Propuestas de la Comisión Investigadora sobre Listas de Espera (CDD - CEI 63/64 - 2025)

Documento complementario al informe Resultados del Seminario ¿Hacia dónde va la Salud?

Eduardo Goldstein
egoldstein@bcn.cl

SUP N° 157193

Introducción

Esta minuta presenta una síntesis de los problemas y medidas aprobadas por la Comisión Especial Investigadora de la Cámara de Diputadas y Diputados en el año 2025, sobre Listas de Espera. Por acuerdo de la Comisión de Salud del Senado (2026)[1], se solicitó a la Biblioteca del Congreso Nacional que las propuestas sobre las Listas de Espera (LE) de aquella Comisión fueran consideradas igualmente junto a las compiladas en el informe sobre resultados del Seminario ¿Hacia dónde va la salud en Chile?, realizado por la Comisión de Salud del Senado en sesión especial de dicha Comisión, el día 10 de agosto 2026.

El capítulo I de esta minuta, resume los principales aspectos del diagnóstico que hizo la Comisión señalada, considerando tanto los retrasos de atención para problemas con Garantías Explícitas de Salud (GES incumplidos) como las demoras para acceder a la atención por problemas sin garantías (patologías NO GES).

En el capítulo II se resumen las principales medidas y propuestas consignadas en el informe de esta Comisión Investigadora. En ambos casos se utilizó como fuente de referencia el texto final de las conclusiones y proposiciones aprobadas (capitulo VI del informe de la Comisión Investigadora).

En ambos capítulos se omitieron los casos referidos a algunos establecimientos de salud o a un servicio de salud particular, para privilegiar los problemas identificados como generales y las medidas o propuestas de mayor alcance territorial. La organización de la información, así como subtítulos utilizados en cada capítulo son de BCN.

[1] Adoptado en sesión del 17 de agosto 2026. Disponible en https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2026-08-17/100655.htm (ver a 1h05min de desarrollo de la sesión)

Contenido

Introducción 1
I. Diagnóstico 2
1. Aumento de la demanda y crecimiento de las listas de espera 2
2. Deficiencias de información y trazabilidad 3
3. Fragmentación y debilidades de gobernanza 3
4. Problemas de gestión y pérdida de capacidad asistencial 4
5. Insuficiente capacidad resolutiva de la atención primaria de salud (APS) 4
6. Brechas de especialistas y dificultades de formación y retención 4
7. Financiamiento hospitalario y deuda con proveedores 5
8. Fiscalización de hospitales concesionados 5
II. Medidas y propuestas de solución 5
1. Reconocer las listas de espera como emergencia nacional 5
2. Establecer un sistema unificado de información y trazabilidad 5
3. Reformar la gobernanza y fortalecer el rol asegurador de FONASA 6
4. Fijar tiempos máximos de espera y activar un segundo prestador 7
5. Mejorar la gestión quirúrgica y de las listas 7
6. Aumentar la capacidad resolutiva de la atención primaria 7
7. Fortalecer la formación y retención de especialistas 8
8. Corregir mecanismos financieros y fortalecer la rendición de cuentas 8
Referencias 8

I. Diagnóstico

La Comisión Especial Investigadora situó las listas de espera entre las expresiones más graves de desigualdad y uno de los problemas estructurales del sistema público de salud.

Su conclusión principal fue que el Estado, especialmente el Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos, había perdido el sentido de urgencia frente a las listas de espera GES y No GES. Por ello, calificó su abordaje como una emergencia nacional que requiere acuerdos de largo plazo y esfuerzos sostenidos para reducirlas (Informe CEI 63/64-2025, p. 157).

1. Aumento de la demanda y crecimiento de las listas de espera

La Comisión identificó un desbalance persistente entre la demanda de consultas de especialidad e intervenciones quirúrgicas y la oferta disponible en el sector público. Vinculó el aumento de la demanda con el envejecimiento de la población y la multimorbilidad, la incorporación de cerca de 1,5 millones de nuevos beneficiarios a FONASA, el mayor conocimiento de los derechos sanitarios por los ciudadanos, la ampliación de alternativas terapéuticas y el aumento de la cobertura de la atención primaria como puerta de entrada al sistema (Informe CEI 63/64-2025, p. 163).

La evolución de las diferentes listas de espera por atención, entre los años 2019 y 2024, muestra una clara tendencia al aumento de los casos contabilizados. Así, al 2024 las personas con garantías de oportunidad retrasadas según los registros llegaron a sumar 74.740 casos; quienes esperaban una nueva consulta de especialidad llegaron a 2.165.195 requerimientos; y quienes aguardaban una intervención quirúrgica alcanzaron 343.630 casos. En 2024, estos grupos equivalían, respectivamente, al 0,37%, 10,78% y 1,71% de la población nacional proyectada. La Comisión señaló que el crecimiento relativo de las listas superó al crecimiento de la población nacional, según proyecciones de población INE. (Informe CEI 63/64-2025, p. 164).

2. Deficiencias de información y trazabilidad

Los informes de la Contraloría General de la República revisados por la Comisión mostraron problemas reiterados en los egresos, los registros y la gestión. Entre ellos se contaron egresos por fallecimiento anteriores a la defunción o aplicados a personas vivas; diferencias entre los sistemas locales de registro y el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE); duplicidades; causales de salida incorrectas o sin respaldo; registros paralelos; y egresos masivos sin causal verificada.

También se observaron intervenciones de profesionales sin las inscripciones o autorizaciones exigibles y atenciones preferentes a funcionarios o familiares sin una justificación clínica identificada (Informe CEI 63/64-2025, pp. 158-160).

La diversidad de plataformas y el traspaso manual de información impiden una adecuada interoperabilidad entre la atención primaria, los hospitales, los Servicios de Salud (SS) y el Ministerio de Salud (SIGTE). La Comisión constató, además, que las listas de espera de problemas No GES solo miden la espera hasta la primera consulta de especialidad y hasta la intervención quirúrgica, sin representar integralmente el diagnóstico, los exámenes, el tratamiento y el seguimiento del paciente (Informe CEI 63/64-2025, pp. 160-162).

El diagnóstico agregó problemas de consistencia y comparabilidad de los indicadores. La Comisión sostuvo que el promedio y la mediana debían informarse conjuntamente, porque el ingreso de muchas personas con menor antigüedad después de la pandemia podía reducir la mediana sin reflejar la situación de quienes acumulaban esperas prolongadas. También observó el incumplimiento de la obligación de informar listas de espera de exámenes (según Ley de Presupuestos del año 2024 y 2025 [2]) (Informe CEI 63/64-2025, pp. 164-166).

3. Fragmentación y debilidades de gobernanza

La Comisión estimó incumplidas las funciones legales de coordinación, articulación y supervisión que corresponden al Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Servicios de Salud, a la luz de los hallazgos de Contraloría y de los informes sobre listas de espera GES y No GES. (Informe CEI 63/64-2025, pp. 157-158).

[2] Según Glosa N° 06 de la Ley de Presupuestos del año 2024 y 2025 i.

El texto aprobado atribuyó parte del problema a la fragmentación de la red: una Subsecretaría debe relacionarse con 29 Servicios de Salud, mientras estos articulan numerosos administradores municipales y hospitales con distintos grados de autonomía. Según la Comisión, el diseño continúa concentrado en los hospitales sumado a que los directores de Servicio tienden a operar como jefaturas hospitalarias, en vez de coordinar el cuidado de la población entre atención primaria, niveles secundario y terciario y prestadores privados en convenio (Informe CEI 63/64-2025, p. 162).

La Comisión observó una débil integración entre prestaciones públicas y privadas. Los diagnósticos obtenidos mediante Modalidad Libre Elección deben volver a pasar por atención primaria para ingresar al nivel secundario, aun cuando hayan sido realizados por un especialista. (Informe CEI 63/64-2025, pp. 162-163).

4. Problemas de gestión y pérdida de capacidad asistencial

Durante 2024 se suspendieron 30.946 de las 446.372 cirugías programadas, equivalentes al 6,93%. El informe relacionó parte de estas suspensiones con problemas administrativos, inasistencias y preparación incompleta de pacientes, situaciones que reducen la capacidad quirúrgica efectiva (Informe CEI 63/64-2025, p. 163).

Las diferencias de desempeño entre Servicios de Salud que operan en una misma región y con condiciones comparables llevaron a la Comisión a relevar el peso de la gestión. El análisis citado en el informe tampoco mostró una relación directa entre mayor gasto y mejor posición en los indicadores de listas de espera, por lo que los recursos no fueron considerados el único factor explicativo (Informe CEI 63/64-2025, p. 165).

5. Insuficiente capacidad resolutiva de la atención primaria de salud (APS)

La Comisión sostuvo que el modelo hospitalocéntrico no ha sido acompañado por un fortalecimiento suficiente de la capacidad resolutiva de la atención primaria. Aunque el Ministerio de Salud puede actualizar anualmente la canasta financiada mediante el decreto previsto en el artículo 49 de la Ley N° 19.378, entre 2019 y 2025 solo se incorporaron dos nuevas prestaciones al Plan de Salud Familiar[3]. (Informe CEI 63/64-2025, p. 171).

6. Brechas de especialistas y dificultades de formación y retención

La brecha de especialistas en el sector público se agrava fuera de las ciudades de Santiago, Valparaíso y Concepción. El informe identificó restricciones tanto en la formación como en la retención de especialistas: número de docentes exigidos para acreditar programas, incompatibilidad práctica entre contratos asistenciales y docentes, cobros diversos por el uso de campos clínicos, escaso arraigo territorial de algunos procesos de selección y falta de cargos regulares para especialistas que desean permanecer una vez concluido su Período Asistencial Obligatorio (Informe CEI 63/64-2025, pp. 172-173).

[3] Enfermedad de Alzheimer y otras demencias y Anticuerpo Virus Hepatitis C.

Aunque las renuncias al Período Asistencial Obligatorio representaban una proporción baja, la Comisión advirtió que afectaban especialidades críticas. También detectó demoras en el inicio de las cobranzas de las garantías asociadas al incumplimiento y dificultades para retener equipos profesionales en territorios alejados (Informe CEI 63/64-2025, p. 173).

7. Financiamiento hospitalario y deuda con proveedores

La Comisión reconoció el crecimiento sostenido del presupuesto de salud, pero observó que los recursos del subtítulo 22, destinados entre otros fines a insumos y compra de servicios, no habían aumentado en proporción al encarecimiento de los productos sanitarios. También describió una práctica recurrente de suplementación durante el año, seguida por presupuestos iniciales inferiores al gasto efectivo del ejercicio anterior (Informe CEI 63/64-2025, p. 174).

El informe consignó transferencias fragmentadas, deudas de arrastre y presión financiera sobre proveedores. Desde marzo de 2023, el pago automatizado se mantenía solo en tres Servicios de Salud y en el Instituto de Salud Pública. Asimismo, la Comisión consideró insuficientemente sistematizada la trazabilidad de los recursos destinados a resolver listas de espera (Informe CEI 63/64-2025, pp. 174-175).

8. Fiscalización de hospitales concesionados

A partir de los establecimientos examinados, la Comisión cuestionó el modelo de concesiones hospitalarias de primera generación por la amplitud de los servicios concesionados y las dificultades de fiscalización. Identificó como problemas adicionales la dependencia del inspector fiscal del Ministerio de Obras Públicas en vez del MINSAL; y la existencia de un mismo inspector para más de un hospital, factores que dificultan el control de contratos complejos y de sus efectos sobre la capacidad asistencial (Informe CEI 63/64-2025, pp. 175-176).

II. Medidas y propuestas de solución

Las medidas siguientes corresponden a proposiciones contenidas en el texto final de las conclusiones aprobado por la Comisión Investigadora.

1. Reconocer las listas de espera como emergencia nacional

Acuerdo de largo plazo para reducir la lista de espera (LE). Reconocer formalmente la magnitud del problema y convocar acuerdos que trasciendan los ciclos políticos, orientados a reducir las listas GES y No GES a niveles previos a la pandemia (Informe CEI 63/64-2025, p. 157).

2. Establecer un sistema unificado de información y trazabilidad

Interoperabilidad entre niveles de atención y niveles de dirección Completar la integración entre los sistemas de atención primaria, hospitales, Servicios de Salud y Ministerio de Salud, apoyándose en la actualización del SIGTE y evitando traspasos manuales y registros paralelos (Informe CEI 63/64-2025, pp. 160-162).

Marco legal. para gestión y supervisión de Listas de Espera (LE). Crear un marco legal para la gestión unificada de listas de espera y fichas clínicas. Regular y supervisar los egresos que no se originen en una atención realizada, especialmente los asociados a contacto, inasistencias y atención fuera del sistema. La Comisión señaló que esta supervisión podría corresponder a la Superintendencia de Salud (Informe CEI 63/64-2025, p. 162).

Priorización clínica Igualitaria. Anonimizar los datos personales que permitan identificar al paciente durante la priorización, para que la decisión se base exclusivamente en criterios clínicos [4](Informe CEI 63/64-2025, p. 162).

Seguimiento integral a la atención del paciente Extender la medición a los principales hitos del proceso asistencial, incluidos exámenes, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Incorporar las listas de exámenes exigidas por la Ley de Presupuestos y avanzar en registros para quimioterapia y radioterapia de cánceres no GES (Informe CEI 63/64-2025, pp. 161-162 y 166).

Asegurar información más comparable entre SS y reportes nacionales. Estandarizar los informes nacionales de distintos períodos de los Servicio de Salud. Homogenizar indicadores distinguiendo personas y registros; promedio y mediana; ingresos; egresos por causal. Complementar con información sobre especialistas contratados y atenciones o cirugías suspendidas (Informe CEI 63/64-2025, pp. 165-166).

Información para pacientes y control social. Implementar una plataforma que permita conocer el estado y la posición de la interconsulta o cirugía, y ampliar la disponibilidad pública de datos para facilitar la supervisión ministerial y ciudadana[5] (Informe CEI 63/64-2025, p. 167).

3. Reformar la gobernanza y fortalecer el rol asegurador de FONASA

Reformar los Servicios de Salud y superar diseño hospitalocéntrico: Reformular el quehacer de los Servicios de Salud (SS) y las funciones de su Director, para que este conduzca el cuidado global de la población[6] y articulen a la atención primaria, los niveles secundario y terciario y los prestadores privados en convenio. Se propone adicionalmente diseñar mecanismos que reduzcan el riesgo de captura política de estas autoridades (Informe CEI 63/64-2025, p. 162).

Integración de la red de prestadores (publico/privado). Articular con el sistema público los diagnósticos y prestaciones realizados mediante Modalidad Libre Elección, evitando repetir consultas en atención primaria cuando ya existe una evaluación de especialidad pertinente (Informe CEI 63/64-2025, pp. 162-163).

Fortalecer rol asegurador de FONASA. Fortalecer su función de asegurador público para administrar carteras y derivar pacientes con garantías GES retrasadas o con esperas No GES que excedan un plazo razonable (Informe CEI 63/64-2025, p. 163).

[4] Como corrección a la atención expedita de familiares de funcionarios (hallazgos de la Contralaría General de la República).

[5] Interesa especialmente despejar la incertidumbre que tienen el paciente de si sigue en la lista de espera.

[6] En vez de operar predominantemente como jefe de los hospitales de la red.

Compra estratégica al sector privado: Implementar una política de compra de servicios a prestadores privados para complementar la capacidad pública frente al crecimiento de la demanda (Informe CEI 63/64-2025, p. 167).

4. Fijar tiempos máximos de espera y activar un segundo prestador

Designación automática de segundo prestador GES. Avanzar en el proyecto que modifica la Ley N° 19.966 para designar automáticamente un prestador diferente cuando la garantía no se cumpla, evitando que la persona deba realizar trámites adicionales (Boletín N° 17.220-11) (Informe CEI 63/64-2025, p. 167).

Establecer tiempos máximos para prestaciones No GES. Priorizar prestaciones no cubiertas por el GES otorgando garantías de oportunidad, cuyo incumplimiento active un segundo prestador (ejemplos a considerar son los problemas de cánceres y prótesis de cadera y rodilla, entre otras). (Informe CEI 63/64-2025, p. 167).

5. Mejorar la gestión quirúrgica y de las listas

Gestión quirúrgica. Crear una plataforma digital integrada, automatizar las notificaciones y estandarizar la preparación prequirúrgica para reducir suspensiones evitables (Informe CEI 63/64-2025, p. 163).

Equipos de gestión. y multiplicación de buenas prácticas Reforzar las unidades responsables de las listas de espera y extender prácticas que hayan reducido tiempos y volúmenes mediante una mejor organización del trabajo (Informe CEI 63/64-2025, p. 163).

Optimizar el uso de la capacidad disponible. Coordinar la producción pública y la compra estratégica de prestaciones privadas para atender la demanda que la red pública no puede absorber oportunamente (Informe CEI 63/64-2025, p. 167).

Potenciar la salud digital. Potenciar la telemedicina. Avanzar en la creación del Servicio de Salud Digital y mejorar la conectividad de la red, especialmente en establecimientos rurales (Informe CEI 63/64-2025, p. 167).

6. Aumentar la capacidad resolutiva de la atención primaria

Canasta de prestaciones. Incorporar nuevas prestaciones, exámenes de laboratorio e imagenología al decreto anual que determina el aporte estatal a la salud municipal y actualizar periódicamente los arsenales farmacológicos básicos regionales (Informe CEI 63/64-2025, pp. 171-172).

Competencias profesionales. Avanzar en el proyecto que modifica el Código Sanitario para regular el ejercicio de las profesiones de la salud y permitir que prestaciones actualmente reservadas a médicos sean realizadas por otros profesionales habilitados (Boletín N° 13.818-11) (Informe CEI 63/64-2025, p. 172).

Mejorar acceso áreas rurales Fomentar unidades móviles con especialistas, equipamiento, métodos diagnósticos y personal de apoyo en zonas rurales[7] (Informe CEI 63/64-2025, p. 172).

7. Fortalecer la formación y retención de especialistas

Avanzar en compatibilizar docencia y asistencia. Compatibilizar los contratos asistenciales con los docentes cuando la actividad formativa incluya atención de pacientes. Igualmente se hace necesario revisar los cobros y condiciones de los campos docentes asistenciales (costos elevados y diversos) (Informe CEI 63/64-2025, pp. 172-173).

Trayectorias de formación. Evaluar programas que integren especialidad y subespecialidad o permitan continuar inmediatamente la subespecialización (Informe CEI 63/64-2025, p. 173).
Promover arraigo territorial. Favorecer la selección de profesionales vinculados con la zona donde deberán cumplir su período asistencial. Destinar equipos, en vez de especialistas aislados, para mejorar la retención (Informe CEI 63/64-2025, p. 173).

Permanencia en el sector público. Planificar cargos regulares para quienes terminan el Período Asistencial Obligatorio y desean permanecer en su lugar de destinación; modificar la Ley Médica para mejorar los incentivos de retención y productividad; y dar urgencia al proyecto sobre incumplimiento del período obligatorio (Boletín N° 17.426-11) (Informe CEI 63/64-2025, p. 173).

Provisión de Especialistas para Zonas extremas. Retomar el Plan de Formación de Especialistas para Zonas Extremas y evaluar una regulación especial que contemple incentivos de permanencia, apoyo habitacional y desarrollo profesional (Informe CEI 63/64-2025, p. 173).

8. Corregir mecanismos financieros y fortalecer la rendición de cuentas

Pago automatizado a proveedores. Realizar los esfuerzos necesarios para restablecer el pago automatizado en los Servicios de Salud que no lo utilizan, mediante los convenios requeridos con la Dirección de Presupuestos (Informe CEI 63/64-2025, p. 175).

Trazabilidad presupuestaria. Mejorar en la Ley de Presupuestos la identificación y seguimiento de los recursos destinados a resolver listas de espera, que la Comisión consideró desagregados y poco sistematizados (Informe CEI 63/64-2025, p. 175).
Avanzar en la responsabilidad administrativa. Modernizar las reglas del Estatuto Administrativo aplicables a procedimientos disciplinarios y facultar a la Contraloría General de la República para disponer medidas disciplinarias, en lugar de limitarla a proponerlas al servicio respectivo (Informe CEI 63/64-2025, p. 161).

Referencias

Cámara de Diputadas y Diputados de Chile. (2025). Informe de la Comisión Especial Investigadora encargada de reunir antecedentes sobre las listas de espera en el sistema público de salud (CEI 63/64-2025), especialmente capítulo VI, Texto final de las conclusiones y proposiciones aprobadas, pp. 157-176. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=83560&prmTipo=INFORME_COMISION (Septiembre 2026).

[7] Es el caso de mamógrafos móviles

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 ello, 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)