

MINUTA LEY DE PRESUPUESTO 2025 MINISTERIO DE SALUD

Partida 16

I. Cuestiones generales

El presupuesto del Ministerio de Salud crece un 3,9% real¹, por sobre el aumento del presupuesto total del país (2,7%). Ello es consistente con la prioridad que el gobierno ha puesto en el área de salud en su discurso. Sin embargo, la distribución de los recursos no da cuenta del principal problema del sector: **la resolución de listas de espera.**

Porcentualmente, las principales alzas corresponden a líneas programáticas relacionadas con la construcción y equipamiento de hospitales, al plan nacional de inmunización y adquisición de alimentación complementaria para los adultos mayores. Solo detrás de ellas, aparecen mayores recursos para financiar la colaboración público-privada para la resolución de listas de espera.

Si bien más recursos al sector salud pueden ser necesarios, no serán suficientes para mejorar la oportunidad de la atención de los pacientes que se atienden en la salud estatal. Cabe recordar que Chile gasta prácticamente lo mismo que el promedio de la OECD (9% del PIB versus el 9,2% de la OECD, Health at a Glance 2023) y que numerosos estudios han dado cuenta de los problemas de gestión que existen tanto en atención primaria como en los hospitales estatales, situación que se ha hecho más patente con las dificultades de planificación presupuestaria que han mostrado varios hospitales estatales.

Sobre este último punto: cómo hacer más eficientes los recursos públicos que se destinan a la atención de salud de los chilenos, este es un presupuesto de continuidad sin mayores cambios que permitan abordar los problemas financieros y de oportunidad del sistema de salud estatal.

II. Principales alertas

1. Programa de Atención Primaria crece un 5,89% (ley contra ley): ¿Cuáles han sido los resultados de la principal reforma de salud del gobierno? Ni siquiera se ha cumplido con la entrega de glosas de información respecto a ese programa.

- Este es la principal bandera de la reforma a la salud del Gobierno. Sin embargo, no se conocen evaluaciones de cómo ha funcionado el sistema en las siete comunas que inauguraron este programa durante 2023. Pese a que una glosa exige que se informe al Congreso sobre una serie de indicadores (Glosa 09 del Programa 02, Capítulo 02, Partida 16) ellas no han sido entregadas ni en abril ni en julio².

Pese a la falta de información, el proyecto de presupuesto 2025 incluye 7 nuevas comunas (La Cisterna, Quellón, Conchalí, Quillota, Chiguayante, Constitución y Putaendo) sin ninguna justificación de por qué ellas son las elegidas. Así mismo, si en 2024 se incorporaron 13 comunas, ahora se suman solo la mitad. Esto significará \$7.588 millones adicionales que no hay certeza que estén siendo bien utilizados. ¿Es esta desaceleración de la implementación del plan indicio de problemas? No es posible

¹ Salvo que se indique lo contrario, todos los incrementos presentados en esta minuta corresponden a alzas reales comparando la ley de presupuesto vigente y el proyecto de ley de presupuestos 2025

² Información de la Oficina de Presupuesto del Senado a agosto. Revisado el día 11 de octubre de 2024.

saberlo porque no se cuenta con suficiente información para evaluar cómo ha avanzado este programa.

- Monto del per cápita en salud. Se incrementa para atender a un número creciente de la población que es parte de Fonasa. Ello implica casi \$79 mil millones adicionales. Pese a no aumentar el monto del per cápita, el mayor presupuesto implica un aumento relevante considerando que la atención primaria de salud tiene amplios espacios de mejora en su gestión y en eficiencia³. Además, debe reconocerse que el per cápita prácticamente se duplicó en la última década.

Mejorar la calidad de la atención en la salud primaria requiere de reformas más profundas que el solo aumento del financiamiento. Entre otros, se necesita un mejor esquema de coordinación e incentivos, tal como reconoció un estudio del CEP y la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile⁴: “el per cápita, al no contener indexadores suficientes que puedan servir para controlar derivaciones o incentivar la coordinación con los hospitales, fomenta la derivación de pacientes a los niveles hospitalarios”. Es decir, incentivan el crecimiento de las listas de espera que ya acumulan 2,5 millones de pacientes.

Finalmente, es necesario actualizar cuál es el real costo del Plan de Salud Familiar que el per cápita debe financiar y las metas concretas que se exigen a cambio de esos recursos. De lo contrario, la negociación carece de fundamento técnico.

2. Listas de espera: Dudas en cuanto a los recursos comprometidos y cuál es la meta para 2025.

- Los datos de personas en listas de espera al primer semestre de 2024 muestran que hay 2,5 millones de personas esperando por atención. De ellas, más de 83 mil personas tienen garantías GES incumplidas y más de 322 mil tienen cirugías atrasadas, en este último caso el promedio de espera supera el año.
- ¿Cómo el presupuesto para 2025 se hace cargo de esta emergencia? A nivel de líneas programáticas, hay un alza de 15,8% en la compra de prestaciones a privados lo que es positivo, aunque probablemente será insuficiente para la magnitud del problema.
- Por ejemplo, en el documento “Contenido del Proyecto de Presupuesto 2015” de la Dipres se habla de recursos para financiar 15 mil prestaciones quirúrgicas a través de compras a privados. Eso equivale a menos del 5% de las cirugías no GES en la lista de espera. En tanto, el presupuesto de los Servicios Nacionales de Salud, se incluyen \$70 mil millones para implementar el Plan de Productividad Quirúrgica con lo que se espera realizar 91 mil cirugías según establece la glosa 29 de la partida del Ministerio de Salud.
- En cuanto a las consultas de especialidad que suman a 2,1 millones de personas la única mención que se hace es el positivo uso del Hospital Digital para atención de

³ Un estudio de la CNEP mostró que más de un quinto de los días-cama de la APS corresponde a hospitalizaciones evitables. Por otro lado, estimó que de utilizarse mayor tecnología para priorizar las citas médicas aumentaría en un 14% el tiempo disponible para atenciones.

⁴ Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud, CEP y ESP de la U. de Chile (2017).

teleconsultas de especialidad. Según se establece en los documentos de Dipres los recursos entregados servirían para 24 mil teleconsultas, es decir, un 1% del stock.

3. Hospitales GRD⁵ crece 9,7%: Evaluar eficiencia de prestadores estatales.

- Parte del crecimiento se debe a una noticia positiva: cuatro nuevos hospitales (Illapel, Rengo, San Javier, y Traumatológico de Concepción) ingresen al sistema GRD. A través de ese sistema se puede hacer una gestión más eficiente de los recursos.
- Llama la atención que no se incremente el ritmo de hospitales que funcionan bajo este mecanismo, pese a que es más costo-eficiente. En 2024 también fueron cuatro los hospitales que comenzaron a funcionar bajo este sistema.
- También destaca que 18 hospitales de los 72 que funcionaron en 2024 bajo este sistema tengan alzas presupuestarias reales por sobre el 15% (ver tabla N°1), cuando sabemos que muchos de ellos tienen problemas de gestión⁶.

Tabla N°1: Hospitales GRD que crecen sobre el 15% y nivel de eficiencia (1 muestra el hospital más eficiente del país).

Hospital	Variación real del Presupuesto	Gasto por egreso equivalente (2020)
Hospital La Serena	15,7%	1,618
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio	21,2%	1,49
Hospital de Quillota	18,0%	1,549
Hospital de Quilpué	24,1%	1,582
Hospital de Curicó	18,7%	1,295
Hospital de Parral	28,2%	1
Hospital de Chillán	16,5%	1,522
Hospital de Coronel	15,7%	1,578
Hospital de Curanilahue	17,8%	1,74
Intercultural de Nueva Imperial	15,1%	1,24
Hospital de Villarrica	80,1%	2,018
Hospital de Coyhaique	16,5%	2,299
Hospital de Urgencia Asistencia Pública	16,7%	1,621
Hospital de Melipilla	53,4%	1,492
Hospital de Cauquenes	41,5%	S/I
Hospital de Constitución	21,2%	S/I
Hospital de Penco Lirquén	19,6%	S/I
Hospital Padre las Casas	29,5%	S/I

4. Gestión hospitalaria: casi la mitad de los hospitales ya había gastado el 80% de su presupuesto en agosto.

- Los datos de la Dirección de Presupuesto al mes de agosto (último dato disponible), muestran que de los 72 que funcionan bajo el sistema GRD, 31 (un

⁵ Grupos relacionados de diagnóstico.

⁶ De acuerdo al Índice de Gasto por Egreso Equivalente de Fonasa, disponible [aquí](#).

43%) ya habían gastado 80% o más de sus presupuestos vigentes para el año 2024.

- Esto es una muestra más de las fallas de gestión de nuestro sistema estatal de salud que no es capaz de controlar adecuadamente los recursos con que cuenta y, lo que es más grave, que es incapaz de entregar una atención oportuna a sus afiliados lo que se traduce en listas de espera. La suspensión de servicios por falta de recursos no hará más que profundizar este problema.
- Para resolverlo es necesario dotar a los hospitales del Estado de mayores atribuciones de gestión -por ejemplo, modificando el estatuto médico de manera de promover la productividad de los hospitales y sancionar a quienes no hacen correctamente su trabajo- y mejorar la rendición de cuentas de los directores de hospitales estatales. Sin cambios en esa dirección, los problemas presupuestarios se seguirán repitiendo.

5. Medicamentos de alto costo: Terminar con la línea presupuestaria que da fondos a la judicialización y destinar esos recursos a la Ley Ricarte Soto

- Si bien el programa “Compensación por daños a terceros y/o a la propiedad”, no crece en términos reales, se mantiene un programa creado en 2023 para hacerse cargo del creciente costo que significan las sentencias judiciales que lo obligan a financiar procedimientos médicos o tratamientos de alto costo.
- Mantener un programa presupuestario para este efecto es un error ya que institucionaliza un problema, pero no lo resuelve. No es el Poder Judicial quien debe definir la cartera de prestaciones del Minsal. A través del Auge y la Ley Ricarte Soto (para el caso de medicamentos de alto costo) son instrumentos que sí están coordinados por el ministerio y tienen criterios técnicos para decidir qué tratamientos deben ser incluidos como prestaciones del sistema de salud.

Es por ello que estos recursos deben ser traspasados para financiar la Ley Ricarte Soto ya que ese es el mecanismo que el Estado se ha dado para resolver estos problemas. De lo contrario, se está alentando la litigación para resolver el problema de acceso a medicamentos y se pierde la oportunidad para potenciar la Ley Ricarte Soto.

6. Personal: miles de nuevas contrataciones

- La dotación máxima de personal del Ministerio de Salud se incrementa en 3.705 funcionarios.
- Entre junio de 2023 y junio de 2024, la dotación total efectiva (que incluye a quienes trabajan en contratos por hora) subió en 15.514 personas.

7. Otros

- **Instituto de Salud Pública:** Se duplica el presupuesto para la adquisición de máquinas y equipos (llegando a \$931 millones) pese a que a agosto el presupuesto de ese ítem tiene una ejecución de apenas 39%.

- **Infraestructura hospitalaria:** Se aumenta el subsidio fijo a la construcción en 43,2%, el subsidio fijo de equipamiento en 23,4% y el subsidio fijo al mobiliario no clínico en 31,4%. Además, se triplican los recursos destinados a modificación de contratos de concesiones llegando a \$18 mil millones.
 - Debe transparentarse el total de proyectos, su grado de avance y cuál será el listado de proyectos que se entregarán y cuáles se comenzarán en 2025 y 2026.
- En la **Subsecretaria de Salud Pública** se crea un nuevo programa de Enfermedades Emergentes con un presupuesto de \$2.743 millones. Esta línea presupuestaria no tiene glosa.