
LAS COLAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

Dr. Carlos Thomas

Las colas para solicitar turnos de atención en los establecimientos sanitarios siempre han sido un motivo de preocupación para las autoridades sanitarias. En general, dado que los turnos se dan en las primeras horas de la mañana, las colas se forman desde muy temprano, tanto en invierno como en verano y, finalmente, hay una cantidad variable de personas que se quedan sin atención.

El problema no es “cultural” como algunos argumentan, ni es el horario, ni tampoco las dificultades de comunicación (teléfono, Internet, etc.). Es más simple y a la vez más complejo para solucionar: la demanda de atención supera la oferta de atención.

No es fácil su solución. Las colas afectan particularmente a los servicios (bancos, teléfonos, supermercados, sanidad, etc.). Las colas han merecido la atención de la microeconomía y Agner Kraup Erlang (Dinamarca, 1878- 1929) en 1909 dio origen a la Teoría de Colas, en un esfuerzo por analizar con método el funcionamiento de las colas de modo de mejorar la calidad de atención y hacer eficiente el uso de los recursos.

¿Quiénes hacen cola hoy en los centros de salud? Hoy hacen cola aquellas personas cuyo “costo de oportunidad”, es decir lo que pierden por las horas en la cola y luego aguardando la atención, es menor a lo que vale una consulta en distintas opciones pagas (médico particular, unión vecinal, parroquia, o lo que fuera). Veamos un ejemplo, si una planchadora pierde 5 o 6 horas de trabajo (\$ 32 la hora según el régimen de empleadas en casa particulares) seguramente preferirá pagar por la consulta y no hacer cola, en cambio, si la persona que hace cola no tiene trabajo su espera no tendrá “costo” y será un candidato a madrugar y esperar pacientemente.

Facilitar el acceso al “turno” con turnos diferidos, solicitudes por teléfono o Internet, elimina este “costo” e incorpora una demanda no expresada (la demanda no es estática) por lo analizado *ut supra*, que saturará rápidamente el sistema y las colas o esperas aumentarán aunque sean invisibles o virtuales.

¿Se solucionaría incrementando la oferta de atención médica? Efectivamente, si se incrementa la oferta, y se gestiona adecuadamente, se harán más consultas (¡en estos últimos años se han aumentado las horas y disminuido las consultas!) y, si la demanda no varía la cola debería tender a disminuir. Pero, como lo demuestra la teoría y la práctica, la demanda aumentará porque si la espera es menor, más personas verán que su “costo” disminuye y estarán dispuestas a hacer cola y nuevamente la oferta será desbordada por la demanda. Si la atención es de calidad y gratuita, este proceso de incremento de la oferta e incremento de la demanda culmina cuando la oferta es suficiente para asistir al total de la población, y este escenario tiene un costo inaccesible en la situación actual y en la organización de nuestro sistema de salud.

Por otra parte, si bien hay una demanda relativamente constante, hay situaciones estacionales o epidémicas en que la demanda aumenta sustantivamente. Aspirar a la ausencia total de colas en todo momento implicaría una oferta que permanecería subocupada durante largos períodos, con marcada ineficiencia. Entonces se trata de estudiar un punto de equilibrio y, para determinada circunstancias de aumento de la demanda, esperables o no, un modo explícito de priorización preferentemente relacionado con la categorización del cuadro que ocasiona el pedido de atención.

¿Es posible modificar la situación actual?

Si, pero requiere ir contra las causas, no contra las consecuencias.

Algunas sugerencias, entre otras:

1. Médicos con población a cargo, responsables de la atención de un número determinado de personas. Clínicos y pediatras. Serán la puerta de entrada al sistema y los responsables de la derivación a especialistas. Asegurarán el continuu asistencial. Su ingreso estará relacionado con el número de personas que tengan a cargo, por elección de ellas mismas.
2. Eliminar la modalidad de dar todos los turnos al inicio del horario de atención y hacerlo en forma escalonada, por ejemplo 4 por hora, con lo cual se disminuye la espera y se asegura la presencia del profesional.
3. Seguimiento del desempeño de todos los profesionales en cuanto a su rendimiento consultas/unidad de tiempo y rechazo de demanda.
4. Incrementar la oferta donde sea necesario, gradualmente, y según necesidad comprobada, es decir, posterior a plena ocupación de la oferta actual
5. Identificar los pacientes con cobertura de la seguridad social, cobrar por ello a sus obras sociales y destinar esos recursos a ampliar la oferta.
6. Establecer un mecanismo de revisión de historias que permita, aunque parcialmente, evaluar la calidad de atención.

Todos los cambios y reformas necesarios requieren un tiempo que excede un período de gobierno y por lo tanto una discusión abierta, consenso y política de estado. Es decir, es necesario que exista continuidad en las políticas que se definan, lo que requerirá de un consenso político y el compromiso de generar una reforma sostenible en el tiempo.