

JUDITH HERRERA C.

El recorte de 3% en todos los ministerios fue una de las primeras medidas que anunció el Gobierno al asumir y que, además, ha generado mayor repercusión. Ya el 30 de marzo, la ministra de Seguridad Pública, Trinidad Steinert, informó que en su cartera, finalmente, el ajuste presupuestario no se realizaría.

Días después, el Presidente José Antonio Kast comentó que al igual que en ese ministerio, podría haber otros donde el recorte podría flexibilizarse tras analizar "caso a caso".

En Salud se dio el caso: si bien la ministra May Chomali inicialmente habría sostenido que existían márgenes para llegar a la meta, aunque se trataba de un "tremendo desafío" y de un "esfuerzo de eficiencia", tras conversaciones con la Dirección de Presupuestos (Dipres) se llegó a un acuerdo.

El lunes, de hecho, equipos técnicos de Salud junto con la Dipres sostuvieron una larga reunión para afinar los detalles finales.

Al respecto, Chomali comentó ayer que la instancia "fue muy beneficiosa. En este momento el decreto de ajuste está en la Contraloría General de la República. Estamos esperando a que ellos tomen razón para informar cuál fue el resultado de todas las negociaciones que tuvimos en Hacienda".

Consultada por el detalle, la ministra no entregó la cifra final, pero sí afirmó que habrá una reducción y que "vamos a esperar que Contraloría tome razón, porque puede haber objeciones".

**"Impacto directo en las personas"**

Según especialistas en la materia, mantener un recorte de 3% en Salud era algo complejo de implementar debido a que la cartera es una de las que tienen mayor cantidad de servicios y dependencias. El porcentaje, de hecho, equivale a más de \$517 mil millones.

Caroline Labbé, académica del Magíster en Gestión de Instituciones de Salud de la U. Diego Portales, comenta que "la eficiencia fiscal es necesaria, especialmente en un contexto de restricciones presupuestarias. Pero en salud, eficiencia no significa simplemente gastar menos. Significa gastar mejor, priorizar con evidencia, integrar esfuerzos, medir resultados y proteger aquello que genera valor público".

Claudia Rodríguez, jefa del departamento de Salud Pública de la U. de los Andes, indica que "es una buena noticia, sin duda, que Hacienda considere esta disminución".

El lunes, equipos técnicos de ambos ministerios sostuvieron una reunión para afinar detalles:

# Tras negociaciones con Hacienda, recorte de 3% en Salud será menor y decreto final está en Contraloría

Expertos valoran que ajuste se modere, ya que, indican, la cartera necesita recursos para implementar sus servicios y pagar deudas de arastre. Además, enfatizan en que existen estrategias de revisión y ahorro.



**Dificultades.** De acuerdo con los expertos, implementar un recorte de 3% en Salud es difícil debido a que es uno de los ministerios con más dependencias y gastos, además de arrastrar deudas del año pasado.

**“El decreto de ajuste está en la Contraloría. Estamos esperando a que ellos tomen razón para informar cuál fue el resultado de todas las negociaciones que tuvimos en Hacienda”.**

MAY CHOMALI  
 MINISTRA DE SALUD

Enfatiza en que es ideal que el recorte final sea reducido porque se trata de una medida que tiene un impacto "directo en las personas; en el acceso; en los resultados de los indicadores poblacionales; en el sistema de salud en su conjunto. Hay que reconocer que hoy tenemos un fenómeno demográfico que es el envejecimiento acelerado y, con ello, también una alta carga de

enfermedades".  
 Apunta a que "más que ahorrar, debemos pensar en una buena planificación. Uno puede revisar programas, reducir costos, pero con una planificación y pensando, sobre todo en el Ministerio de Salud, en que detrás de esas cifras hay personas, necesidades, realidades que no tenemos que desconocer".  
 "Si no se hace un buen manejo

**“Si no se hace un buen manejo del presupuesto se pueden profundizar aún más ciertas desigualdades y eso, efectivamente, fragiliza el sistema”.**

CLAUDIA RODRÍGUEZ  
 ACADÉMICA DE LA U. DE LOS ANDES

del presupuesto se pueden profundizar aún más ciertas desigualdades y eso, efectivamente, fragiliza el sistema", advierte.  
 Daniela Sugg, economista especializada en Salud, afirma no ser "partidaria de la rebaja del gasto. Lo que sí me parece que sería ideal es que se busque que se haga una liberación de recursos para gastarlos de la mejor forma posible en ámbitos del

sector que requieren más inversión o pago de deuda".

"No me parece adecuado pensar en una rebaja de 3% en un sector que, permanentemente, está en deuda o con brechas financieras y que, como expuso ante el Congreso, tiene deudas de arastre del año pasado y que son más de \$200 mil millones", señala.

**Estrategias de revisión de recursos**

La consultora y académica de la U. de Chile añade que "hay distintas estrategias para que los ministerios revisen el gasto. En el segundo gobierno de Sebastián Piñera se hizo un ejercicio que se llamó "presupuesto base cero" que tuvo instructivos bastante similares, pero

con un lenguaje más cuidadoso, no se habló de rebajar, sino de revisar y de construir un presupuesto de acuerdo con las necesidades".

A su juicio, junto con conocer el decreto que vise la Contraloría General de la República, es importante saber cómo se aplicará la rebaja en cada servicio de salud "porque depende mucho de cada realidad y cómo se utilizan los recursos en cada uno".

De acuerdo con Héctor Sánchez, director del Instituto de Salud Pública de la U. Andrés Bello, la estrategia para generar ahorro en la cartera "es, básicamente, apuntar a ciertos bolsos de ineficiencia que permitan producir una rebaja de gasto".

"El que dio una señal clara respecto a esto fue el director de Fonasa, César Oyarzo, quien señaló que por la vía de disminución de licencias médicas y otras medidas, ya se ha hecho más eficiente la gestión de los recursos".

"Eso se está haciendo en el resto del sector, servicio por servicio y hospital por hospital, de tal manera de identificar aquellas fuentes de ineficiencia", plantea, y añade como ejemplo el manejo de stock en los hospitales "que ha sido un problema histórico en el sector y se genera ahorro si es que se mejoran los sistemas y en eso se está trabajando".

Otro punto, indica, es que se están revisando "aquellos contratos que son reemplazos de personas con licencias médicas, pero de algunas que estaban sumariadas y que los sumarios no avanzaban, y como no avanzaban, las personas tenían que ser reemplazadas. Por lo tanto, existía un doble gasto por parte del Estado".

Según Sánchez, mediante estas medidas se llegará a un porcentaje de ahorro que "va a ser un porcentaje razonable que permitirá disminuir aquellos gastos de ineficiencia. No se trata de reducir beneficios, sino que optimizar el uso de los recursos, aumentar la eficacia de las actividades que están desarrollándose a nivel de atención primaria y a nivel de hospitales".

## Ministerio detalla plan para implementar alerta oncológica para atender a más de 33 mil pacientes

Ayer la ministra de Salud, May Chomali, junto con autoridades de la cartera presentaron el plan de alerta oncológica —la que está vigente desde el 15 de abril— para dar atención a los 33.702 pacientes que están en espera GES y No GES al 31 de enero de 2026.

"Este es un plan que nos va a permitir modelar una nueva forma de hacer las cosas para que los pacientes no tengan retraso en sus garantías cuando sea una patología GES, y no tengan que esperar tiempos prolongados cuando la espera es un problema para efectos del compromiso de salud de estas personas", señaló Chomali.

La iniciativa considera un monto

**\$156 mil millones** considera el plan, adicionales al presupuesto sectorial.

**53%** de los pacientes ya ha sido contactado por sus hospitales.

total de \$156 mil millones, adicionales al presupuesto sectorial, y está organizada en tres fases: la primera es de identificación y validación de los listados de pacientes oncológicos, lo que ya fue realizado; y la segunda fase es de

contacto y vinculación, por lo que cada hospital deberá ubicar a sus pacientes en espera oncológica y también establecer su capacidad para gestionar el caso en horario habitual.

Si esto no es posible, se podrán habilitar extensiones horarias para aumentar la capacidad de resolución del sistema después de las 17 horas y los fines de semana, tanto en diagnóstico como en cirugía. En los casos en que el hospital no pueda entregar la atención, se hará una derivación a un segundo prestador bajo las condiciones y aranceles convenidos por Fonasa.

De acuerdo con la cartera, a la fecha los hospitales han contactado al 53% de

los pacientes oncológicos identificados y la meta es que para este jueves ya todos estén vinculados con sus hospitales para comenzar la gestión de sus atenciones.

En tanto, la tercera etapa se relaciona con el acompañamiento y seguimiento. El recinto asistencial tomará contacto con el paciente y, si tiene la capacidad de resolverlo, le agendará la hora o le ofrecerá la solución para su problema, que puede ser confirmación diagnóstica o el inicio de su tratamiento. En caso de no poder, se activará la medida del segundo prestador.

"Si el hospital de origen está derivando a un segundo prestador, esto no

tiene costo alguno para el paciente. Esa es una cuenta que tiene un pago conocido que se convino entre Fonasa y el prestador y va a ser 100% financiado por Fonasa. Siempre ha ocurrido así en la derivación de segundos prestadores porque eso está en la ley del GES", señaló la ministra.

El objetivo es que al 31 de junio todos los casos identificados estén en vías de resolución de su problema de salud.

En Chile, el cáncer es la segunda causa de muerte y abarca cerca de un 26% de los fallecimientos. Durante el año pasado se diagnosticaron 63.274 nuevos casos y se estima que para el 2035 serán prácticamente 80 mil.

