



LUIS CASTILLO
 DIRECTOR INSTITUTO LIBERTAD Y DESARROLLO
 XSUBSECRETARIO DE REDES

Las listas de espera en salud dejaron hace tiempo de ser una consecuencia de la pandemia. Hoy son, principalmente, un problema de gestión.

Al inicio del actual gobierno había 2.061.352 casos en lista. Hoy la cifra bordea los 2.495.817 registros, considerando garantías GES retrasadas y no GES. El incremento supera las 430 mil prestaciones pendientes, equivalente a un alza cercana al 21%. No es una variación estadística menor. Es el reflejo de un sistema que no logró revertir la tendencia en cuatro años.

Más preocupante aún es que el volumen global convive con tiempos de espera que, en algunas especialidades quirúrgicas, superan con holgura los estándares clínicamente razonables. Cada mes adicional no es sólo una cifra acumulada: es deterioro funcional, pérdida de productividad y de un agravamiento irreversible de los pacientes.

En este periodo, se han inyectado recursos extraordinarios. Se han anunciado planes de recuperación. Se han realizado operativos quirúrgicos y compras al sector privado. Sin embargo, la producción adicional no ha sido suficiente para quebrar estructuralmente la curva de crecimiento. Cuando el gasto aumenta y el resultado no mejora proporcionalmente, el problema no es sólo financiero.

Durante estos años hemos visto servicios de salud con bajo rendimiento quirúrgico relativo, pabellones subutilizados, ausentismo elevado, baja resolutivez en atención primaria y una coordinación insuficiente entre niveles asistenciales. También hemos observado una débil rendición

Listas de espera: cuatro años son suficientes

de cuentas frente al incumplimiento de metas.

Cuatro años son tiempo suficiente para evaluar resultados. En aquellos servicios de salud donde la producción no ha crecido al ritmo necesario; en que las metas no se han cumplido de manera sistemática y donde la capacidad instalada no se utiliza plenamente, corresponde realizar cambios en los equipos directivos. La continuidad sin desempeño no es estabilidad: es estancamiento.

El sistema público requiere decisiones inmediatas: primero, metas obligatorias y comparables entre servicios, con publicación mensual de productividad quirúrgica, uso de pabellones y rotación de camas, entre otros indicadores. La transparencia genera presión virtuosa.

Un segundo eje corresponde a la intervención directa en servicios con brechas críticas. No basta con apoyo técnico; cuando el rezago persiste, deben producirse reemplazos en las direcciones y ajustes en los equipos de gestión clínica.

Tercero, modernización del Estatuto Administrativo en el ámbito sanitario. La rigidez actual limita la gestión del desempeño, dificulta reasignaciones y reduce incentivos. Un sistema que atiende a millones de personas no puede operar con mecanismos que hacen prácticamente imposible exigir resultados. Modernizar no es desproteger los derechos laborales; es equilibrarlos con responsabilidad hacia los pacientes.

Chile no necesita más explicaciones sobre por qué las listas crecieron. Esa etapa ya ha pasado. El diagnóstico está hecho y reiterado. Lo que falta es ejecución sostenida y decisiones que pueden ser incómodas, pero necesarias.

Las listas de espera no se resolverán con nuevos planes anunciados cada año, sino con liderazgo, cambios donde corresponda y gestión profesional basada en resultados medibles.

La ciudadanía ya entendió el diagnóstico, ahora espera acción. Cuatro años son suficientes para evaluar. Ahora corresponde corregir.