F. Abel
J. Domingo Alvárez
J.M. Martínez-Pereda
S. Mateu
C. Coll
J. González-Merlo
R. Usandizaga
F. Vergara
J. Zamarriego

Recursos necesarios en la mejora de la salud pública en obstetricia y ginecología

Grupo de trabajo
Coordinadores: Prof. J. Zamarriego y Prof. R. Usandizaga.
Participantes: Dra. C. Esteban (Medicina Familiar y Comunitaria. Ámbito rural), Dr. F. Izquierdo (jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de tercer nivel), Dra. M. Sancha (Obstetricia y Ginecología. Ambulatorio), Dr. L. San Frutos (Obstetricia y Ginecología. Médico adjunto de hospital de tercer nivel), Dr. A. Galindo (Obstetricia y Ginecología. Medicina perinatal), Dr. L. Chiva (Obstetricia y Ginecología. Ginecología oncológica), Dr. J.A. García Velasco (Obstetricia y Ginecología. Medicina de la reproducción) y Dr. Á. del Río (jefe de Servicio de Neonatología).

ÁMBITO Y DELIMITACIÓN DEL DOCUMENTO

El objetivo del presente texto es contrastar con los miembros de la SEGO una propuesta elaborada por su Comisión de Bioética. Esta propuesta va orientada a la obtención de recursos humanos y materiales para la asistencia en obstetricia y ginecología, en consonancia con el grado de desarrollo de la sanidad española en el marco de las sociedades desarrolladas y, en concreto, de la Unión Europea.

La mejora posible y realista de la asistencia en obstetricia y ginecología en España constituye el objetivo principal de nuestro planteamiento. A ello limitaremos nuestros análisis y recomendaciones. Dejaremos, por el momento, de afrontar los temas de la docencia de la especialidad y el de los recursos para la investigación.

La docencia debe enmarcarse dentro de las reformas necesarias en las facultades de medicina, que exigen el diálogo entre éstas y el Ministerio de Educación y Ciencia. En el momento que procedemos a la última revisión de nuestro texto ha entrado en el Congreso de los Diputados el Proyecto de Ley 121/000150 sobre la Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que incide plenamente en la formación pregrado, posgrado y continuada en las ciencias de la salud.

El mismo Proyecto de Ley reconoce la importancia de la investigación de modo que «las reformas adecuadas consigan que la estructura asistencial del sistema sanitario esté en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales» (art. 12). Asimismo se insta a que «las Administraciones Sanitarias y las Educativas promuevan las actividades de investigación y docencia en todos los centros sanitarios, como elemento esencial para el progreso del sistema sanitario y de sus profesionales» (art.13).

Sean bienvenidos este Proyecto de Ley y la discusión creativa que deseamos genere, tanto en la reestructuración que se propone como en los aspectos que no pueden en modo alguno considerarse marginales, como la financiación y la coordinación. Parece que se da por supuesto que la financiación será autonómica, aunque es razonable pensar que no será solamente autonómica, ya que el Ministerio de Sanidad y Consumo se reserva funciones legislativas y de coordinación. Los problemas de financiación, gestión y coordinación entre las diferentes Administraciones y órganos gestores afectan al sistema sanitario español, de manera particularmente importante en el momento actual, cuando se han realizado ya las transferencias de sanidad a las comunidades autónomas (CC.AA.).

Las aportaciones críticas y constructivas que las asociaciones de profesionales de la salud puedan aportar al Proyecto de Ley de las Organizaciones Sanitarias constituyen una exigencia de responsabili-

dad. El breve tiempo concedido a las CC.AA. para enviar enmiendas ha de concienciarnos de que, una vez finalizadas las discusiones parlamentarias, todavía podremos decir una palabra en los decretos de desarrollo de dicha ley.

Nos proponemos, a título de repaso, revisar brevemente el sistema sanitario español actual, con las pertinentes observaciones críticas, comenzando con la evidente insuficiencia de recursos, que obliga a exigir un incremento del porcentaje del producto interior bruto (PIB) destinado a sanidad. Conviene subrayar que, en el momento actual, urge una revisión de la distribución de los recursos dedicados a investigación y desarrollo (I+D) en nuestro país, teniendo en cuenta que los presupuestos de I+D en temas militares son 10 veces superiores a los que se destinan para la I+D en sanidad, y unas 30 veces superiores a los recursos dedicados a investigación agraria y medioambiental.

Nos encontramos, pues, con que el Estado español dedica el esfuerzo principal en I+D a temas militares, es decir, desarrollo armamentístico, mientras que los recursos invertidos en la investigación sobre temas que constituyen amenazas reales para la vida de los ciudadanos (como la desertización, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o el sida, la seguridad viaria y alimentaria, la mejora del sistema educativo, etc.) son, en comparación, muy reducidos, por no decir ridículos[1]. No sería bueno conformarse con el tópico de que lo primero es gestionar bien los recursos actualmente disponibles. Al margen de que los profesionales sanitarios reconozcamos que debemos concienciarnos mejor y formarnos, en la medida necesaria, en problemas de gestión, no podemos ignorar que ésta ayuda a la utilización eficiente de los recursos, pero no suple la falta ni la escasez de ellos.

Creemos pertinentes las siguientes preguntas: ¿no tendríamos que cuestionar el mismo modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud, además de exigir que el porcentaje del PIB destinado a Sanidad se incremente de manera adecuada? ¿No deberíamos abandonar claramente el modelo de «todo para todos de la mejor calidad», por resultar imposible e inviable? ¿No debiéramos modificar nuestros hábitos mentales para aceptar plenamente, de palabra y con hechos, que debemos dar prioridad a las personas frente a la simple rentabilidad económica? En todo caso, resulta evidente que el diálogo entre profesionales sanitarios y economistas de la salud es imperativa. Unos y otros trabajamos con fines parecidos y complementarios. Parafraseando al Dr. Guillem López Casasnovas en su discurso de ingreso como académico de número de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya: «unos para reducir el sufrimiento y otros para reducir la escasez»[2]. Unos y otros tenemos el deber de valorar los resultados en salud y en los costes. Observemos que los costes, en sentido amplio, representan el sacrificio que hace la sociedad para obtener aquellos resultados.

Dos observaciones importantes:

1. Debemos dejar claro que nos centraremos en la asistencia sanitaria, como derecho económico, social y cultural que el Estado debe promover, al igual que otros derechos sociales, económicos y culturales. Sin embargo, esta promoción de la asistencia sanitaria no tiene carácter absoluto, sino que tiene las limitaciones que los propios individuos se imponen a través de sus representantes legales y se expresan en leyes positivas.

2. Debemos poner de manifiesto que el marco ético en el que nos movemos es el de una distribución justa y equitativa de recursos limitados. Justa, por cuanto el análisis ético concierne a los principios de justicia distributiva y equitativa, por lo que su aplicación requerirá unos criterios complementarios de decisión. En efecto, los criterios de equidad se derivan del juicio social dominante sobre qué desigualdades son justas y cuáles no.

Por ello, conviene que conozcamos esquemáticamente cómo se financia y gestiona la asistencia sanitaria en España, es decir, su marco económico para los profesionales de la sanidad y la dificultad que plantea la introducción del modelo de racionalidad económica en la asistencia sanitaria, por necesario que sea. Este marco económico teórico se complementa con unas posibles opciones prácticas de financiación con una perspectiva de las opciones posibles en un futuro inmediato (capítulo I).

El marco del ejercicio profesional y los cambios experimentados en él presentan los bienes y valores profesionales zarandeados por los criterios de coste-efectividad y la pendiente resbaladiza del criterio coste-beneficio económico. Es el marco en el que se mueve, día a día, el profesional de la medicina en la asistencia pública, en la que se imponen las listas de espera. Éstas son un mecanismo de limitación nece-

saria de prestaciones, debido a la relativa escasez de recursos disponibles, frente a las demandas crecientes de la población. Las listas de espera generan litigios que van en aumento por la falta de la debida transparencia de las políticas sanitarias y a la falta de la necesaria formación ciudadana para corresponsabilizarse en la formulación de estas políticas, a través de sus representantes. Analizamos la fundamentación ética y jurídica de las listas de espera y, por su indudable interés, recogemos algunas sentencias que configuran nuestra jurisprudencia (capítulo II).

Sigue, después, un capítulo que trata de los requisitos para una asistencia sanitaria correcta y donde se contemplan 2 políticas sanitarias con limitaciones explícitas de prestaciones sanitarias. Invitamos a nuestros lectores a reflexionar sobre cuáles son las opciones que quisieran ver implementadas en la sanidad pública de nuestro país (capítulo III).

Hemos considerado necesario incluir un capítulo que trate de la salud, como bien privado, y de la responsabilidad de todos en su preservación y en el mantenimiento de hábitos saludables de vida. También tratamos, en el mismo capítulo, de la responsabilidad de los profesionales y de la del Gobierno en relación con la asistencia sanitaria (capítulo IV).

Las conclusiones de un grupo de trabajo (capítulo V), una síntesis a modo de conclusión del Comité de Bioética de la SEGO y un listado de peticiones a las Administraciones cierran este trabajo.

I. MARCO ECONÓMICO DE LA SANIDAD ESPAÑOLA (FINANCIACIÓN, GESTIÓN Y COORDINACIÓN)

Un doble modelo de financiación de los sistemas sanitarios

Todos los países del mundo han visto crecer, más allá de toda previsión, el gasto sanitario público en las últimas 3 décadas, y aumentar las exigencias de atención sanitaria de los ciudadanos. En este trabajo nos ceñiremos al Sistema Nacional de Salud (SNS) dentro del marco europeo de financiación de los sistemas sanitarios. Esta financiación se basa en 2 modelos fundamentales: el de SNS, que otorga beneficios por el hecho de ser ciudadano y se financia con impuestos generales (tradición Beveridge), y el de sistemas de seguro social, que protege a los afiliados y se financia mediante cotizaciones (tradición Bismark).

España figura en la tradición de los SNS, junto con Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia. El modelo Bismark es el referente de Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda y Luxemburgo. La financiación pública, junto con la cobertura global —recordemos que en España el SNS ofrece cobertura universal: un 99,4% (el 94,8% a través del Sistema de Seguridad Social y el 4,6% a través de Mutualidades del Estado)[3]—, y la descentralización de la gestión en los gobiernos de las CC.AA. constituyen las características más relevantes de la sanidad pública en nuestro país.

En la práctica, todos los Estados experimentan la imposibilidad de atender las crecientes expectativas de los ciudadanos, ya sea por la competencia en las asignaciones presupuestarias entre distintas áreas de servicios públicos y sanidad, ya sea por el incremento de los costes de nuevas tecnologías diagnósticas o por la emergencia de enfermedades como el sida o el incremento de la aplicación de nuevas tecnologías como las prótesis de cadera, rodilla u otras. Por esta razón asistimos en Europa a un dinamismo de convergencia entre los 2 modelos de financiación sanitaria antes expuestos. Los sistemas de seguro social han extendido gradualmente su cobertura hasta conseguir, prácticamente, la protección universal y, en cambio, en países con SNS se han introducido incentivos por actividad, mayor elección para los pacientes y competencia entre proveedores[4].

Al asignar un gobierno los recursos sanitarios haciendo hincapié en el criterio «para todos», se tiende a recurrir al mecanismo de precios para limitar el acceso a determinadas prestaciones, utilizando el eufemismo de «libre funcionamiento de mercado». Cuando se incide en el «todo» o en «todo de la mejor calidad para todos», las limitaciones impuestas se reconocen como racionamiento. Dos nombres para una misma realidad que consiste en la restricción, por medio de políticas sanitarias, de prestaciones que, si bien son potencialmente beneficiosas, tienen que restringirse porque los recursos disponibles son limitados.

El Sistema Nacional de Salud español

Presentamos ahora un breve resumen de qué es y cómo funciona el SNS en una cuádruple dimensión:

a) financiación y gasto público; *b)* cobertura de la población; *c)* gestión los recursos, y *d)* coordinación de los servicios sanitarios.

Financiación y gasto público

A partir del ejercicio de 1999, la financiación de la sanidad se realiza en su totalidad vía impuestos generales, al igual que los servicios sociales, la protección a la familia y las pensiones asistenciales. En términos del PIB, la participación del gasto sanitario público en el año 2000 ascendió al 7,6%, porcentaje inferior al de otros países. La remuneración de los profesionales de la sanidad pública en España determina esta posición relativa del gasto público sanitario con respecto a otros países del entorno. Constituye la mayor partida de gasto de los presupuestos aplicados a la gestión de la asistencia sanitaria.

La distribución del gasto sanitario público en 1998[3], de un total de 28.525 millones de euros, tuvo el siguiente perfil: un 54,8% destinado a servicios hospitalarios y especializados; un 15,5% a servicios primarios de salud; un 3,7% a salud pública, administración, formación e investigación; un 21,1% a farmacia; un 1,8% a traslado de enfermos, prótesis y aparatos terapéuticos, y un 3,3% dedicado a gasto de capital.

Los gastos previstos para 1999 fueron de 30.612,46 millones de euros. No disponemos de datos para los años inmediatamente anteriores y posteriores a las transferencias hechas a las CC.AA.

Las prestaciones y servicios que el SNS garantiza y financia con cargo a los presupuestos del Estado ofrecen las siguientes modalidades de prestaciones (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero): atención primaria, atención especializada, prestación farmacéutica, prestaciones complementarias y servicios de información y documentación sanitarias.

Cobertura de la población

La Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986 reconocen el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los españoles, configurando así esta prerrogativa de carácter universal. La cobertura sanitaria pública se ha configurado históricamente en torno al núcleo del Régimen General de la Seguridad Social, que ha constituido la referencia unificadora para el resto de los regímenes especiales que se contemplan en la Ley General de Seguridad Social, al tiempo que el horizonte para la integración de algunos colectivos que todavía están fuera del alcance de la cobertura pública. Entre éstos hay que singularizar los problemas que se plantean en la atención sanitaria de los inmigrantes.

La existencia de varios subsistemas de cobertura habilitados en ciertos momentos históricos y de ciertos vacíos normativos, la falta de sistemas de información integrados y el desarrollo reglamentario realizado por cada comunidad autónoma originan situaciones de desequilibrio de la oferta sanitaria en las prestaciones (de las que la más importante es la farmacéutica), en el acceso al derecho a la asistencia sanitaria según sea la residencia en una u otra comunidad autónoma, en la posibilidad de disfrutar de cobertura en más de un régimen para una parte de la población y en la protección administrativa del derecho para personas con una inestabilidad laboral alta.

Mucho camino se ha hecho para asegurar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios de todos los ciudadanos, como la ampliación de la cobertura a los trabajadores autónomos y a las personas sin recursos. Los esfuerzos que se realizan para mantener una total coordinación y cooperación entre los diversos agentes implicados en el SNS permiten esperar que la política de la salud esté realmente orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales, y que el acceso a las prestaciones sanitarias, para todos los ciudadanos, se realice en condiciones de igualdad efectiva, como señala la Ley General de Sanidad (art. 3).

Gestión

La necesidad de renovar el acuerdo de financiación sanitaria a partir de 2002 coincide, por primera vez, con el proceso de negociación de la financiación general de las CC.AA. Hay una serie de factores que condicionan el futuro de la tendencia al crecimiento del gasto sanitario y que es necesario tener en cuenta en las negociaciones sobre financiación. En consecuencia, hay que llegar a determinar una cifra de recursos económicos que garantice la sostenibilidad del sistema sanitario público y que, al mismo tiempo, implique un acercamiento al nivel de recursos que en otros países de la Unión Europea se destinan.

Es necesario calcular el impacto económico en el actual gasto sanitario de factores como el envejecimiento de la población, los flujos migratorios, el aumento de la exigencia social y la evolución tecnológica, entre otros.

Los hospitales públicos, los centros de salud, los ambulatorios y los servicios de urgencia han de tener una autonomía de gestión total, con equipos gestores competentes. Los centros sanitarios, aun siendo empresas públicas, deben funcionar con la misma eficiencia que empresas privadas a las que los entes sociales puedan exigir las responsabilidades que correspondan a los gestores, tratando de evitar las desviaciones económicas y mejorar la eficiencia con sus aportaciones laborales. En un período de cambios como el que ha vivido la sanidad pública con el cierre de las transferencias, existe el riesgo real de que —por ausencia de infraestructura de gestión— no se consigan los objetivos propuestos de protección eficaz de la salud y calidad de vida de los ciudadanos. Hay que concienciarse de que hemos pasado de una cultura administrativa a una de gestión.

Los valores tradicionales de la gestión deben preservarse, están relacionados con la equidad del sistema y se traducen en valores esenciales como la honestidad y la justicia, la prevención de distorsiones, evitando la desigualdad, las desviaciones interesadas y la prepotencia.

Coordinación

La Constitución de 1978, dentro de los principios rectores de la política social y económica, reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por otra parte, el título VIII del texto constitucional diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por las CC.AA. de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales estableciendo los principios sustantivos que han permitido configurar el SNS: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el SNS y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que hacía hincapié en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Asimismo, la Ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las CC.AA. y la Administración General del Estado, que ha realizado una importante labor tanto en el fomento del consenso como en la difusión de experiencias y en el aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las CC.AA. han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad. Este proceso se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CC.AA. de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía.

La asunción de competencias por las CC.AA. constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle así garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación.

Transcurridos más de 16 años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Y se plantean nuevos retos para la organización del SNS, como la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria, retos todos ellos que han puesto de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y las CC.AA. para completar algunos elementos esenciales del SNS, de manera que pueda adaptarse a la modernización que el entorno exige.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta ley estable-

ce acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS.

La primera aportación de esta ley al nuevo modelo es la definición de los ámbitos en que se precisa la colaboración entre el Estado y las CC.AA. En estos ámbitos se define un núcleo común de actuación del SNS y de los servicios de salud que lo integran. Sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial con un Estado descentralizado, se pretende que la atención al ciudadano que prestan los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes.

Los ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias definidas por esta ley son: las prestaciones del SNS, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, el sistema de información sanitaria y la calidad del sistema sanitario. Estos 6 ámbitos representan para el ciudadano la seguridad de que las prestaciones se ofrecerán en todo el territorio del Estado, de que los profesionales sanitarios tendrán las mismas garantías de competencia profesional, de que la investigación se orientará a las necesidades de salud de la población, de que la información sanitaria fluirá en todo el sistema y de que la calidad será un objetivo común dentro del SNS.

Además de las 6 áreas descritas anteriormente, esta ley ofrece mecanismos de cooperación y coordinación tanto en la organización de la asistencia sanitaria como en salud pública. En asistencia sanitaria se regulan los planes integrales de salud, para que las Administraciones sanitarias adopten un enfoque integral en la atención a las enfermedades más prevalentes. En salud pública se identifican los ámbitos en los que se requiere un enfoque conjunto.

A fin de que ello sea factible, dicha ley diseña una serie de instrumentos para tomar las decisiones que corresponde asumir conjuntamente al Estado y a las CC.AA.

El órgano básico de cohesión, insistimos, es el Consejo Interterritorial de Salud, al que se dota de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes en la asunción de estas decisiones. Junto al Consejo Interterritorial del SNS se sitúa la Alta Inspección, a la que se atribuye el seguimiento de los acuerdos de aquél, entre otras funciones.

El Consejo Interterritorial del SNS está integrado por el ministro de Sanidad y Consumo, que lo preside, los consejeros competentes en materia de sanidad de las CC.AA. y un representante del Ministerio de Sanidad y Consumo, que actúa como secretario.

El Estado y las CC.AA., a través del Consejo Interterritorial del SNS, pueden establecer acuerdos de cooperación para llevar a cabo actuaciones sanitarias conjuntas en materia de protección de la salud, atención sanitaria, farmacia y productos sanitarios, recursos humanos y relaciones internacionales, entre otras. Su formalización se efectuará mediante convenios del Consejo Interterritorial del SNS.

En los 60 plenos celebrados durante los 16 años de funcionamiento del Consejo, se alcanzaron 463 acuerdos, de los que 169 (36%) se refieren a asuntos de régimen interior y el resto —294 (64%)— constituye propiamente los acuerdos y/o recomendaciones. De estos 294 acuerdos, 92 (32%) son del área de salud pública; 46 (16%), de farmacia, y 45 (15%), de ordenación profesional y recursos humanos. El resto se reparte en otras áreas.

Concluyamos señalando que esta importante ley define la política sanitaria futura y establece los instrumentos de gestión del SNS en coordinación con los servicios de las autonomías para lograr y garantizar la igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias de acuerdo con los principios de equidad y solidaridad. Esta ley dedica su capítulo I a las prestaciones del SNS, a su financiación y a su garantía de seguridad y de calidad, y pone además el acento en la información sanitaria. Se ha dicho por ello[5] que el Proyecto de Ley de Estatuto Marco y el Proyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias van a suponer la más importante normativa sanitaria de los últimos tiempos, pero la Ley 16/2003, de 28 de mayo, está en superioridad sobre las otras, porque se ocupa de la calidad sanitaria, el catálogo de las prestaciones, la cartera de servicios y el marco de los planes integrales de salud y la política de investigación.

Programa de Atención Integral a la Salud Maternoinfantil. En el Área de Salud Maternoinfantil, el Pleno del Consejo Interterritorial de Salud aprobó el 4 de junio de 1990 este programa, que recogía los contenidos básicos, mínimos y comunes que han de tener en cuenta las CC.AA.

Desde entonces se han ido desarrollando los subprogramas del Área de Salud Maternoinfantil, siempre en sus aspectos básicos comunes y siempre consensuados entre todas las CC.AA. con la coordinación del Ministerio de Sanidad. El último de ellos ha sido el de prevención de la sordera infantil, aprobado este mismo año 2003.

Queremos subrayar dos aspectos del programa; uno referente a la situación de la coordinación en nuestro país, y otro referente a la interpretación de los especialistas en obstetricia y ginecología.

En relación con los problemas de coordinación, la Dra. Sagrario Mateu, responsable jefa de la Salud Maternoinfantil (Ministerio de Sanidad), en la revista *Salud Total de la Mujer*[6] identifica varios obstáculos que han retrasado la implantación completa del Programa Integral de Atención a la Mujer y al Niño. Menciona una separación cultural y organizativa entre niveles, además de indicar que se carece de objetivos bien definidos de organización y de recursos para desarrollar el programa, y que no se reconoce el papel de los coordinadores y al usuario se le considera un sujeto pasivo en la transmisión de información entre los niveles de asistencia.

Existe además una falta de acuerdos entre instituciones (INSALUD, CA.AA., Administración de Justicia, etc.), sociedades científicas (SEGO, SEC, semFYC, FPF), organismos internacionales (OMS, IPPF, IMAP), asociaciones ciudadanas (OCU, asociaciones de mujeres, etc.), que ofrecen diferentes protocolos y recomendaciones que demuestran que hay voluntad de hacer pero que falta consenso y unificación, lo que induce al desconcierto tanto de los profesionales como de los usuarios.

Desde la perspectiva de los médicos de atención primaria y especialidades, llama la atención la utilización de un lenguaje totalmente nuevo, si lo comparamos con el de años anteriores, ya que incorpora los conceptos de salud pública y administración; este programa se basa en actividades de atención primaria de salud y trabajo en equipo, y centra su actividad en la asistencia al individuo, haciéndola extensible a la familia y a la comunidad. Toda esta actividad se desarrolla mediante programas que incluyen funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, y la asistencia se configura en dos niveles, atención primaria y atención especializada, entre los cuales debe existir a su vez una interrelación.

El concepto «integral» se basa en la eficacia, calidad, gestión de recursos y atención a demanda de poblaciones diversas. Se marcan las estrategias fundamentales que seguir a la hora de integrar el programa, recalcando como clave la gestión por objetivos y la realización de los cambios necesarios en la estructura tradicional, principalmente en los sistemas de coordinación y gestión del área. Se plantea, como objetivo general, garantizar la equidad al universalizar la asistencia y la igualdad de acceso a los servicios y recursos para todos los ciudadanos, así como incorporar la participación comunitaria en el desarrollo de todo el proceso de atención a su salud.

La estructura interna del programa consiste en un conjunto de actividades protocolizadas, desarrolladas de manera integral y con la dotación suficiente de recursos humanos y materiales. Hace hincapié en favorecer una coordinación que garantice la confluencia de la atención primaria y la especializada.

El programa contempla, a su vez, la formación continuada del personal, el sistema de información, la participación comunitaria, los indicadores de salud y la evaluación. Hace especial referencia a la confluencia de la atención primaria y la especializada para dar continuidad a la atención de la mujer y del niño, y en que se debe articular una comisión de coordinación en la que intervenga personal de ambos niveles.

Los aspectos técnicos del Programa de Atención Integral a la Mujer y al Niño se basan en la promoción de la salud de la mujer, que abarca la atención a la planificación familiar, detección temprana de cáncer ginecológico, atención a los trastornos del climaterio, atención al embarazo, parto y puerperio, educación maternal, consejo genético y diagnóstico prenatal.

Hasta aquí vemos la incorporación de una nueva filosofía de trabajo que debe interiorizarse (conocimientos, habilidades, actitudes) y de la que los profesionales que trabajan en hospitales o en ambulatorios desconocían o desconocen cómo llevar a la práctica.

Introducción de la racionalidad económica en la práctica asistencial

Antes de pasar a tratar cómo perciben el médico en general y el especialista en obstetricia y ginecología su función dentro del sistema sanitario, sujeto a modificaciones y limitaciones que chocan profundamente con su formación profesional, tal como la ad-

quirió en la facultad de medicina y después en su desarrollo profesional, conviene abordar un tema teórico de gran importancia, como es la introducción de la racionalidad económica en la práctica asistencial.

No podemos negar una sensación de malestar cuando constatamos la pérdida de autonomía profesional, de libertad de prescripción, de medios que desearíamos tener a nuestra disposición. Una crítica razonable y contextualizada nos obliga en primer lugar a reconocer que nuestra sanidad, en términos generales, ha mejorado ostensiblemente en los 3 decenios últimos, si bien quedan todavía defectos importantes que hemos de corregir. Tres preguntas nos vienen a la mente: la participación de los economistas de la salud en la resolución de los problemas profesionales ¿es una ayuda o un estorbo?, ¿por qué la gestión pública es, en términos generales, peor que la privada?, ¿cómo podemos afrontar seriamente, y para el bien de todos, los retos de la medicina gestionada?

Intentaremos explicar brevemente la aportación de los economistas de la salud; la segunda cuestión resulta para nosotros difícil de comprender y pensamos que quizá los mismos economistas pueden ofrecer una respuesta. Apuntaríamos a cuestiones como el grado de interés, el compromiso en el trabajo, la desilusión, si bien en el fondo creemos que en buena medida la respuesta debiera darse desde las instituciones y las organizaciones públicas, que quizá llevan retraso con respecto a las privadas en darse cuenta, con mayor o menor cinismo, de que la ética resulta rentable. La ética de las instituciones y de las organizaciones constituye un tema muy importante en la ética aplicada de la economía de la salud.

De acuerdo con Diego Gracia[7], podemos afirmar que la salud ha dejado de ser una cuestión privada y se ha convertido en un problema público. La conversión de la salud en cuestión pública es el comienzo de la política sanitaria como un capítulo de las políticas sociales. Un aspecto muy importante de este proceso ha sido la conversión de la asistencia sanitaria en asunto de justicia social, a la hora de distribuir y asignar los recursos sanitarios.

El Estado ha de cuidar de la protección de la salud (impedir que alguien atente contra ella) y, además, proteger y arbitrar los mecanismos de implementación que hagan efectivo el derecho de los ciudadanos a la asistencia sanitaria.

En los años setenta se empezó a revisar la racionalidad de las políticas del bienestar, entre ellas las sanitarias, sobre todo por la necesidad de controlar el gasto.

La aplicación a la sanidad de teorías de justicia como la de Rawls, por ejemplo, por Norman Daniels, que entendía el derecho a la asistencia sanitaria como un «bien primario» subsidiario del principio de igualdad de oportunidades propuesto por Rawls, exigía definir cuáles son las necesidades de asistencia médica. La respuesta que ha recibido mayor aceptación es la del paquete de prestaciones que podemos denominar «mínimo decoroso», es decir, los mínimos moralmente exigibles en virtud del principio de justicia que garanticen la asistencia sanitaria básica igual para todos.

Las exigencias del principio de justicia chocan con la escasez de los recursos, de manera que hay que abordar los problemas de financiación y gestión de los recursos sanitarios. Ésta es la tarea que ha estado intentando hacer la economía de la salud: aportar la racionalidad económica al campo sanitario, sostenido tradicionalmente por el compromiso profesional del médico, que estaba orientado por los principios de no maleficencia y beneficencia.

La racionalidad económica se ha convertido en un ingrediente de la preocupación bioética, porque es injusto no buscar optimizar el uso de los recursos escasos con que se cuenta.

Los economistas han ido imponiendo el análisis económico de coste-beneficio o coste-efectividad como criterio para racionalizar los costes sanitarios. El crecimiento ininterrumpido y desmesurado de los gastos en sanidad, incluso por encima de la creación de riqueza, y la imposibilidad de contenerlo en una sociedad consumista (también del bien «salud») hicieron pensar que la situación resultaría insostenible. A la vista de este panorama, los economistas acusaron a los médicos de irresponsabilidad en la gestión de los recursos sanitarios.

Surgen así nuevas cuestiones para la bioética, referidas a la justicia en el acceso a los servicios sanitarios, a la contención del gasto y a la distribución de los recursos: si deben desatenderse otros servicios sociales para atender a los sanitarios, si todo gasto en salud se puede exigir en justicia, si el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria es ilimitado y, si no es así, cuáles son los límites de las prestaciones sanitarias, cómo fijarlos, y conforme a qué prioridades[8].

La racionalidad económica llevada al extremo conduce al economicismo, que reduce la justicia distribu-

tiva al análisis coste-beneficio, de modo que la racionalidad económica determina el canon de lo moralmente justo. De aquí se sigue el sacrificio de importantes bienes profesionales y morales: el ejercicio de la medicina aparece como negocio más que como vocación; el médico se ve más bien como un empleado que como un facultativo autónomo; el trato con el paciente se vuelve impersonal por falta de tiempo al restringirse éste para las visitas; existe el peligro de que el paciente pase a segundo término en contra de los principios más elementales de la deontología y ética profesionales, con la consiguiente pérdida de confianza en la relación médico-paciente; se judicializa la medicina, y un largo etcétera.

Ésta es la parte más negativa de la medicina gestionada. Es deber de la Administración pública, de los profesionales de la sanidad y de los ciudadanos colaborar de manera corresponsable en la mejora de la asistencia y optimización de los recursos.

Algunas posibles opciones de financiación del sistema sanitario

Para establecer unas opciones, hay que tener en cuenta la visión global de los problemas y no sólo de las necesidades de un grupo de profesionales, pacientes o ciudadanos. El término «priorización en la distribución de recursos sanitarios» está necesariamente unido a la exigencia de tener en cuenta el coste de oportunidad, es decir, lo que no se obtiene al no elegir la mejor opción, y al mismo tiempo va siempre unido al de limitación de prestaciones, aun cuando no siempre sea fácil reconocerlo.

El establecimiento de prioridades resulta también sumamente complejo por el hecho de que requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso y del abanico de opciones para enfrentarse a los problemas.

La democracia y la eficiencia reclaman que los criterios de prioridades sean explícitos. Hay que señalar que uno de los principales obstáculos para el establecimiento de prioridades explícito ofrece muy poco atractivo para los políticos, ya que establecer prioridades tiene el reverso de destacar qué se deja sin hacer y obliga, por otra parte, a explicar posteriormente hasta qué punto se han conseguido las prioridades establecidas.

El conjunto de actuaciones que pueden contribuir al establecimiento de prioridades es amplio y, obviamente, la calidad de la contribución dependerá de la calidad de la actuación más que del tipo o tipos de actuaciones que se elijan. Entre éstas figuran las siguientes:

—Análisis de coste-utilidad para informar el establecimiento de prioridades presupuestarias. Coste por año de vida ajustado por calidad, criterio útil pero no único.

—Análisis de coste-efectividad para informar las mejores políticas de salud, especialmente los análisis marginales de variaciones en costes y variaciones en efectos.

—Análisis conjunto para establecer listas de espera que respondan a las preferencias sociales.

—Copagos para servicios de dudosa efectividad, sensibles al precio, sin costes de recaudación y sin impacto en la equidad.

—Listas positivas o negativas del estilo de las utilizadas para medicamentos. Este tipo de racionamiento por exclusión funciona cuando puede establecerse la efectividad nula o dudosa en cualquier circunstancia. En cuanto a la efectividad, depende no tanto del procedimiento en sí como del usuario que lo reciba, y resulta imprescindible el juicio clínico: guías de buena práctica que interioricen las consideraciones de eficiencia.

—Valoración de tecnologías, tanto por lo que se refiere a su introducción como a la adecuación de su uso.

—Información a los ciudadanos sobre la efectividad y calidad de los servicios (sobre aquellos que sea factible, naturalmente) para estimular tanto una utilización más adecuada como una participación más informada.

—Guías de práctica clínica que orienten las prelaciones de acceso.

—Definición de un proceso para el establecimiento de prioridades[4].

La limitación de los recursos disponibles exige un esfuerzo por reconocer el llamado «coste de oportunidad». Es un reto permanente de la sanidad pública pensar siempre en términos de coste de oportunidad, de lo que podría hacerse pero no se hace (al hacerse cosas menos adecuadas) a igualdad de recursos, para la mejora de la salud de la comunidad.

Debemos insistir también en que la mejora de la gestión no es una opción, sino un imperativo ético. En términos económicos, una buena praxis médica ha de ser necesariamente coste-efectiva.

Perspectiva de las opciones de financiación futura del sistema sanitario

Sin pretender entrar en el análisis de estas perspectivas, manteniéndonos en un enunciado teórico-práctico, nos remitimos a enumerar 3 posibles medidas a adoptar para hacer frente a los problemas financieros y de gasto que vive hoy nuestro sistema sanitario[9]:

1. Incrementar la financiación sanitaria pública buscando un mejor encaje, a igual presión fiscal, en el presupuesto de las distintas Administraciones públicas. Ello equivale a sacrificar las otras partidas de gasto público, a favor de una mayor suficiencia sanitaria.

2. Aumentar ingresos impositivos destinados a la financiación sanitaria pública, a través de variaciones en la presión fiscal, ya sea por la vía de un impuesto finalista, ya sea a través de una mayor imposición general (con o sin acompañamiento de ingresos fiscales autonómicos o locales).

3. Favorecer la sustitución de financiación pública por financiación privada, liberando a la primera de la totalidad de la presión para acompañar futuros crecimientos del gasto sanitario público (a través de precios regulados y copagos, así como de primas de seguro complementarias).

Es evidente que la decisión de las medidas a adoptar es fundamentalmente política, pero también es técnica, para lo que el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo Interterritorial cuentan con buenos asesores. La decisión última, sin embargo, requiere la necesaria participación de los profesionales y de la sociedad en general. Asimismo resulta claro que, como consecuencia del desequilibrio entre las expectativas crecientes e ilimitadas de los ciudadanos y los recursos siempre limitados, es necesario priorizar las prestaciones posibles. Indicaremos algunas opciones posibles.

Síntesis crítica de la situación actual de la asistencia sanitaria

Aquí procede el análisis de las necesidades actuales no cubiertas por el SNS, sin dejar de reconocer los grandes avances realizados en la segunda mitad del siglo pasado y constatando, al mismo tiempo, que los informes de la Organización de Naciones Unidas sobre desarrollo humano han señalado año tras año la insuficiencia de los fondos dedicados en España al sector sanitario.

Reconociendo además la dificultad de las valoraciones comparativas sobre el gasto público en salud en función del PIB, no hay duda alguna de que la relación gasto sanitario público/PIB es una de las más bajas en el conjunto de los países más desarrollados.

También es un hecho que la percepción de la mayoría de los ciudadanos en relación con las prestaciones sanitarias es buena o muy buena. Asimismo es cierto que la insatisfacción de los profesionales es muy elevada y las quejas requieren un estudio a fondo, practicando el noble arte de saber y querer escuchar las razones de esta insatisfacción.

En la política asistencial nos vemos obligados a optar entre un racionamiento implícito vía listas de espera como en la actualidad, en un extremo, o bien orientar la financiación de los sistemas sanitarios en la línea de un sistema de seguro social, tal como lo perciben renombrados economistas de la salud[9]. Parece que las reformas que se van haciendo se orientan en esta dirección.

Según Guillem López Casasnovas, resulta «extraordinariamente difícil realizar una prospección de lo que será la Sanidad del mañana; particularmente, si nuestro sistema sanitario continúa estancado en la dinámica que ofrecen hoy los *servicios nacionales de salud. Servicios,* como si se tratara de un servicio más de tipo administrativo; *nacional,* con pretensiones uniformistas; y *de salud,* como postulado que no siempre se traduce en la mejor integración de objetivos finales y prestación de servicios, ni en una buena intersectorialidad entre las políticas del sector sanitario y el resto de los sectores económicos y sociales.

»Es probable que en el futuro el abordaje de los problemas de salud requiera una concepción más propia de *sistema de seguro social. Sistema*, porque el engranaje de objetivos finales y servicios asistenciales entre agentes públicos y privados, y entre diferentes agentes públicos, legitimados políticamente sobre el territorio, tendrá que ser mejor y su éxito, crucial. *De seguro,* porque resulta inescapable la idea de concreción de cobertura asistencial y la limitación selectiva de prestaciones. *Social,* porque continuará previsiblemente la solidaridad implícita al sistema de financiamiento, la tutela en la cobertura de la totalidad o par-

te de la población, y una integración más cercana a las necesidades sociosanitarias de la población».

II. MARCO DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Situación de cambio de profesionales liberales a profesionales en sistemas organizados

Resulta todavía impensable para muchos que el imperativo ético del médico de hacer todo lo razonablemente posible por el paciente tenga que materializarse con otros conceptos como los de eficacia, efectividad y eficiencia que surgen en la aplicación de la economía al sector de la salud. La eficacia hace referencia a la capacidad de una medida de intervención sanitaria para conseguir un determinado efecto. Por efectividad se entiende la capacidad de éxito real que tiene una medida de intervención sanitaria en un momento dado, en comparación con sus máximas posibilidades en las mejores condiciones. La eficiencia de una medida de intervención sanitaria es la consecución de los objetivos logrados, pero al menor coste posible.

El problema de fondo estriba en comprender e interiorizar qué es lo que ha sucedido en la práctica asistencial de la medicina, que ha pasado desde una concepción hipocrática, en la que la relación médico-enfermo se basaba en la confianza y en un paternalismo benevolente del médico, hasta otra situación —coincidente con la generalización de la hospitalización— en la que la relación es casi contractual, presidida por el recelo (en parte debido a la judicialización de la medicina).

La preparación científica recibida por los médicos ha proporcionado magníficos métodos para el estudio de las variables cuantitativas, pero la dimensión no biológica del ser humano se resiste a dejarse atrapar por las redes de la estadística y criterios de evaluación meramente técnicos.

Estamos ante una situación que ha dado un giro copernicano a la relación médico-paciente y a los roles profesionales, así como al enfoque de la sanidad. Los médicos han visto cómo pasaban de una situación de profesionales liberales a profesionales dentro de sistemas organizados:

—La salud se convierte en un valor social; pasa a ser un proyecto solidario en muchos países en los que, en parte, es responsabilidad del sistema sanitario público.

—El médico pasa de actuar individualmente a trabajar en equipo integrado en los hospitales o centros de salud.

—Los medios diagnósticos y terapéuticos aumentan, a la vez que la efectividad y los costes.

—Los recursos pasan de ser escasos a ser abundantes, pero limitados.

—Su utilización pasa de tener una repercusión individual a tenerla, además, social.

—La institución, en su conjunto, comienza a asumir buena parte de la responsabilidad de los servicios que presta.

—Aparece la figura de los administradores de los sistemas de salud, que operan con unos principios éticos diferentes de los del mandato clínico hipocrático. Se rigen por el principio utilitario de maximizar el beneficio neto para la población en su conjunto.

—El Estado asume esta responsabilidad y comienza a administrar recursos que la sociedad desea dedicar globalmente al mantenimiento de la salud.

El médico responsable del mantenimiento de la salud, gestor de recursos y coordinador dentro del sistema sanitario

Además, hoy el médico ya no es sólo responsable del mantenimiento de la salud de cada individuo, sino de toda la comunidad que tiene asignada, y por ello debe administrar adecuadamente los recursos que la sociedad pone a su disposición.

Como podemos ver, la situación del médico dentro del sistema sanitario, sus funciones, dependencias e interrelaciones son radicalmente diferentes de las que primaban hace poco tiempo, lo que determina una situación de cambio casi constante en el escenario de la práctica médica, en la definición de calidad y eficiencia y en la contribución a los valores éticos que deben convertirse en el impulso de mejora continua del modelo sanitario, como lo expresa el Dr. Ramón Vázquez en su afortunada formulación[10].

Para garantizar la optimización de los recursos materiales y humanos que se brindan al individuo, la familia y la sociedad, y que sean unos «servicios de calidad total», debe garantizarse la coordinación dentro del sistema sanitario.

Calidad asistencial, cambio social y principios éticos

Ética y calidad deben ser 2 conceptos íntimamente ligados y directamente relacionados entre sí.

Hablar de ética es hablar de cómo debemos actuar, es hablar de valores que deben ser defendidos y respetados, planteándose, en ocasiones, dilemas que exigen respuestas responsables. Hablar de calidad de la asistencia sanitaria es comenzar a hablar de la relación médico-usuario.

El ejercicio de la obstetricia y ginecología, como sucede en todos los aspectos de la medicina, se basa en principios éticos que orientan la asistencia a la usuaria. Estos principios y conceptos crean una estructura para la toma de decisiones éticas que se aplica a todos los aspectos del ejercicio, y son los siguientes:

—*Autonomía:* derecho de la persona a establecer sus propias reglas y normas personales de conducta y a elegir las acciones de salud de acuerdo con sus valores y principios personales.

—*Beneficencia:* obligación de promover el bienestar de los demás.

—*Confidencialidad:* derecho de la persona a decidir cómo se comunicará su informe médico personal y a qué personas.

—*Convenio:* consenso obligatorio entre 2 o más partes para la ejecución de una acción.

—*Relaciones fiduciarias:* relaciones basadas en la confianza y confidencialidad.

—*Consentimiento informado:* aceptación por parte de la paciente de una acción después de una exposición amplia (riesgos/beneficios) y asequible, y de las opciones posibles.

—*Justicia:* derecho de los pacientes a reclamar lo que es justo, basándose en ciertas propiedades o características personales.

—*No maleficencia:* obliga al individuo a evitar hacer daño.

Es evidente que estamos ante un cambio social que en los países desarrollados está produciendo tensiones y exige análisis y debates encaminados a reforzar la conciencia de la necesidad de unos principios éticos comunes que orienten a todo profesional implicado en el sistema sanitario. Estos principios se centran en una asistencia sanitaria al servicio de la persona, buscando el bien de la sociedad en su conjunto, y pueden servir de fundamento para una mayor cooperación y coordinación entre todos los que lo hacen posible.

Así, en 1998, *British Medical Journal*, *Annals of Internal Medicine* y *New Scientist* convocaron un grupo interdisciplinario para crear un borrador de principios éticos comunes a todos los agentes sanitarios. Se lo conoce como grupo Tavistock. En una primera parte, este documento define los problemas que surgen en el cambio que estamos experimentando en la sanidad al convertirse ésta en un complejo sistema de prestaciones que facilitan equipos de profesionales, normalmente en instituciones cerradas, los cuales emplean tecnología sofisticada en el nivel especializado y centran la asistencia en los usuarios y sus familias o grupos de apoyo. En una segunda parte, se analizan los principios éticos que se derivan de ellos.

Los problemas detectados son:

1. El aumento de la capacidad y de la demanda provoca un incremento del consumo de recursos por parte de proveedores y pacientes.

2. El coste elevado de ciertos medicamentos y/o pruebas diagnósticas hace que la financiación se realice principalmente a través de los seguros privados o públicos, o de la asistencia pública.

3. Los recursos son limitados, lo que exige adoptar decisiones sobre quién accederá a la asistencia y cuál será el alcance de la cobertura.

4. La complejidad y el coste de la asistencia pueden crear tensiones entre lo que es bueno para la sociedad en su conjunto y lo que es mejor para un usuario concreto.

5. La carencia de los sistemas sanitarios se traduce, en ocasiones, en malos resultados o malas experiencias para las personas a las que sirven y para la población en general, lo que origina que los que trabajan en un sistema imperfecto lo hagan en beneficio de un paciente o seguimiento de grupos concretos de población, más que por mejorar el sistema en su conjunto. Y todas estas manipulaciones producen nuevos defectos que alimentan una espiral creciente.

Las listas de espera. Fundamentación ética

Como se ha dicho muy gráficamente, las listas de espera son una especie de efecto secundario indesea-

ble de la equidad, producido por mecanismos económicos, ya que, al suprimir el precio de mercado, el acceso no urgente a la asistencia pública ha de hacerse por medio de cola[11]. Se convierten así en el medio principal de limitación de las prestaciones, cosa que obviamente es manifiesta en un sistema como el de España. Se trata de una solución alejada de las necesidades concretas de la población, por lo que es necesaria la transparencia en los criterios de selección y de limitación de prestaciones El principal argumento que puede esgrimirse desde una perspectiva ética es que nadie está obligado a lo imposible y no es posible adecuar la demanda a los recursos disponibles.

De todas maneras, para proteger la licitud moral de una lista de espera se requiere la determinación de los criterios de selección que permitan la inclusión y clasificación de los pacientes. En la práctica, se reducen a 3: el criterio de orden de llegada, el de la necesidad de la atención médica y el de la máxima posibilidad de beneficiarse del tratamiento médico.

El problema de las listas de espera no se resuelve aumentando la financiación, sino con una mayor eficiencia y criterios de admisión estrictos. Sólo cuando la capacidad del sistema se utilice total y eficazmente, podrá considerarse aumentar el apoyo económico. Se ha dicho, con sobrada razón, que la efectividad de las prestaciones sanitarias no depende tanto de los mecanismos jurídicos como del buen funcionamiento de los servicios sanitarios[12].

Las listas de espera constituyen hoy una realidad en todos los ordenamientos sanitarios de los países industrializados y pueden encontrar un antecedente obligado en la sanidad militar, que las fijaba como sistema de actuación en la atención a los heridos de guerra atendiendo a la urgencia y gravedad de las lesiones.

Racionar los recursos disponibles es la formulación más dura de lo que decimos cuando hablamos de limitación de recursos o distribución de los recursos disponibles sólo en cantidades limitadas. El método común de racionamiento es las listas de espera. Pero tales listas de espera, comunes en la asistencia sanitaria, se convierten en un problema cuando aumenta el número de personas que se encuentran en ellas y los tiempos de espera se prolongan*.

En España puede afirmarse que la situación ha mejorado, aunque la descentralización de la gestión sanitaria con las transferencias autonómicas haya producido algunas disfunciones. Así, en el año 1995 había más de 25.000 personas en listas de espera, que estaban más de uno y algunos hasta 3 años en ella**; la situación, como decimos, ha mejorado, sobre todo a partir del año 2000. Pero volviendo al año 1995, de 383 encuestados en la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, 60 esperaron más de 6 meses hasta que les llamaron; 56, de 2 a 6 meses; 63, de uno a 2 meses; 138, menos de un mes, e ingresaron de urgencia 61 y 5 no contestaron. En este mismo centro, en el año precedente, 1994, el tema de las listas de espera superó notoriamente el 50% de las reclamaciones y quejas, mientras que en el año siguiente apenas superó el 40%[13].

En el año 2000 se produjeron 7 muertes en el Hospital de San Pablo y 6 en la Ciudad Sanitaria de Bellvitge, en el ámbito de la cirugía cardíaca, y ello determinó que el jefe de dicho servicio en el primero de tales centros remitiera una carta que se publicó en *La Vanguardia* y que la Sección Sindical de facultativos independientes del otro centro denunciara que el problema de las listas de espera no es exclusivo de pacientes con enfermedades no graves, como defendía el gobierno de la comunidad autónoma[14].

La ministra de Sanidad señaló que, en octubre, la demora en el área de la cirugía cardíaca debía ser inferior a 3 meses y las medidas que se adoptaron debieron de seguirse, porque el último día del mes de septiembre de 2000 tan sólo 73 pacientes aguardaban más de 2 meses para ser operados. El programa de reducción de la demora en esta cirugía comenzó con unas listas de espera de 1.147 pacientes, de los que 525 llevaban menos de 2 meses esperando para ser intervenidos y 602, más de 60 días. Dentro de la composición de estas listas, el 57% aparecía incluido por valvulopatías, el 27% por enfermedad isquémica, el 11% por aneurisma de aorta, el 2% por enfermedad congénita y el 3% restante por otras enfermedades cardíacas[15].

Pero, aparte de la cirugía cardíaca, también oncología y ginecología demandaban más recursos para hacer frente a las listas de espera diagnósticas[16], y el

*Opciones en la atención sanitaria. Extracto del informe del comité presidido por el Dr. A.J. Dunning, nombrado por el ministro de Holanda en agosto de 1990, cuyo informe se publicó el 14 de noviembre de 1990 en *Labor Hospitalaria e Institut Borja de Bioètica*, números 233-234 de 1994; p. 230.

***Diario Médico* de 15 de junio de 2000, en que los líderes de la gestión consideran que la demora quirúrgica está bajo control y hay que centrarse en las consultas. Los datos los proporcionó el Dr. Matesanz.

INSALUD no había frenado las demoras en las consultas. El 31 de mayo de 2000 había casi 560.000 personas apuntadas y la demora de más de 3 meses afectaba a ginecología, cirugía plástica, oftalmología, pediatría, cirugía vascular y traumatología[17].

Listas de espera: fundamentación jurídica

Existe un reconocimiento normativo de las listas de espera. En la Ley General de Sanidad (art.16,2), tras señalarse que «las normas de utilización de servicios sanitarios serán iguales para todos independientemente de la condición en que se acceda a los mismos», se añade que, «en consecuencia, los usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, así como los previstos en el artículo 80 (personas no incluidas en el Sistema de Seguridad Social sin recursos económicos) podrán acceder a los servicios sanitarios con la consideración de pacientes privados» y «el ingreso en centros hospitalarios se efectuará a través de la unidad de admisión del hospital, por medio de una lista de espera única, por lo que no existirá el sistema de acceso y hospitalización, diferenciado según la condición del paciente».

También encontramos referencia a las listas de espera en el Real Decreto 521/1987, de 15 de octubre, que aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, cuando dice: «los pacientes no beneficiarios de la Seguridad Social tendrán idéntico sistema de acceso a los hospitales que los beneficiarios: la lista de espera será única, sin distinción entre unos y otros» (art. 28,2).

La Orden de 1 de marzo de 1999 (BOE núm. 60, de 11 de marzo) recoge en el anexo, entre otros datos, «días de demora media para las consultas» y «días de demora media para intervenciones quirúrgicas». En las instrucciones para cumplimentar la ficha P14B se dice en el punto 2,1: «Días de demora media para primeras consultas (número de pacientes en lista de espera para primeras consultas/promedio mensual de primeras consultas realizadas) 30 días». Y añade en el punto 2,2: «Días de demora media para intervenciones quirúrgicas. Suma de los días que llevan esperando los pacientes incluidos en listas de espera quirúrgica dividido por el número de pacientes en lista de espera».

En la Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica del Instituto Nacional de Salud del año 1998 se recoge que «en los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal, las listas de espera constituyen un claro factor regulador de la demanda. Sin embargo, los tiempos excesivamente prolongados tanto por lo que se refiere a los procedimientos diagnósticos como terapéuticos pueden comprometer sensiblemente el principio de equidad que inspira a estos sistemas sanitarios. En concreto, la lista de espera quirúrgica constituye uno de los elementos de mayor presión a la hora de garantizar una adecuada respuesta a las expectativas de los pacientes».

Revisión de algunas sentencias

Retrasos en la asistencia sanitaria

En el sistema sanitario español el enfermo no puede acudir a costa de la Seguridad Social a los servicios sanitarios que más le convengan y no se da un derecho de opción; en este sentido se pronuncian las sentencias de 20 de enero de 1987, 31 de octubre y 14 de diciembre de 1988, 15 y 30 de noviembre de 1989, 26 de febrero, 16 de abril, 11 de junio, 22 de noviembre y 27 de diciembre de 1990, entre otras[18].

Los supuestos son muy variados, desde la denegación de asistencia, los errores graves de diagnóstico, inaccesibilidad temporal o inexistencia de instalaciones o cirugía perentoria en la prestación[18].

Recogemos aquí la doctrina jurisprudencial, no específica de las listas de espera, pero sí de la responsabilidad médica y hospitalaria por retrasos en la asistencia, sobre todo en los supuestos de gravedad, por diversas causas, entre ellas la defectuosa organización hospitalaria.

—La doctrina de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, en su sentencia de 7 de mayo de 1997, recoge que: «Don J.C.P.P., que ingresó en el Hospital Marqués de Valdecilla a las 16 horas del viernes día 18 de mayo de 1989, por el agravamiento de una neumonía que padecía después de haber recibido cuidados médicos domiciliarios en distintas fechas del citado mes, padeció las omisiones organizativas del centro donde se internó al carecer de atenciones sanitarias por titulados en medicina desde el sábado, día 19 de mayo, a las 15 horas, hasta el lunes siguiente, 21 de mayo cuando, a las 8.30 horas, fue sometido a una prueba radiográfica y, después, examinado por un médico,

quien ordenó el traslado de aquél a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde falleció a las 11 horas».

Entiende el Tribunal Supremo que «la falta de seguimiento por médicos supone transgresión del derecho a la protección de la salud, integrado en el art. 43 de la Constitución Española, y como sin duda tal vulneración ocasiona daño moral a quienes son privados del mismo, de ahí proviene la obligación de su reparación».

De la misma Sala merecen citarse al respecto las sentencias del 22 de mayo de 1998, 8 de febrero y 11 de abril de 2000, que condenan a indemnizaciones por retrasos quirúrgicos. La de 8 de febrero de 2000 señala que «si se hubiese practicado la operación de cesárea a su debido tiempo —se tardó una hora y siete minutos— no se hubiera determinado la muerte del feto, sin que dicho retraso se debiera a causa distinta a un desorden ilógico en la transmisión de las órdenes oportunas, concretada en el retraso de la intervención del anestesista».

—No sólo la jurisdicción civil, también la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en sus sentencias de 9 de marzo y 13 de octubre de 1998, ha considerado el funcionamiento anormal de los servicios públicos y concede indemnización. También la propia Sala de lo Penal del Tribunal Supremo ha condenado como autores de la falta del artículo 586 bis del Código Penal anterior al anestesista y al director de la clínica.

—La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Baleares declaró que: «El retraso de la Sanidad Pública de ocho o nueve meses en un caso de sordera justifica el reintegro de los gastos realizados en la medicina privada. En este caso, tras un fallido intento de colocar unos drenajes en un menor el 18 de diciembre de 1995, se comunicó a su madre que la intervención no podría realizarse en la Seguridad Social hasta ocho o nueve meses más tarde y que luego se programó para el 12 de diciembre de 1996. El niño fue operado en un centro privado el 6 de febrero de 1996»[19].

—La colocación en lista de espera de larga duración determinó al Tribunal Superior de Justicia de Andalucía a conceder el reintegro de los gastos ocasionados en un centro privado[20]. Una niña de 13 años ingresó en febrero de 1997 en un hospital andaluz, donde se le realizaron una exploración, una tomografía computarizada y una resonancia que señalaron «masa en fosa posterior de contornos bien definidos que oblitera el cuarto ventrículo, siendo la lesión compatible con un ependimoma, meduloblastoma y astrocitoma». Acudieron a la sanidad privada porque en la lista de espera había 347 pacientes, el más antiguo, de 1995. La Administración rechazó indemnizar el gasto en el centro privado, pero el Tribunal Superior lo concedió por tratarse de una espera innecesaria y, aunque el Catálogo de Prestaciones del Real Decreto 63/1995 suprimió para el reintegro de gastos la denegación de asistencia injustificada, el Tribunal Supremo lo recogió[21].

—En este sentido hay también una sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (Sala de lo Social): «Ante el caso de una mujer que acudió a urgencias en un hospital de la Sanidad pública porque padecía hemorragias de ambos ojos y fue diagnosticada de retinopatía diabética, indicándosele por el facultativo la precisión de realizarle una operación (vitrectomía) en ambos ojos. Se le indicó que quedaba en lista de espera *sine die*, por lo que acudió a un centro privado. Aunque la Administración rechazó su reclamación de reintegro, el Tribunal (Sala de lo Social) acogió las razones del Letrado Alfonso Atela y ante la indeterminación de la fecha de la intervención, declaró el derecho al reintegro[22]».

—Respecto al hecho de que un paciente esperara un mes al especialista en sanidad pública, la sentencia de 5 de junio de 2002 de la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional declara: «Por producirse un retraso considerable, cuando el paciente presentaba una dificultad de visión que requería un control facultativo especializado y fue deteriorándose progresivamente y que determinó la pérdida de la visión concediéndole el Tribunal una indemnización de 24.040 euros, atendiendo para ello a la edad, secuelas y los padecimientos causados»[23].

Jurisprudencia sobre reclamaciones en listas de espera

1. Reintegro de gastos médicos. En nuestro sistema de salud el enfermo no es libre de acudir a costa de la Seguridad Social a los servicios sanitarios que más le convengan, pues no se concede a los afiliados un derecho de opción (*ad exemplum*, sentencias de 20 de enero de 1987, 31 de octubre y 14 de diciembre de 1988, 15 y 30 de noviembre de 1989, 26 de febrero, 16 de abril, 11 de junio, 22 de noviembre y 27 de diciembre de 1990, etc.)[18]. Sin embargo, la realidad puede ser más compleja, y por ello el artículo 120.3

del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Decreto 2066/1974, de 30 de mayo) recoge que: «Las entidades obligadas a prestar asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse cuando el beneficiario utilice servicios médicos distintos de los que hayan sido asignados, a no ser en los casos en que reglamentariamente se determine» Con esto se admite que por vía reglamentaria pueda autorizarse. Sigue esta normativa lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley General de Sanidad.

El artículo 102.3 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, y más tarde el artículo 17 de la Ley General de Sanidad dejaron abierta la posibilidad. Sin embargo, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, por el que se dictan normas de ordenación de prestaciones sanitarias del SNS, en su artículo 5,3 establece: «En los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituya una utilización desviada o abusiva de esta excepción»

La aplicación de tal norma ha sido restrictiva (*ad exemplum*, las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 14 de enero de 1997 y del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 19 de diciembre de 1995).

El Tribunal Superior de Justicia de Murcia (Sala de lo Social) apreció la denegación injustificada de asistencia como razón suficiente para el reintegro de los gastos. El paciente estuvo más de 2 años y medio en 2 listas de espera de distintos centros asistenciales para operarse de una hernia discal. Ante tal lentitud, acudió a una clínica privada, donde fue intervenido en septiembre de 1996, y después reclamó el reintegro de los gastos, que se le denegaron por la sentencia de primer grado[24]. La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia apreció como causa de resarcimiento no sólo la urgencia vital del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sino la clara denegación de asistencia sanitaria.

2. Supuestos de fallecimiento o agravamiento. En el orden jurisdiccional civil hay que hacer mención de la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de abril de 1997, donde se recoge: «La demora por más de un año, tras la práctica de la electromiografía, de la operación quirúrgica que se practicó al enfermo, está ausente de justificación racional convincente y con tal trascendencia eficaz para desvanecer el reproche culpabilístico en que incurrió el facultativo demandado»

En la misma línea puede citarse la sentencia de dicho Alto Tribunal, pero de su Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 12 de abril de 2000. Pero más fama ha alcanzado la sentencia del mismo Tribunal de 31 de mayo de 2000, relativa al fallecimiento de un paciente antes de ser operado —enfermo diagnosticado de doble lesión aórtica muy calcificada de etiología congénita—, y que concedió a los familiares 21 millones de pesetas.

La Audiencia Nacional condenó al Ministerio de Sanidad a pagar 21 millones de pesetas a los familiares de un paciente que se encontraba en lista de espera y falleció de parada respiratoria. El enfermo había ingresado en el Servicio de Cardiología del Hospital Severo Ochoa, de Leganés (Madrid), por lesión en válvula aórtica. Días después se le dio de alta y posteriormente se le remitió al Hospital 12 de Octubre, donde se le comunicó la necesidad de someterse a una intervención y quedó en lista de espera preferente, pero cuando le llamaron había fallecido.

La base de la sentencia es que no concurría la fuerza mayor, pues la muerte sobrevino a un paciente que precisaba una operación que, sin embargo, la organización sanitaria entendió que no era urgente, por lo que le hicieron esperar y en tal espera su familia sufrió el daño[25].

Pese a las declaraciones de la ministra de Sanidad, que anunció el 4 de julio de 2000 que se recurriría al Tribunal Supremo, la sentencia era irrecurrible por ser de cuantía inferior a 25 millones de pesetas, y así se declaró después.

Esta sentencia ha determinado alguna polémica jurídica entre los abogados de Asjusa y otros profesionales del derecho[26].

Con todo, los fallecimientos en lista de espera no determinan *per se* que pueda señalarse una indemnización. La Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional ha absuelto al INSALUD de la muerte de un paciente en lista de espera para que se le practicara un estudio diagnóstico, señalando que si estuviera en espera para ser operado sí procedería la indemnización, por lo que el enfermo tiene que soportar determinados riesgos, pero no el mal que trata de evitar la intervención[27].

3. Responsabilidad penal por listas de espera. Como ya se dijo en otra anterior ocasión[28], es muy difícil que

en la práctica un facultativo pueda ser condenado penalmente por lista de espera. No negamos que pueda darse un supuesto de imputación a un médico por un delito de omisión del deber de socorro si fallece un enfermo que se encuentra en lista de espera, pero en la práctica es difícil que esto ocurra, pues se hace preciso que la urgencia vital sea desatendida. La infracción del deber de socorro es una infracción dolosa, pues la forma imprudente resulta atípica y, en igual sentido, el error de tipo, vencible o no, trueca en impune la conducta de denegación de asistencia o abandono de los servicios sanitarios realizados de forma imprudente. El facultativo responderá de homicidio o lesiones imprudentes por un torpe error de diagnóstico que determine una incorrecta incardinación en lista de espera y, como consecuencia, un retraso terapéutico.

Lo que ha acontecido en alguna ocasión es que, por negarse la Administración a satisfacer los gastos en un centro privado o simplemente la indemnización reclamada en vía administrativa, la parte perjudicada haya acudido a la vía penal y resulte condenado algún facultativo.

Una reclamación de un paciente contra el SERGAS mereció un informe favorable del Consejo Consultivo de Galicia, pese a lo cual la Consejería de Sanidad desestimó la petición. El paciente utilizó la vía penal contra los 2 médicos implicados, y ambos fueron condenados por una falta de imprudencia con resultado de lesiones a una multa y a pagar al enfermo la suma de 250.446 euros. Se trataba de un varón que fue intervenido de un bulto en la zona inguinal; ni durante el tiempo en lista de espera, que se prolongó más de un año, ni en el preoperatorio se le sometió a ninguna prueba diagnóstica. Cuando se le intervino, creían que se trataba de una adenopatía, pero tras la operación el paciente no podía mover la pierna[29].

III. REQUISITOS PARA UNA ASISTENCIA SANITARIA CORRECTA

Los requisitos para una asistencia sanitaria correcta[30,31] son:

1. Partir del criterio de equidad. Todos los bienes sociales primarios habrán de distribuirse igualitariamente, a menos que una distribución desigual redunde en ventaja para todos, en especial para los más necesitados.

2. Consensuar unos cuidados de salud que cubran las necesidades básicas de todos los individuos por igual. Se señala así el nivel de asistencia básico o mínimo decoroso.

3. Antes de limitar las prestaciones hay que asegurar una gestión eficiente de los recursos que previamente se han señalado como básicos y exigibles para todos los ciudadanos. Sólo se puede justificar la limitación cuando el sistema ha asegurado su eficacia, su efectividad y su eficiencia.

4. La limitación de prestaciones debe cumplir varias condiciones: afectar a todos los individuos por igual, ser realizada por las Administraciones sanitarias encargadas de gestionar el bien común y someterse a un debate público social.

5. Una vez cumplidos los requisitos previos, se procederá a la evaluación de consecuencias para asignar recursos y aplicar el principio de la diferencia, que obliga a asignar más recursos a los más desfavorecidos.

Dos experiencias de limitación explícita de los recursos

Creemos que la limitación de prestaciones es inevitable y que lo correcto es formular criterios que sean justos y explícitos. Los modelos europeos de Holanda (informe Dunning) y Suecia[32] pueden ayudarnos en nuestras opciones.

El sistema holandés cumple prácticamente con los criterios arriba descritos, ya que busca el reparto equitativo, aplica el principio de la diferencia al asignar más recursos a los más desfavorecidos y protege explícitamente a los grupos que no pueden cuidar de sí mismos. Finalmente señala como criterios de asignación la efectividad y la eficiencia, además de proponer que se estimule un debate público sobre el tema. Constituye un buen ejemplo de complementación entre los criterios de eficiencia y de equidad.

Holanda

En 1990 el Ministerio de Salud holandés creó una comisión presidida por el Prof. Dunning, con el objetivo de estudiar cómo poner límites a las nuevas tecnologías y cómo enfrentarse a los problemas originados por la necesidad de limitar la asignación de recursos. Dicha comisión presentó las siguientes recomendaciones al gobierno holandés para la distribución de los recursos sanitarios:

1. La elección en la asistencia sanitaria es inevitable y necesaria. El enfoque elegido debe ser aquel claramente orientado a la comunidad, en el que los derechos individuales y la autonomía profesional estén limitados en interés de la igualdad y la solidaridad en la asistencia sanitaria.

2. Se recomienda la aplicación de 4 criterios para definir el paquete básico de salud exigible para toda la población: necesidad desde el punto de vista de la comunidad, efectividad, eficiencia y posibilidad de dejarla a la responsabilidad individual.

3. Se advierte al gobierno de la necesidad de proteger por ley la calidad de la asistencia para los disminuidos físicos y mentales, los ancianos mentalmente disminuidos y los pacientes psiquiátricos, frente a los posibles perjuicios de la competencia regulada.

4. Se aconseja al gobierno que promueva la investigación sobre los costes y beneficios de la asistencia sanitaria, especialmente de los tipos de asistencia en los que los costes son altos y los beneficios parecen ser bajos e inciertos.

5. Se recomienda que la introducción de nuevas tecnologías esté sujeta a los mismos requisitos de efectividad y seguridad que los medicamentos.

6. Las listas de espera deben basarse en criterios médicos, hacerse públicas y establecerse en ellas un plazo crítico de espera.

7. Es necesario que el gobierno estimule un amplio debate público sobre las opciones de la asistencia sanitaria.

Suecia

La comisión creada por el Parlamento sueco comenzó en el año 1992 recogiendo mediante encuestas las opiniones, tanto de expertos como de instituciones, que sirvieron para elaborar un informe preliminar que fue objeto de debate, crítica y evaluación posteriores, que sirvieron para redactar el informe definitivo. En éste se señalan los principios éticos que hay que utilizar para optimizar los recursos y los que nunca deben usarse. Los primeros son 3: el principio de la dignidad humana, el de la solidaridad y el del coste-efectividad. Se rechazan el principio del beneficio del mayor número (priorizar el recurso que ofrezca mayor eficiencia para la mayoría) y el principio de la lotería (el paciente es atendido en función de su orden de llegada —*first come, first served*—, sin importar el tipo de afección). El principio de demanda (los recursos deben ser dirigidos a las áreas de mayor demanda) se rechazó porque pueden existir demandas apropiadas y otras que no lo sean.

Desde estos principios se llegó a la siguiente clasificación de prioridades, teniendo en cuenta que la idea de prioridad se refiere a cualquier aspecto necesario para el tratamiento —preventivo, diagnóstico, de enfermería— y que las necesidades relacionadas con la calidad de vida son tan importantes como los aspectos más biológicos y directamente relacionados con la salud.

Clasificación de prioridades:

—*Nivel I:* enfermedades agudas graves que ponen en peligro la vida de las personas, enfermedades crónicas graves, el cuidado de las personas cuyo grado de autonomía es mínimo y los cuidados paliativos en los enfermos terminales.

—*Nivel II:* incluye la rehabilitación y las actividades preventivas cuyo beneficio esté claramente demostrado.

—*Nivel III:* enfermedades tanto agudas como crónicas cuya gravedad sea menor que las ya incluidas en el nivel I.

—*Nivel IV:* se introduce este nivel para estudiar, de forma pormenorizada, los casos límite que no se ajusten a las categorías ya enunciadas.

—*Nivel V:* todos los cuidados que no tengan relación directa con lesiones o enfermedades.

De estas 2 experiencias, parece preferible la de Holanda por resultar más elaborada que la sueca, aunque ambas se sitúan en la misma línea de complementación entre los criterios de eficiencia y de equidad.

IV. RESPONSABILIDAD EN LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD Y MANTENIMIENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

Responsabilidad de la sociedad

En el discurso de ingreso como académico numerario de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya,

el Dr. Miguel Ángel Asenjo nos recordó unos hechos y unas cifras que merecen les prestemos atención. Japón tiene la esperanza de vida al nacer más alta del mundo, a pesar de no hacer trasplantes de órganos; el número de médicos por 1.000 habitantes es la mitad de los que hay en Alemania y Francia, y los gastos de sanidad, la mitad de los de Estados Unidos. Ésta es una de las paradojas que nos encontramos al analizar la salud. En el mundo occidental son 4 los factores que influyen en la esperanza de vida al nacer. El más importante es el estilo de vida: alimentación, tranquilidad, paz, ejercicio, tabaco, drogas, etc., que contribuyen en un 43%; sigue después la herencia, que aporta el 27%; en tercer lugar figura el medio ambiente, que suma el 19%, y finalmente, el sistema sanitario —hospitales, ambulatorios, médicos y enfermeras, medicamentos, etc.—, que sólo representa un 11%. Puede resultar sorprendente, pues, que a la mejora del estilo de vida se destine sólo el 1,5% del presupuesto de salud, el 1,6% al medio ambiente, el 6,9% a los problemas de herencia y que un 90% se consuma en el sistema sanitario, que es el factor que menos influye para alargar la esperanza de vida.

Como es lógico, estas cifras brutas no ofrecen ninguna solución, y solamente las reproducimos para que reflexionemos sobre el hecho de que el incremento de la financiación del sistema sanitario no representa la solución de los problemas, lo cual no excluye que solicitemos de la Administración pública un porcentaje de recursos más elevado del que tenemos. Evidentemente, hemos de procurar todos hacer bien la parte de gestión que nos corresponda.

En el contexto de este trabajo hemos hablado de las prestaciones sanitarias como obligación del estado de derecho en el sentido de proteger la salud de los ciudadanos. Conviene insistir en que la salud es un bien privado y su mantenimiento a través de los estilos de vida es, ante todo, una responsabilidad individual, comunitaria y social, por lo que hay que subrayar la importancia extraordinaria que tienen los programas de educación de la salud a todos los niveles.

*Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano, con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (art. 1).

Responsabilidad de los profesionales

Dando por descontado que el derecho a la asistencia sanitaria está protegido por nuestra Constitución, indicaremos 5 principios en cuyo mejor cumplimiento los profesionales debemos insistir:

1. El interés y el bienestar del ser humano han de prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia*.

2. La salud de la persona está en el centro de la asistencia sanitaria, la cual debe considerarse y practicarse dentro de un contexto global de trabajo continuo para generar los mayores beneficios sanitarios.

3. Entre las responsabilidades del sistema sanitario figura la prevención de la enfermedad y el alivio de la incapacidad.

4. Todas las personas y grupos implicados en la asistencia sanitaria, ya provean el acceso o los servicios relacionados con ella, tienen la obligación permanente de contribuir a la mejora de su calidad.

5. Es un imperativo de quienes trabajan en el sistema de asistencia sanitaria la coordinación entre sí y con aquellos a quienes sirven. (Sólo con la coordinación, los sistemas sanitarios pueden producir resultados óptimos.)

Entre las tareas esenciales que requieren coordinación figuran las siguientes:

—Contribuir a construir comunidades más sanas.

—Crear un ambiente de trabajo sanitario seguro.

—Que la protocolización cumpla con la mejor evidencia científica.

—Todo el equipo debe reconocer y asumir preceptos éticos y promover una cultura ética entre sus miembros.

—No se debe confundir el mantenimiento de unos principios éticos con la rigidez o el sentido defensivo en el estatus profesional o en los actos sanitarios.

—Junto con sus enfermedades, sus necesidades y sus cuerpos, los pacientes y sus familias introducen en el sistema sanitario su experiencia personal, sus capacidades, motivaciones y expectativas.

Enlazando con estos 2 últimos aspectos, analizaremos muy brevemente el papel que el consentimiento informado desempeña como pieza clave en la coordinación y calidad de la asistencia sanitaria.

En nuestros hospitales el documento del consentimiento informado todavía pasa por ser un trámite administrativo y su razón última, que es el respeto del derecho del paciente a estar adecuadamente informado, se pervierte convirtiéndolo en un documento de protección del médico frente a posibles responsabilidades legales. Se impone la formación de los profesionales sanitarios en el arte de la comunicación para que puedan cumplir de la mejor manera posible con su deber para con el paciente.

El respeto a los valores del paciente es fundamental, tal como lo exige el Código Deontológico: en el ejercicio de su profesión, el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias (art. 8.1. del Código de Ética y Deontología Médica, OMC). La legislación española también es clara en este aspecto. Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de formación y documentación clínica: «La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad» (art. 4.2.).

El consentimiento informado es una conversación entre médico y usuario sobre sus problemas médicos; permite conocer sus valores e informar sobre las opciones médicas razonables con que el segundo cuenta.

Es una discusión interactiva en la que uno de los participantes tiene mayores conocimientos sobre información médica y el otro, mayores conocimientos sobre su propio sistema de valores y sobre las circunstancias afectadas por dicha información.

El consentimiento informado se origina en el concepto de autonomía. La decisión de recibir o rechazar la asistencia médica debe estar de acuerdo con los valores del paciente y decidirse en libertad, y las opciones deben considerarse a la luz de los valores del paciente.

La autonomía no es el respeto a los deseos del paciente en contra del juicio médico sensato, ni la decisión del paciente de exigir la utilización de un recurso que la sanidad haya difundido como dañino o maleficiante.

El formulario escrito del consentimiento informado sirve para apoyar el proceso oral si está bien diseñado, para registrarlo y vigilarlo y, por último, como prueba legal de que se dio la información y se obtuvo el consentimiento.

Aquí la coordinación es imprescindible, pues el consentimiento informado debe verse como un proceso, que aporta una idea dinámica e histórica, no como un acto aislado, por lo que es una historia que puede narrarse, leerse a través de la historia clínica. Esta narración viva permite ir construyendo la autonomía del enfermo y la beneficencia del personal. El usuario puede llegar al nivel de atención primaria para que se le aclaren dudas o términos sobre una CI realizada en el nivel especializado, por lo cual es imprescindible que ambos niveles consensúen procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren formularios escritos, y decidan un procedimiento de utilización del formulario.

Responsabilidad del Gobierno

La Asociación Médica Mundial dedicó la sesión científica de la Asamblea de 1993 a una profunda discusión sobre la distribución de los recursos de atención médica. Extraemos unos artículos que se refieren a la responsabilidad del Gobierno.

—Las decisiones relacionadas con la distribución de recursos en la atención médica se toman en 3 niveles: superior (nacional y/o regional/provincial), intermedio (regional e institucional) e inferior (paciente individual).

—Las decisiones relativas a la distribución nacional (superior) de recursos de atención médica relacionados con otros sectores (educación, vivienda, caminos, etc.) están en manos de políticos. Cuando se trata de determinar la cantidad de recursos para la atención médica, éstos debieran tener en cuenta la opinión de la profesión médica sobre la atención médica adecuada.

—Cada vez que la profesión médica considere insuficientes los recursos de atención médica, debe hacerlo saber claramente a los encargados de tomar decisiones y a la población, además de tomar las medidas apropiadas para convencer al Gobierno de que destine recursos adicionales, necesarios para prestar una atención médica adecuada.

—Es tarea en la toma de decisiones en el nivel superior la distribución de recursos entre los diferentes sectores de la atención médica (atención hospitalaria

–atención primaria, medicina preventiva–, medicina curativa, diferentes especialidades médicas, etc.). Las decisiones sobre estos asuntos también son de naturaleza política. Se necesita la participación de los médicos a fin de tomar decisiones equilibradas y claras. La profesión médica debe ofrecer a los políticos información adecuada para lograr sistemas de atención médica donde los pacientes reciban una atención apropiada.

—Si se establece un paquete básico de atención sanitaria, sería correcto excluir de él procedimientos y tratamientos sobre cuya seguridad no existe suficiente evidencia científica o cuando no esté suficientemente comprobada la contribución de real eficacia en la prevención, tratamiento, curación de enfermedad, conservación o mejora de esperanza de vida, disminución del dolor y del sufrimiento.

V. CONCLUSIONES DE UN GRUPO DE TRABAJO

Teniendo en cuenta cuanto hemos tratado en este trabajo, la Comisión de Bioética de la SEGO ha creído oportuno pulsar la opinión de sus miembros a través del cambio de impresiones de un grupo de médicos que representaran a un amplio abanico de sectores de la obstetricia y ginecología, así como de otras especialidades íntimamente relacionadas con ellas*. En atención a la operatividad, el grupo fue reducido y estuvo formado por facultativos que desarrollan su labor asistencial en Madrid. El resultado puede ser un cuestionario piloto para la totalidad de los miembros de la SEGO.

En una primera reunión se expusieron los objetivos perseguidos y se sentaron las bases sobre las que se debía trabajar. Un mes más tarde, se realizó una segunda reunión, en la que cada uno de los médicos elegidos exponía sus inquietudes y las grandes cuestiones que le preocupaban en cuanto a la justa distribución de los recursos limitados.

Hubo un consenso general en cuanto a la convicción de que los temas que se enumeran a continuación son los más importantes:

Premisa fundamental: consideración del paciente como un fin. Saber si esto es una realidad tanto desde el punto de vista de la Administración como de los gestores y de los profesionales.

1. Educación para la salud. El acceso sencillo y gratuito a las prestaciones sanitarias hace pensar a los ciudadanos que tienen derecho a exigir una asistencia de excelencia, gratuita y sin limitaciones.

Interesa saber si es necesaria una mayor educación sanitaria en la población, quién debería inducirla, quién debería realizarla y cómo.

2. Universalidad de la asistencia. En relación con el tema anterior, se realiza un uso excesivo, muchas veces multiplicado, de los servicios que presta el sistema sanitario.

Interesa conocer si los servicios deben ser gratuitos para todo el mundo o si, dependiendo de aspectos como la renta, debería haber determinados procesos en que no existiera la gratuidad, y si serían convenientes sistemas de retribución o de copago.

3. Accesibilidad. Probablemente, distintas poblaciones tengan distinta posibilidad de acceso a los servicios médicos, sobre todo cuando se precisan unidades punteras de tratamiento.

Interesa conocer en qué medida existen estas dificultades de acceso a los servicios de salud y en qué modo podrían paliarse.

Por el contrario, es probable que determinadas actuaciones médicas debieran realizarse exclusivamente en centros cualificados, con la jerarquización de la asistencia. Interesa conocer si esa jerarquización es adecuada o hay zonas que quedan desatendidas.

4. Autonomía del profesional. Relación entre profesionales de distinto nivel. Existe una queja en algunos ámbitos de asistencia de la escasa autonomía del profesional en cuanto a la gestión de su propia actividad. Asimismo, hay dificultades con la relación de otros profesionales de la sanidad, como enfermeras y matronas, con las que no existe la debida comunicación para conseguir la racionalización del trabajo.

5. Coordinación entre los profesionales de los diversos niveles sanitarios. Un tema que se ha repetido

*El Prof. Zamarriego, ayudado por el Prof. Usandizaga, se encargó de formar el grupo de trabajo, en el cual contribuyeron: Dra. Carolina Esteban (Medicina Familiar y Comunitaria. Ámbito rural), Dr. Fernando Izquierdo González (Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de tercer nivel), Dra. Marta Sancha (Obstetricia y Ginecología. Ambulatorio), Dr. Luis San Frutos (Obstetricia y Ginecología. Médico adjunto de hospital de tercer nivel), Dr. Alberto Galindo (Obstetricia y Ginecología. Medicina perinatal), Dr. Luis Chiva (Obstetricia y Ginecología. Ginecología oncológica), Dr. Juan A. García Velasco (Obstetricia y Ginecología. Medicina de la reproducción) y Dr. Ángel del Río (Neonatología).

con profusión es la dificultad en la relación entre los médicos de atención primaria con los de atención especializada y, en estos últimos, de la relación de profesionales de ambulatorio con otros de hospital, e incluso entre los de hospitales de distintos niveles. Este déficit de coordinación perjudica a los pacientes, a los propios profesionales y la eficacia, efectividad y eficiencia de su trabajo.

6. Exigencias mínimas de medios y personal. Conocer si en cada nivel de asistencia existen tanto los medios como el personal que se consideran imprescindibles para realizar la mínima actividad exigible.

7. Tiempo de asistencia. Es lógico pensar que existe un tiempo mínimo con el que deben contar los profesionales para atender a cada paciente.

Interesa conocer cuál piensan los profesionales que debería ser este tiempo mínimo, si disponen de él y quién debe delimitarlo.

8. Satisfacción del profesional. Un profesional motivado, satisfecho con su autonomía y con su trabajo, conseguirá unas mejores cotas de efectividad y eficiencia, lo que redundará en beneficios para sus pacientes y para el sistema en general.

9. Medicina basada en la evidencia. Conocer si las unidades poseen protocolos, documentos de consenso, etc., que ayuden al profesional a realizar una medicina de calidad que se ajuste a los parámetros científicamente contrastados.

10. Medicina defensiva. Tema que tiene difícil solución en el momento actual. Influye en gran medida en las actuaciones médicas y condiciona su eficiencia.

Interesa conocer en qué modo se podrían introducir algunas medidas cuando menos paliativas.

Interesa saber si los profesionales consideran que perjudica la calidad de la medicina realizada. También habría que valorar su impacto en las consideraciones éticas de cada profesional.

11. Cartera de servicios. Conocer si cada unidad asistencial posee una cartera de servicios y cómo se puede organizar para que no exista una injusta distribución de los recursos.

12. Listas de espera. Un tema casi inevitable en una sanidad de las características de la de nuestro país.

Interesa conocer cómo deben gestionarse, si por urgencias vitales o por tiempos concretos, quién debe gestionarlas y quién debe determinar cuáles son las preferencias.

13. Aspectos especiales. Valorar si hay temas que deben considerarse al margen de la sanidad pública, con distintos criterios, como la reproducción, tanto en su vertiente de infertilidad como de anticoncepción.

Conocer si los cuidados paliativos del enfermo terminal deben también tratarse de forma distinta que otros procesos agudos o crónicos.

14. Auditorías. Plantear si existen auditorías de calidad en los distintos niveles de asistencia. Conocer si se considera que deben existir o no.

SÍNTESIS CONCLUSIVA

Creemos que 3 de los factores que más han contribuido en la transformación del ejercicio de la medicina en las últimas 3 décadas son:

1. El reconocimiento de los derechos de los pacientes considerados como agentes morales autónomos, lo que lleva al reconocimiento de su derecho a ser informados y a participar en el proceso de decisión que afecta a su salud y, como ciudadanos, a corresponsabilizarse en la calidad de las prestaciones sanitarias —aspecto de los deberes, todavía poco asimilados—.

2. La profunda transformación tecnológica en la práctica médica, con un coste creciente del gasto sanitario. Esto ha supuesto una transformación económica en la praxis médica dentro de la estructura sanitaria, con la exigencia de integrar los criterios de coste como un componente ético de la decisión. Asimismo, en todos los órdenes de la empresa sanitaria se exige trabajar con criterios de efectividad y eficiencia.

3. La salud, además de ser un bien privado, se ha convertido en un bien público. Esto implica el deber de analizar las necesidades de la población para determinar la política sanitaria a seguir y definir las prioridades. Esta política sanitaria ha de tener en cuenta también las reformas a realizar para asegurar la competencia profesional, sometida a redefinición y evaluación, tanto de las actuaciones como de las funciones de los profesionales. Creemos que en esta línea se mueve el Proyecto de Ley sobre la Ordenación de las Profesiones Sanitarias 121/000150 (23 de mayo 2003).

Un elemento de capital importancia es la manera en que implícitamente parece que la mayor carga de responsabilidad recae en los profesionales, lo cual resulta paradójico cuando no se les facilita lo que nece-

sitan para una buena práctica clínica (falta de medios, presión asistencial, poco reconocimiento profesional). Además, la escasa integración de los objetivos, de los procesos asistenciales y de comunicación institucional y personal entre los niveles de asistencia sanitaria genera problemas que gravitan sobre los profesionales.

Dos puntos requieren un merecido relieve. Uno es la excesiva burocratización; otro, la incontenible judicialización de la asistencia sanitaria. La burocratización enlentece los procesos por los cuales los ciudadanos consiguen la asistencia sanitaria adecuada, al nivel que corresponde (atención primaria o especializada) y en un tiempo razonable.

La judicialización de la asistencia sanitaria es el resultado lógico de una multiplicidad de factores, de los que la desconfianza a la profesión médica y a la asistencia sanitaria, en general, es lo que dispara la mayoría de las denuncias. Éstas reciben una gran atención mediática, que redunda en perjuicio del debido reconocimiento que merecen la competencia y dedicación de la mayoría de los profesionales de la salud. Con todo, hay que admitir que la falta de tiempo por la presión asistencial, el estrés y la fatiga son malos aliados frente a la paciencia necesaria que es exigible. Cuando no se da, los pacientes acuden a la denuncia, que algunas veces —pocas— tiene un sólido fundamento.

Creemos que el Grupo de Trabajo ha identificado bien los problemas de la asistencia sanitaria, cuya solución debe abordarse con eficacia al nivel que corresponde. Los problemas y soluciones efectivas han de tratarse en el Consejo Interterritorial. Sin embargo, las decisiones últimas son políticas. Cierto que mejorando la gestión se aprovecharían mejor los recursos disponibles, pero no es ésta la solución, y tampoco es factible transformar por decreto las mentalidades formadas con criterios administrativos en actitudes y conductas de gestores profesionales. Tampoco es lo más esencial del problema, que debe tratarse con profundidad, analizando la adecuación del modelo de SNS, el cual ha funcionado bastante bien durante años, pero que ahora, en nuestra sociedad tecnológica, muestra sus puntos débiles.

No podemos cerrar los ojos a la insatisfacción generalizada de los profesionales de la salud, aun cuando la población, en general, se muestra satisfecha en las encuestas. Los profesionales viven con dolor y resentimiento la falta de medios, de tiempo, de formación, de reconocimiento profesional, a lo que se suma la crítica cínica de que son buenos médicos pero malos gestores. Los médicos van a los tribunales y los gestores, ignorados por los pacientes, reciben parabienes. Como hemos observado, no hay sentencias contra los errores de gestión ni contra la mala gestión.

Recordemos como anécdota que la generación de los médicos que han cumplido los 40 años de ejercicio profesional, con toda dignidad y competencia, ha tenido que adaptarse a los progresos propios de la especialidad, que se han hecho, casi siempre, con sacrificio personal pero que han reportado satisfacción profesional. A esto se han sumado otros progresos en las comunicaciones; se ha pasado de la máquina de escribir clásica a la eléctrica y, de ésta en un abrir y cerrar de ojos, a las computadoras y programas de tratamiento de datos. Podemos preguntar: ¿qué inversiones se han hecho para capacitar a los profesionales sanitarios?

Cierto es que corresponde también a las más altas instancias de la Administración hallar los caminos para asegurar la hegemonía de la provisión de las prestaciones sanitarias en la sanidad pública, prestando atención no sólo a la satisfacción de los pacientes/usuarios, sino también a la de los profesionales. Los profesionales de la sanidad hemos de convenir en la necesidad de integrar en nuestro quehacer cotidiano los criterios de eficacia y eficiencia como imperativo ético.

Todo ello nos lleva a considerar una exigencia de justicia:

1. Mejorar la dotación de recursos humanos y financiación de la sanidad. Creemos que no sería excesivo aumentar en un 1% el porcentaje del PIB dedicado a financiar la sanidad.

2. Dar máxima prioridad a que el equipo asistencial pueda ejercer su trabajo en un clima donde el estrés no acabe con la ilusión profesional; sencillamente, que el bien del paciente y la comunicación con éste permitan recuperar la confianza de los ciudadanos en los profesionales en todos los niveles de la asistencia. Esto requiere un serio estudio sobre el tiempo que puede y debe ofrecerse a los pacientes en el consultorio. Es urgente incrementar el tiempo del que se dispone en los consultorios, especialmente en la atención primaria.

3. La oferta sanitaria realista ha de aceptar por el momento las listas de espera. Los criterios de priorización han de ser transparentes, y los tiempos de es-

pera, razonables y conocidos. Reconocemos que últimamente se ha progresado, pero debe progresarse mucho más todavía.

4. La demanda debe controlarse a través de incisivos programas de educación de la salud, en la escuela y en la universidad, y en todos los ámbitos sociales, familia, trabajo, asociaciones. No basta una campaña con un objetivo bien definido y limitado.

5. Promover eficazmente y potenciar los esfuerzos que se realicen para conseguir una buena coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundación para la Paz. Anuario 2001-2002. Fundación para la Paz.
2. López Casasnovas G. El valor de la salut i l'existència social d'una major efectivitat dels recursos econòmics per assolir-la. Barcelona: Reial Acadèmia de Medicina, 2002.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud en cifras 2002. Madrid: Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
4. Ortún V. ¿Todo, para todos, de la mejor calidad? En: Opinión Quiral. Sostenibilidad del sistema sanitario. Barcelona: Fundación Privada Vila Casas, 2001; p. 31-8.
5. Barreda I, Parrón P. Nueva Ley de Cohesión y Calidad rumbo al cambio en la sanidad. Actualidad del Derecho Sanitario, 2003;95.
6. Mateu S. Coordinación en la atención en salud de la mujer [editorial]. Salud Total de la Mujer 2000;2:1-3.
7. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema Universidad. Colección Manuales, 1989.
8. Conill J. Ética de la economía de la salud. Financiación y gestión. En: Gafo J, editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: UPC, 1999; p. 113-33.
9. López Casasnovas G. Algunas claves acerca de la sostenibilidad del gasto sanitario en España y su financiación. En: Opinión Quiral. Sostenibilidad del sistema sanitario. Barcelona: Fundación Privada Vila Casas, 2001; p. 43-56.
10. Vázquez Díaz JR. Sobre bioética y medicina de familia. En: Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, núm. 7. Palma de Mallorca: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1996.
11. Costas E. Las listas de espera. El País, martes 2 de julio de 1996; p. 26.
12. Beltrán JL. Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud: aspectos jurídicos. Derecho y Salud 1994;2:95.
13. Memoria del Servicio de Atención al Paciente de Clínica Puerta de Hierro de Madrid de 1995.
14. Diario Médico de 23 de mayo de 2000.
15. ABC de 1 de octubre de 2000; p. 43.
16. Diario Médico de 11 de julio de 2000.
17. Diario Médico de 31 de julio de 2000.
18. Amezqueta JM. La asistencia sanitaria atípica: última jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre los reintegros de gastos médicos. La Ley 1995;4:1077-.
19. Diario Médico de 10 de mayo de 2000.
20. Diario Médico de 5 de marzo de 2001.
21. Diario Médico de 17 de febrero de 2000.
22. Diario Médico de 27 de junio de 2002.
23. Diario Médico de 14 de septiembre de 2002.
24. Diario Médico de 6 de octubre de 2000.
25. Diario Médico de 5 de julio de 2000.
26. Diario Médico de los días 18 de abril, 26 de julio y 13 de noviembre de 2000.
27. Diario Médico de 26 de diciembre de 2001.
28. Martínez-Pereda JM. Responsabilidad y listas de espera. Actas del VIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 2001.
29. López JM. La cicatería administrativa del Sergas causa una condena penal médica más cara. Diario Médico de 21 de marzo de 2002.
30. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Boletín Of Sanit Panam 1990;108:570-85.
31. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema Universidad. Colección Manuales, 1989; p. 200-300.
32. Couceiro A. El problema ético de la asignación de recursos sanitarios. En: Gafo J, editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: UPC, 1999.