



Rifar la salud pública. Por Álvaro Ramis Olivos

Posted on Agosto 18, 2026

En una unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Sótero del Río el cuerpo médico hizo una rifa para reparar un mueble de lavado. En el servicio de alimentación del mismo recinto, las funcionarias juntaron plata entre ellas, sumaron unos quinientos mil pesos de emergencia que les pasó la dirección y salieron a comprar a La Vega, porque no había frutas ni yogures ni suplementos, y en algún momento tampoco carne para el día siguiente. Una de ellas tuvo que preguntarles a pacientes geriátricos si sus familias podían traerles comida. Contó después que sentía vergüenza.

Nada de eso ocurre por desorden local. Viene de una decisión con fecha, firma y número. El Decreto 333 redujo en 2,5% el presupuesto del Ministerio de Salud, más de 413 mil millones de pesos. A pocos días de asumir José Antonio Kast, su ministro de Hacienda, Jorge Quiroz, anunció un recorte de 3% para todos los ministerios con una sola excepción: Seguridad. La excepción define la doctrina.

La ministra May Chomalí negoció el 2,5% y lo presentó como un buen resultado de una conversación difícil con la Dipres. En esa misma sesión del Senado reconoció el déficit estructural del sector y la brecha entre presupuesto y gasto. Admitió el diagnóstico y aplicó la terapia inversa. Se dirá que la brecha viene de antes, y es verdad: la deuda del Sótero con sus proveedores supera los 21 mil millones y no la creó este decreto. Pero ese antecedente agrava en vez de exculpar. Un servicio que ya opera en déficit tiene casi todo su presupuesto comprometido en remuneraciones, contratos vigentes y deuda flotante, partidas que

ningún director puede comprimir. El ajuste cae entero sobre el poco margen flexible que queda, que es justamente el que sostiene la atención diaria: insumos, reemplazos por licencia, horas extraordinarias, extensión horaria. Un 2,5% del total significa una fracción muchísimo mayor del gasto realmente disponible.

La coartada es la gestión. El gobierno aseguró que no habría impacto en insumos ni en atenciones, y la ministra terminó atribuyendo el problema a ineficiencias de los directores de hospitales. Su formulación más citada fue que los aumentos de presupuesto no se correlacionan con el aumento de la producción. El argumento se cae solo. Si el dinero que entra no rinde, el que se retira tampoco debería producir ahorro; para que el recorte sirva de algo hay que creer exactamente lo que esa frase niega. Y una resta lineal, decidida en Teatinos 120 a días de asumir y sin un solo indicador a la vista, es lo contrario de un instrumento de gestión: trata igual al servicio bien administrado que al que no lo está. Si el problema fuera clínico, habría auditorías y metas.

Desde la propia red se responde que todo esto es exagerado, porque cualquier servicio público distingue entre presupuesto inicial y presupuesto de cierre, y quien acota su gasto llega sin sobresaltos a diciembre. La objeción concede lo esencial. Acotar el gasto en un hospital es decidir qué no se hace. Cuadrar la caja mientras veinticinco personas permanecen hospitalizadas en sillones, como ocurría el 11 de agosto en el Hospital San José, resuelve un problema contable y no uno sanitario.

Los efectos ya se cuentan en atenciones perdidas. En La Cisterna, el alcalde Joel Olmos calcula 18 mil atenciones menos en el año por una reducción de 405 millones de pesos, y entre abril y mayo su municipio rechazó más de 4.300 horas médicas y 1.600 odontológicas. El Cesfam de la Fundación Cristo Vive, en Recoleta, dejó de atender los sábados hasta las cinco y ahora cierra a la una, porque terminó el programa de Atención Médica Expedita; lo mismo pasó en casi todos los consultorios de Arica. En el Sótero se instruyó priorizar pabellón para patologías cardíacas y oncológicas. Las circulares de junio pusieron tope a las horas extraordinarias, que es el mecanismo con que la red venía descontando listas de espera.

El golpe mayor lo recibió la atención primaria municipal, con unos 18 mil millones menos: la puerta de entrada del sistema para quienes no tienen otra puerta. Cuando el consultorio cierra temprano la gente no deja de enfermarse, llega al SAPU, al SAR, a la urgencia del hospital que ya estaba saturado. Quien cotiza en una isapre no se entera de nada. Por eso el ajuste era políticamente viable.

Tampoco hay escasez. Se retiran 413 mil millones de la salud pública mientras se discute rebajar el impuesto a las empresas y se blinda el presupuesto de Seguridad. En política fiscal la escasez siempre se construye: hay plata para lo que el gobierno considera parte constitutiva de su proyecto. El Decreto 333 exhibe una jerarquía.

La reacción desbordó a la oposición partidaria. La Comisión de Salud del Senado rechazó el recorte por

unanimidad. Alcaldes democratacristianos, comunistas, socialistas e independientes le escribieron al Presidente pidiendo reponer recursos para la atención primaria. Los gremios se manifestaron frente a La Moneda y frente al ex Congreso. La Subsecretaría de Redes Asistenciales, consultada por sus proyecciones para 2027, prefirió no responder. Quien sostiene que el problema es la eficiencia dispone de las cifras para probarlo y no las publica.

El deterioro de un sistema público rara vez llega como derrumbe. Llega como costumbre, y ahí está su eficacia política: cuando la gente concluye por experiencia propia que lo público no funciona, la privatización ya no necesita defenderse con doctrina. Ese es el punto en que un recorte deja de ser una medida fiscal. Como fue una decisión y no una fatalidad, puede revertirse. Nadie tendría que rifar un mueble para que un hospital funcione.

Para El Maipo Álvaro Ramis Olivo, colaborador de El Maipo. Presidente del Centro de Estudios Territorio y Comunidad.

Nota: El contenido vertido en esta columna de opinión es de exclusiva responsabilidad de sus autores, y no refleja necesariamente la línea editorial El Maipo.