

## MINUTA LEY DE PRESUPUESTO 2027 MINISTERIO DE SALUD PARTIDA 16

### I. Cuestiones generales

El presupuesto del Ministerio de Salud crece un 4,7% real<sup>1</sup>, muy por sobre el aumento del presupuesto total del país. En términos absolutos es el ministerio con mayor presupuesto y el que más crece respecto al 2026. 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<sup>2</sup>). Sin embargo, más recursos no bastan para resolver el principal problema del sector. Y, en parte, este presupuesto lo reconoce. La ministra Chomali ha priorizado la mejora la gestión del sistema. Por ende, es esencial que los mayores recursos se transformen en más atenciones de modo de disminuir los **2,5 millones de personas en listas de espera**. Si bien esa cifra es 3,3% menor si se compara el segundo trimestre de este año con respecto a igual periodo de 2025, es más alta que la registrada en 2023 y 2024 para el mismo trimestre.

En los últimos 20 años, el gasto público per cápita en salud se ha multiplicado por 4 veces en términos reales. Y el país ya gasta en esta área un porcentaje mayor del PIB (10,5%) al que destinan a salud los países más desarrollados (9,3%)<sup>3</sup>. Es por ello que el eficiente uso de los recursos se vuelve fundamental, sobre todo considerando que la falta de atención oportuna muestra ciertos signos preocupantes: las listas de espera acumulan casi 77 mil nuevas personas esperando desde el último trimestre de 2025 y los días promedio de espera han subido desde entonces.

En ese sentido, numerosos estudios han dado cuenta de los problemas de gestión que existen tanto en atención primaria como en los hospitales estatales. Es por ello que el Presupuesto 2027 apuesta por contener el gasto en el nivel administrativo para destinarlo a la atención de pacientes y una mayor colaboración público-privada. Asimismo, se separó el presupuesto de los servicios de salud entre atención a pacientes y gasto administrativo, lo que permitirá tener un mayor control de los recursos. Todas estas medidas son valorables.

Entre las cosas que deberían reconsiderarse están las licencias médicas. Esta ley de Presupuesto no toma medidas al respecto. A ello se suma el nulo avance del proyecto de ley que se discute en el Senado<sup>4</sup>. Cabe recordar que, en total, las licencias médicas implican un gasto de \$3 billones (para 2024, último dato disponible) y para lo cual se destina el 48,5% de las cotizaciones de salud, restando valiosos recursos para el sector.

### II. Principales avances, dudas y alertas

1. **Fonasa crece un 4,8%, marcado por alza importante en los recursos para los principales hospitales del país. ¿Cómo nos aseguramos que mejore la gestión?**

---

<sup>1</sup> 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 2027.

<sup>2</sup> Correspondiente al periodo abril-mayo 2026.

<sup>3</sup> OECD, Health at a Glance 2025.

<sup>4</sup> Boletín N° 17.678-11.

- Si bien es destacable el aumento de 2,2% de la producción de cirugías electivas respecto al primer trimestre de 2025, preocupa la caída de pabellones quirúrgicos habilitados y con el personal necesario para realizar cirugías<sup>5</sup>.
- Los hospitales de alta y mediana complejidad que funcionan bajo el sistema GRD tienen un aumento presupuestario de 5,6%. Este año no ingresan nuevos hospitales al sistema, por lo que el alza se explica únicamente por aumentos presupuestarios. Dado que el sistema GRD permite hacer más eficiente el traspaso de recursos desde el Estado a los prestadores públicos, debe explicarse por qué dejan de ingresar hospitales al sistema considerando en los últimos años ingresaba un promedio de cuatro hospitales al año. De hecho, se elimina la glosa 03 del capítulo 02, programa 05 que pedía informar “sobre un cronograma para organizar la transformación de hospitales con financiamiento de Prestaciones Institucionales en hospitales con Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico.”
- Pese a los mayores recursos que se han venido entregando a los hospitales GRD, ellos muchas veces carecen de insumos para realizar su trabajo y acumulan importantes deudas con sus proveedores. En ese sentido, es positivo reconocer y normalizar sus presupuestos. Sin embargo, es esencial establecer controles que permitan transformar esos mayores recursos en más atenciones. En ese sentido, debería considerarse en la glosa 1 del capítulo 02 y programa 05 que el Minsal de cuenta al Congreso sobre cómo ha avanzado la ejecución de recursos en estos hospitales para evaluar si la normalización de presupuestos ha tenido impacto en una mejor gestión.
- Lo anterior es importante ya que, a julio de 2026, casi la mitad de los hospitales que funcionan bajo GRD ya habían ejecutado más del 60% del presupuesto y 11 de 80 hospitales que funcionan bajo este sistema había ejecutado más del 70%. Si la estrategia es sincerar los presupuestos (lo que es acertado) se deben crear mecanismos para que ese mayor gasto sea bien ejecutado y no se repitan las sobre ejecuciones. Ello porque dada la apuesta de sincerar y las estrechas finanzas públicas se debe aclarar de dónde vendrían eventuales recursos requeridos para suplementar el presupuesto de los hospitales.

## 2. Fortalecimiento de la colaboración público-privada para atender a más pacientes

- Por distintas vías el Presupuesto del Ministerio de Salud apunta a fortalecer la colaboración público-privada para entregar una atención más oportuna a los pacientes. Si bien la mayor alza corresponde a una regularización del presupuesto que se utiliza en la Ley de Urgencia (que permite atender y estabilizar a los pacientes en recintos privados, sin importar si son beneficiarios de Fonasa). Con todo, destacan aumentos de recursos para:
  - a. Sistema de Acceso Priorizado con un alza de 11,4% → que permite atender de manera más expedita a ciertas operaciones (endoprótesis total de rodilla, todas las edades y endoprótesis de cadera en menores de 65 años) ya sea vía derivaciones de usuarios de Fonasa que están en lista de espera a prestadores privados o bien vía MLE, sin necesidad de estar en lista de espera.
  - b. Provisión de prestaciones médicas se incrementa en un 40% → permite, entre otros, la compra, vía GRD, de prestaciones para pacientes críticos en prestadores privados.

- c. Bono Auge, que permite la compra de prestaciones en el sector privado, mantiene sus recursos a nivel real.
- d. Aunque no considera recursos, el proyecto de ley exige información sobre el segundo prestados para las garantías GES oncológicas, lo que permite una derivación más rápida.
- Pese a lo anterior, es importante que el sistema regularice la deuda hospitalaria. A marzo de 2026 (no estaba disponible el dato a julio) la deuda hospitalaria era de \$388.339 millones<sup>6</sup>. Fonasa debe comprometer plazos de pago para regularizar las deudas que mantiene con los proveedores y prestadores privados.

### 3. Programa de Atención Primaria crece 4,1%. Positivo giro al programa de APS Universal.

- El APS universal fue la principal bandera de la reforma a la salud del gobierno anterior. Sin embargo, las metas exigidas (inscripción, utilización de servicios, procesos administrativos, diálogos ciudadanos, entre otros) no tenían mayor impacto en la salud de las personas. Incluso entre las metas del propio programa la inscripción en 2025 era 38,9% de la población potencial, debajo del objetivo de 60%. Es por ello que se valora la transformación de ese programa en uno que permita la detección oportuna de cáncer cervicouterino, colorrectal y gástrico. Estas medidas de prevención son costo efectivas y pueden salvar vidas.
- Monto del per cápita basal se incrementa un 4,99%, lo que implica un gasto adicional por casi \$45 mil millones. A ello se le suma un incremento por más de \$50 mil millones producto del incremento de la población atendida.  
El alza del per cápita responde a la integración al Plan de Salud Familiar (PSF) de prestaciones que hoy se atienden vía programas de reforzamiento voluntario, por lo que actualmente no cubren a toda la población. Este es un paso positivo al actualizar el PSF y sincerar sus costos. Esto permitirá que sin convenios anuales, todas las comunas del país tengan financiamiento para cuidados paliativos, salud bucal y el programa de adultos mayores autovalentes.  
Además, hay alzas importantes en la asignación para médicos especialistas en APS (+302% real) y se incluye a los especialistas en medicina familiar. Si bien estas alzas se valoran, se dan en un contexto de una atención primaria de salud que tiene amplios espacios de mejora en su gestión y en eficiencia<sup>7</sup>. 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<sup>8</sup>: “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.

6

[https://www.senado.cl/site/presupuesto/2026/cumplimiento/Glosas%202026/16%20Salud/1610\\_1506\\_9\\_24062026\\_subred.pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2026/cumplimiento/Glosas%202026/16%20Salud/1610_1506_9_24062026_subred.pdf)

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud, CEP y ESP de la U. de Chile (2017).

En 2026 existía una glosa en ese sentido (glosa 23 del capítulo 09, programa 01), que este año se eliminó. Sin embargo, según información del propio Minsal el estudio que pretendía responder esas preguntas no se llevó a cabo (licitación fue declarada desierta<sup>9</sup>), por lo que persiste la necesidad de contar con estudios serios de cuánto cuesta financiar el Plan de Salud Familiar.

#### **4. Inversión sectorial de salud: Implicancias de la centralización del presupuesto.**

- La inversión sectorial en salud crece un 11,6%.
- El principal cambio está relacionado con la forma en que se financia esta inversión. Lo que antes se hacía vía transferencias de capital a cada uno de los servicios de salud, se propone que se ejecute de manera centralizada desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Este cambio cobra mayor relevancia considerando que, a julio, la ejecución del presupuesto de inversión del Minsal (subtítulos 29, 31 y 33) era de solo un 27%

#### **5. Medicamentos de alto costo: ¿Por qué caen los recursos a la Ley Ricarte Soto y se mantiene la línea para pagar fallos judiciales?**

- El programa “Compensación por daños a terceros y/o a la propiedad”, se mantiene en términos reales en Fonasa (\$15.819 millones) y se elimina en el presupuesto de la subsecretaría de Redes Asistenciales. De esta forma, 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.
- Esta forma de financiar remedios de alto costo debe terminarse, pues la forma correcta de resolver este problema es a través de la institucionalidad y no manteniendo un programa presupuestario que no lo 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 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 no beneficiando únicamente solo a quienes pueden presentar un recurso de protección.
- Es por ello que sorprende la caída del presupuesto de la Ley Ricarte Soto en 14,5% (-\$28.207 millones) ya que es ese 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 mecanismos más técnicos.

#### **6. Fuerte alza del presupuesto al Instituto de Salud Pública parece justificada.**

- El incremento es de 36,9% y se explica por fuertes incrementos en bienes y servicios de consumo (+23,9%) y proyectos de inversión (+133%).
- Según la información de la Dipres, estos recursos buscan renovación de equipos, fortalecer el programa de inspección de laboratorios que exportan medicamentos a Chile. Asimismo, se destinan gastos a ciberseguridad (recordar el ataque cibernético que tuvo el ISP en julio de 2025) y hacer más expedito el registro de productos farmacéuticos.

## 7. Otros

- **Listas de espera, más allá de consultas e intervenciones:** El sistema tiene una deuda en visibilizar la espera por exámenes, imágenes diagnósticas y otros procedimientos. Esto impacta en el gasto de bolsillo de las familias que acuden a atenderse a privados ante las esperas en el sector público, contando con menor cobertura financiera. Por otro lado, estas listas de espera también tienen un impacto sobre las que ya monitorea el Minsal, pues un examen puede llevar a la necesidad de una intervención quirúrgica.
  - De la poca información con que se cuenta (por una glosa del presupuesto de Redes Asistenciales específica para ciertas enfermedades) es que:
    - **Casi 100 mil personas esperan por colonoscopías (diagnósticas o terapéuticas) y el tiempo de espera promedio es de 2,5 años.**
    - En el caso de las endoscopías digestivas, quienes esperan superan las 200 mil personas y la espera promedio supera los dos años.
    - **En el caso de las imágenes complejas (como tomografía axial computarizada o resonancia nuclear magnética) suman 180 mil personas en espera y las esperas promedio superan el año y medio.** En el caso de las resonancias es prácticamente de dos años.
- **Cenabast:** ¿Qué explica su significativa alza de presupuesto de 21,6%? Parte de ese gasto es para dar continuidad a un proyecto de interoperabilidad de stock de bodegas online ¿Qué resultados ha mostrado hasta ahora dicho programa?
- **Glosas de información:** Tal como en años anteriores se ha hecho una actualización de las glosas. Si bien hay cerca de 80 glosas que se eliminan, lo cierto es que muchas de ellas se fusionan con otras permitiendo un menor trabajo administrativo, pero sin sacrificar la información que se entrega al Congreso. Hay glosas que se mantenían inercialmente y que parece positivo eliminar. Con todo, parece importante reponer las siguientes glosas:
  - Tal como se mencionó, la glosa 23 de la Subsecretaría de Salud Pública establecía un estudio del per cápita. Ese estudio no se entregó y debería retomarse.
  - En la glosa 24 de la partida que solicitaba información sobre déficit de médicos por especialidad.
  - La glosa 03 del capítulo 02, programa 05 debería mantenerse para que haya claridad de cómo se van a seguir integrando hospitales al sistema GRD que es una forma más eficiente de financiar a los prestadores públicos.