

Circular 12: ajuste 3% en el Sector Salud, desde la perspectiva sindical

Presupuesto Sector Salud

Ley de Presupuesto 2026: incremento 5,6%, con una deuda de arrastre de +300 mil millones.

Presupuesto agotado en varios establecimientos de salud, en distintos meses del año.

Presupuesto de inicio es considerablemente menor al presupuesto de cierre.

Sostenibilidad del sector se encuentra sujeta a los decretos presupuestarios que permiten finalizar el año, mantener atención, compra de insumos, entre otros.

Ajuste presupuestario 3%: Circular 12 Hacienda

A la fecha: no hay indicaciones o directrices formales desde el Ministerio de Salud respecto a su aplicación.

- Disminución del crecimiento: impacto en la dimensión asistencial, calidad de la atención, inversiones y condiciones laborales, ya que el ajuste se traduce en medidas operativas que inciden en dotación, gestión de personal, continuidad de turnos, capacidad quirúrgica y oportunidad de atención.

- Producción asistencial hospitalaria y de urgencia depende de dotaciones completas y de reemplazos oportunos para sostener turnos 24 horas.

- Una parte relevante de la demanda especializada se concentra en el nivel terciario, es decir en hospitales de alta complejidad, donde la ausencia de personal crítico produce cuellos de botella inmediatos (el propio informe oficial de listas de espera muestra que al cierre de 2025 el 82,3 por ciento de las consultas nuevas de especialidad y el 90,6 por ciento de las intervenciones quirúrgicas No GES corresponden al nivel terciario).

Impacto en condiciones laborales y continuidad de la atención

Concursos y nuevas contrataciones: El oficio instruye revisar concursos no realizados a marzo de 2026 y detener todo concurso y nueva contratación que no se encuentre finalizada y con proceso de trámite al 13 de marzo.

Esto afecta a los servicios de salud porque muchas brechas se cubren mediante concursos para cargos clínicos y de apoyo que sostienen continuidad y productividad. Si se congelan procesos en curso o se impide iniciar concursos para brechas críticas, se incrementa el riesgo de dotaciones incompletas en unidades donde la continuidad es requisito operativo, como urgencias, UPC, pabellones y hospitalización.

Esto no solo reduce la oferta asistencial, también eleva la probabilidad de cierres de camas por falta de personal, reprogramación quirúrgica y mayores tiempos de espera.

La suspensión de los concursos de ADP, también afecta la continuidad de la gestión y la gobernanza de los Servicios de Salud. Hay Directores que solo están ratificados por 6 meses, por ejemplo.

Impacto sobre reemplazos y continuidad del servicio: El punto más sensible para salud es que el oficio ordena no reemplazos de funcionarios por enfermedad o por cualquier causa legal que lo genere, con excepciones (post natal y enfermedad de hijo menor 1).

Las ausencias por licencias médicas y contingencias son estructurales y se distribuyen de manera desigual entre establecimientos. Cuando no se reemplaza, los turnos se cubren con sobrecarga interna, se redistribuye personal desde otras unidades o se disminuye actividad programada para sostener lo urgente.

Ello se traduce en menos consultas, menos cirugías electivas, menos procedimientos diagnósticos y mayor derivación hacia urgencias. Este efecto es especialmente crítico porque las estrategias recientes de reducción de espera han descansado en aumentar capacidad de resolución y rotación de la lista, incluyendo ampliación de jornadas médicas y quirúrgicas.

Si se prohíben reemplazos, la ampliación de jornadas se vuelve más difícil de sostener sin aumentar el agotamiento del personal (más licencias), con impacto en seguridad del paciente, eventos adversos y clima laboral.

Impacto sobre horas extraordinarias, turnos y gasto en personal. El oficio busca austeridad y eficiencia, y en salud eso suele traducirse en presión para contener subtítulo 21 y gastos asociados a turnos, horas extraordinarias y continuidad operacional. Además, en la Ley de Presupuestos 2026 para el Ministerio de Salud se establecen reglas de ejecución para horas extraordinarias y asignación de turno mediante programas mensuales y control de disponibilidad presupuestaria.

En este contexto, si se tiene menos dotación efectiva por no reemplazo y menor holgura para pagar coberturas por horas extra, eso empuja a los establecimientos a reducir actividad programada para asegurar lo ininterrumpible, o a operar con dotaciones mínimas con mayor riesgo operativo.

Impacto sobre incentivos al retiro y vacantes estructurales: se sugiere no renovación de cupos de funcionarios acogidos a retiro. En salud, donde existen brechas persistentes en algunas categorías y territorios, la no reposición de cupos jubilados puede consolidar una reducción de capacidad instalada.

Esto es más grave cuando se trata de cargos de alta especialización o con curvas de aprendizaje largas, como enfermería UPC, arsenalera, anestesia, imagenología, laboratorio, farmacia clínica y otros roles críticos. La consecuencia probable es que parte de la infraestructura o equipamiento disponible no se use plenamente por falta de recurso humano.

- Impacto sobre compras de servicios, asesorías y gestión de apoyo. El oficio ordena revisar contratos de servicios con foco en austeridad, detener cualquier nuevo estudio y asesoría, y detener gasto que no importe obligación legal y pueda contribuir al ajuste permanente.
- En los Servicios de Salud, muchos apoyos operativos y clínicos se sostienen por contratos externos, desde aseo y alimentación hasta mantención de equipos y algunos servicios clínicos complementarios.
- Salud es un entramado donde todas las unidades cumplen una función para la continuidad de la atención. La falla o sobrecarga de unidades administrativas o de apoyo impacta en ello.
- Auditorías en proceso por los mismos funcionarios de los establecimientos.

Consideraciones finales

El sector actualmente no está que en condiciones de un ajuste de más de 500 mil millones sin repercusiones en la s dimensiones previamente señaladas. Con menos reemplazos, concursos detenidos y presión de contención de gastos, lo más esperable es una caída de producción en consulta y cirugía electiva, con alza de reprogramaciones, aumento de ausentismo por sobrecarga y deterioro del desempeño de red.

Esto tiene consecuencias visibles porque las listas de espera ya son voluminosas. El informe oficial de listas de espera muestra que al cierre de 2025 existen 2.464.738 registros en espera de consultas nuevas de especialidad y 425.095 registros en espera de intervenciones quirúrgicas No GES. Si baja la producción, ese stock crece o rota más lento, y se pierde parte del avance de oportunidad reportado, con efectos políticos y sanitarios.

Además, es relevante evitar que la restricción se aplique de forma desigual, sin considerar las distintas realidades territoriales de los 29 Servicios de Salud.

Cualquier decisión de congelar concursos, limitar reemplazos o reducir recursos debe ser formalizada con fundamentos, evaluación de impacto asistencial y definición de responsables.

Respecto a inversiones, consideramos indispensable avanzar en la construcción del nuevo HCVB y Zona Norte, ya comprometidos en la Ley de Presupuesto 2026.

Llamado a considerar retrotraer esta medida, sin perjuicio de otras ya señaladas por el Ministerio como el cierre de sumarios por licencias médicas (considerando el dey que la resolución de la lista de espera oncológica sea en los mismos establecimientos públicos.

Libertad sindical

- Indemnidad remuneracional: asignaciones de urgencia, dictámenes de Contralorías Regionales.
- Reemplazos
- Uso de horas gremiales
- Convenio N°87 de la Organización Internacional del Trabajo