

Listas de espera: un cambio de paradigma



JUAN CARLOS SAID
MÉDICO ESPECIALISTA EN
SALUD PÚBLICA

Las listas de espera se han enfrentado tradicionalmente desde el déficit de especialistas. Es decir, cómo hacer para sumar más especialistas médicos al sistema, en la confianza ciega de que más médicos llevará inevitablemente a menos espera. La verdad es que tenemos pocos subespecialistas médicos y médicos en general. En el país hay 2,9 doctores por cada 1000 habitantes, lejos del promedio OECD de 3,7 o de la realidad de países como Australia, Alemania o Italia, donde este número es mayor a 4 por 1000.

Sin embargo, sin la gestión adecuada del recurso, no existe un número de especialistas que pueda resolver la demanda. Nuestros recursos son pocos pero, peor aún, los gestionamos mal. Una mejor administración es posible y debería tener tres pilares: optimizar el uso de la consulta, derivar atenciones a personal no médico y derivar adecuadamente al subespecialista.

Veamos. Optimizar el uso de la consulta: un estudio de la Universidad Católica de Chile, basado en una intervención tan simple como reforzar el equipo de salud con una enfermera adicional, destinada a mejorar el contacto con los pacientes y a la gestión de los exámenes básicos previos a una consulta, logró una reducción de 65% en la lista de espera en un CRS del Hospital Padre Hurtado. La misma intervención, con resultados similares, se ha replicado en



Las listas de espera no se van a acabar y prometer su fin es simplemente populismo. Sin embargo, los tiempos de espera pueden reducirse significativamente con un cambio de paradigma basado en la mejor gestión. En tiempos de intensa fragmentación política y gran dificultad para avanzar en proyectos de ley en salud, el Gobierno debería priorizar las listas de espera, donde no necesitamos más leyes, sino una administración más eficiente de los recur-

otras instituciones públicas.

A cualquiera que haya trabajado en un hospital, esto no le asombra. Todo el tiempo se contratan médicos, pero el personal dedicado 100% a gestión es escaso. Así, muchas horas médicas se pierden porque el paciente ya resolvió el problema en otro hospital o en el sector privado, o porque la primera evaluación médica termina solo en solicitar exámenes, en vez de tomar una decisión con exámenes ya tomados. El uso del recurso no es óptimo.

Un segundo elemento crítico de gestión de nuestro sistema es el limitado uso del Task Shifting, o derivar atenciones a personal no médico. Este concepto, el "cambio de tareas", hace referencia a que un trabajador con menos años de formación académica pasa a hacer una tarea realizada usualmente por un trabajador con más años de estudio.

Ejemplos de esto son el rol de las enfermeras en algunos países, reemplazando a médicos en evaluación preoperatoria de pacientes o en prescripción de medicamentos crónicos, apoyadas por guías que estandarizan procesos. La evidencia muestra que, en diversas enfermedades, los resultados pueden ser igual de buenos, liberando el recurso médico para procedimientos más complejos que efectivamente solo el médico puede realizar.

Un tercer elemento es hacer que la derivación sea adecuada. Los médicos familiares que trabajan en atención

primaria pueden resolver casi el 90% de las consultas médicas sin derivar, sin embargo, en el sector privado prestador (por ejemplo, clínicas), el acceso a médicos subespecialistas no requiere paso previo por un médico generalista.

El ser atendido sin referencia por un médico familiar frecuentemente lleva a que problemas de salud sencillos, como resfrios o diarreas, terminen siendo resueltos por médicos subespecialistas, como gastroenterólogos o broncopulmonares, a un mayor costo, reduciendo el acceso a este recurso para personas que efectivamente lo necesitan. Promover el desarrollo de la atención primaria en el sector privado prestador puede ser también una forma de hacer un uso más efectivo de los escasos recursos disponibles para todos, sobre todo considerando que 50% de las consultas ambulatorias de las clínicas es de pacientes Fonasa.

Finalmente, las listas de espera no se van a acabar y prometer su fin es simplemente populismo. Sin embargo, los tiempos de espera pueden reducirse significativamente con un cambio de paradigma basado en la mejor gestión. En tiempos de intensa fragmentación política y gran dificultad para avanzar en proyectos de ley en salud, el Gobierno debería priorizar las listas de espera, donde no necesitamos más leyes, sino una administración más eficiente de los recursos.