



**COLEGIO MÉDICO
DE CHILE**



Santiago, 25 de agosto de 2026
Presidencia N°554/2026
DRA.AAU-DR.JFB/cap

DR. JULIO MONTT VIDAL
Subsecretario de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Gobierno de Chile
PRESENTE

Estimado Subsecretario:

Junto con saludarle, Colegio Médico de Chile en conjunto con Sociedades Científicas agrupadas bajo ASOCIMED, queremos manifestar nuestra preocupación respecto de los lineamientos establecidos en el Oficio CP N°18207, de fecha 30 de julio de 2026, relativo al rendimiento de las especialidades médicas y a la programación de horas médicas ambulatorias.

Compartimos plenamente la necesidad de avanzar hacia una gestión más eficiente de la programación ambulatoria. Valoramos, asimismo, que el oficio busque enfrentar brechas identificadas por la Auditoría Ministerial N°08/2026 y avanzar hacia una gestión más integrada y trazable de la actividad ambulatoria.

Sin embargo, consideramos que la aplicación de estándares rígidos y uniformes de rendimiento puede generar efectos adversos sobre la calidad y seguridad de la atención.

El propio Oficio CP N°18207 reconoce que existen atenciones cuya complejidad requiere mayor tiempo por prestación y que las especialidades pediátricas pueden presentar comportamientos diferenciados. No obstante, establece que las desviaciones respecto de los rendimientos definidos en la RPE N°21 deberán constituir una excepción técnica, con fundamentación, validación formal de la gestión de red y autorización de DIGERA.

Esta exigencia nos preocupa, pues puede transformar la adecuación de los tiempos de atención a las necesidades clínicas reales en una situación excepcional, cuando debiera constituir una decisión de gestión clínica sustentada en criterios técnicos y en la realidad de cada establecimiento.

A modo de ejemplo, el documento establece rendimientos variables entre especialidades, demostrando que la duración de una consulta no depende únicamente de ese factor, sino también del tipo de paciente, su complejidad, condición clínica, motivo de consulta, necesidad de revisión de antecedentes y exámenes, y decisiones diagnósticas y terapéuticas que deben adoptarse durante la atención.

A ello se suma un aspecto que consideramos insuficientemente recogido en la programación: el acto médico no comienza ni termina en los minutos registrados como consulta. La atención segura requiere tiempo para revisar antecedentes clínicos, estudiar resultados de exámenes, registrar adecuadamente la información en fichas electrónicas, completar formularios, emitir recetas e indicaciones, realizar solicitudes de exámenes, generar interconsultas, elaborar informes y coordinar la continuidad de atención. Estos tiempos son especialmente relevantes en sistemas donde coexisten distintas plataformas informáticas y donde parte importante de estas tareas no se refleja necesariamente como producción asistencial.



**COLEGIO MÉDICO
DE CHILE**



La presión por alcanzar determinados rendimientos podría terminar trasladando estos tiempos fuera de la jornada programada o reduciendo el tiempo efectivo disponible para el paciente, generando precisamente el riesgo que el sistema busca evitar: mayor fragmentación, menor calidad de los registros, errores, dificultades para la continuidad de atención y potenciales riesgos para la seguridad de los pacientes.

Por otra parte, estimamos fundamental que cualquier política de programación considere las diferencias existentes entre Servicios de Salud y, dentro de ellos, entre hospitales y establecimientos.

En este sentido, valoramos que el propio oficio señale que la programación debe considerar la demanda asistencial efectiva, incluyendo las listas de espera GES y No GES, las derivaciones desde APS y las necesidades epidemiológicas locales. Creemos, sin embargo, que estas variables deben tener un peso efectivo en la determinación de los rendimientos y no solamente constituir antecedentes para validar posteriormente una programación construida sobre estándares generales.

Asimismo, consideramos necesario fortalecer las capacidades de gestión de la atención ambulatoria. Una adecuada programación requiere que quienes dirigen y gestionan estos procesos cuenten con las competencias técnicas y clínicas necesarias para comprender la complejidad de la actividad médica, gestionar equipos y utilizar los datos de producción y demanda para tomar decisiones pertinentes. Debe considerarse además que el manejo de pacientes ambulatorios es responsabilidad del equipo de salud. Desde este punto de vista, el acto médico debería ser parte importante de la atención del paciente, pero no lo único, ya que la participación en este de parte de Enfermeras, TENS, Nutricionistas y otros profesionales, puede tomar a cargo varias actividades de lo que hoy es la atención médica, colaborando en la determinación de signos vitales, registro de antecedentes clínicos, educación en uso de medicamentos, dietas adecuadas a la enfermedad detectada y otras. Todo lo anterior debería establecerse como un sistema integrado de atención que ha mostrado eficacia y eficiencia en la atención ambulatoria y en la urgencia, permitiendo optimizar el tiempo dedicado a la acción médica.

Por ello, creemos que avanzar en incentivos y mecanismos que permitan contar con personas idóneas para la conducción de la atención ambulatoria constituye una condición fundamental para mejorar la eficiencia del sistema.

En virtud de lo anterior, solicitamos respetuosamente a esta Subsecretaría considerar una revisión de la forma de implementación del Oficio CP N°18207, de manera que los estándares de rendimiento sean utilizados como referencias técnicas para la gestión y no como parámetros rígidos que puedan imponerse desconociendo la realidad clínica y local de cada establecimiento.

En particular, proponemos:

- Incorporar explícitamente criterios de complejidad clínica en la programación de las horas médicas, permitiendo que los tiempos de atención se ajusten a las características de los pacientes y de las prestaciones realizadas.*
- Reconocer los tiempos no asistenciales indispensables para una atención segura, incluyendo revisión de antecedentes, registro clínico, solicitudes de exámenes e interconsultas, formularios, recetas, informes y otras actividades asociadas a la continuidad del cuidado.*



**COLEGIO MÉDICO
DE CHILE**



- *Incorporar efectivamente las diferencias entre establecimientos y territorios, considerando demanda, listas de espera, cartera de servicios, disponibilidad de apoyo diagnóstico, dotación y características epidemiológicas locales.*
- *Fortalecer la gestión clínica de la atención ambulatoria, asegurando que quienes tengan responsabilidad sobre estos procesos cuenten con las competencias necesarias y con incentivos adecuados para ejercer dicha función.*
- *Revisar el mecanismo de autorización de excepciones, de modo que la adecuación de los rendimientos a la realidad clínica no se transforme en un proceso burocrático que desincentive las decisiones locales técnicamente fundamentadas.*

Como Colegio Médico y Sociedades Científicas estamos disponibles para colaborar en la construcción de un modelo de programación que permita utilizar de mejor manera los recursos disponibles y reducir las listas de espera, pero que al mismo tiempo tenga como centro la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención. Por ello, solicitamos una reunión con esta Subsecretaría para abordar estos aspectos y contribuir, desde la experiencia clínica de nuestros médicos y médicas, a perfeccionar la implementación de estas medidas.

Sin otro particular, y esperando contar con su favorable acogida, le saluda atentamente,

DRA. ANAMARÍA ARRIAGADA U.
Presidenta Nacional
Colegio Médico de Chile (A.G.)

DR. JORGE FABRES B.
Presidente
Asociación de Sociedades Científicas-
Médicas de Chile (ASOCIMED)