

# Ministra señaló esta semana que cifra será menor a un 3% y que decreto para concretarlo está en Contraloría Salud: recorte refuerza debate para reducir listas de espera y mejorar atención primaria

Expertos analizan escenario en medio de los reajustes y recomendaciones para discontinuar o reformular programas. Plantean que se deben evaluar las áreas y el impacto en pacientes.

JUDITH HERRERA C.

Los recortes presupuestarios en distintos ministerios, incluyendo Salud, se han tomado la agenda de discusión en los últimos días. En el caso de la cartera, la ministra May Chomali afirmó que se negoció con Hacienda para reducir el reajuste del 3% —fuentes del sector comentan que podría ser cercano al 2,5%— y que el decreto que lo concretará está en la Contraloría General de la República aguardando su toma de razón, lo que debería ocurrir en los próximos días.

Con todo, si bien la disminución del ajuste ha sido valorada, existe aún preocupación de parte de especialistas sobre el impacto que tendrá la medida en el sistema público, que suma más de 2,5 millones de casos en listas de espera.

## Se necesita "evaluación sanitaria"

Caroline Labbé, académica del Magíster en Gestión de Instituciones de Salud de la U. Diego Portales, comenta que "aunque un recorte menor al 3% puede parecer acotado desde una mirada macrofiscal, en salud puede tener efectos importantes, porque el sistema ya opera con una presión estructural muy alta: listas de espera, déficit de especialistas, brechas de pabellones, capacidad diagnóstica limitada y una red asistencial tensionada". Precisa que "en listas de espera, los avances no dependen únicamente de poner más recursos, sino de sostener una cadena completa: priorización clínica, confirmación diagnóstica, ges-

**“Aunque un recorte menor al 3% puede parecer acotado desde una mirada macrofiscal, en salud puede tener efectos importantes porque el sistema ya opera con una presión”.**

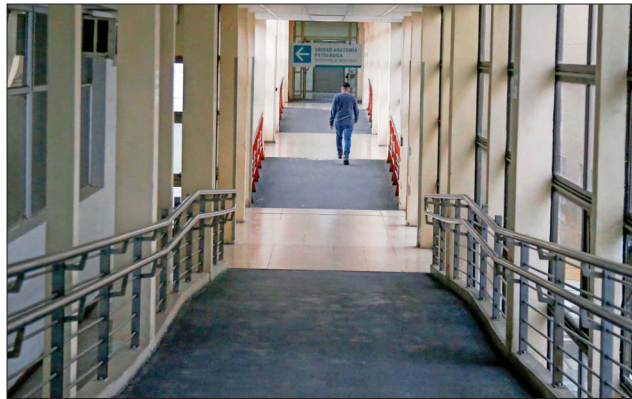
CAROLINE LABBÉ  
ACADEMICA DE LA UOP

**“Es entendible que hayan recortes y ajustes, porque hemos visto que en los últimos años ha ido creciendo exponencialmente el gasto, pero no así la producción”.**

JORGE ACOSTA  
ACADEMICO DE LA U.S.S.

tión de oferta, coordinación entre niveles, etcétera. Si se reduce el financiamiento en cualquiera de esos nodos, el efecto puede ser acumulativo”.

La exsubsecretaria de Redes Asistenciales (2016-2018) Gisela Alarcón dice que "es muy difícil pensar en un recorte que no afecte la atención de pacientes, no solamente por lo que implica a los equipos, sino también porque puede pasar con los insumos para que funcione un hospital o la atención primaria, o las unidades de apoyo como image-



Medidas. La ministra Chomali ha indicado que se revalorarán mecanismos de ahorro dentro del sistema para hacerlo más eficiente.

nología, laboratorios u otros". A juicio de la presidenta del Colegio Médico, Anamaria Arriagada, es difícil saber cómo afectará el reajuste a la cartera "sin conocer los detalles de exactamente desde dónde se va a recortar".

## Mejorar programas

El debate presupuestario se intensificó luego de que se conocieran recomendaciones de la Dirección de Presupuestos que incluyen discontinuar o reformular, para 2027, programas relacionados con cuidados preventivos, salud mental, atención domiciliar y seguimiento de pacientes crónicos, vinculados a la atención primaria de salud (APS).

Alarcón, también decana de Medicina de la U. Central, indica que se deben analizar los programas de APS antes de termi-

narlos, porque "afectar la atención primaria es afectar de manera directa a la población y, por tanto, más que recortar programas, lo que debemos hacer es mejorarlos".

Mientras, Arriagada señala que es importante reforzar la APS "porque es la base del sistema de salud. Ahí descansa todo lo que es promoción, prevención y también atención domiciliar, entrega de fármacos a la población, etcétera. Si se debilita, puede traducirse en mayores hospitalizaciones o en pacientes consultando y atochando los hospitales (...). Hay que recordar que la atención primaria, para el presupuesto 2026, quedó sin aumento del per cápita".

Luis Castillo, exsubsecretario de Redes Asistenciales (2010-

2014 y 2018-2019), indica que los recortes en Salud "deberían ser imperceptibles para la población. Bajo ninguna perspectiva, recortes, reducciones de presupuesto deberían afectar la atención primaria y todo lo que significa la atención sanitaria en los hospitales y menos afectar la resolución de las listas de espera, ítem que

tiene ya su presupuesto establecido y creo que eso no debiese tocarse".

El actual decano de Medicina de la U. Autónoma comenta que la medida debe estar dirigida "a metando y atochando los hospitales (22—de bienes y servicios—; mayor ahorro; menor gasto fiscal por el tema de las licencias médicas, por mayor fiscalización. Ahí hay muchos recursos que todavía

Salud puede poner en marcha para financiar prestaciones". Jorge Acosta, director ejecutivo del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la U. San Sebastián, resalta que el compromiso del Gobierno es que "no se van a afectar los intereses de los pacientes y ahí va estar el principal desafío. Es entendible también que hayan recortes y ajustes, porque hemos visto que en los últimos años ha ido creciendo exponencialmente el gasto, pero no así la producción".

"No hay que olvidar que en Salud la gran tarea que tenemos es la utilización eficiente de los recursos, y si esto no se resuelve, el problema de fondo no se va a solucionar", plantea.

Añade que "hay espacios muy importantes para aumentar la eficiencia: no puede ser que tengamos una persona con 3 años en sumario y que sigue recibiendo el sueldo".

## A partir de esa edad, asumen mayor carga y se alejan de mercado laboral: Brecha en cuidados se profundiza desde los 50 años y limita autonomía económica de mujeres

Informe analiza desigualdad de género, ya que mayoritariamente se trata de una tarea que ha recaído sobre mujeres. Advierten por invisibilización de este trabajo.

JUDITH HERRERA C.

En un país que envejece de manera acelerada, crece el debate en cómo debe mejorar el sistema de cuidados para adultos mayores o con dependencia, donde una de las complejidades es que la mayor carga de trabajo se da entre las mujeres.

Un informe del Programa de Conocimiento e Investigación en Personas Mayores (Cipem) de la U. del Desarrollo y los Héroes, evidencia esta desigualdad de género en las labores de cuidado, especialmente entre personas de 50 a 59 años. Según el estudio, un 21,8% de las mujeres en este tramo etario declara ser cuidadora única, cifra que casi triplica el 8% registrado en los hombres.

La carga de cuidados también se refleja con mayor fuerza entre quienes están fuera del mercado laboral, ya que, en ese grupo, un 38,1% de las mujeres inactivas en este segmento están fuertemente vinculadas a responsabilidades de cuidado y de cuidado. Los quehaceres del hogar representan un 30% de las respuestas, seguido por enfermedad o discapacidad (24,3%) y el cuidado de otras personas (22,7%), concentrando en conjunto más del 75% de los motivos.

Al desagregar por sexo, la brecha se profundiza. Un 26,1% de las mujeres inactivas menciona el cuidado de otros como motivo para no trabajar, frente a solo un 10% de los hombres. Una tendencia similar se observa en los



ANÁLISIS.— El estudio destaca que las tareas de cuidado recaen principalmente en mujeres, especialmente de mayor edad.

quehaceres del hogar: un 37,2% de las mujeres señala esta razón, mientras que en los hombres apenas alcanza un 3,2%. "Los resultados muestran que las labores de cuidado son un elemento central en la vida de las personas de 50 años o más, y que su peso recae de manera desigual sobre las mujeres", señala el informe.

## Presión sobre los hogares

Yamil Tala, investigador del programa, afirma que la situación "tiene varias implicancias. Primero, genera una presión creciente sobre los hogares, especialmente sobre las mujeres, en un contexto donde la demanda por cuidados seguirá aumentando. Segundo, consolida la inactividad femenina en edades avanzadas, manteniendo a un

grupo importante fuera del mercado laboral no por falta de interés necesariamente, sino por responsabilidades no remuneradas. Tercero, invisibiliza el trabajo de cuidado, ya que no se refleja en los indicadores del mercado laboral pese a su relevancia".

"Si el cuidado sigue dependiendo principalmente de las mujeres, sin mayor apoyo, puede volverse difícil de sostener en un contexto de envejecimiento".

SEGMENTO  
Según el estudio, un 21,8% de las mujeres entre 50 y 59 declara ser cuidadora.

Para la presidenta de la Sociedad de Geriatría y Gerontología, Adriana López, "esto no es solo un problema social, es un problema económico: el trabajo de cuidado no remunerado equivale a cerca de un 20% del PIB am-

**“Si el cuidado sigue dependiendo principalmente de las mujeres, sin mayor apoyo, puede volverse difícil de sostener en un contexto de envejecimiento”.**

YAMIL TALA  
INVESTIGADOR CIPEM

pliado cuando se mide en términos de aporte invisible".

"No estamos frente a una brecha marginal, sino frente a un sistema que descansa en una distribución inequitativa del cuidado. Un país que envejece no puede seguir sosteniéndose sobre el trabajo invisible de las mujeres", advierte.

Claudia Rodríguez, coordinadora general del Centro para el Envejecimiento de la U. de los Andes, plantea que en Chile "más de un millón de personas

declara cuidar y más del 85% son mujeres. Además se declara que en promedio asignan siete horas al rol. Muchas postergando su salud, bienestar y autocuidado, generando brechas y desigualdades profundas. No reciben pagos por ese cuidado, por lo tanto es informal y precario".

Comenta que si bien hoy existe un marco normativo por la ley integral de cuidados, "se debe avanzar en el registro de cuidadoras, mejorar subsidios y fortalecer programas de capacitación y acompañamiento".



PREOCUPACIÓN. La vacunación en los niños de entre seis meses y cinco años es la más baja, con solo un 49,4% de cobertura.

Contra la influenza

## Vacunación: adultos mayores, embarazadas y niños, debajo de 55%

A nivel nacional la cobertura es de 61,2%. Advierten que han crecido las consultas de urgencias respiratorias.

J. HERRERA C.

Llegó mayo y, con eso, el aumento de la circulación de los virus respiratorios. En ese marco, la campaña de vacunación contra la influenza cerró abril con 61,2% de cobertura dentro de la población objetivo, que abarca a más de 10 millones de personas.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, en promedio, al día se están inculcando 91 mil personas. Eso sí, la preocupación apunta a tres grupos de riesgo donde el avance está siendo menor: el segmento de 60 años y más (51,27%), embarazadas (51,88%) y los menores de entre seis meses y cinco años, que son los que presentan la más baja cobertura (49,44%).

Esto en el contexto de que, según la cartera, ya se registra alza en las consultas de urgencias respiratorias dentro de los menores de 15 años. Alejandra Pizarro, subsecretaria de Salud Pública, plantea

que la meta para mayo es lograr un 70% de avance general y advierte que, con todo, "hay algunos grupos objetivos donde la cobertura de vacunación contra influenza no ha sido como lo esperamos y, especialmente, esto ocurre en las personas adultas mayores y también en la edad preescolar".

Para lograr una adecuada protección contra el virus, se necesita una cobertura de 85% de la población objetivo, lo que permite alcanzar la inmunidad de rebaño.

Leonor Jofré, presidenta de la rama de Infectología de la Sociedad Chilena de Pediatría, dice que la influenza "en los niños pequeños puede provocar cuadros graves, hospitalizaciones e incluso complicaciones que ponen en riesgo sus vidas".

"Es urgente que las familias acudan cuanto antes a los vacunatorios para evitar cuadros severos y reducir el riesgo de hospitalización", recomienda.