COMISIÓN DE SALUD — SENADO DE LA REPÚBLICA

Recortes presupuestarios en salud pública:

$413.193 M

Recorte decretado en salud pública

¿Por qué la promesa central no garantiza la atención local?

Mayo 2026

Dra. Mariluz Lozano

Colegio de Cirujanas y Cirujanos Dentistas de Chile A.G.

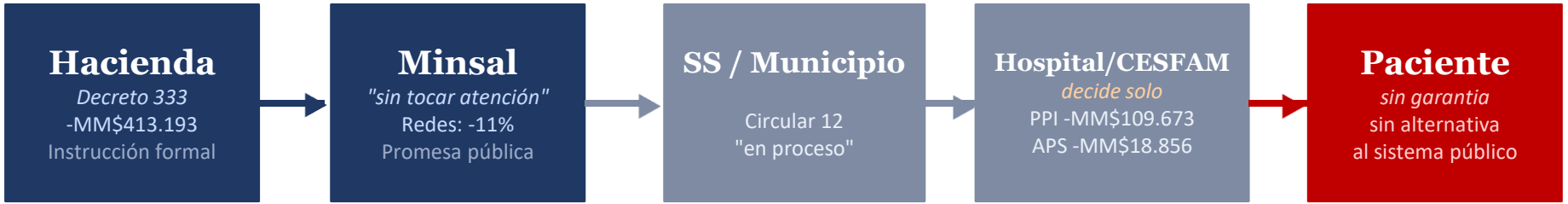
El problema estructural

La promesa es nacional. El riesgo es local.

El Minsal garantiza que no se tocará la atención. Pero la decisión de cómo recortar la toma cada director de hospital, alcaldes y directores de CESFAM — sin estándares mínimos, sin supervisión explícita y sin recursos compensatorios.

Lo que dice el Gobierno	El problema real
Ajuste equivale al 2,5% del sector	Redes Asistenciales: –11% de su presupuesto legal
Promedio de 1,1% por hospital	PPI (operación diaria): –$109.000 millones
"Diseñado para no afectar pacientes"	Se discontinúan programas críticos
Foco en eficiencia administrativa	Sin instrucción ni supervisión local

La cadena de responsabilidad — y dónde se rompe



Ruptura 1: SS / Municipio

La Circular 12 instruyó detener concursos. Los SS no recibieron guía operativa sobre qué recortar hasta semanas después del decreto.

Ruptura 2: Hospital/CESFAM

El director recorta PPI, Subt.21 o Subt.22 sin estándar. 10 SS ya ejecutaron 50%+ del presupuesto anual en solo 3 meses.

Consecuencia: Paciente

No tiene Isapre, no tiene alternativa. Si se suspende una prestación, no hay a dónde ir.

Cada eslabón traslada la responsabilidad al siguiente sin instruccion, sin estándar y sin supervisión. El último eslabón — el paciente — no tiene alternativa al sistema público y no puede defenderse.

Cadena de financiamiento hospitalario: de dónde viene la plata

Hacienda / DIPRES
Ley de Presupuestos

FONASA
Administrador del fondo

Subsec. Redes Asistenciales
Distribuye a 29 servicios de salud · Recorte propio: -11%

Servicio de Salud Regional
Gestiona y transfiere por 4 vias al hospital

PPI	GRD	Subtitulo 21	Subtitulo 22
Prestaciones Institucionales Financia operacion diaria: insumos, contratos, medicamentos no GRD. **D333: -MM$109.673**	**Grupos Relacionados de Diagnóstico** Pago por caso clínico cerrado. Si el costo supera el GRD, el hospital absorbe la diferencia. **D333: -MM$79.069**	**Recursos Humanos** Sueldos, guardias, horas extra, asig. de turno. Es el ítem más grande (30% del gasto). **D333: recorte en c/SS**	**Bienes y Servicios** Insumos, aseo, alimentación, medicamentos, ambulancias. 10 SS al 50%+ en marzo. **D333: recorte en c/SS**

Lo que hace distinto al hospital: no tiene alcalde que compense. El director no puede "no recortar" — solo elige donde hacerlo: personal clínico, insumos u operación diaria. Las tres opciones tienen consecuencia clínica directa.

Los números que no se presentan juntos

2,5%

Del presupuesto total (Cifra del Minsal)

Promedio por hospital: 1,1%

−11%

Presupuesto de Redes Asistenciales

Coordina TODA la red hospitalaria pública

$109.000 M

Recorte al PPI (Operación diaria)

Insumos, cuentas, funcionamiento básico de hospitales

$18.000 M

Recorte a atención primaria (APS)

Sin expansión de per cápita desde 2025

+ Discontinuación de: hospitalización domiciliaria · salud mental · programa Ajuar Chile Crece Contigo

¿Por qué la gestión local no puede garantizar el resultado?

Desigualdad territorial

Un hospital rural o de alta pobreza no tiene el mismo margen para “eficientar”. El mismo porcentaje de recorte produce impactos radicalmente distintos según el punto de partida.

Capacidad de gestión heterogénea

Recortar sin afectar la atención requiere diagnóstico, planificación y liderazgo. Los municipios pequeños y CESFAM con mayor carga no tienen equipos de gestión robustos.

Sistema ya sin holgura

2,6 millones de personas en lista de espera. El sistema público está estructuralmente desfinanciado. No hay colchón para absorber ningún recorte.

Las 5 preguntas que el Minsal debe responder

1. ¿Existe un instructivo operativo enviado a cada servicio que indique qué ítems se pueden recortar y cuáles están protegidos?
2. ¿Cuál es el estándar mínimo de continuidad asistencial, independiente de la capacidad de gestión de cada establecimiento?
3. ¿Qué mecanismo concreto de supervisión verificará que ningún hospital ni CESFAM recorte prestaciones directas a pacientes?
4. ¿Cómo se garantiza la continuidad de pacientes que dependen de hospitalización domiciliaria, Sembrando Sonrisas, APS universal, salud mental y Chile Crece Contigo?
5. ¿Cuál es el plan de contingencia si en 60 o 90 días se constata que la atención fue afectada en alguna región?

Lo que el propio Minsal reconoce — y lo que no responde

Análisis basado en la presentación oficial del Ministerio de Salud ante esta misma Comisión — Mayo 2026

Lo que el Minsal SÍ reconoce en su presentación

Deuda de arrastre de MM$565.000
Bienes recibidos sin registro contable. MM$239.000 aún sin incorporar al gasto 2026. (Diap. 17 Minsal)

10 servicios gastan 2–4 meses más del presupuesto en Subt.22
Ya en marzo 2026 hay servicios con ejecución al 50–52% del presupuesto anual. (Diap. 10 Minsal)

La directriz formal AÚN estaba "en proceso" el 21 de abril
Respuesta oficial ante gremios: "En proceso. Se instrumentaliza mediante circulares." (Diap. 16 Minsal)

Per cápita APS 2027: "No podemos comprometer un número hoy"
Reconocen que el per cápita 2026 está congelado y que el 2027 es incierto. (Diap. 16 Minsal)

Lo que el Minsal NO responde en su presentación

¿Cómo absorben los servicios más frágiles la deuda y el recorte a la vez?
Si MM$239.000 de deuda deben incorporarse al gasto 2026, ¿cómo se compatibiliza con el ajuste simultáneo?

¿Qué ocurre con los 10 servicios que ya superaron el 40–52% en marzo?
Si llevan 2–4 meses de gasto en solo 3 meses, el ajuste los deja sin margen. No hay "eficiencia" que recortar.

La circular "en proceso" en abril: ¿cuándo llegó a cada director de servicio?
El decreto se aplicó sin que la directriz operativa existiera. Los directores recortaron sin instrucción precisa.

19.613 casos GES oncológicos pendientes: ¿cómo se resuelven con menos presupuesto operacional?
El Minsal declara el cáncer como "urgencia #1 en 2026" pero no explica cómo el ajuste no la contradice.

06

Conclusión

¿Nos oponemos al ajuste fiscal?
¡Nos oponemos a la precarización de la atención y al cierre de programas en APS!

Pedimos que la promesa ministerial se convierta en una garantía real: con instructivo, estándares y supervisión para cada paciente del sistema público, en cada rincón del país.

Solicitud concreta:

Que el Ministerio de Salud presente antes del 15 de junio:
- Instructivo operativo por servicio.
- Estándares mínimos de continuidad.
- Mecanismo de monitoreo y contingencia.

Sin garantías, la promesa no protege a nadie.

Una intención sin mecanismo de cumplimiento no es una garantía en salud pública.