

# Morir sin respuesta: informe de Salud revela que 15 mil personas fallecieron el primer semestre de 2020 estando en lista de espera

**El reporte de la cartera sanitaria** emitido al Parlamento dice que entre las causas de defunción de estos pacientes lideran tumores, enfermedades del sistema circulatorio y el Covid-19, responsable de al menos un 15,32% de estos. En el caso de la lista AUGE/GES, que sí tiene plazos de resolución, fallecieron 967 pacientes a la espera de un tratamiento, el 45% de ellos por una causa relacionada a su enfermedad.

**Rocío Latorre**

Durante 2020 y parte de este año, el coronavirus ha paralizado el sistema de salud. Áreas completas de hospitales y clínicas fueron reconvertidas para albergar camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), las cirugías fueron suspendidas y miles de pacientes quedaron impedidos de recibir atención de un especialista.

De hecho, en junio del año pasado ya se proyectaba que 2,6 millones de atenciones de salud se postergarían por la pandemia.

Así, los efectos colaterales del Covid-19 ya hacen pensar en una nueva crisis sanitaria, derivada de los pacientes con patologías retrasadas y descompensadas por falta de atención médica oportuna. Una "segunda pandemia", como han advertido los expertos en el área.

En este escenario, el último informe del Minsal emitido al Parlamento sobre las listas de espera revela que -además de los aumentos en el tiempo de espera para la resolución de una patología- entre enero y junio del año pasado, en pleno apogeo de la pandemia, 15.665 personas murieron mientras aguardaban respuesta a su problema de salud, del universo total de 2.317.340 personas que transitaban por la lista de espera no AUGE/GES.

En el reporte se describe que "las 15.665 personas fallecidas en lista de espera durante el período enero-junio 2020 tenían 20.948 interconsultas (casos o derivaciones) en espera, con un promedio de 1,3 interconsultas por persona". Por otro lado, un 92,51% aguardaba por una consulta con un especialista y

7,49% a derivaciones para una cirugía.

## Un 15,3% falleció por Covid-19

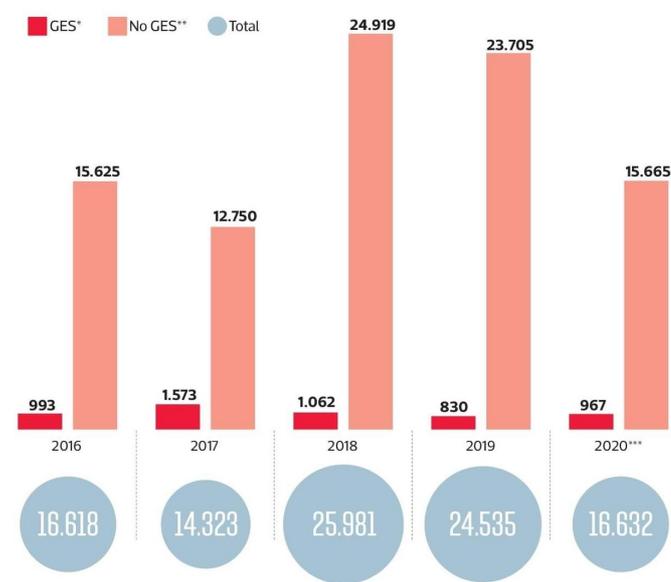
Entre las causas de defunción de quienes quedaron en espera, las tres que lideran corresponden a tumores (cáncer), enfermedades del sistema circulatorio y el Covid-19: al menos un 15,32% de los decesos en lista de espera no GES se atribuye al virus. Es por ello que en este mismo reporte, Salud concluye que "el análisis realizado de las defunciones de personas en lista de espera no GES no permite establecer diferencias en el comportamiento de las muertes entre los fallecidos de la lista y las defunciones en población general chilena".

A renglón seguido, el ministerio establece que si existe (o no) causalidad entre la atención en espera y la causa de muerte, eso lo deberá investigar una auditoría a las fichas clínicas de los pacientes.

"El análisis de las prestaciones que quedaron en espera y las prestaciones otorgadas a los fallecidos durante enero y junio 2020 no permiten establecer causalidad directa entre las patologías que llevaron a la muerte y las atenciones que quedaron en espera. Esta causalidad podría ser solo investigada a través de una auditoría a de fichas clínicas", concluyen.

A esos decesos se suman otros 967 pacientes fallecidos que habían sido diagnosticados con alguna patología asegurada en el GES -con cobertura económica y plazos legales para su resolución- y que, sin embargo, no habían sido atendidos en el período correspondiente y estaban a la espera de iniciar tratamiento o una intervención quirúrgica. En esos casos en particular, el do-

## PACIENTES FALLECIDOS SIN ATENCIÓN EN LISTA DE ESPERA



\*Garantía de oportunidad vencida, \*\*Lista de espera, \*\*\*Primer semestre 2020.

FUENTE: Ministerio de Salud

LA TERCERA



cumento describe que un 54,9% de las muertes no está relacionada al diagnóstico GES, aunque un 45% sí lo está.

Para el académico en Salud Pública de la U. de Santiago Claudio Castillo, las consecuencias de la pandemia en otras patologías "probablemente sean un gran iceberg y solo estamos viendo una parte de estos efectos, ya que no basta solo considerar el número de casos y fallecidos por habitantes, sino también las personas que requieren rehabilitación de largo aliento, niños y niñas que perdieron a sus cuidadores, la dificultad de acceder a controles regulares de salud, lo que ha limitado el acceso oportuno a tratamientos y rehabilitación, a acciones preventivas y a la detección temprana de situaciones de riesgo, aumentando con ello la gravedad de patologías prevenibles o tratables, lo que va a repercutir en el exceso de mortalidad, como también en la esperanza de vida".

El experto advierte que "el exceso de mor-

talidad, dada la configuración de este indicador, considera los efectos de la pandemia por el aumento de muertes por causas directas e indirectas de Covid-19, y además incluye la disminución de fallecimientos por accidentes de tránsito también, por la reducción de movilidad por ejemplo. El exceso de mortalidad llegó a más de 60% en junio de 2020 y durante 2021 superó el 50%, estando actualmente en un 10%, solo un 1% más que en enero de 2020, y a esto debemos sumar el efecto diferenciado en las poblaciones que viven en mayor vulnerabilidad".

La situación es tal, que la cifra de decesos en lista de espera del primer semestre de 2020 equivale al 66% de todos los fallecimientos del 2019 en esta condición. Y solo los números de los primeros seis meses del 2020 el escenario se iguala al de las muertes registradas durante todo un año normal, como 2016.



María Teresa Valenzuela, epidemióloga, fue parte durante el 2017 del consejo asesor ministerial en listas de espera, con la exministra Carmen Castillo a la cabeza de Salud. Si bien Valenzuela señala que las cifras que refleja el último documento de la cartera sanitaria eran esperables por la pandemia, están lejos de ser escenario deseable para el sistema sanitario.

“Ha quedado un grupo muy importante de pacientes crónicos que no han consultado por temor a infectarse. Y si han consultado, han quedado relegados por la atención dado que los equipos de salud están resolviendo los problemas más graves. Hay pacientes con cánceres que lo han sido controlados, y si no se controla, significa una progresión de la enfermedad, y hoy lo que se está encontrando son etapas avanzadas que conducen a la muerte. Hay que estudiar esta mortalidad y saber cuál es la causa de fallecimiento, cuándo fue diagnosticado

con la enfermedad que lo puso en lista de espera y cuándo falleció, se requiere un análisis mucho más acabado y determinar si realmente corresponden a falta de tratamiento, a que fue postergada su atención”, expresa.

#### Acelerar las atenciones

A mediados del año pasado, el Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica - a través del Laboratorio de Innovación Pública - comenzó un plan piloto en el Hospital Padre Hurtado en la especialidad de gastroenterología, donde se había identificado que la lista de espera era más larga, con pacientes que incluso superaban el año o más de espera.

El modelo, explica Cristóbal Tello, director del Laboratorio de Innovación Pública, acompaña al paciente con atención profesional al otro lado de la línea, con una comunicación constante, principalmente telefónica. Por ejemplo, al agendar una con-

sulta con un especialista, un equipo de enfermería procura que el paciente llegue antes de ese día con una batería de exámenes “base” tomados.

“Rediseñamos el proceso de atención para monitorear a los pacientes que han esperado más. Hacemos una priorización a tiempo de los pacientes, para saber a quiénes hay que atender primero y que tengan un canal de comunicación con el sistema de salud. Gestionamos sus exámenes adecuadamente y previamente, pues hay pocos especialistas y muchas horas se pierden porque el paciente no llega con exámenes al día. Con el equipo de enfermería gestionamos exámenes básicos de la especialidad para que llegue a la consulta con todos los datos que requiere el doctor”, detalla Tello.

Constanza Cortés, especialista en medicina familiar y coordinadora del equipo de gestión asistencial del recinto, explica que el primer paso fue comenzar a recontactar

a los pacientes y a identificar la “espera” con la que cuenta cada especialista del área en este recinto.

“Elaboramos un esqueleto de cómo optimizar los procesos: eso incluía la revisión exhaustiva de la lista de espera y el llamado de un funcionario administrativo al paciente, pero nosotros queríamos optimizarlo e incorporar a profesionales al proceso, queríamos poder averiguar en qué estado de salud estaba el paciente. Se elaboró una encuesta para evaluar ‘banderas rojas’. Es decir, explica Cortés, ante un síntoma de alerta, el profesional de la salud está entrenado para identificar la potencial gravedad del paciente en espera y priorizarlo.

La doctora señala que con este sistema implementado en plena pandemia, la lista de espera del servicio de gastroenterología del Hospital Padre Hurtado pudo reducirse en un 60% en un período de cerca de seis meses. ●