Listas de espera en salud
¿Qué hacer?

Dr. Jaime Mañalich
Ex Ministro
CLAPES UC





PANORAMA

Chile Hoy: Llamados de Atención

Seis focos de alerta en salud pública

Epidemia de Obesidad

Laboratorio de test de drogas en la mira

Incendio químico en Quilicura

Escándalo de licencias médicas

“Canela” persiste: incentivos ilegales por venta

Escolares vapean cada vez más

Fracaso de la bioequivalencia

PRESUPUESTO 2026

Ley de Presupuestos 2026: el peso de la Subsecretaría de Salud Pública

Suma de Subsecretaría de Redes Asistenciales, Servicios de Salud, Fonasa y Superintendencia de Salud, comparada con Subsecretaría de Salud Pública e Instituto de Salud Pública

REDES ASISTENCIALES + SERVICIOS DE SALUD + FONASA + SUPERINTENDENCIA

$29.633.486 millones

Subsecretaría de Redes Asistenciales: $1.329.679 millones · Servicios de Salud: $13.334.550 millones · Fonasa: $14.949.577 millones · Superintendencia de Salud: $19.679 millones

32,0×
más grande

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA + ISP

$925.168 millones

Subsecretaría de Salud Pública: $869.886 millones · Instituto de Salud Pública: $55.281 millones

Fuente: DIPRES, Ley de Presupuestos del Sector Público 2026, Partida 16 Ministerio de Salud (gasto total por entidad). Ambos platillos agrupan entidades distintas e independientes entre sí dentro del Ministerio de Salud.

Comisión de Salud del Senado
10 de agosto 2026
Jaime Mañalich

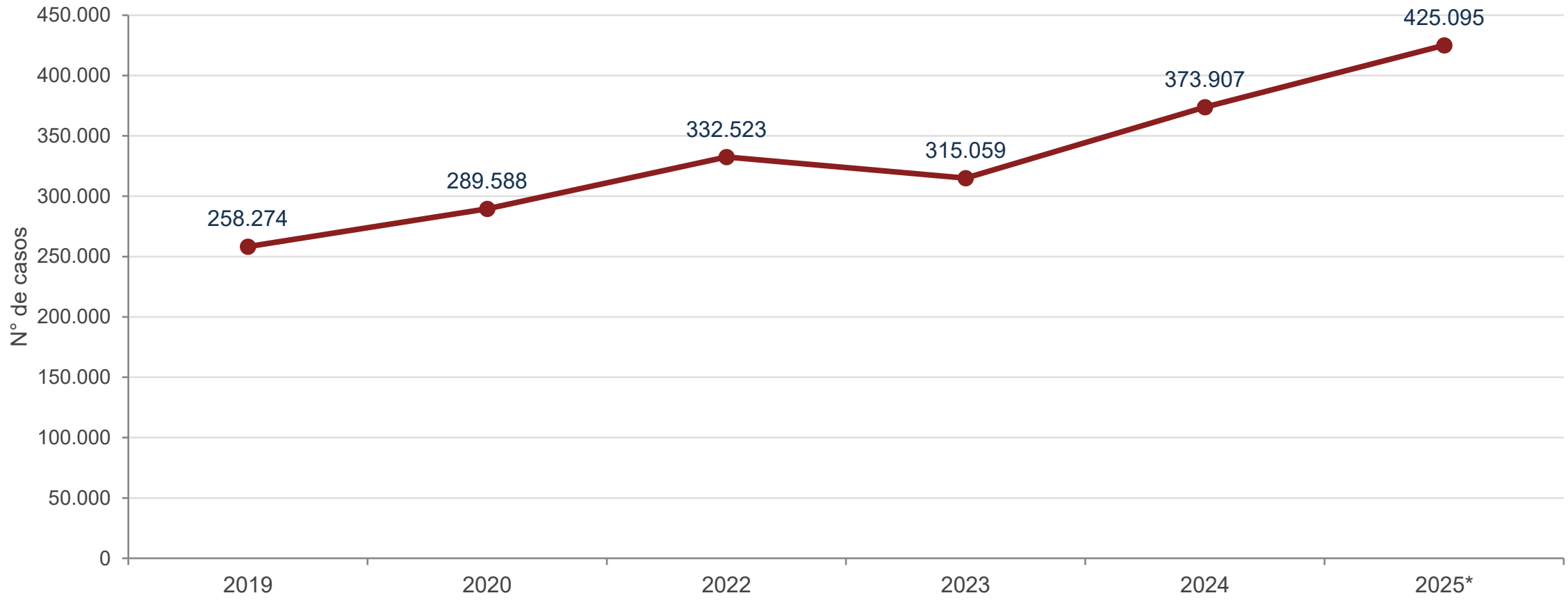
Garantías GES y listas de espera No GES

Indicador	Valor	Detalle
Total garantías GES generadas (1T-2026)	1.193.795	93,11% cumplimiento
Garantías GES retrasadas (stock)	77.604	75.741 personas
Total registros No GES en espera (stock)	2.971.312	CNE + IQ
Total CNE en espera (stock)	2.513.203	2.088.245 personas
Total IQ en espera (stock)	458.109	398.496 personas

LISTAS DE ESPERA

Casos en lista de espera quirúrgica no GES en Chile

Número total de registros por año, 2019–2025



** 2025: cifra a diciembre 2025. Sin dato disponible para 2021 (año de mayor atraso por pandemia, mediana de espera de 661 días). Fuentes: CEP Chile, Medwave (2025), MINSAL/Glosa N°06, ACHS/ICARE.*

Comisión de Salud del Senado
10 de agosto 2026
Jaime Mañalich

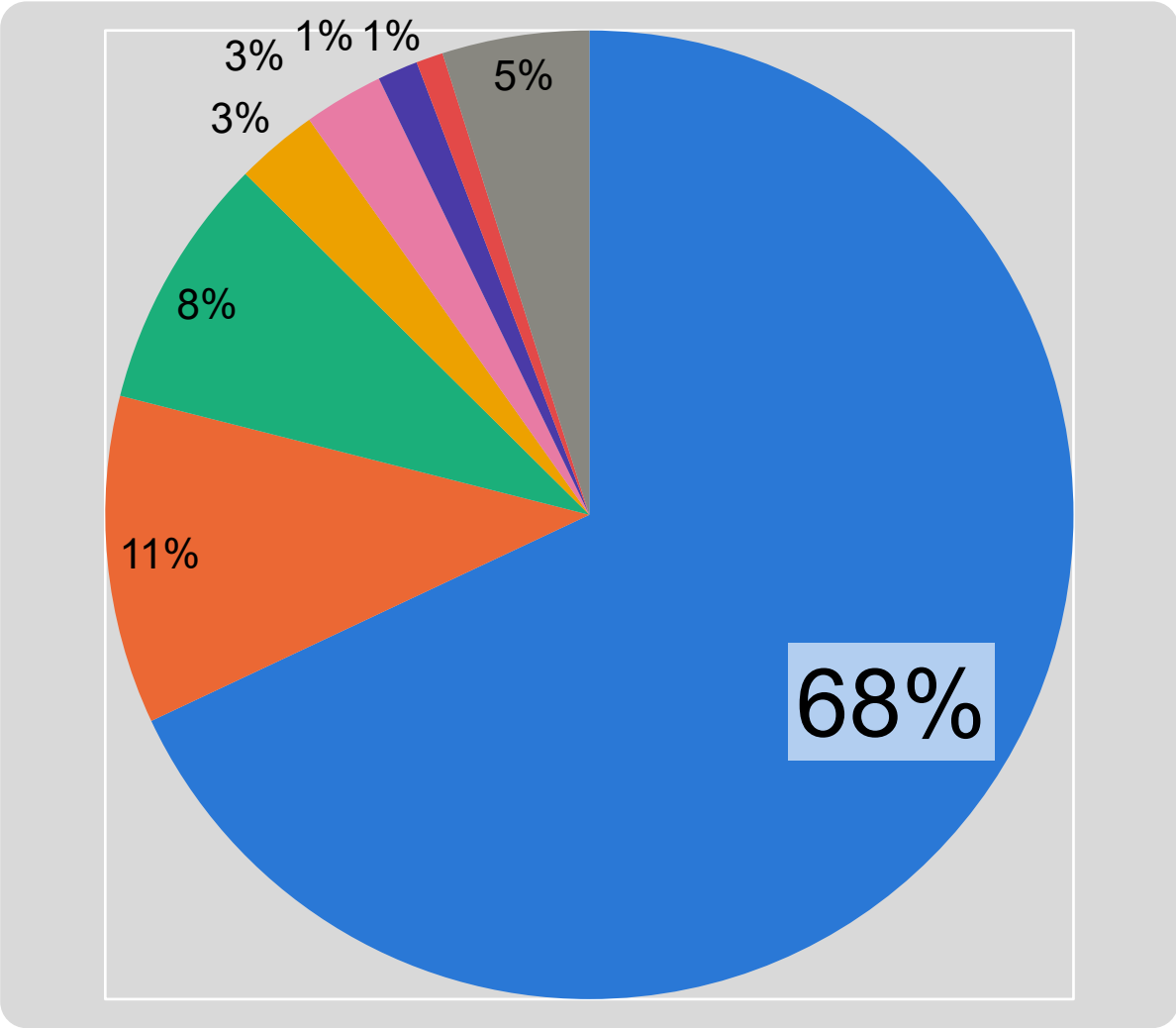
Flujo de listas de espera No GES: stock, egresos e ingresos

Comparación entre el cierre de 2025 y el primer trimestre de 2026

Partida	Stock 31-12-2025	Stock 31-03-2026	Δ Stock	Egresos (trim.)	Ingresos (calc.)
CNE (registros)	2.464.738	2.513.203	+48.465	680.124	728.589
IQ (registros)	425.095	458.109	+33.014	84.758	117.772
Total No GES	2.889.833	2.971.312	+81.479	764.882	846.361

Causales de egreso en cirugías No GES

315.535 registros egresados de lista de espera quirúrgica, enero-septiembre 2025



- Atención realizada — 68,0%
- Resolutividad — 11,0%
- Renuncia o rechazo voluntario — 8,5%
- No corresponde realizar cirugía — 2,8%
- Atención en extrasistema — 2,7%
- Dos inasistencias — 1,3%
- Fallecimiento — 0,9%
- Otras causales administrativas — 4,9%

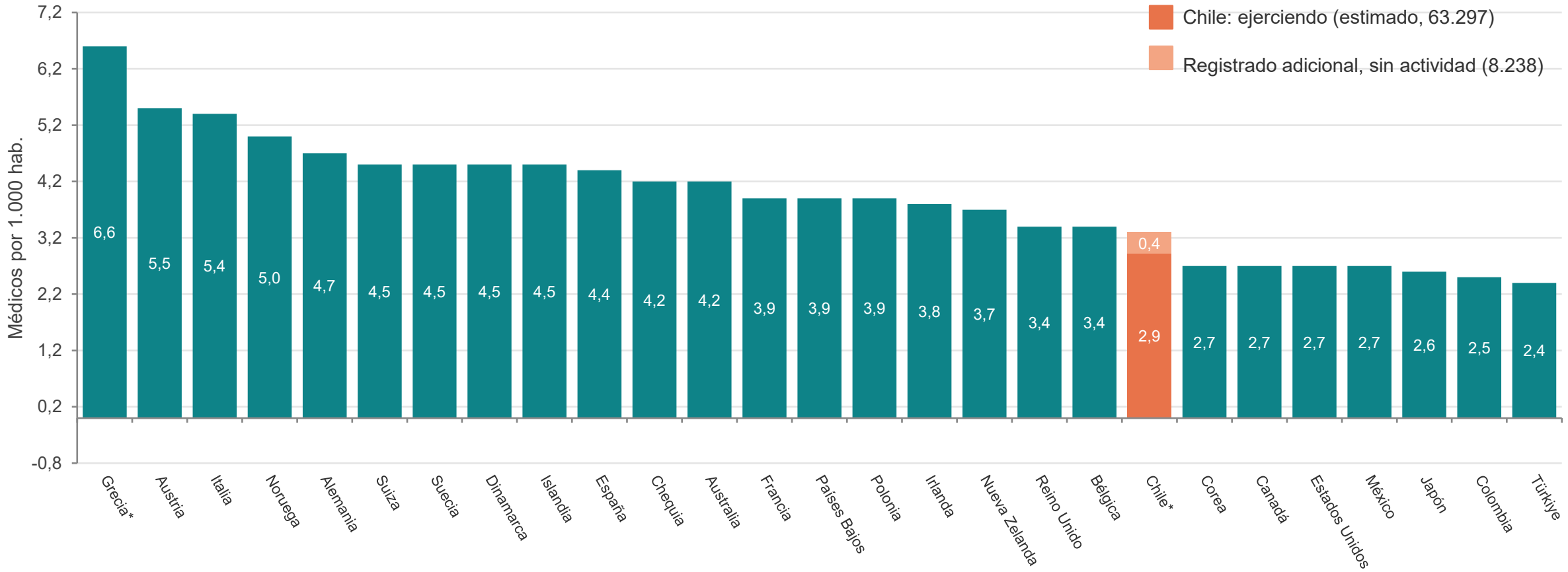
Fuente: Minsal, Glosa N°6 — Lista de Espera No GES, III trimestre 2025 (SIGTE, corte 30-09-2025).

Comisión de Salud del Senado
10 de agosto 2026
Jaime Mañalich

COMPARACIÓN INTERNACIONAL

Médicos por 1.000 habitantes — comparación internacional

Países OCDE, ordenados de mayor a menor. Fuente: OECD, Health at a Glance 2025 (fichas país)



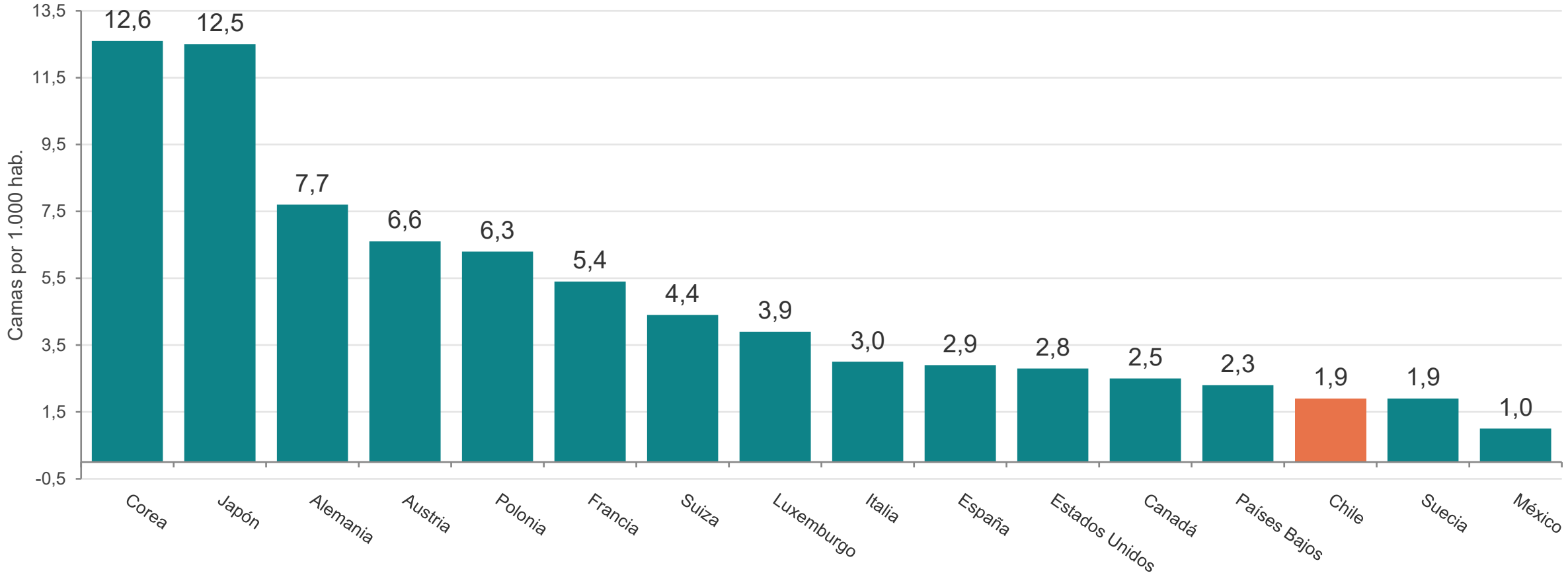
** Chile y Grecia reportan médicos "con licencia", no "en ejercicio" como el resto. Promedio OCDE (en ejercicio): 3,9. Fuente: OECD Health at a Glance 2025; Superintendencia de Salud (2025).*

Comisión de Salud del Senado
10 de agosto 2026
Jaime Mañalich

COMPARACIÓN INTERNACIONAL

Camas hospitalarias por 1.000 habitantes — comparación OCDE

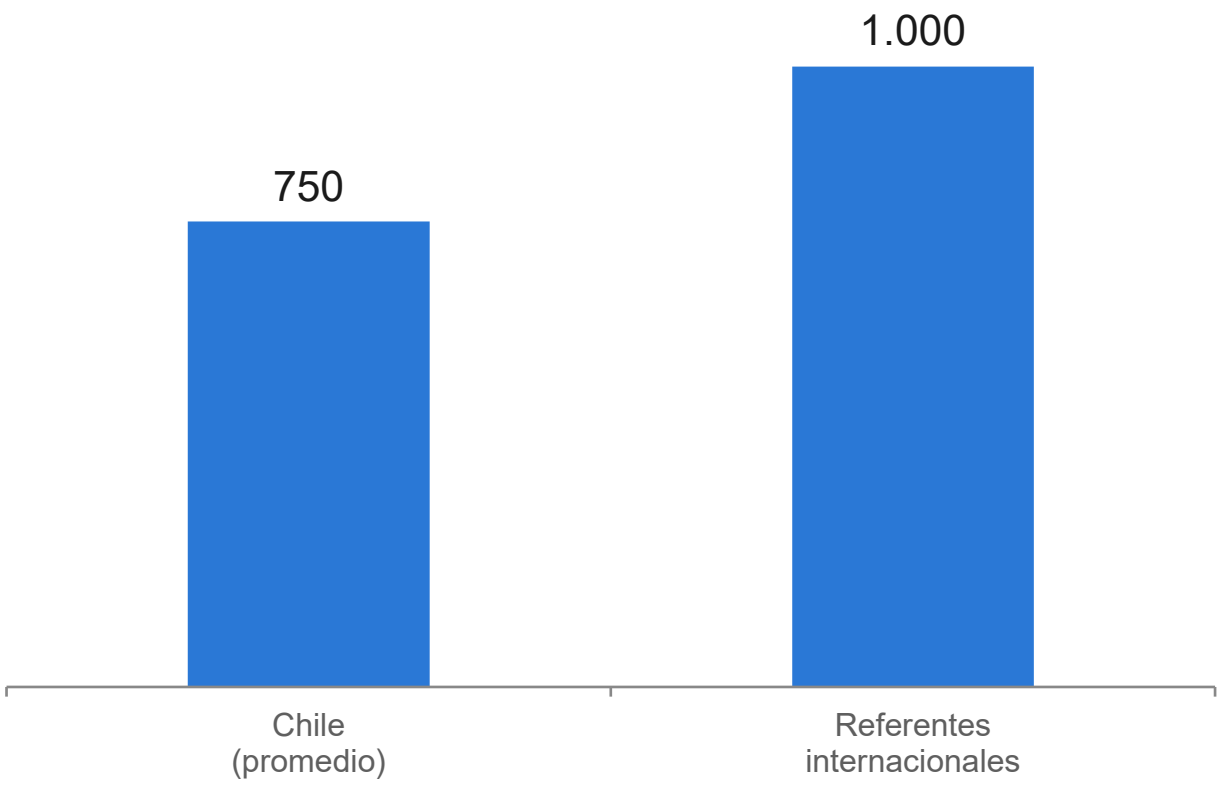
Países OCDE seleccionados, ordenados de mayor a menor. Fuente: OECD, Health at a Glance 2025 (fichas país)



Promedio OCDE: 4,2 camas por 1.000 habitantes. Chile (1,9) está por debajo del promedio, junto con Suecia. Lista no exhaustiva (16 de ~38 países OCDE, según disponibilidad de datos). Fuente: OECD, Health at a Glance 2025, fichas país.

Productividad de pabellones quirúrgicos en Chile

Principales hallazgos del estudio de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP)



Cirugías electivas al año por pabellón

Otros hallazgos

Horas de uso efectivo
5 de 8 horas de jornada institucional

Tasa de ocupación
53% - 62% de la capacidad disponible

Cirugías concentradas en la mañana (10-12h)
87% de los procedimientos

Horas de pabellón no habilitadas
14%, por falta de personal y equipo

Uso de pabellones habilitados

61%

Fuente: Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP), "Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica No GES" (2020) y actualizaciones posteriores.

Comisión de Salud del Senado
10 de agosto 2026
Jaime Mañalich

Producción pabellones quirúrgicos CHILE, 2024

Chile 2024	Pabellones	Intervenciones quirúrgicas	Intervenciones/pabellón/año
Sector público	677	1.045.000	1.543
Sector privado	495	1.192.000	2.408
Total Chile	1.172	2.237.000	1.908

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA

Priorizar las listas de espera quirúrgicas según estado de salud, no solo por tiempo

Una propuesta para el sistema de salud chileno, a partir de evidencia causal internacional sobre priorización clínica dentro de una misma lista de espera

Agosto 2026

Comisión de Salud del Senado
10 de agosto 2026
Jaime Mañalich

La evidencia: Inglaterra ya prueba que esto funciona

Kasteridis, Siciliani & Sivey (2026) analizan 114.020 reemplazos de cadera en hospitales públicos del NHS inglés (2015/16–2020/21), usando el Oxford Hip Score (OHS) como medida de salud prequirúrgica.

15–21 días

menos de espera para pacientes con peor salud prequirúrgica vs. mejor salud, en el período prepandemia (2015/16–2019/20)

47 días

de diferencia durante la pandemia — el gradiente de priorización se volvió mucho más pronunciado cuando las listas crecieron

183 QALYs/año

de ganancia neta en salud simulada solo con una redistribución moderada del tiempo de espera (ver detalle más adelante)

Priorización informal

ya ocurre sin sistema formal — los médicos ajustan el orden intuitivamente según gravedad, incluso sin instrucciones explícitas

Fuente: Kasteridis, P., Siciliani, L., & Sivey, P. (2026). Waiting Time Prioritisation for Public and Private Providers: Evidence From Hip Replacement Surgery. Health Economics, 00, 1–20. https://doi.org/10.1002/hec.70140

Propuesta: cómo implementarlo en Chile

1 Instrumento de medición	Un cuestionario genérico de calidad de vida o un algoritmo de acuerdo a parámetros objetivos.
2 Momento de medición	Al momento de ingresar a la lista de espera (en la interconsulta). Priorizar tarde limita el margen de acción —medir temprano.
3 Plataforma	Integrar un campo estructurado de severidad en el SIGTE (Sistema de Gestión de Tiempos de Espera), que ya administra el registro nacional de listas No-GES.
4 Alcance inicial	Partir por las especialidades de mayor volumen en la lista de espera nacional: traumatología (~22% de los casos), cirugía digestiva (~15%) y dermatología (~13%).
5 Qué NO cambia	Ajusta el orden dentro de cada patología o especialidad — no reemplaza ni compite con las garantías GES ni con el listado priorizado del SAP.

Delegación de funciones en equipo de salud

Funciones que profesiones no médicas podrían asumir según la reforma al Código Sanitario (Boletín N°13.806-11)

Matronas/matrones

- Indicación de exámenes ginecológicos de control
- Manejo autónomo de embarazo, parto y puerperio normales

Indicaciones del Ejecutivo

Enfermeras/os

- Indicación de exámenes de control en su ámbito
- Renovación de recetas de tratamientos crónicos estables

Indicaciones del Ejecutivo

Kinesiólogos/as

- Indicación autónoma del tratamiento kinésico
- Otorgamiento de altas dentro de su ámbito

Indicaciones del Ejecutivo

Tecnólogos médicos

- Prescripción de lentes (ya vigente en oftalmología)
- Interpretación autónoma de exámenes en su mención

Contexto Código Sanitario, Minsal

Químicos farmacéuticos

- Ajuste de dosis de tratamientos crónicos ya prescritos
- Sustitución por medicamentos genéricos

Indicaciones del Ejecutivo

Nutricionistas

- Indicación de dietas terapéuticas
- Indicación de exámenes metabólicos de control

Indicaciones del Ejecutivo

Cirujanos dentistas

- Indicación de exámenes en el ámbito odontológico
- Otorgamiento de reposo y licencias médicas

Art. 114 H

Proyecto en tramitación

Lleva más de una década de trabajo..

Fuente: Boletín N°13.806-11, indicaciones sustitutivas del Ejecutivo (enero 2024) y Ministerio de Salud de Chile.

Resolutividad en atención primaria para reducir listas de espera

Propuestas por especialidad para resolver consultas sin derivar a nivel secundario

Oftalmología

- Unidades de Atención Primaria en Oftalmología (UAPO)
- Equipo: tecnólogo médico, técnico paramédico y oftalmólogo de apoyo
- Meta de resolución: 80% de las consultas sin derivar

Otorrinolaringología

- Compra de exámenes de otorrinolaringología en APS
- Filtro de casos antes de derivar a especialidad

Traumatología

- Convenios de compra de consultas integrales en el nivel primario
- Programa de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica y de Especialidad

Dermatología

- Teledermatología: fotografías evaluadas a distancia
- Definición remota de manejo en APS o derivación presencial

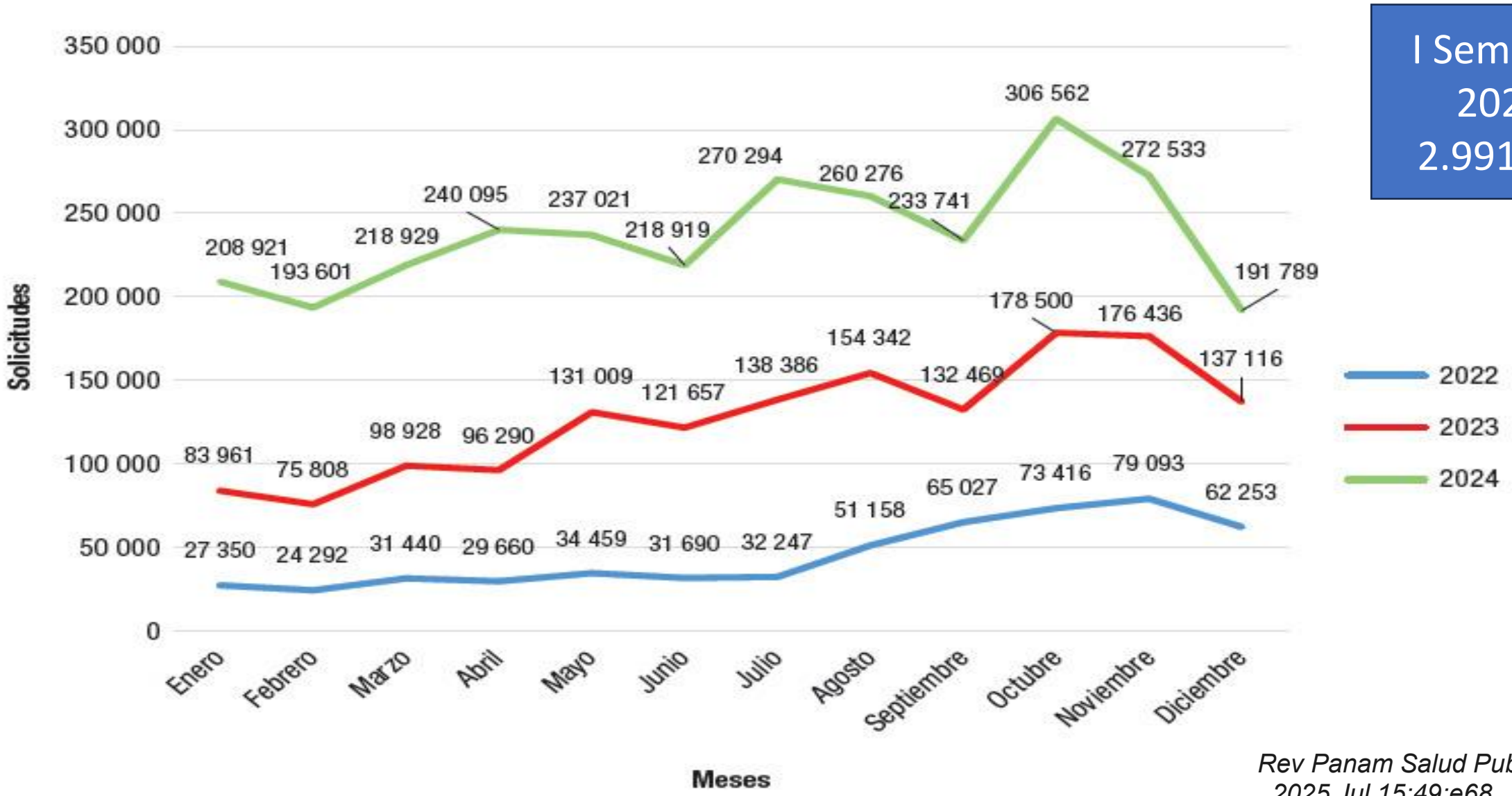
Resolutividad general

- Manejo de patologías crónicas compensadas en la APS
- Salud mental leve a moderada
- Ginecología preventiva y rehabilitación kinésica básica

Departamento de Salud Digital

Evolución Teleconsultas Dpto. Salud Digital Chile

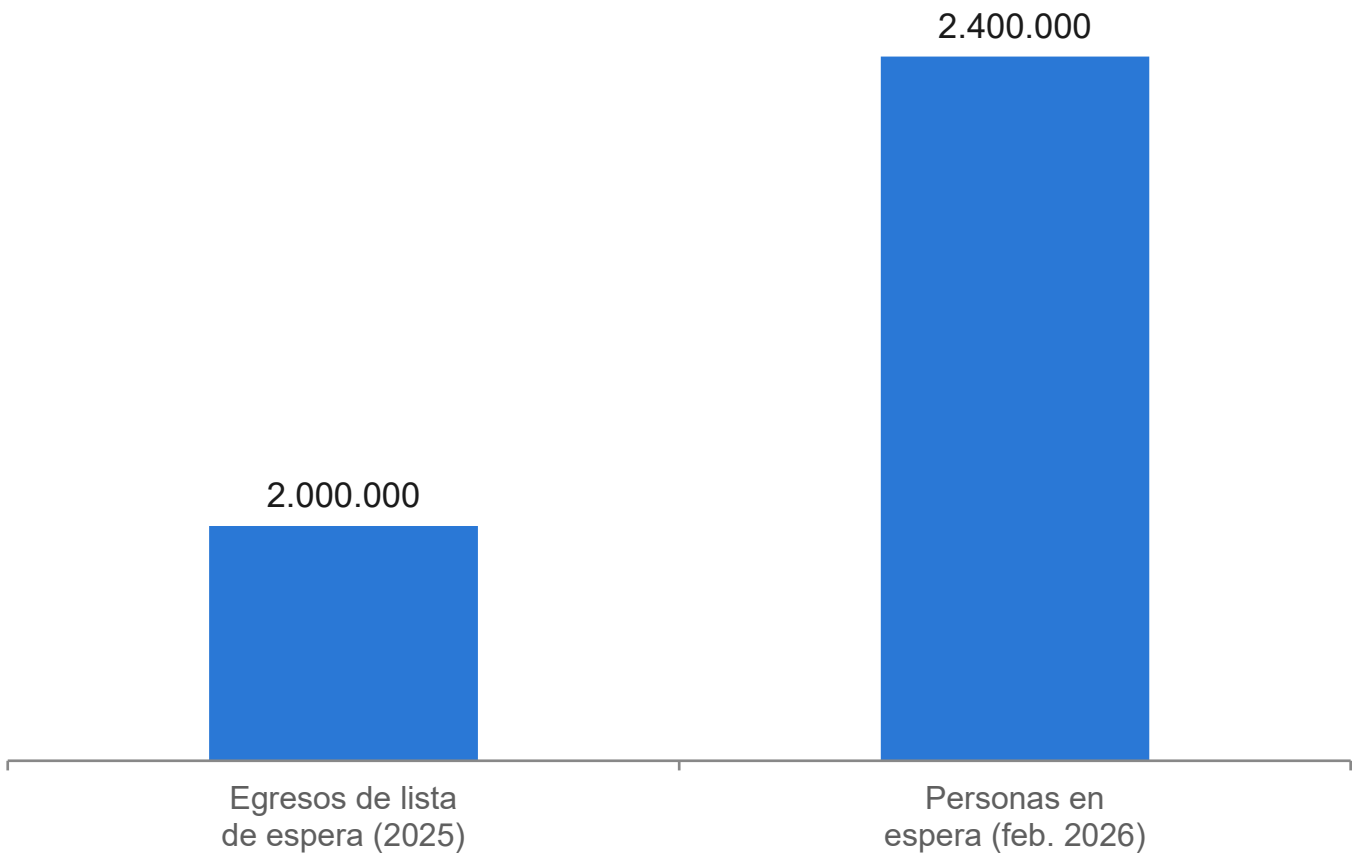
I Semestre 2026: 2.991.000



Rev Panam Salud Publica. 2025 Jul 15;49:e68.

Listas de espera en Chile: la IA

Egresos logrados en 2025 frente al volumen de personas que aún esperan



Dónde entra la IA

- Modelo de priorización de listas de espera por riesgo clínico adjudicado a Instituto Milenio Fundamentos de los Datos y Cero.ai
- Procesamiento de texto clínico (interconsultas) para estimar demanda por patología, región, sexo y edad
- Apoyo diagnóstico en APS para reducir derivaciones innecesarias a especialidad

Fuente: Minsal (Glosa N°6, licitación IA priorización) e iTrade Israel-Chile (El Mercurio, feb. 2026).

MESA DE NEGOCIACIÓN PRESUPUESTARIA

Salud como Inversión de Estado

Enfermedades Metabólicas · Depresión · Cáncer

El argumento fiscal para la prevención integrada de las tres principales condiciones de carga crónica en la población en edad productiva.

PREMISA CENTRAL

El costo de NO invertir en salud preventiva es 4 a 8 veces mayor que el costo de la inversión. Cada peso ahorrado en prevención hoy evita un pasivo de 4 a 8 pesos en los próximos diez años.

Comisión de Salud del Senado
10 de agosto 2026
Jaime Mañalich

COSTO PAÍS

Pérdidas para Chile de la enfermedad crónica

Fuente	Estimación	Año de referencia
CEPAL / Programa Mundial de Alimentos	USD 500 millones anuales (0,2% del PIB)	2017
The Economist Intelligence Unit	USD 3.600 millones (1,4% del PIB)	2020
Universidad de Chile	0,81% del PIB promedio 2010–2030	2016
OCDE (proyección)	Reducción acumulada del 3,8% del PIB	2020–2050
Subsecretaría de Salud Pública	Gastos indirectos proyectados al 2030: 1,9% del PIB	2024

Enfermedades metabólicas: costo evitable en detalle

Costo Evitable	Magnitud Aproximada
Hospitalización por complicaciones diabéticas	3–5x el costo de prevención primaria
Diálisis renal (nefropatía diabética)	USD 15.000–40.000 por paciente/año
Amputaciones por pie diabético	Costo quirúrgico + rehabilitación + pérdida laboral
Años de vida productiva perdidos (AVPP)	5–10 años en casos no controlados

MENSAJE PARA HACIENDA

Cada peso no invertido en prevención metabólica hoy genera un pasivo fiscal de 4 a 8 pesos en los próximos 10 años.

Depresión y salud mental: el costo evitable en detalle

Indicador	Dato
Retorno por cada USD 1 invertido en salud mental	USD 4 en productividad recuperada (OMS)
Costo anual por empleado con depresión no tratada	USD 5.000–10.000 en pérdida de productividad
Reducción de ausentismo con tratamiento adecuado	40–50% en los primeros 6 meses
Costo del suicidio para el Estado	Entre USD 1–5 millones por caso (directos + indirectos)

MENSAJE PARA HACIENDA

La depresión no tratada es el gasto oculto más grande del sistema. No aparece en la factura médica pero sí en la nómina, en la rotación de personal y en la pérdida de capital humano.

Cáncer y detección temprana: el costo evitable en detalle

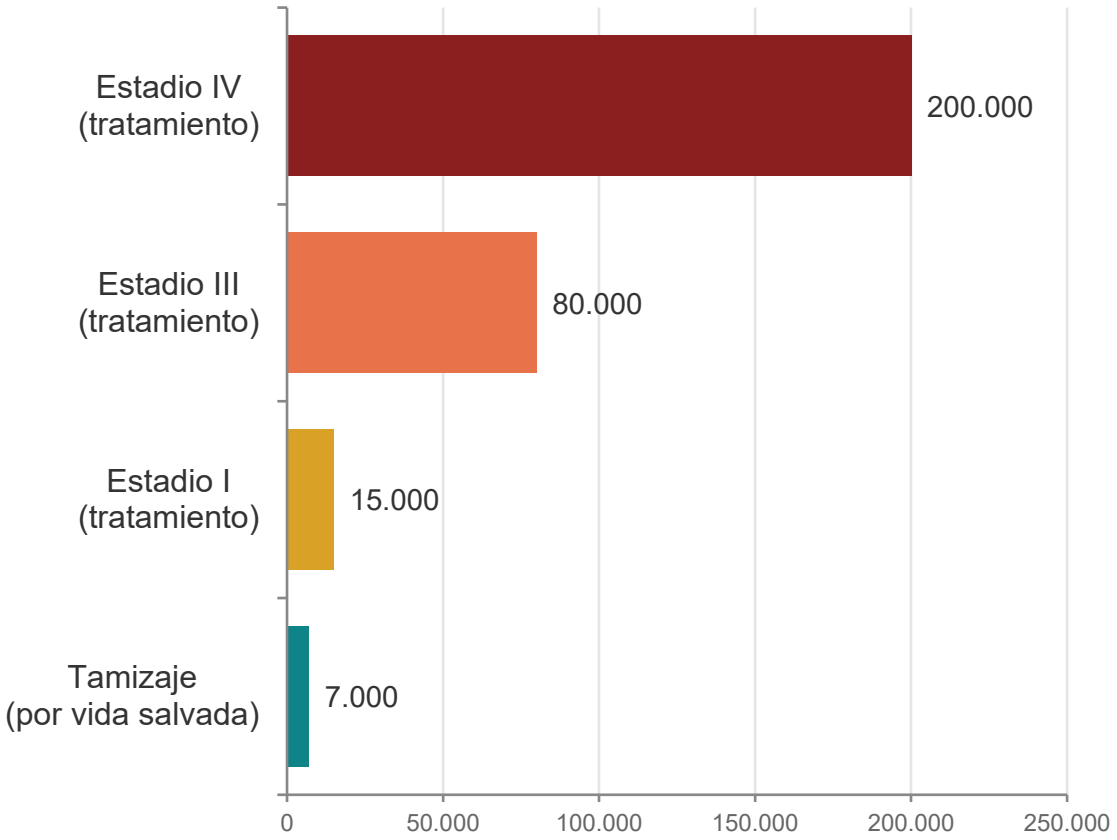
Concepto	Costo Aproximado
Tamizaje poblacional (por vida salvada)	USD 3.000–10.000
Tratamiento oncológico en Estadio I	USD 1.000–15.000
Tratamiento oncológico en Estadio IV	USD 50.000–200.000+
Ahorro por detección temprana (I vs IV)	USD 65.000–193.000 por caso

MENSAJE PARA HACIENDA

Los programas organizados de tamizaje oncológico son, junto con la vacunación, las intervenciones de mayor valor por peso invertido en toda la medicina.

Cáncer
La diferencia entre estadio I y estadio IV es presupuestaria

COSTO DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO POR ESTADIO (USD)



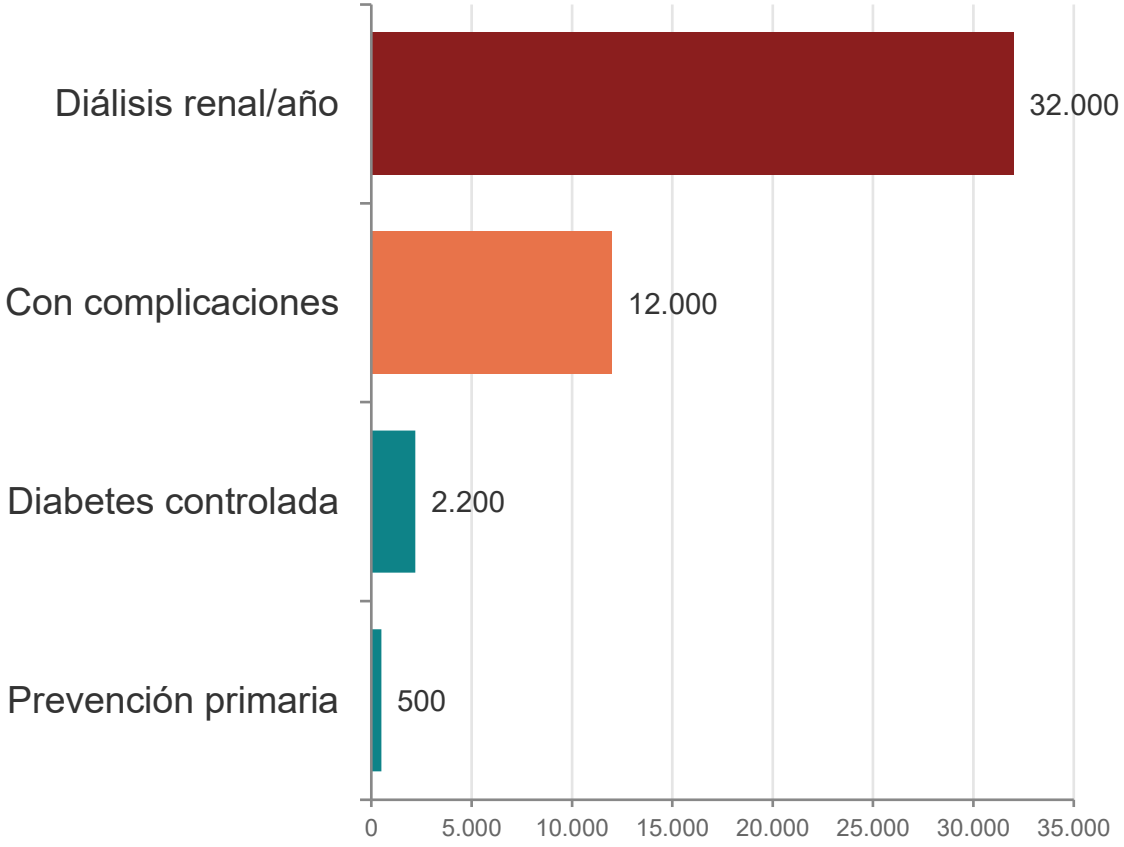
INTERVENCIONES PRIORITARIAS POR COSTO-EFECTIVIDAD

Vacuna VPH Cáncer cervical	**Muy alta**
Tamizaje colorrectal Cáncer colon/recto	**Alta**
Mamografía bienal Cáncer mama 40–69	**Alta**
Erradicación H. pylori Cáncer gástrico	**Alta**
Impuesto al tabaco 30% de todos los cánceres	**Muy alta**

Mensaje para Hacienda: los programas organizados de tamizaje oncológico tienen el mayor retorno por peso invertido en toda la medicina preventiva. Detectar cáncer en Estadio I vs IV ahorra entre $65.000 y $193.000 USD por caso — y salva la vida.

El pasivo fiscal invisible del sedentarismo y la mala nutrición

COSTO COMPARATIVO POR PACIENTE (USD)



MECANISMO DE PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD

1. Obesidad / Sedentarismo
2. Fatiga crónica + deterioro cognitivo
3. Presencialismo: bajo rendimiento
4. Complicaciones: diabetes, cardiovascular
5. Discapacidad temprana

MENSAJE PARA HACIENDA

Cada $1 no invertido hoy en prevención metabólica genera un pasivo de $4–8 en los próximos 10 años.

El gasto oculto más grande del Sistema: enfermedad mental

280M
personas afectadas mundialmente

4:1
retorno fiscal por cada $1 invertido

40–50%
reducción del ausentismo con tratamiento adecuado

$1B/año
pérdida en productividad global (OMS)

EL CÍRCULO VICIOSO CON ENFERMEDADES METABÓLICAS

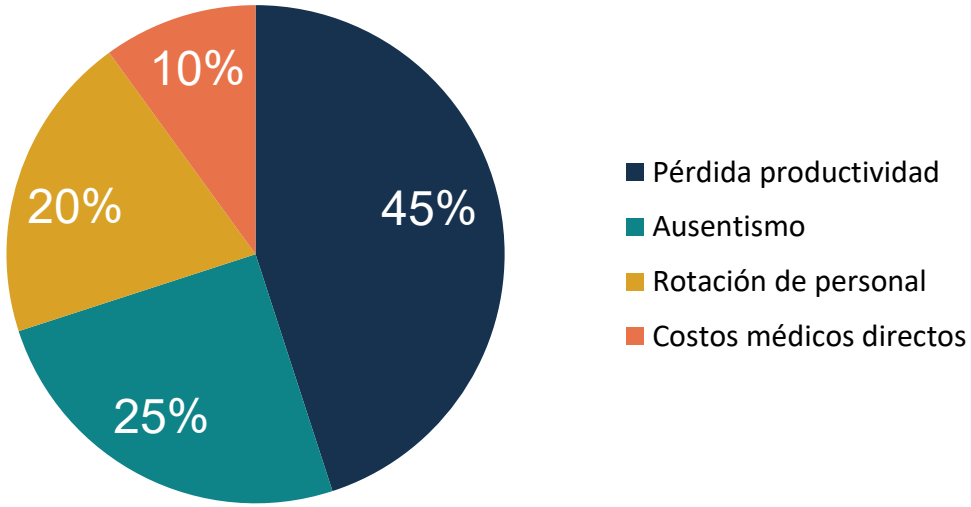
Depresión no tratada

Riesgo de diabetes ×2

Enfermedad cardiovascular ↑

Diabetes eleva riesgo depresión ×1.6

COSTO ANUAL POR EMPLEADO NO TRATADO



La depresión no tratada no aparece en la factura médica — sí en la nómina, la rotación y la pérdida de capital humano.

enado

Jaime Manalich

Dos ministerios, dos idiomas, un mismo Estado

	MINISTERIO DE SALUD	MINISTERIO DE HACIENDA
Objetivo	Reducir morbilidad y mortalidad	Equilibrio fiscal y eficiencia del gasto
Horizonte	Largo plazo (décadas)	Anual o trienal
Métrica	AVISAs, esperanza de vida, cobertura	Costo por intervención, déficit, ROI
Lenguaje	Epidemiológico, clínico	Económico, presupuestario
Tolerancia al riesgo	Alta — salvar vidas justifica el gasto	Baja — incertidumbre fiscal es amenaza

Esta brecha no es ideológica — es estructural. Y tiene consecuencias fiscales reales.

Tres condiciones. Un argumento fiscal unificado.

ENFERMEDADES METABÓLICAS

530M

personas afectadas por diabetes en el mundo

- 80% de casos son prevenibles
- Costo con complicaciones: 5–8x mayor
- Pasivo fiscal: $4–8 por cada $1 no invertido

DEPRESIÓN & SALUD MENTAL

4:1

retorno por cada dólar invertido (OMS)

- 1ª causa mundial de discapacidad
- Solo 10–40% recibe tratamiento
- USD 5.000–10.000 por empleado no tratado/año

CÁNCER & DETECCIÓN TEMPRANA

10x

diferencia de costo Estadio I vs Estadio IV

- Tamizaje: USD 3K–10K por vida salvada
- Tratamiento tardío: USD 100K–500K+
- Vacuna VPH = intervención top en costo-efectividad

Comparten factores de riesgo, población objetivo y plataforma de intervención

Cada dato sanitario tiene su espejo fiscal

INDICADOR SANITARIO	↔	TRADUCCIÓN FISCAL
Tasa de hospitalización evitable	→	Costo directo evitable por año
Prevalencia de diabetes no controlada	→	Proyección de gasto en complicaciones a 10 años
Depresión laboral no tratada	→	Pérdida de productividad en nómina y rotación
Cáncer detectado en Estadio I vs IV	→	Ahorro de $65K–$193K USD por caso
Cobertura de vacuna VPH	→	Reducción proyectada de cirugías oncológicas

El objetivo: que cada tabla presupuestaria de salud tenga su columna de impacto fiscal.

Del lenguaje compartido a la acción presupuestaria

CORTO PLAZO

Presupuestación por Resultados (PpR)

Asignar recursos condicionados a metas de salud verificables. Obliga a Salud a definir métricas y a Hacienda a entender el valor de lo que financia.

MEDIANO PLAZO

Marcos de Gasto de Mediano Plazo

Proyecciones fiscales a 5–10 años con escenarios epidemiológicos. Cuando Hacienda ve el costo de la obesidad en su propio modelo, cambia la conversación.

MEDIANO PLAZO

Cuentas de Salud Nacionales

Sistemas que desagregan el gasto por tipo de intervención y nivel de prevención. Dan visibilidad sobre el valor de lo que se financia.

LARGO PLAZO

Bonos de Impacto Social (SIBs)

Instrumentos financieros donde el pago está condicionado a resultados de salud medibles. Atrae capital privado a la prevención con garantía de resultado.

INSTITUCIONAL

Unidades de Health Economics en Salud

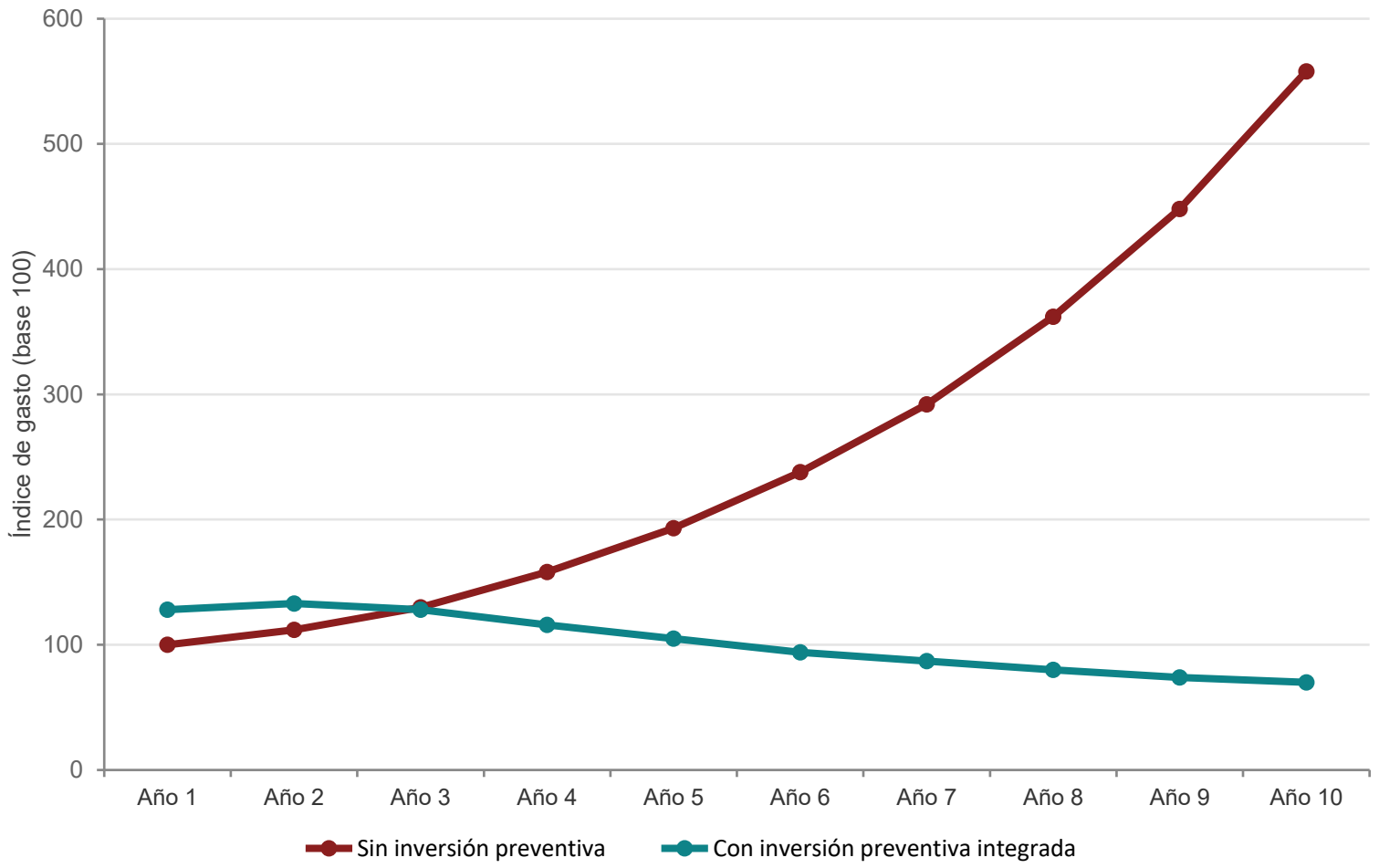
Equipos técnicos dentro de los ministerios de salud que producen evidencia en el idioma de las finanzas, de manera permanente.

INSTITUCIONAL

Health Impact Assessment (HIA)

Antes de cualquier reforma fiscal, evaluar su impacto en indicadores de salud. Institucionaliza la perspectiva sanitaria dentro de los procesos de Hacienda.

Retorno de la inversión preventiva integrada (Años 1–10)



$4–8

ahorrados por cada $1
en prevención metabólica

4:1

retorno en salud mental
(OMS)

95%

reducción en costo oncológico
con detección temprana

La curva de gasto sin prevención es inevitable. La curva con prevención es una decisión política que se toma hoy.

enado

Jaime Manalich

CHILE · PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN RSV 2024

Nirsevimab: ahorro económico vs. costo del tratamiento

Análisis del impacto en salud y costos del programa 2024 de inmunización universal con nirsevimab contra el VRS en Chile.

USD 68.78 M
Ahorro total estimado

USD 45.28 M
Costo del programa

USD 23.50 M
Beneficio neto

Fuente: Sauré D, et al. "Health care utilization and cost implications of Chile's 2024 nirsevimab strategy for RSV prevention." The Lancet Regional Health – Americas, 2026;59:101475.

IMPACTO EN SALUD — UNIDADES

Prestaciones ahorradas (unidades evitadas)

Total nacional, abril–noviembre 2024, en menores de 1 año (IC 95%)

Prestación	Total evitado	IC 95%	Sector público
Días de licencia médica (ML)	20,430	1,347 – 19,245	16,546 (100%)
Atenciones ambulatorias (MA)	25,620	23,047 – 26,932	18,622
Días-cama básico/medio (BM)	59,072	48,470 – 59,837	49,032
Días-cama UCI	25,632	24,416 – 31,141	18,386

59,072
días-cama básico/medio evitados

25,632
días-cama UCI evitados

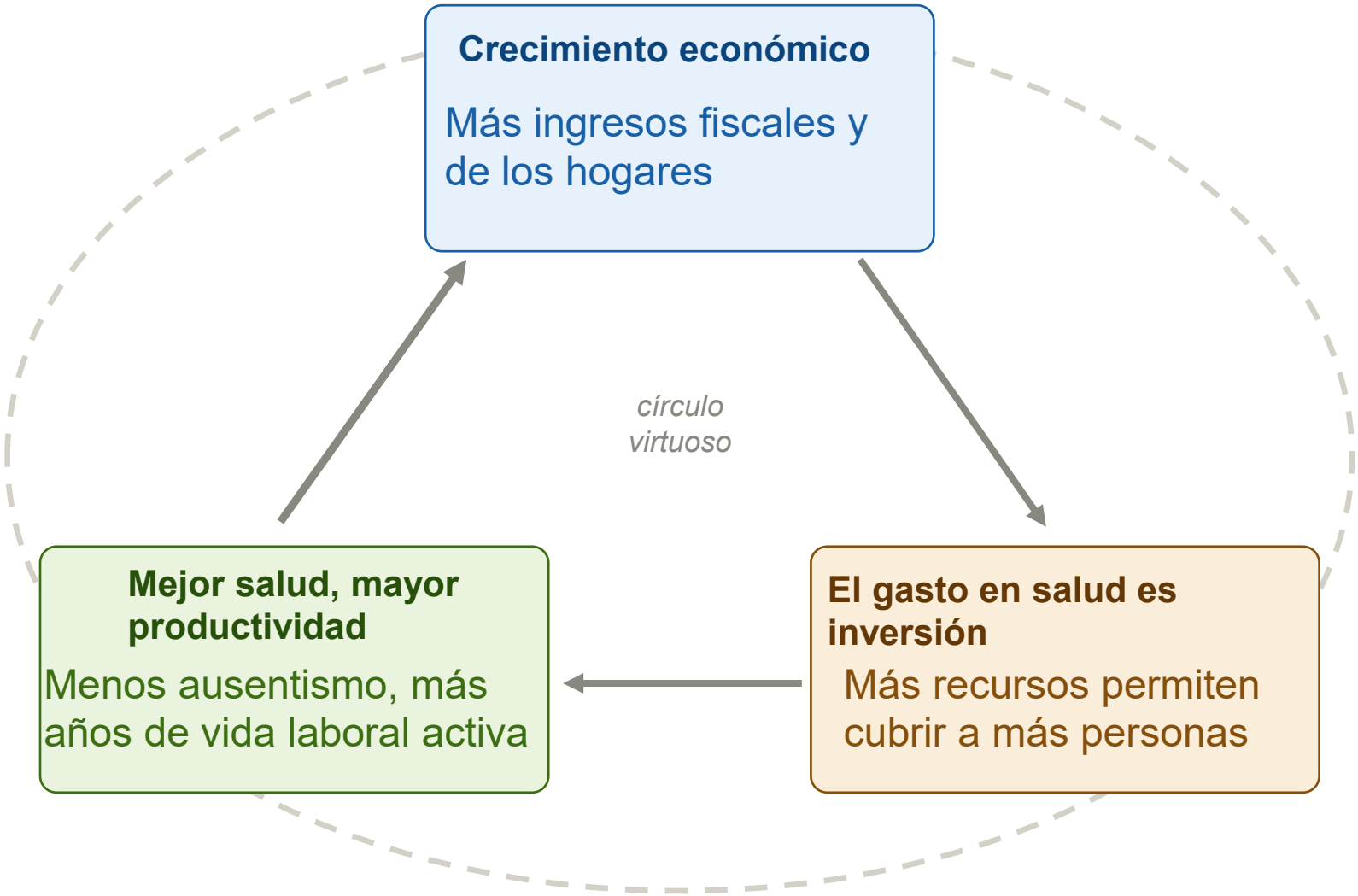
25,620
atenciones ambulatorias evitadas

20,430
días de licencia médica evitados

Nota: la reducción en licencias médicas no fue estadísticamente significativa (p=0.21); las demás prestaciones sí lo fueron (p=0.03).

El círculo virtuoso entre economía y salud

La inversión en salud sostiene el crecimiento del país



La salud no compite con el crecimiento: lo sostiene. Un país más sano produce más, y un país que produce más puede invertir más en salud.