



**Paula Daza**  
 Directora ejecutiva CIPS UDD

## Detener la espera

**H**ay más de 70 mil garantías GES retrasadas, unos 2,3 millones de registros No GES para nueva consulta de especialidad y 315 mil registros para intervenciones NO GES retrasadas. La tendencia ha ido al alza. Las cifras afirman algo ineludible: el sistema de atención en salud no está dando respuesta a las necesidades sanitarias. Es claro, entonces, que se requiere transformaciones profundas, aquí y ahora. Sin embargo, es prioritario que definamos un primer paso que, de una vez por todas, sea concreto y eficiente.

Por muchos años se habló de "acabar con la lista de espera". Grave error. Si bien es un objetivo común, en estos momentos es una utopía. Ya la historia nos ha demostrado que los desacuerdos entre fuerzas políticas no permiten avanzar.

Por tanto, el primer objetivo, para avanzar es ir más lento. La meta no debe ser acabar, sino que detener. Se deben congelar tanto en días de atraso como en cantidad de retrasos para cualquier tipo de prestación, ya sea GES o No GES. Para eso es importante trabajar en varias líneas de acción al mismo tiempo y de forma coordinada. Y lo indispensable: partir ahora.

Resulta indispensable un sistema de información de lista de pacientes al día con registros claros y ordenados que permitan priorizar por tipo de retraso, servicio y persona. Es un desafío que resulta importante sobre todo para cáncer, en donde está pendiente el registro que mandata la Ley Nacional de Cáncer.

En una de las últimas exposiciones del subsecretario de Redes Asistenciales a la Comisión de Salud del Senado, expresó que se estaba dando preferencia a los retrasos en cáncer y otros diagnósticos con mayor tiempo de espera. Sin embargo, no explicó qué estrategia se utilizaba para aquello. Las listas de espera en cáncer GES y No GES deben tener, en sí mismas, una priorización y debe ser basado en evidencia: aquí la espera puede significar menos tiempo de vida.

Para eso hay algunos puntos para tener en cuenta. Los retrasos GES en cáncer de mama aumentaron en un mes (de mayo a junio de 2023) en 16%, siendo el segundo tipo de cáncer con mayor cantidad de retrasos, luego de cáncer cervicouterino (4.305 atrasos). Es necesario focalizar la detención de la lista de espera en los tipos de cáncer que más aumentan, sobre todo en la fase de diagnóstico y tratamiento.

La gestión hospitalaria es otra línea en donde hay que trabajar profundamente porque es a nivel terciario en donde se encuentra la mayor cantidad de retrasos. Es fundamental, en el caso de cirugías, que los pabellones puedan hacer más eficientes las intervenciones diarias. Varios análisis han detectado que se parte tarde, hay pocos registros de por qué se cancelan operaciones y hay mucho tiempo entre cirugías. De nada sirve abrir los fines de semana y desembolsar más dinero del Estado si primero no se parte por ordenar el trabajo de forma eficiente de lunes a viernes. Lo mismo con las intervenciones que compra el Estado a los privados. La colaboración entre ambos es crucial, pero hay que hacer de forma estratégica su compra y priorización, que estas sean un aporte para detener las listas de espera y no que sirvan para tapar el agujero de falta de gestión hospitalaria. Tenemos el diagnóstico en donde se falla, el conocimiento y las herramientas para detener las listas. Solo falta voluntad política para pelear menos y ejecutar más.



**Osvaldo Artaza**  
 Decano Facultad de Salud y Ciencias Sociales  
 Universidad de las Américas

## Lista de espera por cambios en salud

**L**a dura realidad es que Chile es inequitativo. Las mujeres de comunas acomodadas llegan a tener 18 años más de expectativa de vida que aquellas con menos recursos. Las cifras de mortalidad y de padecimientos crónicos se explican por diferencias sociales vergonzosamente injustas ya que son evitables. De hecho, en la pandemia hubo tres veces más mortalidad en sectores pobres.

En ese contexto, las listas de espera son otro reflejo de que el nivel socioeconómico determina la posibilidad de acceder a servicios oportunos. Por dicha razón, entre el 2002 y el 2005 se tramitó una ley que materializó, al menos para un grupo de padecimientos, el derecho a la salud de manera universal. Al implementar el AUGÉ (GES), surgió la inquietud con relación a dimensionar las barreras de acceso en los demás problemas de salud, visibilizando cifras escandalosas. Varios gobiernos de distinto signo han intentado programas de reducción de listas de espera con resultados insuficientes.

Porfiadamente, más de un millón de personas, esperan en promedio por más de un año, por una consulta de especialidad y cientos por una cirugía. Al finalizar la pandemia, estas cifras se doblaron.

Actualmente, aunque persiste un alto número de personas en espera, hay que reconocer y valorar que gracias a medidas correctas, hay una clara tendencia a disminuir los tiempos medios, los que todavía siguen lejos de lo razonable. Siempre habrá listas de espera y cada sociedad define el tiempo aceptable para acceder a una atención, pero no es necesario ser experto para comprender que nuestra espera por atención es un vergonzante atropello a la dignidad de las personas, especialmente a quienes tienen menos recursos.

Resolver este complejo problema supone políticas de Estado en varios ámbitos: posibilitar a todos condiciones sociales para una vida saludable. A la mayoría de la población le cuesta "elegir estar sano": una atención primaria (APS) universal con recursos humanos y tecnológicos (nos falta mucho para que la APS reciba más del 30% del gasto público) suficientes para prevenir la enfermedad, tratarla y evitar sus complicaciones; aumentar el gasto público en salud y mejorar la eficiencia en su uso. Mientras el grueso de los chilenos debe esperar por una atención, hay otros que sobre consumen prestaciones y disponen de los especialistas, muchas veces de manera innecesaria. Es el mercado, el tamaño de la billetera y no la necesidad ni la eficiencia, lo que determina la oportunidad del acceso. Por años se han aumentado los recursos a los hospitales, sin incrementar egresos, consultas ni cirugías. En el lado privado, se siguen utilizando mecanismos de pago ineficientes y ningún incentivo a la prevención. Lo anterior obliga, a que junto a seguir incrementando el gasto público se deban hacer profundas transformaciones en el modelo de gestión tanto público como privado. Todos lo saben, pero aún no hay la voluntad para emprenderlas.

Se equivocan quienes creen que la solución está solo en mejor gestión o solo en más financiamiento. Es una combinación de derechos sociales universales, más y mejor gasto y por sobre todo reconocer que las soluciones de fondo están bloqueadas por los múltiples intereses políticos, gremiales y comerciales en pugna. Es la falta de disposición a dialogar y a llegar a acuerdos para cambios en salud la que sigue teniendo a las personas en espera.

## ¿Qué se debe hacer para enfrentar el problema de las listas de espera en materia de salud?

Una de las herencias que dejó la pandemia por Covid-19 fue el retraso en las atenciones de salud, agudizando un problema que se viene arrastrando, y que tuvo especial impacto en pacientes con patologías graves, frente a lo cual el gobierno se ha fijado ciertos objetivos hacia los cuales avanzar. Dos especialistas hacen un análisis de la situación y del camino que se debe recorrer para abordar esta preocupante realidad.



ILUSTRACIÓN: RAFAEL EDWARDS