

Listas de espera: lo que se mide mal se gestiona peor

“...no existen dos, sino más de una decena de sistemas de información que coexisten en el sistema público de salud sin interoperar entre ellos...”.

CRISTÓBAL TELLO

Director Laboratorio de Innovación Pública UC

Los principales problemas públicos en nuestro país han impulsado el desarrollo de sistemas de medición robustos y confiables. En el caso de la pobreza, su evolución se evalúa mediante la encuesta Casen; en desempleo usamos la Encuesta Nacional de Empleo; la calidad de la educación escolar la medimos mediante el Simce, y la contaminación atmosférica se mide a través del Sistema de Información Nacional de Calidad del Aire. Todos estos sistemas generan reportes técnicos que dan fruto a arduas discusiones, pero cuyos resultados no se ponen en duda.



¿Por qué en el ámbito de la salud seguimos contando con un sistema tan arcaico y poco fiable para medir las listas de espera? En los últimos meses, varias auditorías han encontrado, en diversos hospitales del país, sistemas paralelos al registro oficial. Y seguirán apareciendo casos, porque no existen dos, sino más de una decena de sistemas de información que coexisten en el sistema público de salud sin interoperar entre ellos. Ello implica que deben desarrollarse procesos manuales de carga de datos en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (Sigte) del Ministerio de Salud, aumentando las posibilidades de negligencias y abusos.

La espera es crítica en el ámbito de la salud. El Ministerio de Salud define la calidad de la salud como hacer lo correcto a tiempo. Es evidente que, en nuestro país, tanto en el ámbito público como privado, los equipos de salud hacen lo correcto; sin embargo, en el ámbito público, en una gran cantidad de casos, eso no sucede a tiempo. Tan relevante es la oportunidad en el acceso a las prestaciones de salud, que, al crearse el AUGE (hoy GES), una de las garantías que se establecieron fue la de un tiempo máximo para ser atendido.

Años después, se decidió comenzar a medir los tiempos de espera para la atención de las patologías no cubiertas por el GES. Sin embargo, su sistema de medición no está a la altura del desafío de brindar un acceso oportuno a la salud.

No solo es un problema de contabilidad de las personas que están en las listas de espera no GES, sino que es un sistema de medición que no permite gestionar el cuidado de los pacientes. No se puede saber con certeza cuál es la demanda real, ya que hay pacientes no ingresados y pacientes atendidos en el sector privado que no son egresados, y no facilita la gestión de los equipos de salud al no permitir la trazabilidad de la atención de cada paciente.

Más grave aún, el sistema de medición se basa en indicadores poco exigentes. En el caso del GES, la medición de los plazos se basa en los hitos clave del proceso de cuidado y tratamiento: la identificación de la sospecha de un diagnóstico, su confirmación o descartar, el inicio del tratamiento y los controles

necesarios para su supervisión.

Sin embargo, extrañamente, en el caso de la lista de espera no GES, se mide distinto. En la lista quirúrgica, se mide el tiempo que transcurre entre que un especialista indica la necesidad de una cirugía hasta que esta se realiza, dejando fuera de la medición toda la etapa posoperatoria.

Peor es el caso de la lista de espera de consultas de especialidad, en la que solo se mide el tiempo entre que un médico de atención primaria solicita que el paciente sea visto por un especialista, hasta que esta primera consulta se realiza, pero deja sin medir todo lo que debe suceder después. En gran parte de los casos, en la primera consulta no se logra ni siquiera confirmar un diagnóstico, sino que se necesitan exámenes complementarios y consultas adicionales para tener un diagnóstico y después iniciar un tratamiento supervisado mediante controles periódicos. Nada de esto es parte del sistema de medición de las patologías no GES.

Es entendible que no todas las patologías puedan tener los plazos máximos de atención que establece el GES, lo que no es entendible es que se las mida con una vara distinta. En el caso de los más de 2,4 millones de personas que están en las listas de espera no GES, su medición es poco confiable, no estima con certeza la demanda real y no mide todo el proceso de atención de las personas.

La salud de las personas es demasiado importante como para que no tengamos un sistema de medición a la altura del desafío de brindar una salud de calidad a todas ellas.