



Plan de Acción de Crisis en Listas de Espera en Salud

Propuestas para los próximos 100 días



PARTICIPANTES

Matías Acevedo

Marta Bravo

Paula Daza

Marlenne Durán

Pablo Eguiguren

Pedro García

Manuel Inostroza

Vesna Mandakovic

Víctor Martínez

José Luis Novoa

Enrique Paris

Pablo Pizarro

Ricardo Ronco

Elvira Tagle

Solana Terrazas

CONTENIDOS

ANTECEDENTES	4
PLAN de Acción de Crisis en Listas de Espera en Salud	6
1. Comité Asesor de Crisis con Participación Ciudadana	7
2. Centros de Trazabilidad y Monitoreo de Pacientes en Listas de Espera	8
3. Centro de Gestión de Atención para Pacientes en Lista de Espera	9
4. Fono Listas de Espera	10
5. Activación automática del Segundo Prestador GES FONASA	10
6. Sugerencias para implementación inmediata en terreno	11
7. Sugerencias de mediano plazo	12
8. Anexos	14
9. Bibliografía	16

ANTECEDENTES

Superada la pandemia a nivel mundial, la atención médica en todos los países se ha abocado a dar solución a los problemas pendientes que dejó de lado el sistema para atender la urgencia sanitaria, posponiendo diagnósticos, tratamientos y operaciones, y disminuyendo la atención especializada. De hecho, Ward et al. (2021) calcularon para 2020 una reducción en el diagnóstico de 6.860 casos (-32%) y un rebote en el aumento de diagnósticos de un 14% más en 2021 y de un 10% más en 2022, con un exceso de muertes para 2024 de un 10,8%; es decir, 3.300 muertes más.

A diferencia del sistema privado de salud, los sistemas de salud que no utilizan herramientas financieras de contención de demanda, como es el caso del sistema de salud estatal chileno, en su modalidad institucional —con gratuidad casi absoluta en todos los niveles de atención—, se mantiene un registro de atenciones pendientes cuyo objetivo es priorizar sanitaria y socialmente los problemas de salud, con la finalidad de resolverlos, en forma justa y equitativa, cuando se cuenta con los recursos físicos y económicos necesarios.

En nuestro país, es el Estado el que gestiona los recursos del sistema de salud público y procura los recursos para mantener dichas listas de espera en un nivel que permita sostener los objetivos sanitarios de la población y el bienestar físico y emocional; es decir, la salud de sus habitantes. Para ello, la Constitución y la legislación le ha mandatado y entregado las debidas herramientas¹.

Sin embargo, este objetivo, lejos de cumplirse, ha empeorado sistemáticamente sin lograr repuntar. Las listas de espera de consulta de especialistas, cirugías y garantías GES retrasadas han aumentado de manera importante (ver Anexo).

Entre 2020 y el segundo trimestre de 2024, la lista de espera por consulta de especialidad médica creció un 33,1% (de 1.920.545 a 2.555.918 prestaciones). En el caso de las intervenciones quirúrgicas, el número de prestaciones en espera aumentó un 28,6% (365.257 prestaciones al segundo trimestre de 2024).

En el caso de las garantías GES, en el periodo comprendido entre 2020 y el segundo trimestre de 2024, las prestaciones en espera aumentaron un 63,6% (pasando de 52.526 a 85.923 prestaciones).

1. Los países que mantienen el mismo tipo de sistema han evolucionado a garantías de oportunidad; es decir, tiempos máximos de espera por tipo de problema de salud, como lo que en Chile tenemos para el acotado conjunto de enfermedades GES.

En efecto, el gasto destinado a prestaciones de salud (subtítulo 24 del presupuesto de salud pública) ha crecido en 1.000 millones de dólares entre 2019 (prepandemia) y 2023 (pospandemia). No obstante, según información publicada por FONASA en informes trimestrales de Glosa 02 Programa 05, en relación con la producción hospitalaria entre 2019 y 2023, el último año se generó un total de 882.463 egresos hospitalarios equivalentes, lo que corresponde a un aumento del 7% en comparación con 2019 (prepandemia); es decir, recién hemos podido recuperar la producción que veníamos sosteniendo en periodos anuales relativamente normales, sin considerar que, en 2019, había menos personal y menos recursos que en 2023. Son más de 3 millones de casos en espera de alguna prestación que, valorizadas al día de hoy, representan un gasto esperado de más de 1.000 millones de dólares. Esto demuestra que, pese a que el presupuesto en salud ha experimentado un aumento considerable en los últimos años, este incremento no ha derivado en más y mejores atenciones, algo que la ciudadanía espera y se le ha prometido. Es claro que la capacidad del Estado no se utiliza de manera óptima. Esto demuestra que el principal problema de los largos tiempos de espera en salud radica en la ineficiente gestión del sector público. Por ende, el problema no se resuelve inyectando más recursos, sino mejorando la gestión en el aparato estatal.

A pesar de que Chile presenta avances en ciertos indicadores de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la disminución de enfermedades inmunoprevenibles, persisten problemas de gestión que generan crisis y demanda de la ciudadanía respecto a la oportunidad de la atención en salud en el sistema público y, como tal, hay que actuar frente a esta situación en medidas a corto, mediano y largo plazo. Para dar respuesta y solucionar esta crisis, el Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS) de la Facultad de Gobierno UDD congregó a expertos de distintas instituciones y universidades a nivel nacional, para aportar propuestas que permitan hacer frente a esta situación. En este plan se desarrollan, principalmente, medidas a tomar en los próximos 100 días. Estas medidas necesitan de eficiencia en la gestión y de un trabajo interministerial mancomunado entre el sector público, privado y la academia.

El plan contiene planteamientos estructurados según el sentido de urgencia necesario para desatar los nudos que, actualmente, existen en el sistema y así resolver el problema:

- I. **Gestión de datos:** es fundamental disponer de datos actualizados sobre los diagnósticos, tiempos de espera, contactos y cualquier otra información relevante del paciente, para mejorar la eficiencia y calidad, y asegurar la transparencia y confianza en la gestión de la información.
- II. **Gestión de pacientes:** para que se asigne la prioridad adecuada a cada paciente o caso, y nadie sienta que quedó atrás sin una razón clara.
- III. **Gestión de la capacidad productiva:** para que los hospitales, redes de atención primaria y otros prestadores intervinientes sepan resolver, se les comprometa y se mida su gestión.

PLAN de Acción de Crisis en Listas de Espera en Salud

El plan que se explica a continuación puede implementarse en el corto plazo y mejorar su funcionamiento, progresivamente, con tres objetivos principales: mejorar la gestión de la salud estatal, para otorgar atención oportuna; dar mejor información a la ciudadanía; y priorizar a los pacientes que requieren, con mayor urgencia, ser atendidos. Muchas de las acciones aquí enumeradas fueron implementadas durante la pandemia, lo que demuestra que pueden ser puestas rápidamente en práctica y han sido incorporadas, con anterioridad, en situaciones de emergencia sanitaria.

En el entendido de que estamos frente a una crisis sanitaria, es importante que este plan se vea como uno que contiene varios ejes y líneas de acción y que, si bien liderará el Ministerio de Salud, es un plan intersectorial que requiere de la ayuda de otros organismos del Estado para su éxito. Asimismo, requiere de la colaboración de instituciones públicas y privadas. Es de suma importancia crear una campaña comunicacional que dé cuenta de los ejes que conllevará dicho plan y de los pasos a seguir en cada una de las acciones, con información accesible y cercana. Es esencial comprometer plazos y dar cuenta del proceso a la ciudadanía y al Poder Legislativo, a través de las Comisiones de Salud, para asegurar la transparencia y credibilidad del plan, lo que generará mayor adhesión de las instituciones.

1. Comité Asesor de Crisis con Participación Ciudadana

Se sugiere la creación de un Comité Asesor de Crisis con Participación Ciudadana, de carácter transitorio, que incluya a representantes del Ministerio de Salud y sus órganos autónomos, a expertos, a la academia y a agrupaciones de pacientes o usuarios del sistema (como ocurre con la Ley Ricarte Soto). Su rol es sesionar de manera periódica como un comité de crisis, para orientar las acciones relativas a la gestión de la lista de espera y supervisar el cumplimiento de los compromisos tomados.

Se propone que FONASA asuma el liderazgo y control de este comité, estableciendo claramente las responsabilidades de todos los involucrados, incluidos el personal de salud, los administradores y directivos del sistema, y los responsables políticos.

Una de las principales conclusiones de este grupo de expertos es que Chile debe comenzar con un trabajo de participación social sistemático, en el área de salud, para la toma de decisiones. La importancia de la ciudadanía es fundamental, ya que permite identificar problemáticas en los procesos de salud y en la ruta del paciente, aspectos esenciales para garantizar la entrega de atención. Además, ayuda a priorizar temas que son relevantes para la comunidad y fomenta la confianza entre la ciudadanía, las autoridades y las instituciones, lo que es crucial para darle legitimidad al Plan de Acción de Crisis en Listas de Espera en Salud.

Este comité controlará y supervisará la labor de todos los actores involucrados en el plan, al coordinar las acciones y articular la necesidad de la ciudadanía, de manera armónica, oportuna y eficiente, con la oferta de los servicios asistenciales.

2. Centros de Trazabilidad y Monitoreo de Pacientes en Listas de Espera

Se requiere de un procedimiento transparente de incorporación y salida de la lista de espera. Para esto, es necesario lograr la interoperabilidad de los sistemas, lo cual requiere de tiempo y planificación. Como medida de corto plazo, se sugiere crear un Centro de Trazabilidad y Monitoreo de Pacientes en Listas de Espera en cada servicio de salud que tribute a un centro de trazabilidad nacional, cuyo objetivo sea identificar a todos los pacientes que esperan por alguna atención GES o no GES. El objetivo de este sistema de trazabilidad estandarizado es identificar a los pacientes que se encuentran en la lista de espera y mantener esos registros actualizados para cada una de las prestaciones, a fin de gestionar de forma estructurada e integrada la información. Como beneficio adicional, todos los servicios de salud manejarán información actualizada y confiable.

Requerimientos:

- a. Implementación del RUT, de manera obligatoria, en todas las interacciones y registros, para asegurar una trazabilidad eficiente de los casos. Esto debe ser un requisito mínimo en cualquier herramienta tecnológica que se implemente, lo que garantiza que la información sea confiable y precisa. Para aquellas personas extranjeras que aún no tengan RUT, se deberá utilizar, exclusivamente, el RUT provisorio otorgado por FONASA.
- b. Alinear los procesos de este centro con la Ley 21.180 de Transformación Digital del Estado. Esto incluye la creación de una casilla única personalizada para cada ciudadano que simplifique el acceso a servicios, lo que eliminará la necesidad de información adicional, como el domicilio o el teléfono.
- c. Establecer procedimientos periódicos de depuración de listados a través del cruce de información con fuentes que entreguen datos de fallecimientos, cambio de comuna o región, y atención por la Modalidad Libre Elección. Así, se asegura que la información en los sistemas de registro sea actual y confiable, a fin de priorizar a aquellos pacientes que aún esperan por atención.
- d. Establecer un mecanismo de priorización a través de criterios claros y uniformes. Este deberá ser transparente a la ciudadanía, conocido y respetado por todos los actores del sistema. Se sugiere que se incluya dentro de los criterios de priorización el uso del subsidio de incapacidad laboral (SIL), de manera de recuperar la funcionalidad de ese paciente.
- e. Establecer mecanismos de monitoreo de tiempos de espera a nivel del paciente, a fin de entregar información transparente al paciente, permitiéndole acceder a su propio estado, conocer su situación y seguir su progreso. Esto facilitará que la ciudadanía juegue un papel activo en la fiscalización.
- f. Determinar la magnitud de la demanda actual, generada por exámenes de diagnóstico de alta complejidad y de los procedimientos de apoyo al diagnóstico clínico y terapéutico, para transparentar la lista de espera en este ámbito y estimar su impacto en las listas de espera GES, quirúrgica no GES y de consultas nuevas de especialidad.

3. Centro de Gestión de Atención para Pacientes en Lista de Espera

Los nodos críticos, identificados en la gestión de las listas de espera, son la falta de especialistas y la mala gestión de las horas de pabellón, entre otros. Frente a esto, se sugieren tres acciones:

- a. Solicitar un informe mensual de capacidad productiva para cada hospital: este informe debe indicar la infraestructura y la cantidad de personal disponible para ofrecer las prestaciones requeridas, los equipos médicos en inventario, los horarios de atención, los insumos y medicamentos. El primer informe debe indicar, además, una proyección con un horizonte de 3 meses para estimar la productividad en ese periodo. Este informe debe ser público.
- b. Fortalecer el uso de las células de especialidad en Hospital Digital y la orientación a los usuarios a través de Salud Responde, para que los pacientes en espera puedan acceder, de manera rápida, a información o a una teleconsulta. Esto permitirá realizar un triaje eficaz y agilizar los procesos de atención, sin necesidad de que los pacientes se desplacen desde sus comunas de residencia.
- c. Integración público-privada: el Ministerio de Salud deberá mandar a los prestadores privados para que entreguen la oferta disponible de atención especializada, la realización de exámenes y procedimientos, así como la oferta quirúrgica. Así, FONASA cumplirá con su rol asegurador, derivando, oportunamente, a los pacientes que esperen por atención, en particular, a quienes presenten garantías GES atrasadas. Este modelo de integración público-privada fue probado durante la pandemia con excelentes resultados y podría replicarse para esta crisis, al permitir que el Ministerio de Salud gestione la red completa, de acuerdo a los recursos disponibles.

4. Fono Listas de Espera

Uno de los grandes problemas para los pacientes, cuando requieren atención en el sistema de salud estatal, es la desinformación, lo que dificulta su viaje por el sistema. Para que este plan de acción se implemente exitosamente, es necesario que haya comunicación continua con los pacientes. Esto generará confianza en los usuarios y agilizará el proceso de los Centros de Trazabilidad y Monitoreo de Pacientes en Listas de Espera.

Para ello, se sugiere implementar un teléfono de atención (paralelo a Salud Responde) enfocado solo a resolver preguntas y gestionar solicitudes de los usuarios sobre su situación personal en la lista de espera.

5. Activación automática del Segundo Prestador GES FONASA

El desconocimiento por parte de los usuarios del beneficio de activación del Segundo Prestador GES contribuye al incremento de las listas de espera. La necesidad de realizar gestiones desde los hospitales y servicios de salud complejiza el acceso al beneficio. Dado el aumento en las listas de espera asociadas al cáncer y considerando que es la principal causa de muerte en Chile, se sugiere que, por un tiempo determinado, se automatice la activación para patologías GES priorizadas por morbimortalidad, comenzando con todos los cánceres GES. Para eso, es necesario modificar el Decreto GES, para pasar de una activación solicitada por el paciente a una activación automática para todos los pacientes cuyas garantías de oportunidad de atención no hayan sido respetadas.

6. Sugerencias para una implementación inmediata en terreno

6.1. Optimización del proceso preoperatorio

Implementación de un proceso prequirúrgico robusto que permita planificar la preparación de los pacientes antes de su cirugía, para evitar suspensiones y optimizar el uso de los pabellones, alcanzando una tasa de suspensión menor al 3%. Revisar procesos operativos, como las reuniones de planificación y de revisión de tablas quirúrgicas, para evitar suspensiones injustificadas (causas asociadas al paciente, al personal o administrativas) y maximizar el uso de los pabellones con herramientas como Six-Sigma y Lean.

6.2. Utilización extendida de infraestructura

Ampliar la disponibilidad de pabellones y servicios (quimioterapia, radioterapia, imágenes) a horarios vespertinos y durante los fines de semana, mediante convenios o licitaciones conforme al marco regulatorio vigente, para priorizar la resolución intrahospitalaria de los pacientes con mayor antigüedad.

6.3. Contratación flexibilizada de profesionales

Implementar sistemas de turnos extendidos que permitan la contratación de profesionales fuera de su horario habitual, optimizando los recursos humanos disponibles. Esta medida debe estar alineada con los compromisos de gestión del hospital en términos de productividad, y las contrataciones deben priorizarse para aquellos funcionarios que cumplan con sus horarios y presenten el menor nivel de ausentismo laboral.

7. Sugerencias de mediano plazo

7.1. Modelos de atención multiprofesional

Se deben perfeccionar los modelos de atención multiprofesional, donde el especialista cuente con el apoyo de médicos generales capacitados o de otros profesionales entrenados. Este modelo es especialmente útil para la atención de pacientes crónicos ya estabilizados.

7.2. Entrega de medicamentos en APS

Se debe definir los medicamentos que hoy se entregan solo en hospitales, para que, habiendo sido recetado por un especialista, ellos sean entregados —con marca individual— al paciente en los consultorios de atención primaria (APS) o en farmacias privadas en convenio con CENABAST. Este procedimiento evitará que el paciente asista al hospital, lo que permite optimizar tiempo y recursos, destinándolos a nuevos pacientes. Esto obliga a una interacción permanente, protocolizada y trazable entre la atención primaria y los hospitales.

7.3. Fortalecimiento APS:

Es necesario fortalecer la atención primaria, incrementando la capacidad resolutive, para que los pacientes solucionen sus problemas en este nivel y no deban ser derivados a hospitales. Para ello, se debe facilitar la contratación de especialistas generales, como internistas, ginecólogos y pediatras. También, se deben habilitar los consultorios para realizar atenciones de oftalmología, otorrinolaringología, dermatología y teledermatología. Es importante priorizar la resolución de problemas de salud en la APS, para evitar hospitalizaciones. Para esto, se recomienda usar el indicador de afecciones sensibles al cuidado ambulatorio (ACSC) u hospitalizaciones evitables.

7.4. Segundo Prestador FONASA

Es necesario implementar licitaciones para prestaciones específicas con prestadores privados, enfocados en diagnóstico y tamizaje, priorizando las necesidades específicas con mayor demanda, como ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como algunos exámenes imagenológicos complejos que retrasan la resolución de ciertas patologías.

7.5. Equipos móviles especializados

Se requiere la formación de equipos móviles especializados, en alianza con instituciones colaboradoras, que permitan realizar operativos médicos de resolución rápida de listas de espera. Estos equipos se centrarán en atender a poblaciones específicas en tiempos definidos, asegurando continuidad y calidad en la atención, en particular, en zonas con baja oferta de servicios. Esto requiere una coordinación con Gobiernos regionales, Contraloría y Dirección de Presupuestos, para ejecutar los presupuestos de libre disposición.

7.6. Fiscalización

Es necesario llevar un registro público de las brechas de producción de cada uno de los recintos hospitalarios de nivel secundario y terciario, para establecer la diferencia entre la producción actual y la producción potencial de sus recursos humanos y de su infraestructura (box de consultas, pabellones, equipamientos), y proponer metas e incentivos para cerrarlas.

Se recomienda promover la fiscalización a la gestión y de los resultados del sector público, con el objetivo de mantener los incentivos puestos en una mayor producción y revertir las actuales cifras de menor productividad (-4% promedio anual entre 2010 y 2019) de la red pública de servicios de salud (Lenz-Alcayaga y Páez Pizarro, 2023).

7.7. Guías y protocolos clínicos

Se requiere trabajar en conjunto con las sociedades científicas para actualizar las guías clínicas de patologías GES y NO GES, asegurando que no tengan más de tres años de antigüedad. Esto permitirá optimizar los protocolos clínicos de tratamiento, reducir los tiempos de atención y priorizar la demanda.

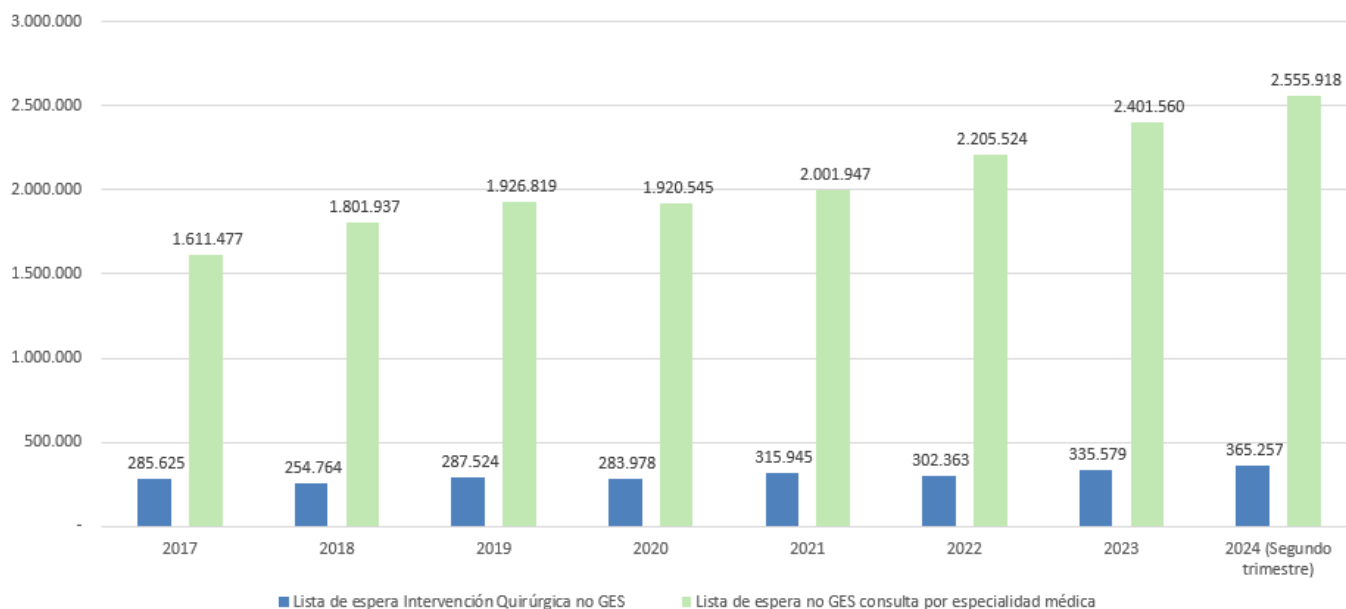
ANEXO

Según la Glosa 06 Lista de Espera No GES y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas al segundo trimestre de 2024, se registra lo siguiente:

Lista de Espera No GES

Para consultas por especialidad médica, hay un retraso de 2.555.918 prestaciones, con un promedio de 360 días de espera y una mediana de 255 días. Respecto a intervenciones quirúrgicas, hay un retraso de 365.257 prestaciones, con un promedio de 430 días de espera y una mediana de 305 días.

Gráfico 1. Lista de espera No GES, 2017-2024



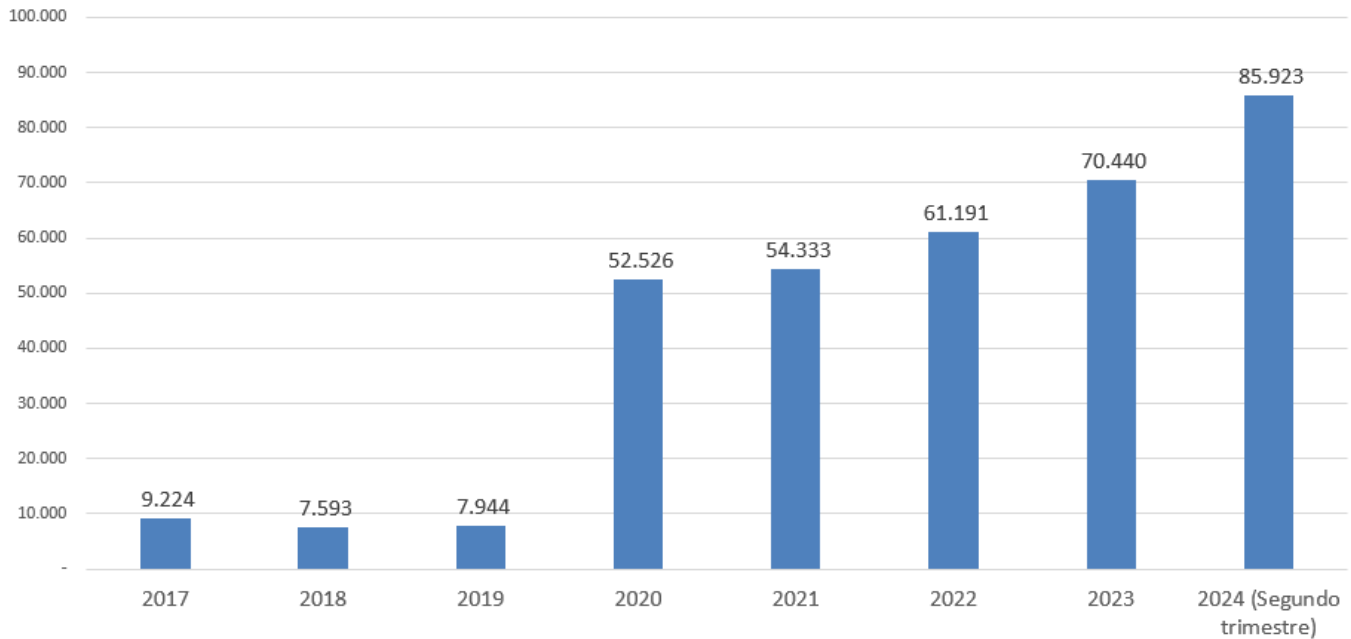
Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud (2018-2024).

A lo largo de los años, se ha observado un aumento constante en ambas listas de espera No GES. Entre 2020 y el segundo trimestre de 2024, la lista de espera por consultas de especialidad médica creció un 33,1%, pasando de 1.920.545 a 2.555.918 prestaciones. En el caso de las intervenciones quirúrgicas, el aumento fue del 28,6%, con un total de 365.257 prestaciones pendientes al segundo trimestre de 2024. Esta tendencia se puede apreciar en el gráfico anterior, que muestra la evolución de las listas de espera No GES desde 2017 hasta 2024.

Garantías de Oportunidad GES Retrasadas

En total, hay 85.923 prestaciones retrasadas, con un promedio de 140 días de espera y una mediana de 76 días.

Gráfico 2. Garantías de Oportunidad GES Retrasadas, 2017-2024



Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud (2018-2024).

Tal como se observa en el gráfico, desde 2020 se registra un incremento sostenido en las Garantías de Oportunidad GES Retrasadas. En el periodo comprendido entre 2020 y el segundo trimestre de 2024, las prestaciones en espera aumentaron un 63,6%, pasando de 52.526 a 85.923 prestaciones.

Bibliografía

1. Lenz-Alcayaga, R. y Páez Pizarro, L. (2023). Eficiencia y productividad del Sistema de Salud Público chileno entre 2010 y 2019. *Medwave* 23(6), e2682.
2. Ministerio de Salud. (2018). Glosa 06. Duodécimo informe 2017. [Glosa 06 Diciembre-2017.pdf](#)
3. Ministerio de Salud. (2019). Glosa 06. Duodécimo informe 2018. [Glosa-6-Dic-2018-Finalfallidos-ords.pdf](#)
4. Ministerio de Salud. (2020). Glosa 06. Cuarto trimestre 2019. [Ord-251-Glosa-06.pdf](#)
5. Ministerio de Salud. (2021). Glosa 06. Cuarto trimestre 2020. [ORD-353-DIGERA-Glosa-06.pdf](#)
6. Ministerio de Salud. (2022). Glosa 06. Cuarto trimestre 2021. [ORD-495-09-02-2022.pdf](#)
7. Ministerio de Salud. (2023). Glosa 06. Cuarto trimestre 2022. [Ord.-331-Glosa-06-IV-Trim-2022.pdf](#)
8. Ministerio de Salud. (2024). Glosa 05. Cuarto trimestre 2023. [ORD-Nº-329-Informe-Glosa-Nº5-letras-a-b-c-y-d-IV-Trimestre-Ley-Ppto-2023.pdf](#)
9. Ministerio de Salud. (2024). Glosa 06. Segundo trimestre 2024. [ORD-2227-Glosa-06-letras-a-b-c-d-i-j-II-trimestre-2024.pdf](#)
10. Ward, Z. J., Walbaum, M., Walbaum, B., Guzmán, M. J., De la Jara, J. J., Nervi, B. y Atun, R. (2021). Estimating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Diagnosis and Survival of Five Cancers in Chile from 2020 to 2030: a Simulation-based Analysis. *The Lancet Oncology* 22(10), 1427-1437.

