Minuta Ley de Presupuesto 2026

Ministerio de Salud

Partida 16

I. Cuestiones generales

El presupuesto del Ministerio de Salud **crece un 5,6% real**[1], muy por sobre el aumento del presupuesto total del país (1,7%). En términos absolutos es el presupuesto que más crece. Ello es consistente con la prioridad que los chilenos le asignan al área salud (según la encuesta CEP es la segunda preocupación de los chilenos[2]). Sin embargo, más recursos no bastan para resolver el principal problema del sector la baja productividad de la salud estatal que se traduce en largas **listas de espera.**

En los últimos 20 años, el gasto público en salud se ha multiplicado por 5 veces en términos reales. Pese a ello, las listas de espera de la salud estatal siguen creciendo: entre el segundo trimestre de 2022 y el mismo periodo de este año se han incrementado en un 25%, sumando a más de 500 mil chilenos, y totalizando a casi 2,7 millones de personas, que esperan por una atención de salud más oportuna.

Así, aunque 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.

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 dudas y alertas

1. Fonasa crece un 4,8%, marcado por alza importante en los recursos para los principales hospitales del país ¿Dónde queda la gestión?

- Los hospitales que funcionan bajo el sistema GRD tienen un aumento presupuestario de 8,5%. Parte de esa alza se explica por el ingreso de cuatro hospitales (Traiguén, Puerto Aysén, Peñaflor y Ancud), lo cual es positivo ya que permite hacer una gestión más eficiente de los recursos. En ese sentido, sería deseable acelerar el ingreso de hospitales al sistema GRD: los cuatro ingresos de 2026, son los mismos que hubo en los años 2024 y 2025.
- Pese al aumento de recursos, los hospitales muchas veces carecen de insumos para realizar su trabajo y acumulan importantes deudas con sus proveedores. **A marzo de**

[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 2026.
[2] Correspondiente al periodo mayo-junio 2025.

2025 (no se ha entregado la glosa correspondiente a junio) la deuda hospitalaria era de $419.399 millones, un 134% mayor que a igual periodo de 2024[3].

- A julio de 2025, la mitad de los hospitales que funcionan bajo GRD ya habían ejecutado más del 60% del presupuesto y en varios casos más de 70%.
- **La propia información del Minsal muestra que el porcentaje de ocupación de los quirófanos es de 71% (siendo la meta del ministerio 85%) y se usan solo 5,7 horas al día[4]. Recalcar que la glosa correspondiente a julio no se ha entregado.**
- Es por ello que todos los años se deben suplementar estos recursos (en 2025 el presupuesto vigente es 3,6% superior a la ley aprobada), por lo que se debe sincerar el gasto y crear medidas para contenerlo.

2. **Nueva línea presupuestaria para la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa**
   - Si bien tiene un monto de solo $10.000, la creación de esta línea presupuestaria viene a confirmar lo que parece un hecho: la creación de esta modalidad requerirá de aportes fiscales, **pese a que tanto los informes financieros del proyecto de ley que la creó, como el director nacional de Fonasa, Camilo Cid, negaban la necesidad de aportes estatal para implementar esta modalidad.**
   - Dado el nulo interés en la licitación realizada a mediados de año, el Estado estaría subsidiando a los beneficiarios de Fonasa que compren un seguro complementario. Esto tiene una serie de problemas:
     a. Regresividad del gasto. Quienes adquieran ese seguro complementario serán los relativamente más ricos de Fonasa. De hecho, quienes pertenecen al tramo A (los más pobres) ni siquiera pueden acceder a la MCC. De esta forma, se destinan recursos escasos a quienes tienen una mejor situación económica.
     b. Permanencia del subsidio. Dado que la ley 21.674 no contempla ningún subsidio estatal a la MCC, este deberá discutirse anualmente en la ley de presupuesto lo que no asegura su continuidad en el tiempo y hace aún más complejo atraer a compañías de seguro que quieran participar en la licitación del beneficio.
     c. Costo efectividad de la medida. Fonasa justificará esta decisión diciendo que lo que se gaste en MCC puede ser ahorrado por menor uso de la MLE. Sin embargo, cabe preguntarse si era la forma más eficiente y eficaz de hacerlo y si podrían incrementarse las licitaciones o bien las derivaciones de las prestaciones ya licitadas.

3. **El Programa de Atención Primaria crece 1,5%. Pobres resultados del APS Universal y sin claridad de las comunas que se integrarían al programa.**

   - Esta es la principal bandera de la reforma a la salud del Gobierno. Sin embargo, hay poca información sobre las comunas que son parte de esa iniciativa. Actualmente, son 28 comunas las que participan del programa y las metas que le exige el Minsal a dichas comunas son de procesos (inscripción, utilización de servicios, procesos administrativos,

[3] https://www.senado.cl/site/presupuesto/2025/cumplimiento/Glosas%202025/16%20Salud/1610_78829052025_subred.pdf

[4] https://www.senado.cl/site/presupuesto/2025/cumplimiento/Glosas%202025/16%20Salud/1610_17835_26082025_subred.pdf

diálogos ciudadanos, entre otros) sin que ellas tengan un impacto concreto en la salud de las personas, las que han sido modestos en términos de resolutividad médica y hospitalizaciones evitables. **Incluso entre las metas del propio programa la inscripción es de 38,9% de la población potencial, debajo del objetivo de 60%.**

El resto de las metas no ha podido ser medida, por lo que no hay claridad real de que este programa este logrando alguno de sus objetivos. Y la glosa de información correspondiente a julio no ha sido entregada[5].

De acuerdo a la información entregada por glosa presupuestaria[6] el gasto promedio por usuario es de $10.531 por persona. Es necesario saber si este es un gasto adicional al per cápita de salud.

Sin la entrega de una evaluación exhaustiva del funcionamiento de este programa a tres años de su implementación esta partida debiera ser rechazada por la subcomisión.

- 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 $26 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 eficiencia**[7]. 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 Chile[8]: "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 2,7 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.

4. Inversión sectorial de salud: Implicancias de la caída del financiamiento de proyectos.

- Pese a que en el total del Minsal las iniciativas de inversión crecen un 9,5%, **el presupuesto para línea proyectos cae un 66%** (Partida 16, capítulo 10, programa 02). Debe conocerse cómo esta reducción afecta el proceso de mejora y actualización de la infraestructura de atención primaria y hospitalaria del país.

---

[5] Información de la Oficina de Presupuesto del Senado a agosto. Revisado el día 3 de octubre de 2024.

[6] https://www.senado.cl/site/presupuesto/2025/cumplimiento/Glosas%202025/16%20Salud/1610_1043_17062025_subred.pdf

[7] 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.

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

Se requiere información respecto el plan de mejora de infraestructura a nivel país, además de la evaluación de cómo ha avanzado el plan de infraestructura hospitalaria que ha mostrado problemas en distintas regiones del país, transparentando el grado de avance y cuál será el listado de proyectos que se entregarán en 2025 y los que cuentan con financiamiento para iniciar en 2026.

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", cae en términos reales en Fonasa, sube en el presupuesto de la subsecretaría de Redes Asistenciales en un 23,7%. Así, 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.
    - La caída en Fonasa puede deberse a que el GES integró dentro de sus prestaciones al medicamento Trikafta (para tratar la fibrosis quística) que era el que concentraba más demandas en el Poder Judicial. Es necesario saber cuál es la explicación para el alza en el presupuesto de la subsecretaría de Redes.
    - **La forma de resolver este problema es a través de la institucionalidad y no manteniendo un programa presupuestario que no resuelve la judicialización de la salud.** No es el Poder Judicial quien debe definir la cartera de prestaciones del Minsal. En cambio, el GES 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, en base a su costo-efectividad y dando justicia a todos los chilenos y no solo a quienes pueden presentar un recurso de protección.

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 dicha ley.

6. **Listas de espera: Dudas en cuanto a los recursos comprometidos y cuál es la meta para 2026.**
    - Los datos de personas en listas de espera al primer semestre de 2025 muestran que hay casi 2,7 millones de personas esperando por atención. De ellas, más de 76 mil personas tienen garantías GES incumplidas y más de 362 mil tienen cirugías atrasadas, en este último caso, el promedio de espera supera el año.
    - En ese sentido, se debe valorar el aumento de 48% de la línea presupuestaria Bono Auge que permite la compra de prestaciones en el sector privado. Sin embargo, los prestadores han criticado la baja derivación de pacientes desde Fonasa. Por lo que debe mejorarse la gestión para efectivamente derivar pacientes a los centros de salud privados.

Tras los sucesivos hallazgos de la Contraloría General de la República sobre irregularidades en las listas de espera se debe exigir que el Estado implemente un sistema informático unificado, transparente y con reportabilidad a los pacientes para la gestión de las listas de espera a nivel país.

7. Personal: miles de nuevas contrataciones

- La dotación máxima de personal del Ministerio de Salud se incrementa en 2.898 funcionarios.
- Entre junio de 2024 y junio de 2025, la dotación total efectiva (que incluye a quienes trabajan en contratos por hora) pasó de 195.060 a 199.372 personas, un alza de 2,2%.

8. Otros

- **Instituto de Salud Pública:** No cuenta con recursos para equipos ni programas informáticos. Se debe contar con información sobre si esto se condice con el ciberataque que sufrió el ISP durante en julio pasado y si dicho problema ya está completamente superado.
- **Programa de contingencias operacionales:** Diferentes líneas presupuestarias con este nombre suben en los presupuestos de los hospitales (GRD +2733% y Programa de Prestaciones Institucionales +72%), pero caen en Atención Primaria (-35%).