

Listas de espera y criterios de universalidad, justicia y equidad

Rafael Pacheco Guevara.

Médico de Medicina Legal y Ética Médica del Hospital General Universitario Reina Sofía.

Servicio Murciano de Salud.

En todas las comunidades autónomas se evalúan indicadores de salud: número de consultas, de pruebas complementarias, de ingresos hospitalarios, de estancias medias, de intervenciones quirúrgicas, de asistencias de urgencia, etc.

La última finalidad de esas comprobaciones es avanzar en la detección y mejora de las enfermedades, para alargar la vida saludable y huir de la muerte evitable.

Está muy claro que, en nuestro país, afortunadamente, se soluciona muy bien lo grave y urgente, pero no somos tan eficaces respecto a lo “urgente/no grave” y a lo “grave/no urgente”

En las listas de espera, duermen el sueño de los justos pacientes con procesos importantes perfectamente recuperables, deteriorándose paulatinamente e incapacitados para su trabajo durante mucho tiempo, a causa de una patología que no reviste absoluta gravedad y, además, es abordable y presuntamente curable.

Siendo importante la equidad, no debe ser el único parámetro: uno a uno, y por su turno... Existen otros criterios, también justos y valorables.

Es cierto que nuestro sistema público de salud es de los mejores del mundo, lo que constituye un orgullo internacionalmente reconocido, pero también lo es que soportamos altas cuotas de ineficiencia y que se hace poco para evitarlo.

Los médicos de familia no se cansan de repetirlo: se eternizan procesos severos, que son relativamente fáciles de controlar y resolver, a causa de la masificación, la burocracia y la excesiva utilización/ocupación de pruebas diagnósticas y camas hospitalarias por pacientes crónicos, que no precisan esas exploraciones y que no deberían estar ingresados en hospitales de agudos.

Una Medicina Primaria bien dotada (con suficiente personal y medios) ha de ser capaz de manejar óptimamente un altísimo porcentaje de la patología de su área (en el centro de salud y en el domicilio del paciente).

En palabras del fallecido Albert Jovell (2013): “Si la medicina ha de responder a las necesidades de la sociedad, posiblemente el futuro de la profesión médica pasa por recuperar al médico de cabecera. Necesitamos médicos que nos atiendan, conforten, cuiden y coordinen nuestras necesidades de asistencia sanitaria”.

Sólo deberían ingresar en el hospital aquellos cuyas enfermedades no puedan ser diagnosticadas, tratadas, controladas y seguidas desde sus centros de atención primaria y en sus respectivos hogares (procesos quirúrgicos no susceptibles de cirugía mayor ambulatoria, estancias en UCI, quimioterapia, hemodiálisis, etc.).

Un usuario sano, que sufre puntualmente un proceso agudo y susceptible de pronta resolución, nunca debería estar esperando, en situación laboral de incapacidad transitoria,

mucho más tiempo del imprescindible para un rápido diagnóstico y un eficaz tratamiento. De ser así, lograríamos un bien social, psicológico, familiar y económico.

El principio bioético de Justicia, del que deriva directamente el derecho a la equidad, ha de ser entendido y aplicado, persiguiendo lo mejor para el enfermo y, simultáneamente, para su entorno familiar y social. Se hace mal, y podría constituir un fraude ético, y hasta legal, cuando mantenemos a una persona sana que padece un proceso fácilmente solucionable, durante meses y meses en situación de baja, esperando a ser intervenido quirúrgicamente, cuando le toque.

La entidad de la enfermedad y el orden de llegada no deben ser los únicos y exclusivos criterios de entrada. Además, son necesarias la imaginación, la sensatez y la búsqueda de la eficiencia. Las citadas causas, combinadas con la de justicia, han de regir los criterios de inclusión en las listas de espera (diagnósticas o terapéuticas).

El anterior planteamiento no defiende la sistemática marginación de las personas mayores y los jubilados a los últimos puestos de esas listas. No se trata de eso. Ellos son más vulnerables, y la mayor fragilidad les hace candidatos a no esperar demasiado... pero todo ello, con racionalidad.

Hay que otorgarle rango de obligatoriedad a la educación y formación postgrado en cuidados paliativos, al tratamiento del dolor y a la valoración geriátrica.

Un buen indicador de calidad asistencial en atención Primaria sería el número de pacientes asistidos en domicilio (por el médico y por las enfermeras).

Es necesario incidir en el riesgo de la polimedicación: importante causa de ingresos hospitalarios y de mortalidad. Consideramos inaplazable que un farmacéutico hospitalario revise la medicación, antes del alta, sobre todo en los pacientes que se van con más de 5 fármacos prescritos (conciliación fármaco-terapéutica).

Un mayor empeño en la educación sanitaria (centros escolares), más geronto-gimnasia y recuperación funcional (en prevención de caídas y fracturas), mayor atención a la menopausia y a la salud reproductiva-sexual...

Contamos con enfermeras, cada vez más capacitadas y adiestradas: hay que implicarlas en todo esto y menos en el control rutinario de cifras tensionales y niveles de glucosa (los propios enfermos ya disponen en sus casas del aparataje necesario para ello).

El buen médico de familia posee una gran capacidad de resolución, cercana al 90% de las enfermedades que diagnostica y trata: dotémosle de medios, de apoyos profesionales y de tiempo, en consonancia con la buena formación que ha recibido. Es disparatado haberlos formado en calidad (hoy los médicos de familia terminan su residencia con una acreditada y muy solvente preparación) y, después, exigirles, ante todo, cantidad.

Necesitamos más estudios (serios, sistemáticos y críticos) sobre la patología mejorable y no demorable, las incapacidades transitorias inexplicablemente largas, la mortalidad aplazable, las estancias hospitalarias innecesarias, la iatrogenia por polimedicación y los reiterados ingresos en los centros asistenciales.

Murcia, octubre de 2017.