

LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA MEDIANTE SISTEMAS DE PUNTOS

José Luis Pinto Prades(*)

1. INTRODUCCIÓN

Una de las consecuencias más importantes de la escasez de recursos, en cualquier ámbito de la vida humana, es la necesidad de tomar decisiones sobre prioridades. Cuando no es posible satisfacer las demandas, quizá legítimas, de todas las personas es necesario establecer unos criterios sobre quién tiene más derecho que otro. Habitualmente la Economía ha defendido que la mejor forma de contestar a estas cuestiones es mediante el uso del mercado y de los principios que lo regulan. Sin embargo, hay algunos productos que la sociedad ha considerado que no se deben asignar mediante el mercado. En ocasiones, la justificación se basa en motivos de eficiencia, es decir, el mercado no realiza bien la asignación de estos productos por diversos motivos tales como los bienes públicos, efectos externos, rendimientos crecientes a escala, etc. En otras ocasiones, el deseo de no utilizar el mercado se debe, más bien, a motivos relacionados con la justicia, esto es, no se considera que la renta de una persona tenga que influir en la prioridad que sus demandas tienen sobre las demandas de otras personas.

Las listas de espera constituyen un caso de escasez de recursos que no se quiere resolver mediante el mercado. El problema es, ¿qué otros principios podemos aplicar para priorizar a pacientes que están en una lista de espera? Elster (1994) en su libro "Justicial Local" ofrece una serie de principios que se han aplicado en el establecimiento de prioridades en diversas situaciones en las que no ha querido usarse el mercado y que, por tanto, podrían ser utilizados para gestionar las listas de espera. Veamos algunos.

2. PRINCIPIOS DE ASIGNACION DE RECURSOS

Cuando no aceptamos el mercado como cri-

terio para repartir recursos escasos, podemos basar nuestras asignaciones en sistemas basados en otros principios, como los siguientes:

a) Necesidad. Se entiende que distribuir los recursos según la necesidad equivale a otorgar prioridad a quienes parten de una situación inicial peor y, por tanto, quienes quedarían en peor situación caso de no recibir los bienes. Por ejemplo, en el caso de las plazas de una Unidad de Cuidados Intensivos quien más lo necesita puede entenderse que es quien tiene una probabilidad de morir más alta.

b) Incrementos de bienestar. En este caso no se elige a quien parte de la peor situación inicial sino a quien más puede ganar, es decir, a aquél para quien la diferencia entre la situación inicial y la final es mayor. Siguiendo con el caso anterior de la UCI, se trataría de priorizar a aquellas personas en las que la probabilidad de vivir más mejora con la estancia en la UCI.

c) Sistemas lineales de puntos. Se trata de escoger varios criterios que se considera que son importantes para tomar decisiones sobre prioridades. Cada uno de dichos criterios se mide en una escala y se asignan puntos a cada nivel de cada escala. Entre las ventajas de estos sistemas está la necesidad de combinar diversas características cuando no hay ninguna que sea la única importante. En realidad, esto parece que sea lo más frecuente, ya que raras veces en la vida nos fijamos en una única característica de las personas o de las cosas. Entre los inconvenientes está la necesidad de reducir estas variables a una cantidad que sea manejable desde un punto de vista psicológico. Un ejemplo de la utilización de sistema de puntos para asignar recursos públicos en nuestro país es la asignación de plazas escolares, que se realiza en función de criterios tales como la distancia al centro escolar, la existencia o no de hermanos en el centro o la renta.

Cada uno de estas características recibe una serie de puntos que sirven para establecer el orden de elección.

d)Tiempo de espera. Se prioriza a quien lleva más tiempo esperando.

En nuestro país, el criterio que más se utiliza es el tiempo de espera, principalmente en la cirugía electiva. Si alguien quiere saltarse este principio tiene que justificarlo con razones basadas en la urgencia. Este criterio es bastante dominante en la gestión de las listas de espera, también en el ámbito internacional. Así, en Gran Bretaña la denominada "Carta del Paciente" estableció que ningún paciente debía esperar más de 18 meses para ser intervenido. Esta decisión sin duda tiene efectos favorables sobre la certeza que el paciente tiene en cuanto al tiempo máximo de espera, sin embargo, también genera problemas. En especial, una de las principales preocupaciones que esta política basada en el número de pacientes y en su tiempo de espera ha generado en la clase médica ha sido la posible pérdida de importancia del criterio de prioridad clínica.

Por un lado, el énfasis en el número de personas y en el tiempo de espera puede provocar que se prioricen aquellos casos que se supone tienen un periodo de convalecencia más corto. Esto podría reducir el número de pacientes esperando pero podría dejar a los pacientes más complejos.

Por otro lado, concentrarse en el tiempo de espera puede traer como consecuencia que un paciente no grave que lleva esperando 18 meses automáticamente salte al primer lugar de la lista de espera. Este paciente podría ser priorizado sobre otro con mayor necesidad clínica para asegurar que el sistema cumpla con el indicador "tiempo máximo de espera".

En este sentido, se ha expresado la British Medical Association (BMA, 1998) que ha afirmado que " *Esta asociación lamenta la alta prioridad otorgada a los tiempos de espera, ya que puede tener el efecto distorsionador sobre las prioridades clínicas.... Propone que para condiciones clínicas apropiadas las listas de espera deberían estar sujetas a sistemas de puntos que reflejen prioridades clínicas*". Nosotros pensamos que la British Medical Association está totalmente en lo cierto y por eso

procederemos a mostrar el ejemplo de un país que está intentando dar el paso de gestionar las listas de espera mediante un sistema de puntos. Veremos el caso de Nueva Zelanda.

3. LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA MEDIANTE UN SISTEMA LINEAL DE PUNTOS: EL CASO DE NUEVA ZELANDA

Como todo país cuya Administración pública ofrece una gama de servicios sanitarios a su población, Nueva Zelanda sufre una escasez en su oferta de servicios si la comparamos con la demanda que reclama su población, generándose así unas largas listas de espera. Ante tal problema social, y en el marco de las reformas generales de la sanidad pública, se crea en 1992 el Comité Asesor al Ministro (*National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services*), para que aconseje al Ministro de Sanidad respecto a medidas que alivien las largas esperas que muchos ciudadanos deben sufrir y que afectan negativamente a su salud (Hadorn y Holmes, 1997,a).

El Comité decide desde sus inicios que la gestión de las listas de espera debe basarse en la priorización de los pacientes según sus características. Esto requiere herramientas capaces de decidir qué ciudadanos merecen recibir una prioridad más elevada. Por ello se deciden elaborar y, más tarde, implementar en cada caso concreto, unos sistemas lineales de puntos capaces de decidir qué personas tienen mayor prioridad en el acceso a los servicios y qué otras tienen menos.

3.1. El sistema lineal de puntos de Nueva Zelanda: trazos básicos

Un grupo de seis personas, dos provenientes del Comité Asesor al Ministro y los cuatro jefes de cada región médica neozelandesa, se reúnen a instancias del Comité para elaborar el sistema asignador de prioridades en Nueva Zelanda. Se considera que todo sistema de prioridad aplicable a su país deberá estar basado en los siguientes principios:

— Será un sistema justo a escala de Nueva Zelanda.

— Será consistente, claro y transparente.

— Deberá permitir la comparación entre casos (es decir, nos permitirá ver la diferencia de prioridad entre un caso concreto y otro, por muy diferentes o similares que sean).

— Será plenamente compatible para establecer un “sistema de reserva”.

— Deberá permitir la comparación entre los tiempos de espera de cada paciente en Nueva Zelanda.

— Incluirá valores sociales a la hora de otorgar prioridades.

— Definirá un tiempo máximo de espera.

— Se analizarán los resultados de las personas que hayan sido intervenidas (médicamente o quirúrgicamente) y las que no, en aras de determinar el grado de mejora que supone para cada paciente el paso por una intervención concreta.

A partir de la elaboración de este marco general se decide encargar a diferentes especialistas clínicos en diferentes campos de la medicina, la elaboración de sistemas de prioridad en cada uno de ellos (los cuáles son la extracción de cataratas, el by-pass coronario, la instalación de prótesis de cadera y de rodilla, colecistectomía, las operaciones de tímpano y los servicios de fertilización).

3.2. El modelo lineal de prioridades

Según el encargo recibido por el grupo promotor (formado por los dos miembros del Consejo Asesor al Ministro y los cuatro jefes de cada región médica neozelandesa), los sistemas de prioridad debían tener la forma de “modelos lineales de prioridad”.

Un modelo lineal consiste en una fórmula por la cual se valoran diferentes variables y se les da un peso específico a cada una de ellas. Elaborado dicho sistema, cada paciente que aspire a ser curado por la sanidad pública, recibirá una serie de puntos basándose en que nivel de dolencia tenga en cada una de las variables consideradas. Podemos expresar dicho modelo en la siguiente fórmula matemática:

$$\text{Puntos} = F(w) + G(x) + H(y) + \dots Z(z)$$

Así, un paciente que sufra un nivel de dolencia “a” en la variable “w”, recibirá unos puntos determinados en el sistema lineal elaborado. Dichos puntos se sumarán a los que obtenga en otras variables dependiendo de su nivel de dolencia o gravedad en ellas, dando una puntuación final que determinará tres cosas. La primera, el nivel de prioridad que tendrá esa persona frente a las otras que también deseen recibir el mismo servicio. Aquel enfermo cuya puntuación sea más alta (que en el caso de Nueva Zelanda se situará entre 0 y 100) tendrá mayor prioridad, ya que significará que tiene una gravedad más elevada a nivel general que el resto de pacientes.

3.3. Sistema de reserva

Al mismo tiempo que se implanta este sistema lineal de puntos para asignar prioridades a los pacientes que esperan recibir un servicio público de sanidad, el Comité Asesor al Ministro decide que cada enfermo, dependiendo de los puntos que haya recibido, sepa con exactitud en qué plazo de tiempo será atendido. Dicho sistema, que como vemos se desarrolla paralelo al sistema de puntos y no requiere de ninguna otra herramienta adicional, se conoce como “sistema de reserva”.

Con ello se pretende no sólo que una persona necesitada de servicios médicos sepa la prioridad con la que cuenta frente al resto de enfermos, sino también, dependiendo de los recursos en manos de la Administración y de la celeridad con la que se desarrollen las intervenciones médicas en el campo donde él quiera su curación, el número de días, semanas o meses que deberá esperar para ser curado de su dolencia. Ello requiere de un estudio pormenorizado de la situación concreta en cada campo médico respecto a los recursos disponibles, al nivel de rapidez con que se desarrollen las intervenciones y a la capacidad futura de actuación médica en cada campo concreto. Sin embargo, por la incertidumbre que genera el futuro, el tiempo de espera que nos asigna un “sistema de reserva” no deja de ser una previsión que puede no cumplirse si está mal calculada o si sucede cualquier hecho no previsto con anterioridad (como, por ejemplo, un aumento fuerte e inesperado de la demanda).

En diferentes partidas y momentos, el Go-

bierno de Nueva Zelanda ha destinado fuertes sumas de dinero a modificar el sistema de listas de espera por el nuevo sistema de puntos y el "sistema de reserva" para lograr reducir el tiempo de espera y adaptarlo a lo necesario y recomendado por los grupos de expertos.

3.4. Variables a considerar en el sistema lineal de puntos

En cada campo médico, un sistema lineal de puntos valorará las variables médicas que considere importantes y oportunas. Así, para realizarse una operación quirúrgica para implantar una rodilla artificial se considerarán variables médicas relacionadas con ese proceso concreto y no con otros. Sin embargo, según la opinión del Comité Asesor al Ministro, deben incluirse también en los sistemas de puntuación otro tipo de variables que denominan "sociales". Y es que, soportar una enfermedad no sólo supone sufrir mermas físicas consecuentes de la dolencia, sino que también puede comportar males añadidos que no estén directamente relacionados con la enfermedad en sí misma. Por ello, se deciden incorporar en los sistemas de puntuación variables sociales que valoren otros ámbitos en la vida de los enfermos perjudicados por la enfermedad.

El Comité sugiere que cada grupo de especialistas en cada enfermedad considere las variables sociales oportunas de su ámbito, pero a modo genérico cita algunas que pueden ser consideradas por cada grupo, y que son:

- la edad
- la autonomía personal / la capacidad de desarrollar una vida laboral plena
- el tiempo de espera

Sobre la edad, salvo en el caso del by-pass coronario, ningún grupo de especialistas considera que sea una variable a tener en cuenta, así que no se computa como variable. La autonomía personal, en cambio, sí se incluye como variable en la mayoría de sistemas lineales de puntos, ya que se considera que es un problema común a la mayoría de enfermedades regidas por un sistema lineal de puntos. Pese a ello, al no quedar muy claro el concepto de "autonomía personal" en el sentido de capaci-

dad de movilidad, se decide darle menos peso a esta variable en comparación a las otras. Finalmente, se considera incluir también el tiempo de espera como variable con su peso específico en la puntuación total del paciente.

Aceptar la variable "tiempo de espera" en el cómputo del sistema de puntos significa, en cierta medida, no confiar en la exactitud del cumplimiento del plazo de tiempo fijado por el "sistema de reserva". Y es que, como decíamos al hablar del "sistema de reserva", el tiempo que un sistema como este fija para cada paciente no deja de ser una previsión, con la posibilidad de cumplirse pero también con la posibilidad de que no se cumpla. El hecho que suceda esta segunda posibilidad a menudo es lo que provoca la inclusión de la variable "tiempo de espera".

3.5. Dos ejemplos: el by-pass coronario y los servicios de fertilidad

Presentaremos aquí dos casos en los que las listas de espera se han pasado a gestionar por un sistema de puntos.

Para desarrollar el sistema lineal en el campo del by-pass coronario (Hadorn y Holmes, 1997b) se reunieron un grupo de 7 especialistas, siguiendo las indicaciones marcadas por el Comité Asesor al Ministro y por el grupo promotor de los sistemas lineales de puntos. Además de los siete especialistas, en este campo se contó con la participación puntual de otros 25 entendidos en la materia. Todos ellos desarrollan un sistema lineal de puntos en el cual valoran y deciden qué variables deben utilizar y qué peso concreto debe darse a cada variable, de forma que la puntuación máxima que una persona pueda obtener sea 100 puntos y la mínima 0. El sistema se desarrolla, valorándose mucho más las variables médicas que las sociales (como la edad o el tiempo de espera). Ello es porque, en opinión de los expertos, pese a que la edad o el tiempo de espera tengan su propia importancia, lo realmente importante en el caso de valorar la necesidad y el beneficio que una persona pueda obtener de un by-pass son las variables médicas. El sistema de puntos puede verse en el cuadro 1.

Una vez realizado el sistema de prioridades, se decide presentar a un número determinado

CUADRO 1
SISTEMA DE PUNTOS DE NUEVA ZELANDA
PARA EL BY-PASS CORONARIO

| Grado de obstrucción coronaria | Puntos |
|--|--------|
| No CAD > 0 = 50 por 100 | 0 |
| 1 CAD 50 – 74 por 100 | 6 |
| > 1 VD 50 – 74 por 100 | 7 |
| 1 VD (75 por 100) | 7 |
| 1 VD (> 0 = 90 por 100) | 10 |
| 2 VD (50 – 89 por 100) | 12 |
| 2 V (ambos > 0 = 90 por 100) | 13 |
| 1 VD, > 0 = próximo LAD | 15 |
| 2 VD, > 0 = 90 por 100 LAD | 15 |
| 2 VD, > 0 = próximo LAD | 18 |
| 3 VD | 18 |
| 3 VD, > 0 = 90 por 100 al menos en uno | 20 |
| 3 VD, 75 por 100 próximo LAD | 21 |
| 3 VD, > 0 = próximo LAD | 24 |
| Izquierdo principal (50 por 100) | 25 |
| Izquierdo principal (75 por 100) | 26 |
| Izquierdo principal (> 0 = 90 por 100) | 32 |
| Fracción de eyeccción del ventrículo izquierdo | Puntos |
| < 35 por 100 | 10 |
| 35 – 50 por 100 | 6 |
| > 50 por 100 | 0 |
| Tipo de angina | Puntos |
| Clase I | 1 |
| Clase II | 2 |
| Clase III | 7 |
| Clase IVa | 16 |
| Clase IVb | 20 |
| Clase IVc | 23 |
| Test – ejercicio de stress | Puntos |
| Marcadamente positivo | 20 |
| Muy positivo | 16 |
| Positivo | 8 |
| Ligeramente positivo | 4 |
| Negativo | 0 |
| Capacidad de trabajo y de autonomía personal | Puntos |
| Inmediatamente amenazada | 15 |
| Amenazada | 8 |
| No amenazada pero más dificultosa | 4 |

Fuente: N.W. Jackson, M.P. Doogue, J.M. Elliott (1999), p. 367.

de médicos especialistas de dos hospitales diferentes una serie de casos hipotéticos de enfermos. Los médicos deberán decidir cual es el plazo de tiempo máximo que consideran oportuno para intervenir a esas personas. Se procedió luego a calcular el presupuesto necesario para poder intervenir a los pacientes dentro de ese tiempo de espera máximo, en función de los puntos mínimos necesarios para tener derecho a la intervención. Los especialistas consideraron que deberían operarse todos aquellos que tenían más de 25 puntos. Puede verse

CUADRO 2
EFECTOS DEL CAMBIO EN LA PUNTUACIÓN
MÍNIMA REQUERIDA A LA HORA DE REALIZAR UN BY-PASS

| Puntuación mínima necesaria para ser incluido en la lista de espera | Número de operaciones en función de la puntuación mínima | Coste (en dólares de Nueva Zelanda) |
|---|--|-------------------------------------|
| 65 | 12 | 200.000 |
| 60 | 25 | 430.000 |
| 55 | 56 | 950.000 |
| 50 | 94 | 1.600.000 |
| 45 | 157 | 2.700.000 |
| 40 | 237 | 4.000.000 |
| 35 | 337 | 5.700.000 |
| 30 | 454 | 7.700.000 |
| 25 | 574 | 9.800.000 |
| 20 | 626 | 10.600.000 |
| 15 | 655 | 11.100.000 |
| 10 | 660 | 11.200.000 |
| 5 | 661 | 11.200.000 |
| 0 | 662 | 11.300.000 |

Fuente: Hadorn y Holmes, p. 316.

(cuadro 2) que esto hubiera supuesto un coste de 9.8 millones en la moneda local. Dadas las restricciones presupuestarias, el gobierno consideró que únicamente podía garantizar intervenir en el plazo aconsejado por los médicos a aquéllos que tenían más de 35 puntos. Se creó así una diferencia explícita de 10 puntos entre lo clínicamente deseable y lo financieramente posible.

El caso de los servicios de fertilidad (National Health Committee, 1998) constituye una prestación interesante al no estar relacionada con ninguna enfermedad, entendido el término “enfermedad” como una disfunción en el cuerpo de una persona que le cause dolor físico. Los servicios de fertilidad para la mujer son aquellos que se prestan a mujeres para conseguir fertilizarlas debido a disfunciones en su organismo que impiden una concepción por la vía natural.

En primer lugar, el sistema de prioridades definió unas variables que los médicos denominan “factores de exclusión” que suponen la no prestación del servicio a una persona, independientemente de su puntuación. Ejemplos de este tipo de variables serían que la mujer a atender sufriera un grado agudo de deficiencia psíquica o que tuviera antecedentes penales con relación a maltratos de niños.

En segundo lugar, se definen otro tipo de variables que los médicos llaman “factores mo-

CUADRO 3
CÁLCULO DE LOS PUNTOS EN LOS SERVICIOS DE FERTILIDAD
PARA LA MUJER EN NUEVA ZELANDA

| <i>Posibilidad de quedarse embarazada sin asistencia</i> | <i>Puntos</i> |
|---|---------------|
| < 5 por 100..... | 10 |
| 6 – 12 por 100..... | 7 |
| 21 – 50 por 100..... | 4 |
| > 50 por 100..... | 2 |
| <i>Edad de la mujer</i> | <i>Puntos</i> |
| < 0 = 35 años..... | 10 |
| 36 – 37 años..... | 7 |
| 38 – 39 años..... | 4 |
| 40 – 41 años..... | 2 |
| > 0 = 42 años..... | 1 |
| <i>FSH basal, día 2 – 5 ciclo, en relación al rango de referencia</i> | <i>Puntos</i> |
| Siempre entre medio..... | 10 |
| A veces por encima..... | 8 |
| Normalmente por encima..... | 2 |
| <i>Adición al tabaco</i> | <i>Puntos</i> |
| No fumadora..... | 10 |
| Fumadora..... | 6 |

Ahora se deben multiplicar los 4 puntos obtenidos entre sí obteniéndose X.

| <i>Duración de la infertilidad</i> | <i>Puntos</i> |
|--|---------------|
| < 1 año..... | 5 |
| 1 – 2 años..... | 20 |
| 3 – 5 años..... | 40 |
| > 5 años..... | 50 |
| <i>Hijos que ya tiene la mujer</i> | <i>Puntos</i> |
| Ninguno..... | 30 |
| 1 en su actual relación..... | 10 |
| > 1 en su actual relación..... | 5 |
| > 0 = 1 de una anterior relación..... | 8 |
| <i>Esterilización previa</i> | <i>Puntos</i> |
| Ningún miembro de la pareja esterilizado..... | 20 |
| Los dos miembros, pero ha muerto algún hijo..... | 20 |
| Un miembro esterilizado..... | 20 |

Ahora se deben sumar los tres últimos puntos entre sí obteniéndose Y. Finalmente, se multiplica X por Y obteniéndose la puntuación definitiva.

Fuente: National Health Committee (1998).

dificantes” y que corresponden a situaciones donde un factor determinado reduce la probabilidad de éxito de la fertilización. Dichas situaciones deberán solucionarse con anterioridad a la prestación del servicio para garantizar un mayor éxito. De no poderse solucionar, el equipo médico pertinente deberá valorar si se trata de un impedimento lo suficientemente grande como para excluir a esa mujer del servicio. Un ejemplo sería el peso: en caso de sobrepasar o no llegar a un límite determinado, la fertilización tendría mayores dificultades, por lo que la

paciente debe lograr llegar a los niveles óptimos de peso para aumentar la probabilidad de éxito en la fertilización.

El tercer paso consiste en la aplicación del sistema lineal de puntos (cuadro 3). Para ello, definen variables médicas y sociales que ostentan cada una de ellas un peso determinado y las combinan mediante un sistema lineal de puntos, la suma de los cuáles proporcionará una puntuación total que permitirá establecer las prioridades entre las pacientes en lista de espera. Mientras las variables médicas son calculadas por el equipo médico encargado en la elaboración del sistema, para la valoración de las variables sociales se solicita la participación de otros especialistas médicos, de administradores hospitalarios y consumidores.

La forma de calcular los puntos es la siguiente:

$$\text{Puntuación total} = [F(x) \cdot G(y) \cdot \dots \cdot H(z)] \cdot [A(b) + C(d) + \dots + E(f)]$$

donde F(x), G(y) y H(z) son funciones relativas a variables médicas y A(b), C(d) y E(f) son funciones relativas a variables sociales. De este modo, toda paciente con un nivel determinado de x tendrá una puntuación determinada por esa variable (F(x)), tal como en el resto de variables, pero pesando ésta más que cualquier otra variable social, ya que mientras las clínicas se multiplican entre sí, las sociales sólo se suman. El equipo especialista decidió aprobar dicho sistema considerando que pese a que las variables sociales tengan una gran importancia, no cabe igualarlas en peso a las clínicas a la hora de valorar la puntuación final que obtendrá cada mujer.

Una vez establecido el modelo lineal de puntos para el caso de la fertilidad, el equipo elaborador considera que cada año, de entre todas las parejas que se presenten con problemas para concebir hijos, en 3.500 casos la razón de la infertilidad recaerá en la mujer. Por ello, y teniendo en cuenta que cada año el Ministerio de Sanidad destina 4,5 millones de dólares neozelandeses para los servicios de fertilidad, se llega a la conclusión de que el sistema público de sanidad atenderá con gastos cargados al Estado a todas aquellas mujeres que superen los 40 puntos en el resultado final obtenido a través del sistema lineal de puntos.

4. LAS VENTAJAS DE UN SISTEMA DE PUNTOS

Estos sistemas lineales de puntos reúnen un conjunto de ventajas sobre las listas de espera tradicionales. Veamos algunas:

— Una de ellas (y la principal) es dar tiempos de espera diferentes a pacientes con necesidades diferentes ya que aquellas personas que obtengan una puntuación mayor serán tratadas con más celeridad que aquellas menos graves o urgentes o cuyo mal sea menor y que puedan esperar más tiempo sin graves consecuencias para su salud.

— Otra ventaja es el hecho de no considerarse ningún elemento en exclusiva sino que se valoren un conjunto de situaciones y se sopesen en conjunto. Así una persona necesitada de un servicio médico no queda excluido de él por estar muy bien respecto de una variable concreta, porque es posible que se encuentre bastante mal respecto otras variables.

— Al mismo tiempo, al considerarse diferentes variables que dependen del comportamiento personal se incentiva a los pacientes a que sigan un determinado comportamiento que les favorezca precisamente a ellos, a su salud, y al éxito de la intervención si ésta se debe realizar.

— Tampoco debe desdeñarse el efecto que causan estos sistemas de prioridad entre enfermos, a menudo, de dolencias muy graves y cuyas vidas están en serio peligro: mientras un sistema de lista de espera típico supone una información casi nula de cara al paciente, que sólo debe desempeñar el pasivo papel de esperar hasta ser llamado, en el sistema lineal de puntos el paciente sabe a qué nivel de prioridad está, sabe a qué nivel comparativo está (con relación a los otros pacientes), y sabe (dependiendo de lo bien que funcione el "sistema de reserva") cuando será llamado. En definitiva, la confianza de los enfermos hacia el sistema sanitario y en su profesionalidad crece con

un método de trabajo como éste, (Knee et al, 1997) ya que se obtienen mayores grados de claridad y transparencia.

Por todas estas razones, en nuestra opinión nuestro país debería estudiar la posibilidad de gestionar las listas de espera mediante un sistema similar al aplicado en Nueva Zelanda.

NOTA:

(*) Centre de Recerca en Economia i Salut Universitat Pompeu Fabra. Este artículo está basado en un informe más amplio elaborado por el Centre de Recerca en Economia i Salut para el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre gestión de listas de espera. En el mismo, participaron también Xavier Castells (Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques, Barcelona) Xavier Gracia (UPF), Fernando Sánchez (Universidad de Murcia) y Eva Rodríguez (Universidad de Vigo).

BIBLIOGRAFÍA

- BMA, (1998) "Waiting List Prioritisation Scoring Systems", Health Policy and Economic Research Unit, Discussion Paper no. 6.
- D.C.Hadorn, A.C.Holmes (1997,a) "The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview", British Medical Journal, 11th Jan 1997, 314:131.
- D.C.Hadorn, A.C.Holmes (1997,b) "The New Zealand priority criteria project. Part 2: coronary artery bypass graft surgery", British Medical Journal, 11th Jan 1997, 314:135.
- Elster, J., (1994) Justicia local de qué modo las instituciones distribuyen bienes escasos y cargas necesarias, Barcelona Gedisa 1994.
- F.Kee, P.McDonald, B.Gaffney, (1997) "Prioritising the cardiac surgery waiting list: the angina's patient's perspective", Heart, Vol.77, pp.330-332.
- M.E.Sendom, J.K.French, D.J.Almos, K.Ramanathan, S.C.McLaughlin, H.D.White, (1999) "Waiting times and prioritisation for coronary artery bypass surgery in New Zealand", Heart, Vol.81, pp.586-592.
- N.W.Jackson, M.P.Doogue, J.M.Elliott, (1999) "Priority points and cardiac events while waiting for coronary bypass surgery", Heart, Vol.81, pp.367-373.
- National Health Committee, (1998) "Access to Infertility Services: development of priority criteria".