora indudable en la asistencia sanitaria. Profesionales bien formados revelan patologías que antes, por ignorancia o por falta de formación o de medios, resultaban indagnosticadas.

Todo ello nos lleva a una distribución de los recursos económicos por parte de las distintas administraciones. Si el monto total a gastar permanece inamovible, para reducir las listas de espera habrá que recolocar recursos destinados a otras partidas, ya sean culturales, de seguridad o de infraestructuras, con el consiguiente coste político que esto representa. La oposición se tira a la yugular del Gobierno si existen listas de espera, pero también lo hace si disminuyen prestaciones en otros campos. [...] Algunas soluciones son:

- Aportar más dinero a la sanidad, o bien gastar menos en sanidad, pero no en detrimento de las intervenciones. Por ejemplo, el copago de las especialidades farmacéuticas conllevaría una reducción drástica de los gastos en sanidad. Lo que ocurre es que gobierno alguno se atreve a ponerle el cascabel al gato en el asunto del medicamentazo.
- Que la sanidad pública se haga cargo de las prótesis que

no son financiadas en las pólizas de cobertura sanitaria privada. Ya que existe un elevado porcentaje de ciudadanos que tienen cobertura doble, pública y privada (en Cataluña es cerca de 1 de cada 4), la sanidad pública se beneficiaría de que estos pacientes se operasen en centros privados si se hiciera cargo de las prótesis. Con ello se reduciría el número de pacientes candidatos a una intervención en un 25 %. El coste de una prótesis, ya sea un marcapasos, una prótesis de cadera o una válvula cardíaca hace que muchas veces el paciente decida operarse en la sanidad pública, despreciando la opción privada que tiene muchas y mejores prestaciones hoteleras y a menudo el mismo cirujano que le operaría en la sanidad pública.

- Establecer un copago en las intervenciones quirúrgicas. Educar a la población que *papá* Estado no puede hacerse cargo de todo. Tan delicado políticamente como el medicamentazo.
- Derivar pacientes a centros privados. Ya se hizo con el plan de choque. La disposición de adoptar esta medida por parte de la Administración está en relación directa con el «ruido» que la población hace respecto a una determinada patología.
- Agilizar las listas de espera de procedimientos diagnósticos (análisis, radiografías, escáneres, ecografías, etc.). El pistoletazo de salida de la lista de espera se da cuando al paciente se le dice que se tiene que operar. Los cirujanos somos los malos de la película pero, ¿cuántos meses ha pasado el paciente yendo de la ceca a la Meca hasta que se le ha diagnosticado una enfermedad susceptible de ser operada?

En resumen, mientras exista buena medicina y buenas prestaciones, las listas de espera no desaparecerán. La fórmula mágica para que se acorten pasa por alguna de las medidas enunciadas o por una combinación entre todas ellas. Se trata de ajustar estas medidas lo mejor posible para que patologías potencialmente letales sean operadas con prontitud y no se cree una alarma social ante esta situación. La población exige cada vez más y no se le puede someter a esperas injustificadas. Los políticos que tienen el dinero tienen la palabra. Los ciudadanos se lo pagarán con votos.

ISABELLE RUNKLE DE LA VEGA

Doctora en Medicina y en Economía.

Portavoz de la Confederación Sindical de la Comisión Ejecutiva del Consejo del Insalud, y miembro de la Secretaría Institucional de CCOO.



Nuestra organización considera la reducción de tiempos de espera del sistema sanitario español una prioridad, tanto para una correcta atención a la población como para la propia legitimación del sistema.

Hay que cuestionar los paradigmas tradicionales. Durante demasiado tiempo, se ha considerado que las listas de espera eran intrínsecas a los sistemas sanitarios públicos, ya que en ellos, en gran medida, la demanda de atención está en función de la oferta que, a su vez, tiene dos componentes: el tipo de servicio que se ofrece o cartera de servicios (componente cualitativo) y la lista de espera (cuantitativo).

En una economía sanitaria de mercado el acceso y la utilización de los servicios están limitados mediante el precio; en los sistemas públicos tradicionalmente se ha racionado a través de la cartera de servicios y de las listas de espera. El ejemplo clásico fue el National Health Service (NHS) de Inglaterra y Gales. Además, y en ausencia de otras variables, se podría considerar que una disminución de la lista de espera automáticamente induciría a un incremento de la demanda, que a su vez volvería a incrementar la espera.

Ello es, en parte cierto, sobre todo si las medidas orientadas a disminuir la lista de espera se limitan a incrementar la oferta de servicios, sin más.

Las políticas de reducción de espera deben enfocarse, decididamente, a introducir mejoras de la organización, de la gestión, de los mecanismos de priorización, y a mecanismos que colaboren a incrementar la salud del paciente mediante listas de espera «activas», todo ello incrementando los recursos materiales y humanos si se precisa. No pueden limitarse a incrementos de la oferta de servicios.

La protocolización deberá basarse en la evidencia científica: los tiempos de espera no deben ser iguales para cada paciente, sino estar en función de la gravedad del diagnóstico. La sistematización o estandarización de la priorización de la espera sigue siendo una asignatura pendiente...

Asimismo hay que seguir avanzando en la mejora de la gestión administrativa de las demoras. No debe figurar el mismo paciente en dos listas para la misma consulta o el mismo proceso. Cabe actualizar las listas, para que no figuren pacientes ya fallecidos, o personas cuyo problema ya ha sido resuelto. Hay que asegurar que no pueda haber enchufismo en las listas. Es imprescindible mejorar la gestión de agendas de consultas, que pueden llegar a ser realmente caóticas por rígidas y/o pésimamente planteadas.

Otras medidas incluyen potenciar una mayor eficacia en la utilización de recursos, como incrementar los tiempos de uso de los medios diagnósticos y de quirófanos, cuando sea factible, así como que haya actividad asistencial por la tarde. Potenciar, en general, los ambulatorios o centros de especialidades, punto clave para la reducción de demora cerca del domicilio del paciente. En el Insalud, ha habido una sensación de «estar olvidados» a pesar de que atienden a un número mucho mayor de pacientes que las consultas hospitalarias. Y no hay que olvidar que, antes de implementar medidas, habrá que realizar *análisis de impacto*: cualquier plan de choque puede fracasar sin ellos.

Es importante potenciar el papel preventivo que debe desarrollar la atención primaria para mejorar el nivel de salud de la población: lo mejor es una buena prevención, así como impulsar la colaboración entre comunidades autónomas, donde pueden haber demoras menores (este año, el NHS ha empezado a enviar a Francia pacientes para ser intervenidos quirúrgicamente).

En cuanto al Ministerio de Sanidad, debería ejercer un papel muy activo en el desarrollo de metodología y conocimiento, que pueda servir de apoyo a las comunidades autónomas. Esto debería incluir también la financiación de investigación relevante, que permita sentar unas bases sólidas para todo proceso de toma de decisiones, de forma que éstas no estén orientadas únicamente al corto plazo en respuesta a la presión mediática.

DEBATE

Después de las ponencias, los asistentes iniciaron un foro de discusión que los llevó a abordar asuntos como el tema de mejorar la gestión sanitaria, ante la imposibilidad de suprimir las listas de espera, y profundizar sobre si España necesita un nuevo modelo de sanidad, en el que el tema de los recursos económicos y del debate profesional y político sobre la salud están siempre presentes.

Pacto político para solucionar las listas

Milagros Pérez Oliva, periodista del diario *El País*, comenzó el coloquio planteando la necesidad de un pacto político de no agresión, necesario para resolver el tema de las listas. Para ella, las listas tienen un alto contenido político, por lo que «tendría que ser un pacto para buscar soluciones y tratar de gestionar un problema que ninguna Administración está en condiciones de garantizar que podrá solucionar al 100 %», y que sino es así, «estamos cayendo reiterativamente en mecanismos de funcionamiento que no solamente no resuelven el problema, sino que muchas veces tienden a confundirlo más». Para la periodista, en la sociedad se unen la prisa y la poca tolerancia a las esperas con los mitos de los avances de la medicina, lo que produce mucha frustración por las esperas en la atención. Tras recordar la carta del doctor Alejandro Arís, se planteó si «con estas reacciones compulsivas –tipo planes de choque– que estamos haciendo al tema de la lista de espera, ¿no estamos de hecho de-

morando, en la medida que sea posible, una cierta mejora al problema?». Se mostró preocupada con la forma de gestionar las listas, donde la demora ya no se produce en la operación sino en etapas anteriores, como el diagnóstico, y preguntó en voz alta «dónde está en estos momentos la lista de espera».

La doctora Alicia Granados respondió: «No me gustaría desautorizar los planes de choque, éstos cumplen su función», y agregó que los planes deben acompañarse de medidas a medio y largo plazo, que «tienen su efecto desde el

«Por fin estamos en una situación normal, hemos conseguido un sistema que tiene los mismos elementos en crisis y el mismo debate que tienen los demás.»

JULIÁN GARCÍA VARGAS

punto de vista de la capacidad del sistema». Además recordó que las listas de espera son un problema a escala mundial, que «da igual el tipo de sistema sanitario, el modelo de sanidad, e incluso es un problema independiente de quien gobierne, o del gasto sanitario» y que la situación de España no es diferente a la de otros países industrializados con un modelo de sanidad similar.

Xavier Trias se mostró de acuerdo con la necesidad de un pacto de no agresión, unido a que se le explique a la gente qué son las listas de espera y cuáles son los esfuerzos que se hacen para

mejorar. «Es verdad que se puede buscar una eficiencia mucho mayor, pero incluso en el sistema más eficiente habrá situaciones extremas.» Señaló, además, que le preocupa que los informes del Defensor del Pueblo presenten una imagen tergiversada de la realidad sanitaria, a través de las que «se puede cometer una gran injusticia en el sistema. Tú puedes explicar que hay tantos casos de gente que protesta y realmente no estás explicando cómo está funcionando realmente el sistema sanitario», a lo que Manuel Aznar pidió que se tuviera cautela al manejar las cifras de la institución en la que trabaja, recordando que «el Defensor maneja la parte patológica de la Administración y, por tanto, si con esas cifras referidas a hospitales y patologías concretas son usadas para conclusiones generales es posible hacer una edición sesgada». Los datos de la Institución del Defensor del Pueblo sobre quejas pueden servir «para tener pistas que indiquen dónde hay un problema, y es en este sentido cuándo debe utilizarse».

Trias señaló, a continuación, que la situación de crisis creada por las listas de espera deben intentar corregirse con actuaciones como los planes de choque, pero que las situaciones de alarma pública «en el 99,9 % de los casos es mejor solucionarlas internamente porque sino realmente acabas creando una situación de angustia, difícil de soportar por parte de la gente».

Después, García Vargas dijo que «las listas de espera se pueden racionalizar, se pueden hacer soportables, más eficaces en la eliminación del riesgo, pueden producir –a través de este con-



cepto tan interesante de la ‘lista activa’, incluso efectos beneficiosos, pero no se puede eliminar». Para él, el problema de fondo es la insuficiencia de recursos sanitarios en un sistema en el que el eje de la acción política está en la disminución de ingresos del Estado.

El anfitrión del debate, Antoni Vila Casas, hizo uso de la palabra para puntualizar que el problema de las listas de espera y de la realización de pactos de no agresión o de gestión «es un apéndice de una planta mayor que es el sistema sanitario. Creo que el pacto político tendría que ser sobre el sistema nacional de salud que queremos para nuestro país, y de qué forma lo modificamos», agregando que también en otras áreas de la sociedad es necesario realizar acuerdos. «Creo –dijo, aludiendo a los periodistas– que podéis hacer de catalizador, poniendo todo en evidencia, pero para sacar unas conclusiones que al final sean positivas». Recordó que muchas veces los periodistas pueden informar de tal modo que su opinión induzca a la mejora del sistema nacional de salud.

Mayores recursos frente a mejor gestión sanitaria

Más adelante, la periodista del diario *La Vanguardia*, Marta Ricart, preguntó sobre la ampliación de recursos y sobre la aplicación de criterios sociales

«Estamos cayendo reiterativamente en mecanismos de funcionamiento que no sólo no resuelven el problema, sino que muchas veces tienden a confundirlo más.»

MILAGROS PÉREZ OLIVA

de inclusión en las listas de espera. A lo que la doctora Granados respondió que «recursos no sólo es más dinero, también significa mayor infraestructura; son las personas, es aumentar la capacidad del sistema». Situó el problema en cuestión en la necesidad de un cambio

cultural más allá del aumento de recursos, en especial frente a temas como la inclusión de criterios sociales, agregando que cuesta que «éstos, que no son sólo criterios clínicos, calen en el personal sanitario».

Seguidamente tomó la palabra el ex ministro Julián García Vargas, quien contextualizó las acciones referidas a cambios en el sistema sanitario, recordando que «España tiene un sistema sanitario universal desde hace muy poco tiempo» y que comparado con los países europeos del norte, el proceso español ha sido muy rápido. Para García Vargas, «por fin estamos en una situación normal, hemos conseguido un sistema que tiene los mismos elementos en crisis y el mismo debate que tienen los demás».

Sobre las listas, el ex ministro dijo que sólo en los últimos años «se ha roto el maleficio de decir ‘hay que eliminar las listas de espera’». Se pueden eliminar algunas, pero el concepto no lo podemos eliminar. Los que estamos aquí no somos capaces de resolverlo, ni nadie».



Seguidamente le tocó el turno de preguntas a José Luis de la Serna, de *El Mundo*, para quien gran parte del debate surgido sobre las listas fue «bastante artificial», aunque reconoció que ha servido para abrir el debate. De la Serna dijo que uno de los problemas que él observaba es la excesiva demanda de prescripciones diagnósticas, que están cargando las listas de espera, porque «no hay 'buen rollo' entre el médico y el enfermo», y después estuvo de acuerdo con la idea de pactos que permitan mantener nuestro sistema sanitario, «un sistema que se está quedando como uno de los mejores del mundo, eso con seguridad».

Por su parte, el ex *conseller* Xavier Trias dijo que, en ocasiones, se magnifican las alarmas, pero sí existe un problema de listas de espera y que, aunque el sistema funciona bien, podría funcionar mejor, «por tanto, cada día hay que poner mecanismos para hacer este sistema sanitario más eficiente y más equitativo».

Según Trias, «el problema de fondo que hay actualmente en España, en nuestro sistema sanitario, es un problema de liderazgo», que no es asumible por ningún partido político. «Creo que lo más importante es saber que los recursos sanitarios que vamos a tener no van a ser infinitos, es decir, se habla de países que tienen problemas y situacio-

«Debe haber un pacto político, por que no se puede ir cambiando el modelo cada cuatro años.»

XAVIER TRIAS

nes críticas gastando el 12 % o 13 % del producto interior bruto, y tienen problemas porque han levantado una serie de expectativas falsas con un sistema muy poco eficiente.» Sobre la gestión, Trias prosiguió que «lo que no se puede hacer es no hacerlo bien hecho», consi-

derando que las agencias de evaluación tecnológica deberían desarrollarse más en toda España, y el Ministerio de Sanidad y Consumo «debería convertirse en una entidad que ayude a que se desarrollen agencias de evaluación».

Hacia la mitad del debate, cuando gran parte de las conversaciones pasaban por la importancia del modelo de la sanidad española, Àngels Gallardo, de *El Periódico*, preguntó sobre el modelo sanitario que necesita España y sobre la existencia de recursos suficientes para mantener el actual, o cambiar a otro modelo, recalcando que el problema tiene una gran carga política, además de explicar instrumentos como el copago de operaciones.

Trias, de acuerdo con Gallardo, comentó que el problema es que los partidos prefieren pelearse por las listas de espera y callar sobre la discusión de los problemas de fondo, porque las listas de espera tienen una «gran rentabilidad política». Señaló que, aunque no está seguro que el modelo sanitario resuelva

los problemas de sanidad, «tendríamos que buscar el modelo mínimo que se pudiera pactar entre todos los partidos políticos. Por eso digo que debe haber un pacto político, por que no se puede ir cambiando el modelo cada cuatro años». Para Trias, puede existir una colaboración entre lo público y lo privado, pero con un modelo claro, para que no se produzca una perversión del sistema sanitario, y recalcó que «lo que ha de quedar muy claro es cuánto dinero se tiene, cómo distribuirlo para que los servicios sean equitativos y qué mecanismos se utilizan para la equidad.»

«Recursos no sólo es más dinero... Es aumentar la capacidad del sistema.»

ALICIA GRANADOS

La doctora Granados respondió a la pregunta sobre recursos reiterando que las listas de espera no se terminarán, aunque «se pueden mejorar ostensiblemente, en términos de tiempo de espera, de tamaño, de prioridad». Sobre el modelo, para ella la tendencia en España es hacia la cooperación entre el marco público y el privado, «dejando muy claras las reglas del juego y sin complejos, con transparencia, con capacidad de rendir cuentas, sin miedos, con alianzas estratégicas. Y, sobre todo, en lugar de competir, debería haber más complementariedad entre el sector público y privado».

Marta Ciercoles, periodista del diario *Avui*, volvió sobre las listas de espera, al recalcar que hay listas tanto en el sector público como privado, pero «la percepción que tiene quien espera es muy distinta según se está en un lado u otro», explicando que en el sistema privado la espera se percibe como producto de la calidad de los especialistas y en el sector público todo lo contrario;

«¿tan difícil es incorporar este lenguaje a la pública?». Además, lanzó al debate la idea de informatizar las listas de espera con el objetivo de detectar los mismos nombres en varias listas.

A ello respondió Alicia Granados, quien afirmó que el problema de lenguaje en la atención, en un sentido amplio, ya lo habían detectado en el Instituto Catalán de la Salud, y que han puesto en marcha un plan para corregir este problema llamado *plan de receptividad*. Éste «trata de superar las barreras que nos separan del paciente, que no siempre son físicas o arquitectónicas, sino organizacionales, tecnológicas, con relación a determinadas actitudes y al tipo de información que se le da» al paciente.

Carmen Fernández, periodista de *Diario Médico*, preguntó sobre el futuro de las listas de espera en el contexto del traspaso de las competencias de sanidad a las comunidades autónomas y cuál será el papel del Ministerio, a lo que Trias respondió que «las transferencias crean competencia entre comunidades autónomas y, por tanto, hace que las cosas vayan mejor que con una gestión centralizada. Otra cosa es que esto va a generar una acción compleja y de tensiones económicas en las comunidades autónomas», recordando el traspaso de las competencias de sanidad a la comunidad catalana.

El ex ministro García Vargas quiso retomar el tema del modelo de sanidad español, unido al de falta de liderazgo, explicando algunos aspectos que deberían ser discutidos en este momento, aprovechando el traspaso de competencias en sanidad, como una vinculación permanente y estable entre los estamentos públicos y privados. Se refirió, a continuación, a la búsqueda de recursos adicionales: «Yo sí lo digo claramente, soy partidario del copago; sé que puede generar problemas si no se hace bien (rupturas en la equidad, deprimir cierta demanda que podría estar

justificada)». Por último, García Vargas espera que el tratamiento y el debate que se empieza a dar sobre las listas se proyecten sobre el debate de «encontrar fuentes adicionales de financiación», cuidando de no amenazar la equidad.

«¿Desde el punto de vista político, el copago, hoy por hoy, es asumible?», preguntaba el doctor Alejandro Arís, a quien García Vargas le respondió que «planteado así, como copago, sí». Inmediatamente, Xavier Trias explicó que «es evidente que nos tendremos que definir a la fuerza sobre la financiación de nuevas prestaciones», pero que alarmar a la gente hoy con temas como el copago era innecesario, y que habría que realizar un esfuerzo para presentar a la sociedad la manera de minimizar la alarma que pueden producir los posibles cambios en el sistema sanitario español.

Fundación Vila Casas 14 de mayo del 2002

Ponentes

Julián García Vargas
Xavier Trias
Manuel Aznar
Alicia Granados
Alejandro Arís
Isabel Runkle de la Vega
Antoni Vila Casas

Participantes

Marta Ciercoles (*Avui*)
Carmen Fernández (*Diario Médico*)
Debora Hap (*EFE*)
José Luis de la Serna (*El Mundo*)
Milagros Pérez Oliva (*El País*)
Àngels Gallardo (*El Periódico*)
Marta Ricart (*La Vanguardia*)
Miquel Vilardell (*Medicina Clínica*)
Raimundo Roberts (Observatorio de la Comunicación Científica)
Vladimir de Semir (Observatorio de la Comunicación Científica)
Ángeles Canals
(Fundación Privada Vila Casas)

CONCLUSIONES



Después de la exposición de los ponentes en este encuentro sobre las listas de espera y el posterior debate con destacados representantes de los medios de comunicación, la Fundación Privada Vila Casas concluye que hay hechos incuestionables que nos llevan a poder afirmar que la existencia de listas de espera, en los países con sistemas nacionales de salud públicos, es un problema difícil de resolver: la demanda del servicio es mayor que la oferta prestada.

Las medidas de choque que se aplican atenúan el problema... pero hay que buscar la solución. Ésta sólo puede producirse con un liderazgo claro y total por parte del Estado –y del Gobierno y Ministerio de Sanidad y Consumo correspondiente en cada legislatura–, para debatir y consensuar el modelo de sistema sanitario.

Sabemos que el gasto sanitario español con relación al producto interior bruto (PIB) nacional es bajo, si se compara con el de otros países de nuestro entorno. E intuimos que los fondos destinados a esa partida presupuestaria no pueden incrementarse de forma tan sustancial como para arreglar el problema. Creemos, por tanto, que ha llegado el momento de iniciar un debate sobre el Sistema Nacional de Salud, teniendo muy claras las premisas siguientes:

- No se puede cambiar totalmente el modelo actual.
- Hay que contemplar las posibilidades de coordinación entre el sistema público y el privado, consensuando los protocolos de tratamiento y las actuaciones médicas.
- Es necesario incrementar los recursos con eficiencia, dotándoles de fuentes de financiación adicionales.
- Deben mejorar las retribuciones a los profesionales, con la mirada puesta en lograr la dedicación exclusiva.
- La equidad del sistema debe prevalecer.

Éstas y otras medidas se han de ir aplicando en unos plazos apropiados (corto, medio o largo según de qué medida se trate), siempre intentando anticiparse a los acontecimientos.

No queremos decir que «ha llegado el momento», pero sí tenemos la seguridad de que, de no empezar pronto a liderar este proyecto sanitario que el país necesita, podemos poner en crisis lo que hasta ahora hemos conseguido, y que es considerado como muy aceptable.

Aun con el mejor de los sistemas de salud posibles, probablemente las listas de espera existirían, pero no dejaremos de trabajar para aminorarlas.