

ESPACIO ABIERTO

La pertinencia (o no) de las listas de espera

Jaime Mañalich
Médico



El AUGE define un conjunto de condiciones de salud que deben ser priorizadas en los ejes de financiamiento, acceso, calidad y oportunidad. El número de patologías cubiertas ha aumentado hasta 87. Es raro que una patología frecuente no este incluida en el régimen de garantías. Esta política asegura que, de acuerdo con criterio experto, el tratamiento de una de estas condiciones tenga una guía clínica (<https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-auge/>) donde se precisa el tiempo máxi-

mo que puede demorar una acción diagnóstica o terapéutica. El no cumplimiento de dicho período genera listas de espera, y a pesar de que la ley obliga a Fonasa a designar un segundo prestador que resuelva el problema, en la práctica, es un mecanismo que no se conoce y, curiosamente, no ha sido objeto de judicialización. Progresivamente, a través de glosas en las leyes de Presupuestos, se ha obligado al Ministerio de Salud a dar cuenta de estas esperas, y la información se ha ampliado a la demora en la atención de todas las condiciones no incluidas en el AUGE.

El Estado ha hecho esfuerzos por disminuir estas esperas, a través del sistema público de salud o prestadores privados, que hoy compiten en licitaciones periódicas. Independiente de las aristas políticas que el tema ha tomado, es evidente que estamos frente a un problema de salud pública de grandes proporciones, por cuanto la demora en la atención genera discapacidad y muerte. A pesar de que hay norma expresa sobre las condiciones para retirar un paciente de estos listados, la debilidad de los registros permite arbitrariedad y falta de transparencia.

Un concepto esencial es el de la Pertinen-

cia. ¿Corresponde técnicamente que esta persona esté en una lista? Hay razones por las que la respuesta es No: ya fue atendida, falleció, se sobrepasó la ventana óptima de tratamiento, o la persona rechaza la acción. Sin embargo, también es posible que la indicación que la puso en la situación de espera no sea pertinente, no corresponda a la mejor acción médica. Una red primaria que no es suficientemente resolutoria, o que los estímulos financieros hagan preferible derivar a una paciente en lugar de hacerse cargo, o que el conocimiento clínico que motiva la interconsulta o cirugía sea inapropiado pueden ser responsables de una enorme cantidad de esperas “no pertinentes”; es decir se ha indicado cirugías o solicitado atenciones que no se ajustan a la mejor práctica.

Las dolorosas listas de espera requieren cambios: potenciar la especialidad de Medicina Familiar, uso de Inteligencia Artificial para precisar pertinencia, ficha médica única y universal, desmunicipalización de la Atención Primaria en favor de Servicios de Salud, y una priorización de las esperas de acuerdo con sus potenciales consecuencias, como por ejemplo en el manejo de cáncer de la mujer.