Medición y Reportes de la Lista de Espera No GES para atención en salud

Rendición de cuentas pública en Chile y buenas prácticas en otros países OCDE

Autor

Eduardo Goldstein B
egoldstein@bcn.cl
Tel.: (56) 32 226 3906

Comisión

Elaborado para la Comisión Especial Investigadora de Lista de Espera (CEI 63,64)

Nº SUP: 144651

Resumen

Atendiendo a la medición de los tiempos de espera para atenciones de salud electiva en países OCDE, se verifica que en muchos casos los modelos han mejorado ampliando sus sistemas de información para abarcar todo el trayecto del paciente. Si bien lo más habitual entre estos países es medir desde la derivación del médico general hasta el tratamiento, existen variaciones en los hitos de inicio y fin, lo que limita la comparabilidad internacional. Luego, es posible identificar **tres grandes patrones** en el monitoreo de los tiempos máximos de espera de países OCDE:

1. Se fijan objetivos de tiempo máximo de espera para la trayectoria completa del paciente.
2. Se fijan objetivos de tiempo de espera separados para fase diagnóstica y el tratamiento (esto es, considerando generalmente para la primera fase el tiempo transcurrido hasta la primera consulta con el especialista, y para la segunda fase el tiempo transcurrido hasta el primer tratamiento definitivo).
3. Se fijan objetivos de tiempo de espera sólo para los tiempos del tratamiento (medida más comúnmente utilizada para determinar la accesibilidad a la atención electiva).

Por otra parte, en cuanto a las estadísticas de Listas de Espera, la OCDE recomienda diferenciar dos medidas que arrojan distintos resultados, como son (a) 'los tiempos de espera de pacientes tratados en un período dado' versus (b) 'los tiempos de espera de pacientes que permanecen en la lista de espera a un momento dado'.

En cuanto a las estadísticas nacionales sobre las Listas de Espera que habitualmente publica el MINSAL, estas contienen dos variables dependientes principales, que son el número de registros o casos en espera de una atención y el tiempo de espera que llevan en la lista hasta una fecha de corte determinada (relativo a pacientes que permanecen en la lista de espera). Estas estadísticas incluyen datos desagregados para los siguientes ámbitos: Consultas nuevas de especialidad médica (considerando el tiempo sólo para la primera consulta con la especialidad a la cual se hizo la derivación); Consultas nuevas odontológicas e Intervenciones quirúrgicas electivas. Respecto a esta cobertura, cabe destacar que los **Procedimientos y Exámenes de apoyo de diagnóstico y terapéuticos no están considerados dentro de las estadísticas** arriba señaladas, y los tiempos de espera en este ámbito quedan fuera del escrutinio de la opinión pública y/o el legislador. Esta falta de trazabilidad en el proceso asistencial completo, impide dimensionar algunos cuellos de botella que podrían ser críticos (especialmente casos oncológicos), o la espera por controles (que son habituales en casos de enfermedades crónicas) o nuevas atenciones.

Introducción

Los tiempos y extensión de las listas de espera son un gran desafío para los sistemas de salud en un gran número de países. Esto, generalmente, resulta como consecuencia del desbalance entre la demanda y la oferta de servicios de salud. Asimismo, cabe señalar que la apreciación de su magnitud está determinada por los diferentes parámetros con que éste se mide, considerando especialmente que "cada país define cuánto tiempo de espera es razonable para cada momento del desarrollo" (MINSAL; 2023).

Actualmente, hay bastante consenso de que cualquiera que sea la definición del tiempo máximo de espera aceptable que se adopte, ello requiere un sistema de información sólido basado en datos y definiciones confiables, que capten la experiencia del paciente a lo largo de la trayectoria de atención en el sistema de salud (OCDE, 2020).

A este respecto, en un estudio comparado de subconjunto de países OCDE—acotado a una muestra de jurisdicciones angloparlantes de sus estados miembros —, los autores advierten que en un contexto en el que el tiempo de espera y la información sobre las listas de espera se convierten en un importante mecanismo de rendición de cuentas sobre el acceso a los servicios de salud pública, estos modelos de medición e información pueden estar abiertos a la interpretación, e incluso a la manipulación, según la agenda de cada uno de los incumbentes (Lee et al; 2021).

En este sentido, no pueden desconocerse las relaciones que se establecen entre los cambios en la rendición de cuentas y los cambios en la gestión sanitaria del problema de listas de espera en diferentes ámbitos.

Junto con relevar la importancia del recurso a los sistemas de información, para avanzar en las soluciones, un estudio en países OCDE concluye que los enfoques más exitosos para gestionar las listas de espera suelen combinar la especificación de un tiempo máximo de espera apropiado junto con intervenciones del lado de la oferta y la demanda, y un seguimiento regular de los avances (OECD, 2020, p 59).

En lo que sigue, en el Capítulo I se analizan las principales características de los sistemas de información y modelos con que algunos países miembros de la OCDE hacen el seguimiento y reporte público de las listas de espera para la atención electiva en salud. En el Capítulo II, se analiza las principales características de los modelos de seguimiento de los tiempos de espera para atención de salud en Chile, distinguiendo los sistemas de información utilizados para problemas priorizados con garantías de oportunidad GES (eventos cubiertos) y los problemas sin garantías de oportunidad para atención NO GES (ámbitos considerados). En Capitulo III, se analiza con más detalle las métricas utilizadas por la autoridad sanitaria en Chile para definir metas sanitarias y rendir cuentas de los avances en reducción de tiempos de espera para atención en salud de los problemas sin garantías de oportunidad, considerando las publicaciones de la plataforma Visor Ciudadano de Tiempos de Espera[1] y los resúmenes estadísticos contenidos en los informes del MINSAL a la Glosa 06 del presupuesto sectorial.

[1] Desde el año 2024 el MINSAL reporta las estadísticas de la Lista de Espera NO GES a través una plataforma de acceso público creada con la colaboración del BID.

A modo de ejemplo se analiza la evolución de los indicadores claves publicados sobre el acceso a consultas nuevas de especialidad y cirugías electivas, en el período comprendido entre años 2022-2024[2]. En anexos, se presentan las gráficas de esta evolución publicadas por MINSAL en el Visor Ciudadano (se incluyen aquí las gráficas de las consultas odontológicas, sobre las que no se profundizó en el análisis señalado)[3].

I. La medición de tiempos de espera en países OCDE

En relación a la magnitud del problema de lista de espera en países OCDE, cabe mencionar que, ya desde antes de la pandemia de COVID19, se advertía que los tiempos de espera para tratamientos electivos (no urgentes), en muchos países, se habían estancado o habían aumentado la última década (OECD, 2020).

Por otro lado, en cuanto a los sistemas de información, se ha observado que las mediciones de los tiempos de espera han mejorado en muchos países miembros de la OCDE, adoptando una **visión más amplia de todo el recorrido del paciente** en el sistema de salud. A este respecto, se advierte que los países utilizan diferentes puntos de inicio y término de la espera, donde lo más frecuente es que este recorrido se midiera desde 'la derivación del médico general' hasta 'el tratamiento' (OECD, 2020, p 60).

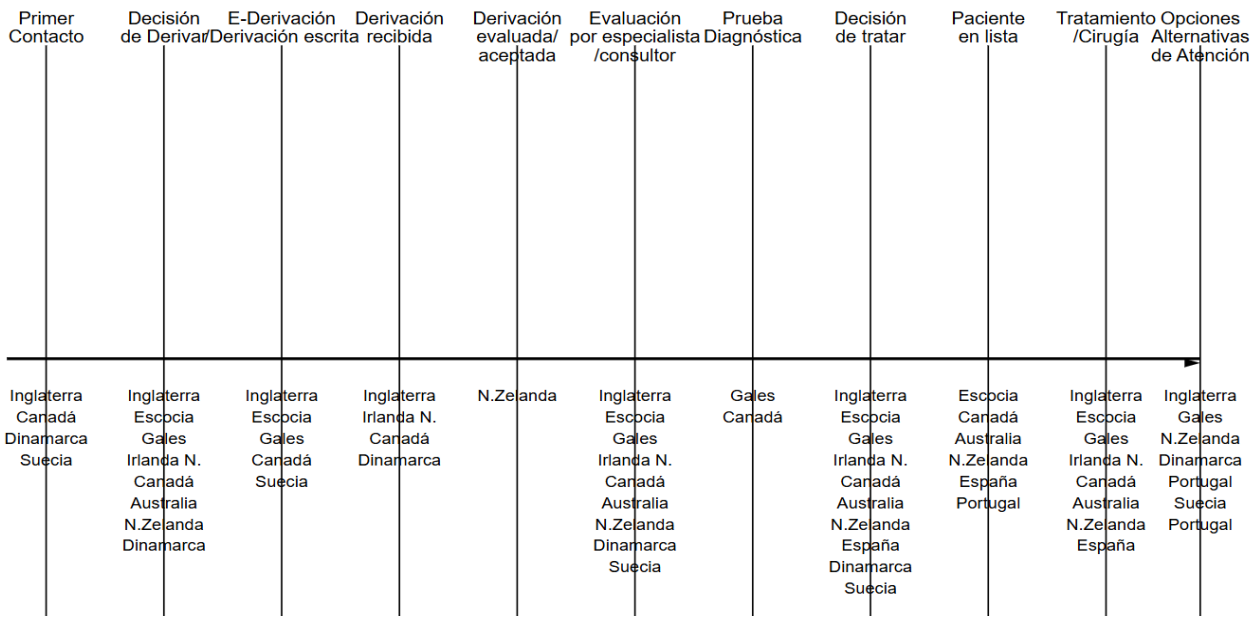
1. Diferencias en la cobertura de los eventos considerados en la trayectoria del paciente (hitos)

La Figura 1, a continuación, muestra la línea de tiempo completa para la trayectoria de un paciente en diferentes países OCDE. Aquí se observa que los reportes de tiempos de espera, en un subconjunto de países, se contabilizan en diferentes puntos, los que pueden ir desde el primer contacto, previo a la decisión de derivación, hasta el recurso a soluciones alternativas[4] o bien la fase de recuperación después de un tratamiento o cirugía).

El borde inferior de la gráfica indica los países que consideran el evento como un punto en la medición de los tiempos de acceso a la prestación o el servicio de salud.

[2] Período en el cual se focaliza el mandato de la Comisión Investigadora (CEI 63,64)
[3] Consideración el comportamiento diferencial que muestran los indicadores de acceso a estos servicios clínicos, parece recomendable analizar su evolución separadamente a las consultas de las otras especialidades.
[4] Resolución en extra-sistema, terapias complementarias, u otras

Figura 1: Puntos de tiempo en el análisis de los eventos considerados en la trayectoria del paciente



Fuente: Lee et al (2021). Traducción Claude IA.

Desde el punto de vista de la definición de metas para los tiempos de espera, el análisis comparado muestra que existen algunos patrones comunes y diferencias entre los países respecto a cómo varía la extensión de la cobertura de la trayectoria del paciente que son consideradas para la medición. En este sentido, Lee et al (2021, p. 1006) identifican tres grandes grupos o patrones para monitorear los tiempos máximos de espera en los países OCDE analizados:

- Se fijan objetivos de tiempo máximo de espera para la trayectoria completa del paciente.
- Se fijan objetivos de tiempo de espera separados para fase diagnostica[5] y para el tratamiento[6].
- Se fijan objetivos de tiempo de espera sólo para los tiempos del tratamiento[7].

Respecto a estos patrones, importa advertir que, aunque los estudiosos suelen hablar de medidas del tiempo de espera como 'tiempo hasta el diagnóstico' y 'derivación a tratamiento' como si fueran medidas estandarizadas, en realidad hay una gran variedad de formas con que los países operacionalizan estas mediciones. En este sentido, los autores observan que, dependiendo del país, existen diferencias donde el 'tiempo hasta la derivación' puede comenzar con el 'primer contacto con un profesional sanitario' o bien con la 'derivación del médico de cabecera'. A su vez, por el otro lado, pueden terminar con la 'derivación recibida' o bien con la 'derivación evaluada' (Lee et al, 2021, p.1004). Así, es posible utilizar

[5] Habitualmente medido en términos del tiempo hasta la primera cita con un especialista.
[6] Habitualmente medido desde la decisión de tratar, o desde el momento en que un paciente está en lista de espera, hasta el primer tratamiento definitivo
[7] Esta es la medida más relevante y más comúnmente utilizada entre los países aquí considerados para determinar la accesibilidad a la atención electiva

marcadores o hitos distintos para delimitar el momento de inicio y termino de fases categorizadas bajo igual denominación.

2. Variabilidad de ámbitos o servicios clínicos considerados en el seguimiento de listas de espera

De acuerdo al estudio de la OCDE, se pudo constatar que, en la mayoría de los países miembros, la principal preocupación son los tiempos de espera para los **tratamientos electivos**, seguidos de los tiempos de espera para las consultas y la atención especializada (OCDE, 2020, p.12).

Por otro lado, se observan diferencias en los ámbitos o servicios que se incluyen en el análisis de tiempos de espera. Así como hay algunos países OCDE que incluyen los tiempos de espera para el médico general de atención primaria[8], la mayoría de los países han incorporado estrategias especiales para el seguimiento de los casos de cáncer[9]. Igualmente, los tiempos de espera para servicios de salud mental han sido objeto de análisis y políticas para mejorar el acceso en diferentes países[10] (OCDE, 2020, p. 9).

Entre los otros ámbitos que se han impuesto, también de forma mayoritaria para monitoreo entre los países OCDE, se incluyen las visitas a los servicios de urgencias de los hospitales y el acceso a pruebas diagnósticas (OCDE, 2020, p. 12).

3. Alternativas de medición y riesgos de confusión entre indicadores de países OCDE

Para una lectura adecuada de las cifras relativas a las Listas de Espera, OCDE recomienda diferenciar entre (a) 'los tiempos de espera de pacientes tratados en un período dado' versus (b) 'los tiempos de espera de pacientes que permanecen en la lista de espera a un momento dado' (OCDE, 2020, pp. 66-67).

A este respecto, cabe mencionar que la espera media de los pacientes en lista puede ser superior o inferior a la espera media de los pacientes tratados.

a) **Distribución de pacientes tratados en un periodo dado.** Esta medida tiene la ventaja de captar la duración completa que tiene la trayectoria del paciente, esto es: tiempo total del recorrido desde que ingresa hasta que sale de la lista. Esta medida, sin embargo, tiene la desventaja de ser una mirada de carácter retrospectiva.

b) **Distribución de pacientes que permanecen en la lista de espera a un momento dado.** Se entiende que se trata de una medida de tiempo de espera 'incompleta', ya que la espera del paciente aún no ha terminado: sigue en la lista. Su principal ventaja es que esta medición captura la experiencia de los pacientes que todavía están esperando en un momento determinado y puede proporcionar actualizaciones en el tiempo. Sin embargo, la distribución del tiempo de espera de los pacientes en la lista sobrerrepresenta a los pacientes con tiempos de espera

[8] Es el caso de Finlandia, Noruega y España
[9] Esto es, considerando la importancia de acceder a diagnósticos y tratamientos temprano en este ámbito.
[10] Inglaterra y Australia, se han destacado particularmente por el incremento de financiamiento y provisión en este ámbito.

largos, mientras que aquellos con tiempos de espera cortos desaparecen más rápidamente de la lista. Como resultado, el tiempo de espera medio o mediano de los pacientes en la lista no es necesariamente menor que el tiempo de espera de los pacientes tratados, como uno podría intuitivamente esperar.[11] [12]

En Chile, si bien hay ocasiones donde en el discurso interpretativo de las estadísticas de estos indicadores se confunde, importa considerar que en las rendiciones a la opinión pública, en las cifras del MINSAL se presenta sólo el segundo indicador (casos que permanecen en lista de espera a una fecha de corte determinada)[13]

II. Coberturas del seguimiento de los tiempos de espera en los servicios del Sistema Público de Salud en Chile

1. Medición de los tiempos de espera en el régimen general de Garantías GES

En Chile, el seguimiento de tiempos garantizados GES está definido por la ley, lo que se monitorea mediante la plataforma SIGGES[14].

El Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), que fue establecido por la Ley N°19.969[15], cubre actualmente 87 patologías o condiciones de salud, para la cuales se contemplan cuatro tipos de garantías, que son las de acceso, oportunidad, protección financiera y la calidad.

En lo que sigue, se resumen las principales características del seguimiento de garantías a estos problemas de salud, para efectos de contraste con el seguimiento de la oportunidad de atención en casos de patologías o condiciones No GES.

En cuanto a la **garantía de oportunidad**, ésta se define como el derecho a que las atenciones de salud sean entregadas en un plazo máximo definido para cada problema. Esto es de acuerdo con plazos establecidos por ley para la primera atención y siguientes etapas. En este marco, las etapas del proceso de atención varían dependiendo de la patología, considerando de modo general los siguientes eventos[16]:

Tamizaje	Proceso mediante el cual se establece o descarta la sospecha de una enfermedad en alguna persona que no presenta síntomas, signos clínicos o historia médica

[11] Los tiempos de espera se pueden ver incrementados también por aquellos pacientes de la lista que no recibirán tratamiento, sea por renuncian, deciden recurrir por sus medios al sector privado, o han muerto, considerando que los datos no están necesariamente actualizados

[12] Como demuestran Dixon et al , dependiendo de la tasa de riesgo (probabilidad de ser tratado en cada período), la espera media en la lista podría ser mayor o menor que la espera media de los pacientes tratados, dependiendo de la importancia relativa del sesgo de interrupción y el sesgo de duración (Dixon et al, 2009). Empíricamente hay cierta evidencia de que la media y mediana de los pacientes tratados tiende a ser mayor que la de los pacientes en la lista ,

[13] Ver Visor Ciudadano de Tiempos de Espera (MINSAL – BID) e Informes de Glosa 06 en ejecución presupuestaria 2024

[14] Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES)

[15] Ley 19.966 que establece un Régimen de garantías en salud, publicada en 2004. Disponible en https://bcn.cl/2fckl

[16] Chile atiende (2025). Etapas del proceso de atención https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/85583

Sospecha	Un o una profesional de la salud (tecnólogo médico o matrona) detecta la sospecha, lo que da origen a la derivación para confirmar o descartar la sospecha.
Confirmación diagnóstica	Se comprueba o se descarta la existencia de una enfermedad de salud específica mediante una consulta, examen, procedimiento, entre otros.
Tratamiento	Al o a la paciente se le entregan las prestaciones de salud necesarias para mejorar su patología, en tiempos y plazos determinados. (Chile atiende, 2025).
Seguimiento y control	Acciones clínicas y tecnológicas de la fase de vigilancia a la que se somete una o un paciente tratado por un problema de salud en un determinado periodo.

Estos eventos cuentan con diferentes hitos que marcan el inicio y término del plazo, según especificaciones de la norma correspondiente a cada patología.

En una perspectiva global, es de interés considerar el impacto que puede tener en las listas de espera No GES la variación de la demanda en patologías GES, como factor de contexto, considerando que estos tienen un estatus prioritario y cuentan con una garantía legal.[17]

2. Medición de los tiempos de espera de los problemas de salud No GES

Vinculado a la distinción de los problemas priorizados por el GES, han existido reiteradas debates sobre cómo esto ha generado un sistema con asimetrías de acceso y oportunidad de atención entre los problemas GES y los No GES. Esto se debe, en parte, a los mayores esfuerzos por resolver las patologías que cuentan con financiamiento especial y están sujetas a una ley.

El seguimiento de los tiempos sin garantías (problemas NO GES) se gestiona a través de los sistemas locales y se monitorea a nivel central por el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)[18]. Sobre esta base, opera también un Portal del Paciente, que permite a los usuarios de la salud pública revisar su estado en las listas de espera.[19]

Respecto a las listas de espera para atención de salud NO GES, el reporte público (Visor ciudadano) y la rendición de cuenta al Congreso Nacional, establecida anualmente en la Ley de presupuesto[20], se publican con diferente periodicidad[21], sobre la base de los datos consolidados en esta misma plataforma (SIGTE).

[17] Los retrasos GES, técnicamente califican como incumplimientos y son informados en junto a las listas de espera NO GES en el mismo informe trimestral de la Glosa 06 del Presupuesto
[18] El sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE) inició sus operaciones el año 2018. Posteriormente, con vistas a corregir las fallas recurrentes y principales limitaciones operativas, a fines del año 2022 se decide diseñar un nuevo sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE 2.0) iniciando una nueva estrategia de interoperabilidad del sistema
[19] A esto se accede mediante clave única
[20] Corresponde a Glosa 05 en Ley presupuesto de 2023 y Glosa 06 en Ley presupuesto de 2024
[21] El SIGTE consolida los datos de la Lista de Espera con una fecha de corte mensual, que se entiende rige por igual para los reportes que entregan todos los Servicios de Salud. Para la entregas correspondientes al informe de la Glosa 06, la Ley de presupuesto 2024, estableció que tengan una periodicidad trimestral

En cuanto a sus contenidos, ambos incluyen estadísticas sobre el número de registros o casos[22] en espera de una atención y sobre el tiempo de espera, en los siguientes ámbitos principales:

- Consultas nuevas de especialidad médica[23] (se distinguen según la especialidad o sub especialidad).
- Consultas nuevas odontológicas.
- Intervenciones quirúrgicas electivas[24] (último reporte se diferencias en cirugías mayores y cirugías menores[25]).

Cabe señalar que los **Procedimientos y Exámenes de apoyo de diagnóstico[26] y terapéuticos no están considerados dentro de las estadísticas arriba señaladas**, si bien en los protocolos de registro de listas de espera éstos se encuentran clasificados[27]. Luego, dado que los tiempos de atención de estos procedimientos no está suficientemente desarrollado en el sistema de información del MINSAL[28] (DIGERA –MINSAL, 2025), éste no dispone de estadísticas al respecto, y los tiempos de espera en este ámbito quedan fuera del escrutinio de la opinión pública y/o el legislador

En relación a los vacíos de cobertura en estas mediciones, el Colegio Médico de Chile A.G. ya lo advertía años atrás, al señalar que, en las discusiones de la opinión pública sobre sobre la materia, "…se quedan afuera aquellos pacientes que ya estando en conocimiento de los equipos de especialidad en el nivel secundario o terciario, esperan controles o nuevas atenciones necesarias por parte de especialistas[29]. Este tipo de esperas pueden ser particularmente delicadas en el caso de quimioterapias, patologías crónicas descompensadas, entre otros casos,…" (COLMED, 2017, p. 7).

La importancia de que los sistemas de información permitan la completa trazabilidad del proceso de atención del paciente[30] ha sido advertido igualmente por expertos de la academia, quienes subrayan la importancia de dar seguimiento a los procedimientos, cuando señalan que "Un punto particularmente relevante es la **espera para procedimientos, la que obstaculiza prestaciones quirúrgicas y de consultas de especialidad,** y es clave para mejorar la eficiencia de la gestión de la red de salud pública" (PUC-CPP, 2020, p.19).

[22] En los informes de glosa a la ejecución presupuestaria, habitualmente se publica igualmente el recuento de personas en la lista de espera de consultas para efectos de calcular el cociente entre ambos (Razón del número de registros por persona)
[23] Se define como la primera atención de especialidad realizada por el profesional generada por una necesidad sanitaria u otro requerimiento clínico, la que debe ser gestionada a través de una interconsulta SIC.
[24] Corresponde al procedimiento quirúrgico mayor o menor que, tiene tiempo suficiente para planificarse y preparar adecuadamente al usuario programándose en tabla quirúrgica. Su registro se genera mediante una orden de atención OA.
[25] Al comparar los datos publicados por el Visor Ciudadano de enero 2025 y el Informe relativo a la Glosa 06 de la Ley de Presupuesto, correspondiente a trimestre IV de 2024, se advierte que no hay consistencia entre las cifras correspondientes a estas dos categorías, a nuestro entender por un error en el Informe relativo a la Glosa 06, donde se atribuyen las cifras de cirugía mayor a las clasificadas como cirugía menor.
[26] Sean estos exámenes de laboratorio, de imageneología, u otros.
[27] Estos califican en la causal 2 de salida de la listas de espera, rotulada como "procedimiento informado".
[28] Falencia reconocida por la División de Gestión de Redes Asistenciales del MINSAL en audiencia ante Comisión Investigadora de la Cámara de Diputadas y Diputados (DIGERA –MINSAL, 2025).
[29] Estos casos se registran en la causal 3 de salida rotulada como "Indicación médica para reevaluación", debiendo permanecer en LE.
[30] Esto supone una mayor atención en la gestión clínica, y no sólo a la gestión administrativa que es donde se focalizan los sistemas de información en la actualidad.

Hay niveles de desagregación y posibilidades de cruces de estos indicadores con otras variables, que no están disponible para el acceso público, por considerarse que son materia de consulta más exclusiva de los encargados de la gestión. Algunas de estas estadísticas adicionales se han añadido entre los detalles más específicos solicitados en informes de la Glosa correspondiente, con variaciones según lo establecido en la Ley del Presupuesto de cada año.

Luego, desde una perspectiva más amplia, diferentes expertos han sugerido que, a la hora de analizar el desempeño de los servicios de salud en estos ámbitos, se consideren algunos factores determinantes, como son las diferencias de recursos asignados y la tensión entre atenciones de urgencia y atenciones electivas, como factores críticos a la hora de medir eficiencia productiva (COLMED, 2017 y CEI 63-64, 2025). Igualmente importante para la interpretación de estas métricas es conocer los mecanismos de priorización y su aplicación en diferentes ámbitos. En esta misma línea, es de interés conocer el impacto que han tenido programas como fue el "Plan Nacional de Recuperación de cuidados y Reducción de tiempos de espera" o el plan de "Resolución integral de problemas de Salud No GES quirúrgicos", donde se recurre a prestadores en convenio (compras al sector privado) para reducir la lista de espera[31]. Esto es considerando que incluyen acciones orientadas a ámbitos más acotados o a ciertos Servicios de Salud priorizados. Más adelante queda por evaluar el impacto que tendrá el plan reducción de tiempos de espera 2025 (que incluye metas de producción y de resolución de casos Percentil 75), como fuera anunciado más recientemente por el Subsecretario de Redes Asistenciales del MINSAL[32]

3. Metas y métricas para la gestión de Listas de espera No GES

El sistema público de atención de salud en Chile está concebido como red asistencial integrada, donde los establecimientos se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes (ver diagrama del proceso según modelo elaborado por División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, en Figura 1 de Anexo). En este marco, la entrada y salida de casos[33] de la lista de espera responde a los siguientes protocolos:

De acuerdo con la Norma Técnica N° 118 del MINSAL para el Registro de las Listas de Espera[34], el punto de partida para el **ingreso de un caso** al registro está dado por la generación de una interconsulta (IC) en el caso de las consultas de nueva especialidad o de una orden de atención (OA) en caso de intervenciones quirúrgica electiva. Éstas se generan predominantemente en atenciones de la APS y excepcionalmente en unidades de emergencia hospitalaria (UEH) (DIGERA-MINSAL, 2025).

Para el **egreso de casos** de la lista espera, el punto de salida ocurre cuando se presenta cualquiera de las causales de salida definidas en la Norma Técnica N° 118 para el Registro de las Listas de Espera (y sus posteriores actualizaciones). Hasta fines del año 2024, la norma técnica distinguía un total de 22

[31] Caso de Licitación Publica 591-3 LR 24 que sumó 68 prestadores privados en 2025 (ver expo FONASA , Cid , Comisión Salud del Senado

[32] Exposición del Subsecretario de Redes Asistenciales ante CEI 63-64 de Cámara de Diputados (sesión del 15 de abril de 2'025)

[33] En lo que sigue nos referimos a casos en listas de espera, en el entendido que una persona puede ser derivada a diferentes especialistas o procedimientos, y por tanto quedar en espera por atención en más de una lista. De aquí que el número de casos o de registros en la lista de espera, por lo general es mayor que el número de personas que esperan una atención.

[34] NT N° 118, del año 2011

motivos de egreso[35], categorías entre las cuales es posible distinguir causales clínicas y administrativas[36] (Ver causales de salida en Cuadro 1 de Anexo).

Entre las causales clínicas, la causal de salida N°1 corresponde a la glosa "Atención Realizada", donde se consigna, como fecha de salida de la lista, la fecha de realización de la nueva consulta o de la intervención quirúrgica[37].

A este respecto, se entiende que es consustancial a cualquier sistema de salud que todos los días ingresen y egresen personas de las listas de espera cuando existen derivaciones o bien indicaciones de cirugías electivas (no urgentes). De aquí que el discurso de las autoridades del MINSAL ha sido enfático en señalar que **la meta es disminuir los tiempos de espera y no necesariamente terminar con las listas[38]**, que se entiende están fuertemente influidas por variaciones en la demanda, la productividad y los rezagos producidos durante la pandemia.

En efecto, desde hace algunos años que la estrategia del MINSAL para la gestión de listas de espera incluye el avanzar en la definición de tiempos máximos de espera para grupos específicos, junto con desarrollar procesos de priorización (MINSAL, 2023). En este marco, en declaraciones de diferentes autoridades de gobierno se ha mencionado que las metas del MINSAL son que las medianas de **tiempo de espera, tanto de cirugías como de consultas de especialidad NO GES, sean inferior a los 200 días** para el año 2026 (MINSAL, 2023)[39].

4. **Los indicadores sobre listas y tiempos de espera en la rendición de cuentas públicas a través de la plataforma Visor Ciudadano.**

A continuación, se describen dichos indicadores.

- **Número de casos en lista de espera**. Proporciona una visión general del volumen de pacientes que esperan atención, lo que permite dimensionar la magnitud del problema (demanda insatisfecha).
- **Mediana y Cuartiles de tiempos de espera (específicamente percentiles 25, 50 y 75).** Muestra la distribución de los tiempos de espera en días. La mediana (percentil 50) representa un valor de tendencia central, donde el 50% de los pacientes de la lista lleva esperando más días

[35] En tiempos recientes se inició un proceso de reducción y simplificación de las causales de egreso , en vista a establecer un número de 15 categorías para 2025

[36] Según estadísticas del SIGTE informadas en Glosa O6, del total de egresos de la lista de espera por CNE entre enero y diciembre del 2024, el 64% corresponde a la causal 1 "Atención realizada". Cifra que se eleva al 77% si suman los casos de "atención por resolutividad", telemedicina y hospital digital (causales 16, 17 y 19) En el caso de las cirugías mayores esta causal concentra el 80,5% del total de egresos en el mismo período (MINSAL-SRA,2025, Informe Glosa 06 de la ejecución presupuestaria, cuarto trimestre 2024, p.42)

[37] Dado que esta causal aplica en la primera consulta dese la derivación, aquí opera una tendencia a la subestimación de las espera en los casos donde no hay resolución en la primera consulta. Esto afecta especialmente a los casos de consulta odontológica, donde son frecuentes los tratamientos de larga duración (ver exposición del Presidente Nacional Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, Dr. Carlos Marchant, en audiencia del 14 de abril del 2024, ante Comisión Investigadora de Lista de Espera (CEI-63-64) de Cámara de Diputados.

[38] *En esto hubo consenso en la Comisión Medica Asesora del Ministerio de Salud del año 2017*.

[39] Igualmente en la Cuenta Pública del año 2023, el Presidente Gabriel Boric comprometió que a fines de su Gobierno la mediana del tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas en la salud estatal sería de 200 días.

que ese valor y el otros 50% menos días que el valor indicado. El primer cuartil (percentil 25) indica que 25% de los casos lleva una espera menor o igual a dicho valor. El tercer cuartil (percentil 75) indica el valor para el 75% de los casos. Estos valores corresponden a los valores de corte para las proporciones de casos (25%, 50% y 75%) identificados en una lista ordenada según antigüedad de la espera.

Estos valores se calculan para los datos consolidados por todos los Servicios de Salud a una fecha determinada, con una periodicidad mensual. Luego, con los datos puntuales es posible visualizar las variaciones que tienen cada uno de estos indicadores en series temporales[40].

A continuación, se describe la situación para diferentes ámbitos o tipos de servicios clínicos.

4.1. Evolución de las listas de espera y los tiempos de espera entre los años 2022 a 2024

4.1.1. Situación de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidad (CNE)

En lo respecta a **Consultas NE** a diciembre de 2024, se contabilizaban 2.088.725 casos en espera. Esto luego de verificarse un crecimiento sostenido desde el año 2022.

Visto en el período de los últimos tres años (2022-2024), el incremento en el número de casos se viene desacelerando, como se evidencia en Anexo (ver en Tabla 1 y Figura 2). Así, mientras que al final del año 2022 se suman más de 200 mil casos a la lista de espera en comparación al año anterior, los incrementos se van aminorando en años posteriores (el volumen acumulado suma 172.061 casos adicionales, en diciembre 2023, y, en diciembre de 2024, se adicionan 151.426 casos)

La variación en la mediana de los tiempos de espera muestra que, luego de un descenso en los tiempos de espera hasta mediados del año 2023, en períodos posteriores ésta se incrementa, llegando a los 267 días en diciembre de 2024. Esto es **28 días más que la mediana observada en el mes de diciembre del año anterior** (ver tabla 1 y figura 2 de Anexo).

De lo anterior se deduce que a diciembre de 2024, la mitad de la lista de espera por CNE (1,044.063 casos) han tenido una espera mayor o igual a 267 días. Luego, si atendemos a los casos más extremos, de acuerdo al cuartil 3 (percentil 75), la cuarta parte de la lista con más antigüedad en espera de una Consulta Nueva de Especialidad (522.181 casos), lleva una espera de más de 498 días desde que fuera derivado a la especialidad[41]. Como muestra la evolución de este indicador en la figura 4 de anexo, el tiempo de espera de este segmento de la lista se ha incrementado en transcurso del año del año 2024[42].

[40] El visor ciudadano despliega valores para períodos acotados. No permite acceso a los valores históricos consolidados desde el origen de la serie.
[41] A diciembre 2023 el percentil 75 correspondía a un valor de 461 días, lo que significa un aumento de 33 días más de espera en el segmento de la lista más rezagada. Este segmento se estableció como un grupo objetivo para las metas de reducción de casos en el año 2025, según lo ha señalado el MINSAL en exposición ante CEI 63,64 (MINSAL-SRA; Martorell, 2025b):
[42] Esta tendencia puede ser efecto de una priorización donde los casos menos urgentes van quedado rezagados con tiempos de espera cada vez mayor.

De aquí, se entiende que precisamente sea este segmento más antiguo de la lista de espera, el que se estableció como un grupo objetivo para las metas de reducción de casos en el año 2025, Ver Metas de reducción de casos del percentil 75 por Servicio de Salud (MINSAL-SRA, Martorell,B; 2025 b).

4.1.2. Situación de Lista de Espera por Intervenciones Quirúrgicas

La evolución de los casos de **Cirugía**, en el mismo período, muestra que, luego de fluctuaciones en el volumen acumulado el año 2022, se manifiesta una tendencia al crecimiento sostenido de los casos en espera en los años siguientes, alcanzando un volumen de 390.228 casos a diciembre 2024. De esta manera, comparado con los casos acumulados a diciembre del año anterior, el volumen de la lista de espera se había incrementado en 56.649 casos a fines del 2024, lo que representa un aumento mayor que el año anterior (esto corresponde a una variación porcentual de 17%, lo que supera a la variación del 10% estimada el año anterior) Ver tabla 2 en Anexo.

Además, importa destacar que, a pesar del aumento del volumen de casos en espera de una cirugía, en los dos primeros años aquí considerados se produce una baja notoria en los tiempos de espera, la que tiende a estabilizarse durante el año 2024, terminando con una mediana de espera de 294 a finales de este año[43]. Cabe advertir que la baja en los tiempos de espera está fuertemente influida por el egreso de los casos más antiguos en la lista de espera, como muestra la evolución del quintil 3 (percentil 75), en Figura 4 de Anexo. Con esto quedan 97.557 casos a diciembre de 2024, con más de 592 días de espera en que, al ser el segmento más antiguo de la lista de espera, su resolución pasa igualmente a constituir la “Meta de reducción de casos del p75” en el ámbito de las cirugías.

Estos indicadores se pueden desplegar en la plataforma desagregados por servició de salud y especialidad médica. Adicionalmente, la plataforma permite ordenar estas categorías, en forma de ranking para identificar niveles de demandas para el conjunto de 28 Servicios de Salud o tipo de prestación en cada ámbito de atención.

Las Figuras 2 a 4, del Anexo permiten visualizar la evolución de los valores que han tomado estos indicadores de acuerdo con los puntos de corte mensual entre los años 2022 a 2024.

5. Principales indicadores sobre listas y tiempos de espera en la rendición de cuentas públicas a través de informe relativo a Glosa 06 de la ejecución presupuestaria

A través del Oficio N° 2169 /2025, la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) informa la Glosa 06 del presupuesto 2024 sobre Lista de espera No GES y Garantía de oportunidad GES retrasadas para el trimestre IV (en conformidad con Ley de Presupuesto N° 21.640). Aquí se presentan los mismos indicadores del Visor Ciudadano con base a la misma fuente de datos SIGTE.

Respondiendo a lo solicitado en la Glosa respectiva, en lo que respecta a Listas de Espera NO GES, el informe proporciona datos al 31 de diciembre, mediante los mismos indicadores antes señalados

[43] Esta reducción se ha lentificando notoriamente, si consideramos que la mediana de espera pasó de una reducción de 35% menos en 2022, a 20% menos en 2023. Luego de lo cual se observa un aumento del 2% en 2024 (con un aumento en 5 días más de espera en la mediana calculada a diciembre 2024). Ver variación porcentual en tabla 2 de anexo-

desagregados por servicio de salud, especialidades médicas y nivel de atención. Lo anterior es complementado con otras tablas de contingencia donde estos indicadores se cruzan con variables como tramo de edad y sexo. Como contenido informativo adicional al Visor Ciudadano, este informe incluye algunas estadísticas de producción (lo que incluye la distribución de las causales de egreso en diferentes ámbitos, como son las Consultas Nuevas de Especialidad e Intervenciones Quirúrgicas). También se adicionan aquí las estadísticas de Listas de Espera en ciertos grupos específicos como son Niñas Niños y Adolescentes en programas del SENAME.

Como indicadores de Lista de Espera adicionales a las del Visor Ciudadano, el informe de la Glosa 06 añade el recuento de personas, aparejado al número de registros o casos en la lista de espera[44]. Con éstos se calcula la Razón de registros/persona (índice que presenta cierta variación entre Servicios de Salud)[45].

Otros indicadores publicados en Glosa 06 que no están disponibles en Visor Ciudadano son los promedios de tiempos de espera para las listas por Consultas Nuevas de Especialidad e Intervenciones Quirúrgicas, que en informes de la ejecución presupuestaria[46] habitualmente se presentan junto a los valores medianos en tablas desagregadas por Servicio de Salud.

Cabe señalar que, a diferencia de informes anteriores de esta Glosa, el informe del cierre de año 2024 no incluye la serie histórica de los promedios de espera, indicador que se presentaban habitualmente en una misma gráfica con los valores mensuales de la mediana desde el año 2019 en adelante. En Glosa 05 del 2023, los informes del MINSAL agregaban igualmente en esta grafica el percentil 90 de la lista de espera, lo que daba cuenta de cómo evolucionaba en el tiempo la espera de los casos más antiguos de la lista[47] (ver Figuras 5 y 6 en Anexo).

Si bien las cifras de estos indicadores son por lo general bastante coincidente entre el Visor Ciudadano y lo publicado en la Glosa[48] , hay ciertas limitaciones en cuanto a la trasparencia que ofrecen ambos instrumentos para el escrutinio público, a saber:

- En el visor ciudadano los indicadores de tiempos de espera se despliegan para series históricas de datos, en períodos históricos móviles que son acotados (no hay acceso a datos puntuales de años o meses previos al periodo graficado).

- Los informes de Glosa que quedan disponibles en OPS[49] de Cámara de Diputadas y Diputados tienen formato de imagen. No es un documento digital del cual se puedan extraer las tablas y

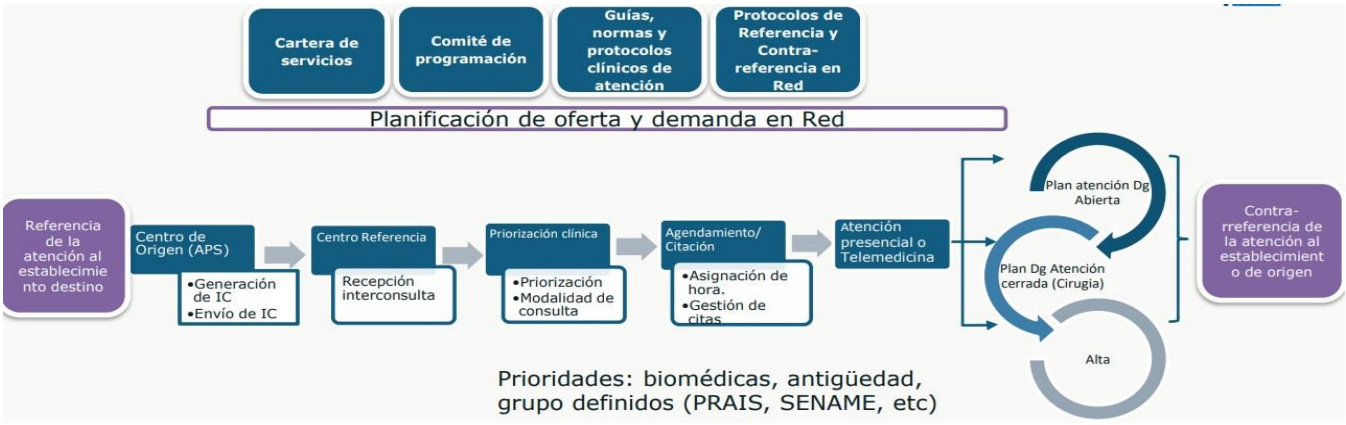
[44] De aquí se desprende a nivel país, una tasa para Consultas Nuevas de Especialidad de 1,2 interconsultas por persona según Lista de Espera al 31 de diciembre de 2024
[45] Estos se mueven en un rango de 1,14 en SS Arauco a 1,27 en SS de Reloncaví, que presenta el mayor valor
[46] Glosa 05 del presupuesto 2023 (pp.19 y 20) y Glosa 06 del presupuesto 2024.(pp.30 y 35)
[47] Aquí se advierte que en el año 2024, a medida que se reducen los casos extremos con más tiempo de espera (percentil 90 decreciente) , los valores del promedio y la mediana de espera tienden a converger ,
[48] A pesar de que utilizan la misma fuente de datos, hay ocasiones en que se observan ciertas discrepancias en algunos valores puntuales, lo que se podría explicar por tratarse de base de datos dinámicas y análisis que operan con distintas fechas de extracción de los datos. Hay ocasiones que la discrepancia responde a errores de rotulación (por ejemplo la denominaciones de cirugía mayor vs menor)
[49] Oficina de Información, Análisis y Asesoría Presupuestaria del Senado (OPS)

gráficos para profundizar en los análisis. A su vez, las variables incluidas en los informes de un trimestre y otro no tienen siempre continuidad, así como tampoco los diseños, lo que limita el seguimiento de ciertos indicadores en el tiempo. Por ejemplo, esto ocurre con indicadores como la proporción de casos que exceden el plazo de espera considerado aceptable (según meta definida), o bien ciertos percentiles de tiempo de espera más finos (Percentil 10 o Percentil 90)[50].

[50] De acuerdo con lo solicitado en letra i de la Glosa 06 de presupuesto 2024, el informe de IV trimestre va acompañado de una tabla Excel en formato digital que contiene datos de listas de espera desagregada por establecimiento asistencial, con los siguientes indicadores: Número de registros, Promedio días de Espera, Percentil (10) de días de Espera, Mediana días de Espera, Percentil (90) de días de Espera, con corte al 31 de diciembre de 2024. Si bien el procesamiento de esta tabla permite hacer diferentes agregaciones territoriales, no proporciona los datos históricas requerido para evaluar la evolución de estos mismos indicadores en el tiempo

Anexo

Figura 1. Proceso referencia y contrarreferencia de atención ambulatoria- DIGERA MINSAL



Fuente: DIGERA-MINSAL (2025) Exposición de Solís, A. ante Comisión investigadora de listas de espera realizada el 21 de enero 2025.

Tabla N°1: Causales de egresos del registro de Lista de espera según norma 118 del MINSAL

Causal de salida	Nombre de la causal
0	Ges
1	Atención realizada
2	Procedimiento informado
3	Indicación médica para reevaluación
4	Atención realizada en el extra-sistema
5	Cambio de asegurador
6	Renuncia o rechazo voluntario del usuario
7	Recuperación espontanea
8	Dos Inasistencia
9	Fallecimiento
10	Solicitud de indicación duplicada
11	Contacto no corresponde
12	No corresponde realizar cirugía
13	Traslado coordinado
14	No pertinencia
15	Error de registro
16	Atención por resolutividad
17	Atención por telemedicina
18	Modificación de la condición Clínico- diagnóstica
19	Hospital digital
99	Técnico administrativo nivel central
20	Postergación

Fuente: MINSAL (2024) Lista de Espera No GES.

Indicadores Visor Ciudadano de Tiempos de Espera

Tabla N°2: Listas de espera No Ges (Número de casos) y Tiempos de Espera (en número de días). Nuevas Consultas de Especialidad Médica e Intervenciones Quirúrgica, Total nacional, con cortes a mes de diciembre de años 2022 a 2024

		ene-22*	dic-22	Var %	dic-23	Var %	dic-24	Var %
Nuevas Consultas Especialidad Medica	Número casos	1.563.604	1.765.203	*12,9%*	1.937.264	*9,7%*	2.088.725	*7,8%*
	Mediana Tiempo de Espera	301	254	*-15,6%*	239	*-5,9%*	267	*11,7%*
Intervenciones Quirúrgicas	Número casos	320.150	302.363	*-5,6%*	333.579	*10,3%*	390.228	*17,0%*
	Mediana Tiempo de Espera	549	359	*-34,6%*	289	*-19,5%*	294	*1,7%*

(*) Se tomó enero 2022 como aproximación a los valores del mes anterior, dado que la serie de valores desplegada en plataforma Visor Ciudadano se inicia en el año 2022

Fuente: Elaboración propia en base a datos SIGTE publicados en Visor Ciudadano de Tiempos de Espera

Figura 2. Número de casos en listas de espera No GES

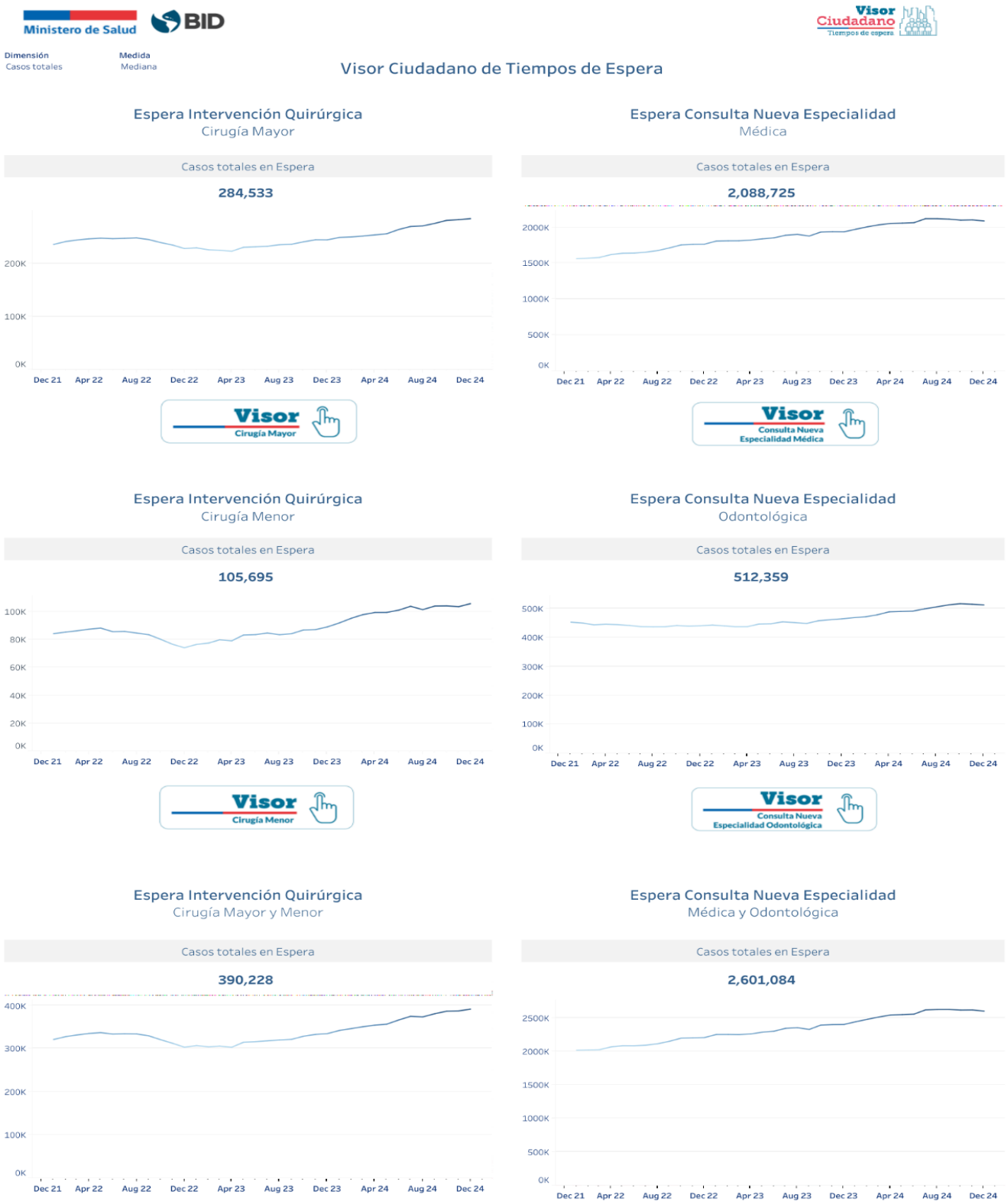


Figura 3. Mediana de tiempos de espera No GES

Figura 4. Percentil 75 de Tiempos de Espera

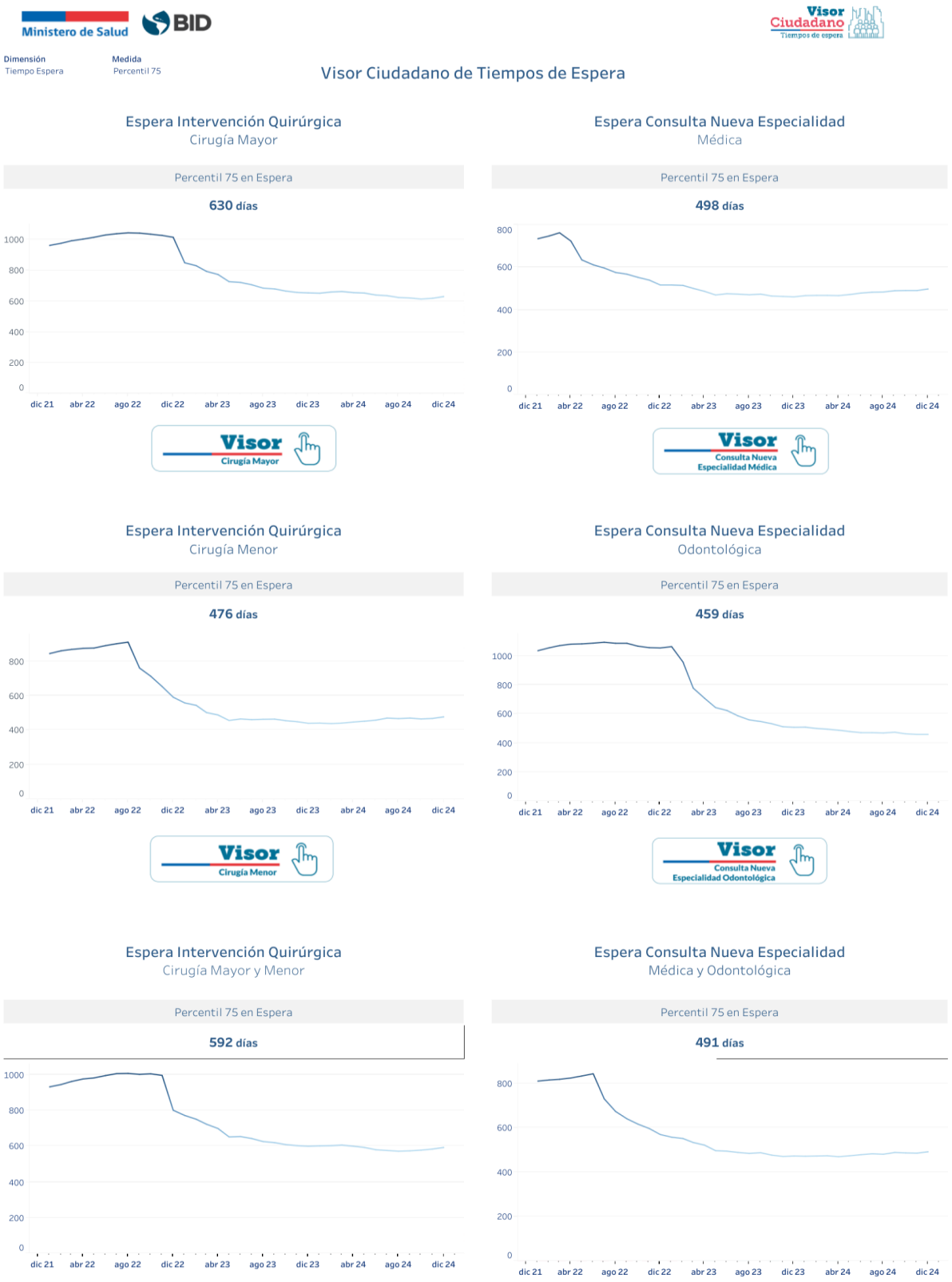
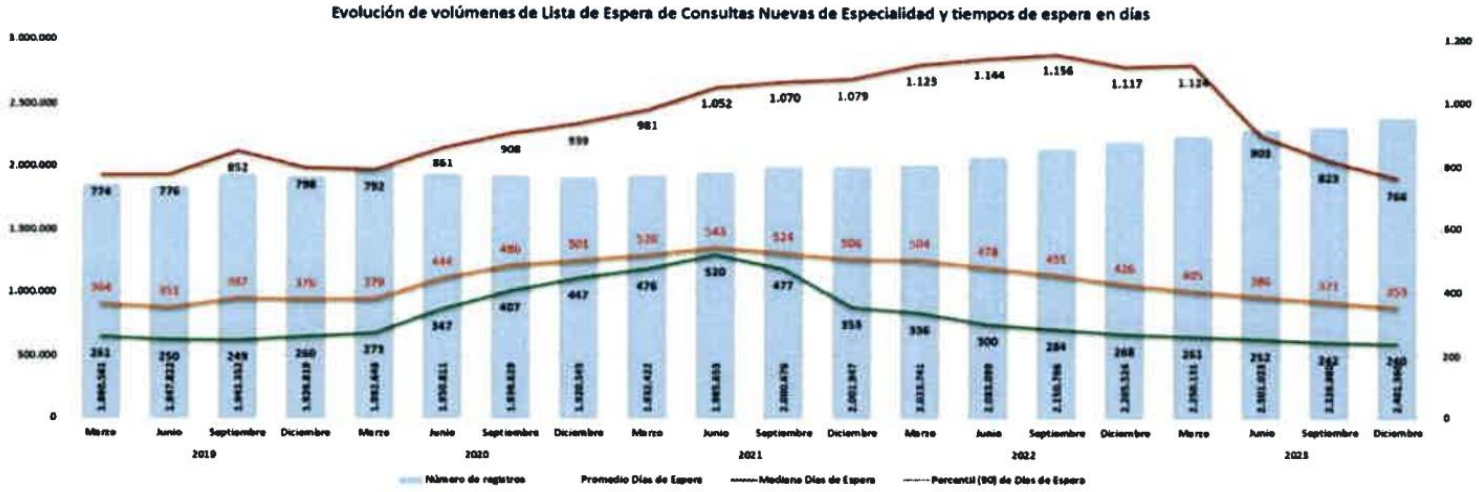


Figura 5.

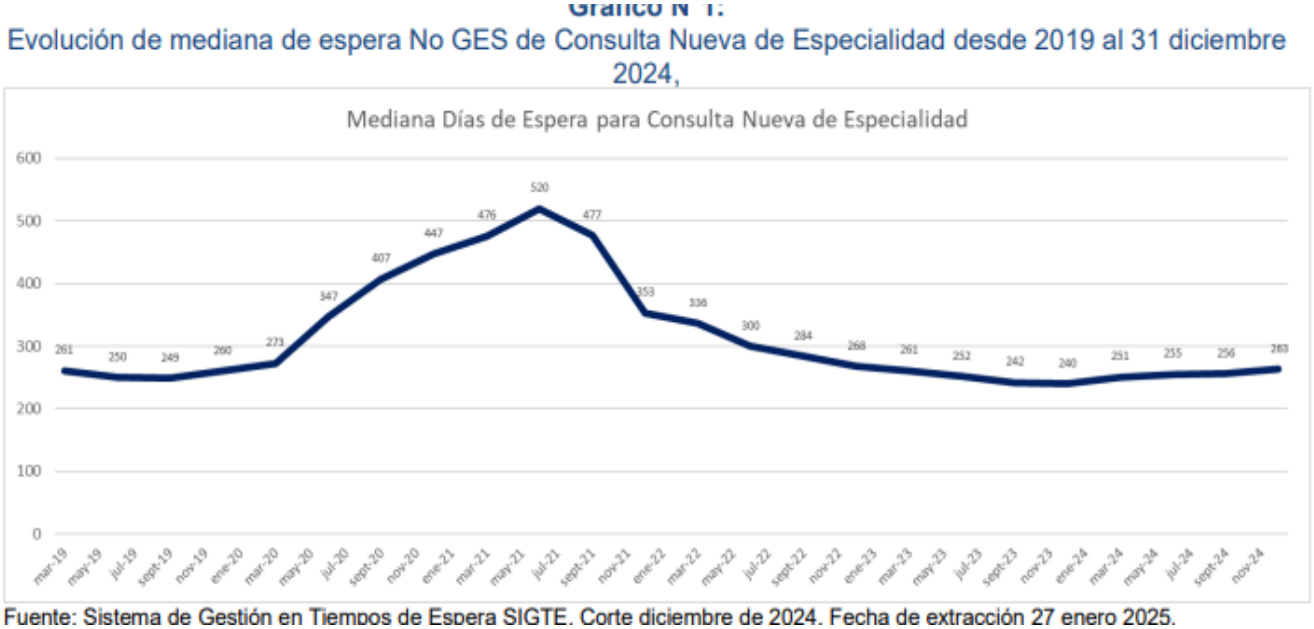
Lista de Espera de CNE y tiempos de espera (2019- 2023) en Informe de Glosa 05- del 3° trimestre de 2023. Número de casos, promedio de tiempo de espera, mediana de tiempo de espera y percentil 90 de días de espera



Fuente: MINSAL. (2023) Informe de Glosa 05- del 3° trimestre de 2023

Figura 6.

Lista de Espera de CNE y tiempos de espera (2019- 2024) en Informe de Glosa 06- del 4° trimestre de 2024 Número de casos y mediana de tiempo de espera



Fuente: MINSAL. (2025) Informe de Glosa 06- del 4° trimestre de 2024

Referencias

CHILE ATIENDE (2025). Etapas del proceso de atención. Disponible en https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/85583

LEE, M. et al (2021) *Common patterns in the public reporting of waiting time and waiting list information: Findings from a sample of OECD jurisdictions, Health Policy*, Volume 125, Issue 8, 2021, Pages 1002-1012, Disponible en https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.013.

LIBERTAD y DESARROLLO (LyD) (2024). Listas de espera e incentivos para la productividad de los hospitales estatales. Disponible en https://lyd.org/wp-content/uploads/2023/12/Final-Noviembre-16-Informe-Comite-de-Reforma-del-Sector-Salud-1.pdf

MINSAL (2013). Manual Procesos de Registro de Lista de Espera no GES. Disponible en http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/578

MINSAL (2011/2018) Norma Técnica N° 118 para el Registro de las Listas de Espera. Disponible en http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/578/Manual%20FINAL%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MINSAL-SRA (2023) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Tiempos de Espera en la Red Asistencial. Exposición ante Comisión de Salud del Senado. Junio 2023

MINSAL (2024). Lista de Espera No GES. Exposición del MINSAL ante Comisión Salud del Senado en sesión del 26 de agosto de 2024

MINSAL-SRA (2024). Informe Glosa 05 de la ejecución presupuestaria, cuarto trimestre 2023: Lista de espera No GES y Garantías de oportunidad GES retrasadas.

MINSAL-SRA (2025 a). Informe Glosa 06 de la ejecución presupuestaria, cuarto trimestre 2024: Lista de espera No GES y Garantías e oportunidad GES retrasadas.

MINSAL-DIGERA (2025) Exposición de Solís, A ante Comisión investigadora de listas de espera (CEI 63,64) en Cámara de Diputadas y Diputados, sesión realizada el 21 de enero 2025. Disponible en https://c.bcn.cl/EF4Hvq

MINSAL-SRA (2025 b). Exposición de Martorell, B ante Comisión investigadora de listas de espera (CEI 63,64) en Cámara de Diputadas y Diputados , sesión realizada el 15 de abril de 2025. Disponible en https://c.bcn.cl/EMkwtN

MINSAL–BID. Visor Ciudadano de Tiempos de Espera, Disponible en https://public.tableau.com/app/profile/tableau.minsal/viz/PortadaLE/PortadaLE.

OECD (2020), *Waiting Times for Health Services*: Next in Line, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, Disponible en https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en

PUC-CPP (2020) Propuestas para desconfinar la espera en la salud pública. https://politicaspublicas.uc.cl/web/content/uploads/2020/12/201202-Temas-agenda132_vf-4.pdf

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)