INFORME DE LA TERCERA SUBCOMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS, recaído en el proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2027, en lo relativo a la **PARTIDA 16 MINISTERIO DE SALUD**

BOLETÍN Nº 18.702-05

Consideraciones de Análisis / Asistencia / Partida 16 / Capítulo 02 / Capítulo 04 / Capítulo 05 / Capítulo 09 / Capítulo 10 / Capítulo 11 / Capítulos 20 a 47 (Servicios de Salud) / Capítulo 49 / Capítulo 51 / Capítulo 52 / Capítulo 53 / Discusión en la Subcomisión / Resolución de la Partida / Acordado / Cuadro Resumen

HONORABLE COMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS:

La Tercera Subcomisión Especial Mixta de Presupuestos informa la Partida Ministerio de Salud, del proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2027.

La Tercera Subcomisión está integrada por la Senadora Ximena Órdenes Neira y por los Diputados señores Jaime Coloma Álamos, Pier Karlezi Hazleby, Fernando Ugarte Tejeda y Agustín Romero Leiva (Presidente).

CONSIDERACIONES DE ANÁLISIS

Cabe destacar que en el estudio de la presente Partida:

1.- Las cifras se expresan en miles de pesos (M$).

2.- Se indica, en la descripción de cada programa, cuando corresponda, el monto propuesto para 2027 y su variación respecto al presupuesto de 2026 (inicial, más reajuste, más leyes especiales, más ajustes), según datos aportados por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda en el libro que acompaña el proyecto de Ley de Presupuestos.

3.- Se tienen a la vista, al inicio del debate, cuando proceda, glosas comunes a toda la Partida, glosas comunes asociadas a ciertos capítulos y diversas glosas incluidas en los programas que la integran.

ASISTENCIA

I.- En sesión celebrada el 19 de octubre de 2026:

1.- **Senadores y Diputados no integrantes de la tercera Subcomisión.** Senadora señora Karol Cariola Oliva y Senadores señores Ricardo Celis Araya, Enrique Lee Flores e Ignacio Urrutia Bonilla. Diputadas señoras Ana María Gazmuri Vieira y Marcela Hernando Pérez, y Diputados señores Matías Fernández Hartwig, Alex Nahuelquín Nahuelquín, Fabián Ossandón Briceño y César Valenzuela Maass.

2.- **Representantes del Ejecutivo**. La Ministra de Salud, señora May Chomalí; la Subsecretaria de Salud Pública, señora Alejandra Pizarro; el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Julio Montt; el coordinador Financiero, señor Benjamín Ahumada; el coordinador Legislativo, señor Benjamín Rug; los asesores, señores Carlos Campos y Mirko Slako; la jefa de Comunicaciones, señora Pamela Olavarría; el jefe de Comunicaciones, el señor Felipe Contreras; la jefa de Presupuestos, señora Katherine Paine; la audiovisual, señora Estefany Reyes; el jefe de la División Inversiones, señor Cristian Orellana y las asesoras, señoras Josselin Novoa, Natalia Pérez y Katherinne Leo. El jefe de Comunicaciones, señor Eric Ulloa. En representación de FONASA, el Director Nacional, señor César Oyarzo. Por CENABAST, el Director (s), señor Rodrigo Castro, el jefe (s) Depto. Operaciones, señor Héctor Hernández y la jefa de Finanzas, señora Karina Sepúlveda. En representación del ISP, la Directora, señora Catterina Ferreccio, el jefe de Gabinete, señor Luis Brito, la jefa DAF, señora María Román y la jefa de Planificación, señora Susana Catalán. Por la Superintendencia de Salud, el Superintendente, señor Fernando Riveros, la jefa del Departamento de Estudios, señora María Jeria; del Subdepartamento de Finanzas, el señor Guillermo Núñez, el jefe DAF, señor Rodrigo Sierra y la jefa de Comunicaciones, señora Ximena Gutiérrez. En representación de la Dirección de Presupuestos: la jefa de Sector, señora Tania Morales y los analistas, señoras Javiera Duarte, Loreto González, Andrea Hidalgo, y señores Fernando Guerrero, Juan Rojas y Jaime Plaza. Estuvo presente el asesor del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, señor Santiago Fernández.

Otros: el analista de la Biblioteca del Congreso Nacional, señor Francisco Ossandón. La abogada de Libertad y Desarrollo, señora Isidora Urrutia. Los asesores parlamentarios: de la Bancada PPD, PS, señores Reinaldo Monardes y Debby Lemus. Del Senador Castro, las señoras Meggy López y Norelis Vilchez, y el señor Matías Goyenechea. De la Diputada Veloso, las señoras Catalina Soto y Ángela Alarcón. De la Senadora Cariola, los señores Jaime Miranda y Juan Urra, y las señoras Javiera Arias y Camila Durán. Del Diputado Fernández, los señores Rodrigo Asencio y Matías Delgado. De la Diputada Valdebenito, el señor Pablo Cantellano. Del Diputado Coloma, la señora María José Cárdenas. Del Senador Celis, la señora Carolina Codoceo y el señor Iván Vera. Del Senador Gahona, el señor Pablo Errázuriz. De la Senadora Órdenes, las señoras Consuelo Maldonado y Antonia Orrego. De la Diputada Gazmuri, la señora Camila Paillao y el

señor Pablo Padilla. Del Comité Frente Amplio, el señor Mauricio Pardo. Del Comité RN, la señora Elisa Ríos. De la Diputada Hernando, los señores José Valdivia e Ivo Rojas. La Presidenta del Colegio Médico, señora Anamaria Arriagada, acompañada por la jefa de Gabinete, señora Bárbara Palma, el Abogado, señor Rodrigo Gaete y el jefe de Prensa, señor Marcos Santis. **En calidad de oyentes**: de FEDETRASA, la señora Ximena Bruzza y Karem Villarroel. De FENPRUS, el señor Rodrigo Rocha. De FECHER (Federación Chilena de Enfermedades Raras), el señor Alejandro Andrade. De Fundación Triple Negativa, la señora Ana Araya. De Corporación Volar Chile, la señora Ruth Atenas. De ANPTUF, señora Paulette Bascuñán y el señor Cristián Becerra. De FENATS, el señor Emerson Berríos y la señora Varinia Salamanca. De Fundación la voz de los pacientes, la señora Jéssica Claros y el señor Víctor Flores. De ANEF, la señora Carmen Schaff y los señores Gaspar Contreras y Helmuth Griott. De Fundación Salud Solidaria, la señora María Dablé. De Fundación FELCH, la señora María Estivil y el señor Cristóbal Estivil. De la Federación de funcionarios técnicos de la salud, la señora Claudia Farías. De la Fundación Carlos Quintana Crohn, el señor Bernardino Fuentes. De Fundación Mujeres por un lazo, la señora María Guesalaga. Del Colegio de Cirujanas y Cirujanos dentistas, la señora Mariluz Lozano. De Fundación Espondilitis Anquilosante, la señora Verena Mora. De la Asociación Chilena Hipertensión Pulmonar Hapchig, las señoras Teresa Muller y Pascale Penela. De Fundación Me Muevo, la señora Elena Rocuant y de Fundación Otras Miradas, la señora Paulina Sáez.

INVITADOS QUE EFECTUARON PRESENTACIONES Y PETICIONES EN SESIÓN CELEBRADA EL 19 DE OCTUBRE DE 2026

1. El Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica, señor Mauricio Cuello. 2. De Corporación Familias Atrofia Muscular Espinal (FAME CHILE): la presidenta, señora Paulina González y las señoras Milene Alhambra y María Paz Salas. 3. De la Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos (ASILFA): el presidente, señor Julio Jiménez; el vicepresidente, señor Patricio Huenchuñir y el Asesor de políticas públicas, señor Felipe Barrueto. 4. De la Corporación de Pacientes con Hemofilia (COPHEM) vía zoom, la Tesorera Merlene Henríquez, y la Secretaria, señora Andrea Briñez. 5. De la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile (FENASENF): la presidenta, señora Fernanda Mora y las señoras Claudia González, Claudia Moreno, Pamela Prieto y el señor Gonzalo Ortiz. 6. De la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (CONFEDEPRUS): la presidenta, señora Camila Fuentevilla; el tesorero, señor Alfredo Rivas y el Periodista, señor Carlos Concha. 7. De la Confederación Nacional de funcionarios y funcionarias de la Salud Municipalizada (CONFUSAM): la Presidenta, señora Gabriela Flores, la señora Mariel Sagredo y los señores Cristián Rodríguez, Wilfredo Neyra, Fernando Pérez y Claudio Jiménez. 8. De la Universidad y del Hospital Clínico Universidad de Chile: la Rectora, señora Alejandra Mizala, acompañada por el director del Hospital Clínico, señor Eduardo Tobar, el jefe de Gabinete, señor Carlos Rilling y la Periodista, señora Francisca Casanova.

II.- En sesión celebrada el 20 de octubre de 2026:

1.- **Senadores y Diputados no integrantes de la tercera Subcomisión**. Senadora señora Karol Cariola Oliva y Diputada Chiara Barchiesi Chávez, Diputados señores Francisco Crisóstomo Llanos y Cristián Neira Martínez y Diputada Consuelo Veloso Ávila.

-Se deja constancia que en esta sesión de fecha 20 de octubre de 2026 estuvo presente la Senadora señora Ximena Órdenes Neira.

2.- **Representantes del Ejecutivo:** la Ministra de Salud, señora May Chomalí, acompañada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Julio Montt, el coordinador Legislativo, señor Benjamín Rug, el jefe de División Inversiones, señor Cristián Orellana. El jefe de Comunicaciones, señor Eric Ulloa, la jefa de Comunicaciones, señora Pamela Olavarría, la asesora, señora Natalia Pérez y la audiovisual, señora Estefany Reyes. Asimismo, estuvieron presentes las siguientes autoridades del ámbito de la salud: FONASA, el Director Nacional, señor César Oyarzo. Superintendencia de Salud, la Superintendenta (S), señora María Mercedes Jeria, acompañada por el jefe DAF, señor Rodrigo Sierra, la jefa de Comunicaciones señora Ximena Gutiérrez y el Intendente de Fondos, señor Osvaldo Varas. Instituto de Salud Pública (ISP), el Director (S), señor Boris Benavides; el jefe de Gabinete, señor Luis Brito y la jefa DAF, señora María Román y la señora, Susana Catalán. Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), el jefe de Unidad de Negocios, señor Héctor Hernández y la jefa de Finanzas (S), señora Karina Sepúlveda. Dirección de Presupuestos, la jefa del Sector Salud, señora Tania Morales y los analistas, señoras Javiera Duarte, Loreto González y señores Fernando Guerrero y Juan Rojas.

Otros: En representación de Libertad y Desarrollo, la Abogada, señora Isidora Urrutia y el Economista, señor Exequiel Cáceres. Por la Federación de Asociaciones de Salud Pública de Chile (FEDASAP). el presidente, señor Sebastián Godoy. Los asesores parlamentarios: de la Senadora Órdenes, las señoras Antonia Orrego y Consuelo Maldonado. Del Diputado Coloma, Carolina Eickenroldt. De la Bancada PPD, PS, el señor Debby Lemus; Del Senador Castro, las señoras Meggy López y Teresita Fabres. Del Diputado Fernández, la señora Jéssica Rodríguez y los señores Matías Delgado y Rodrigo Asencio. De la Diputada Veloso, la señora Ángela Alarcón. Del Diputado Neira, la señora Valeria Ramírez y de la Bancada Republicana, el señor Juan Navarrete. De la Senadora Cariola, las señoras Michelly Ortega, Camila Durán y el señor Jaime Miranda

---

A continuación, se efectúa una breve relación del contenido de esta Partida, del debate habido a su respecto y de los acuerdos adoptados:

PARTIDA 16 [1]

MINISTERIO DE SALUD

La Partida relativa al Ministerio de Salud considera ingresos y gastos por la suma de M$ 18.489.780.900, implicando una variación total de 4,8%, respecto al presupuesto 2026.

La estructura del presupuesto de esta Cartera, para el año 2027, contempla 64 glosas comunes relativas a la Partida y 307 referidas a capítulos. Asimismo, cuenta con los siguientes capítulos:

Capítulo 02 FONDO NACIONAL DE SALUD, el que consta, a su vez, de cuatro Programas, a saber: el 01 Fondo Nacional de Salud; el 02, Programa de Atención Primaria, el 04, Programa de Prestaciones Institucionales y el 05, Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico.

El Programa 01, “Fondo Nacional de Salud”, considera ingresos y gastos por la suma de M$ 16.223.541.378, lo que implica una variación total de 4,8%, respecto del presupuesto del año en curso.

El Programa 02, “Programa de Atención Primaria”, considera ingresos y gastos por la suma de M$ 3.960.097.155.

El Programa 04, “Programa de Prestaciones Institucionales”, considera ingresos y gastos por la suma de M$ 2.440.061.704.

El Programa 05, “Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico”, considera ingresos y gastos por la suma de M$ 7.241.353.868.

Capítulo 04 INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE, el que contiene un solo Capítulo denominado de la misma manera y considera ingresos y gastos por M$ 75.305.940, con una variación de 36,9%.

Capítulo 05 CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD, el que considera el Programa 01, del mismo nombre. Ingresos y gastos por M$ 19.810.086, con una variación de 21,6%.

---

[1] - Partida 16.
- Informe de seguimiento de compromisos de información de la Ley de Presupuestos del Sector Público del año 2026, LEY N°21.796, elaborados por la Oficina de Información, Análisis y Asesoría Presupuestaria del Senado (OPS).

Capítulo 09 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA y Programa 01, de nombre similar, con ingresos y gastos por M$ 878.028.576, que representa una variación negativa de -1,1%, respecto del presupuesto del año 2026.

Capítulo 10 SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES, que contiene un Programa 01 de mismo nombre (Ingresos y gastos por M$ 552.238.662) con una variación de 3,7% y un Programa 02 Inversión sectorial de Salud (Ingresos y gastos por M$ 712.424.226), con una variación de 11,6%.

Capítulo 11 SUPERINTENDENCIA DE SALUD, Programa 01 del mismo nombre, con ingresos y gastos por M$ 21.033.224, con una variación de 2,8%.

SERVICIOS DE SALUD (CAPITULOS 20 A 47)

Capítulo 20, Servicio de Salud Arica y Parinacota, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01, Red Pública de Salud Arica y Parinacota (Ingresos y gastos por M$ 185.681.416); y Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Arica y Parinacota (Ingresos y gastos por M$ 185.681.416).

Capítulo 21, Servicio de Salud de Tarapacá; el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01, Red Pública de Salud Tarapacá (Ingresos y gastos por M$ 287.561.003); y Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Tarapacá (Ingresos y gastos por M$ 21.139.477).

Capítulo 22, Servicio de Salud Antofagasta, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Antofagasta (Ingresos y gastos por M$ 414.108.139). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Antofagasta (Ingresos y gastos por M$ 9.251.608).

Capítulo 23, Servicio de Salud Atacama, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Atacama (Ingresos y gastos por M$ 209.659.937). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Atacama (Ingresos y gastos por M$ 9.030.434).

Capítulo 24, Servicio de Salud Coquimbo, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Coquimbo (Ingresos y gastos por M$ 540.915.160). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Coquimbo (Ingresos y gastos por M$ 8.834.087).

Capítulo 25, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Valparaíso-San Antonio (Ingresos y gastos por M$ 410.234.602). Programa 02

Dirección de Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (Ingresos y gastos por M$ 7.856.134).

Capítulo 26, Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Viña del Mar-Quillota (Ingresos y gastos por M$ 683.727.267). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (Ingresos y gastos por M$ 9.212.774).

Capítulo 27, Servicio de Salud Aconcagua, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Aconcagua (Ingresos y gastos por M$ 208.962.902). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Aconcagua (Ingresos y gastos por M$ 6.868.743).

Capítulo 28, Servicio de Salud O'Higgins, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud O'Higgins (Ingresos y gastos por M$ 555.885.222). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud O'Higgins (Ingresos y gastos por M$ 10.871.916).

Capítulo 29, Servicio de Salud Maule, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Maule (Ingresos y gastos por M$ 818.858.625). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Maule (Ingresos y gastos por M$ 11.489.955).

Capítulo 30, Servicio de Salud Ñuble, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Ñuble (Ingresos y gastos por M$ 387.831.617). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Ñuble (Ingresos y gastos por M$ 10.760.812).

Capítulo 31, Servicio de Salud Concepción, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Concepción (Ingresos y gastos por M$ 543.327.768). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Concepción (Ingresos y gastos por M$ 13.683.034).

Capítulo 32, Servicio de Salud Talcahuano, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Talcahuano (Ingresos y gastos por M$ 336.603.263). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Talcahuano (Ingresos y gastos por M$ 9.904.826).

Capítulo 33, Servicio de Salud Biobío, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Biobío (Ingresos y gastos por M$ 349.843.207). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Biobío (Ingresos y gastos por M$ 9.801.193).

Capítulo 34, Servicio de Salud Arauco, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Arauco (Ingresos y gastos por M$ 152.879.727). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Arauco (Ingresos y gastos por M$ 5.771.391).

Capítulo 35, Servicio de Salud Araucanía Norte, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Araucanía Norte (Ingresos y gastos por M$ 228.146.603). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Araucanía Norte (Ingresos y gastos por M$ 8.048.157).

Capítulo 36, Servicio de Salud Araucanía Sur, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Araucanía Sur (Ingresos y gastos por M$ 714.312.956). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Araucanía Sur (Ingresos y gastos por M$ 5.795.086).

Capítulo 37, Servicio de Salud Los Ríos, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Los Ríos (Ingresos y gastos por M$ 359.312.619). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Los Ríos (Ingresos y gastos por M$ 12.714.397).

Capítulo 38, Servicio de Salud Osorno, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Osorno (Ingresos y gastos por M$ 222.735.472). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Osorno (Ingresos y gastos por M$ 10.392.051).

Capítulo 39, Servicio de Salud del Reloncaví, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud del Reloncaví (Ingresos y gastos por M$ 378.211.013). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud del Reloncaví (Ingresos y gastos por M$ 10.166.541).

Capítulo 40, Servicio de Salud Aysén, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Aysén (Ingresos y gastos por M$ 188.220.354). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Aysén (Ingresos y gastos por M$ 8.935.518).

Capítulo 41, Servicio de Salud Magallanes, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Magallanes (Ingresos y gastos por M$ 211.375.108). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Magallanes (Ingresos y gastos por M$ 9.990.191).

Capítulo 42, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Metropolitano Oriente (Ingresos y gastos por M$ 757.051.168). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Oriente (Ingresos y gastos por M$ 13.039.676).

Capítulo 43, Servicio de Salud Metropolitano Central, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Metropolitano Central (Ingresos y gastos por M$ 593.787.567). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Central (Ingresos y gastos por M$ 10.714.652).

Capítulo 44, Servicio de Salud Metropolitano Sur, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Metropolitano Sur (Ingresos y gastos por M$ 721.404.934). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Sur (Ingresos y gastos por M$ 14.164.450).

Capítulo 45, Servicio de Salud Metropolitano Norte, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Metropolitano Norte (Ingresos y gastos por M$ 511.360.621). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Norte (Ingresos y gastos por M$ 12.951.459).

Capítulo 46, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Metropolitano Occidente (Ingresos y gastos por M$ 860.188.480). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Occidente (Ingresos y gastos por M$ 11.063.023).

Capítulo 47, Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, el que consta, a su vez, de dos Programas, a saber: Programa 01 Red Pública de Salud Metropolitano Sur-Oriente (Ingresos y gastos por $ 924.289.152). Programa 02 Dirección de Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente (Ingresos y gastos por M$ 17.091.605).

Capítulo 49, Programa 01, Programa Contingencias Operacionales (Ingresos y gastos por M$ 583.636.293).

Capítulo 51, Programa 01, **Centro de Referencia de Salud de Maipú** (Ingresos y gastos por M$ 14.929.976).

Capítulo 52, Programa 01, **Centro de Referencia de Salud de Peñalolén** Cordillera Oriente (Ingresos y gastos por M$ 15.539.235).

Capítulo 53, Programa 01, **Servicio de Salud Chiloé** (Ingresos y gastos por M$ 8.151.258).

DISCUSIÓN EN LA SUBCOMISIÓN[2]

[2] - Sesión de la Tercera Subcomisión Mixta de Presupuestos de 19 de octubre de 2026.

SESIÓN CELEBRADA EL 19 DE OCTUBRE 2026.
Audiencias y Presentación de la Partida por parte de la Ministra de Salud

I.- AUDIENCIAS RECIBIDAS POR LA SUBCOMISIÓN

PROFESOR TITULAR DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, SEÑOR MAURICIO CUELLO

En primer lugar, expuso el profesor titular de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, señor Mauricio Cuello, quien, para ilustrar el asunto, se refirió al caso hipotético de dos mujeres llamadas “María”.



Explicó que una de ellas vive en un entorno urbano y la otra en un territorio austral; ambas comparten un diagnóstico, la posibilidad de tener cáncer, pero sus posibilidades de acceder a tiempo a la atención pueden ser muy distintas. Sostuvo que esa diferencia no debiera depender del lugar donde vive una mujer.

Reconoció que Chile ha avanzado, y señaló que la mortalidad por cáncer cervicouterino cayó alrededor de un 42% entre 2002 y 2023, y que la vacunación escolar contra el virus papiloma humano constituye una política valiosa. No obstante, advirtió que se siguen perdiendo mujeres por un cáncer que

- Sesión de la Tercera Subcomisión Mixta de Presupuestos de 20 de octubre de 2026 (Primera parte de la sesión).

es posible prevenir, detectar antes de que sea invasor y tratar oportunamente, y enfatizó que se trata del cáncer prevenible por excelencia.

Indicó que el caso hipotético recuerda que la inequidad tiene geografía. Puntualizó que GLOBOCAN (Observatorio Global del Cáncer) estima para Chile alrededor de 1.905 casos nuevos y 843 muertes al año, y aclaró que se trata de estimaciones modeladas y no de un conteo observado. Agregó que entre 2019 y 2023 la mortalidad fue de 9,8 por cada 100.000 en Coquimbo y de 4,8 en la Región Metropolitana, es decir, casi el doble. Observó que detrás de esas cifras hay mujeres que deben viajar, faltar al trabajo o reorganizar el cuidado de sus familias para acceder a la atención.

Afirmó que existen prioridades sanitarias que no son transables: debe protegerse la vacunación escolar, que resguarda a las generaciones futuras, pero las mujeres que hoy están en riesgo requieren respuestas inmediatas, con tamizaje, estudio y tratamiento garantizado, independientemente de donde vivan. Planteó, asimismo, la necesidad de evaluar, con criterios técnicos y financiamiento definido, la ampliación progresiva de la vacunación a cohortes que quedaron fuera del programa escolar y que aún podrían beneficiarse. Precisó que la vacuna previene nuevas infecciones, pero no trata una infección ni una lesión existente, por lo que ambas acciones son complementarias.



En relación con la segunda lámina, explicó que esta muestra lo que “María” necesita: que la prevención se conecte con la confirmación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento, ya que, si una etapa falla, la mujer puede quedar sola frente al resultado. Señaló que los atrasos GES demuestran que la oportunidad sigue siendo un problema: al cierre de 2025 se reportaron 5.391 prestaciones retrasadas por cáncer cervicouterino, y en el segundo trimestre de 2026 la cifra era de 4.264. Aclaró que se trata de prestaciones y no necesariamente de mujeres distintas, y que, si bien la disminución es relevante, persiste una deuda por resolver.

Solicitó que la Partida 16 derechamente financie la ruta completa: búsqueda activa y tamizaje con pruebas de VPH, incluida la auto toma cuando corresponda; capacidad de laboratorio, colposcopía y biopsia cuando se requieran; y tratamiento, navegación de pacientes y seguimiento, con recursos distribuidos según las brechas territoriales. Planteó, además, la necesidad de un registro que permita seguir el recorrido de las mujeres, identificar dónde se interrumpe y cuánto demora cada etapa, sin el cual, afirmó, no es posible evaluar resultados, identificar inequidades ni proyectar las acciones y recursos que cada región necesita. Pidió metas verificables e informes periódicos sobre cobertura, tiempos de espera, confirmación diagnóstica, inicio del tratamiento y ejecución presupuestaria.

Advirtió que fortalecer hospitales y centros de radioterapia toma años, por lo que, mientras se desarrolla la capacidad regional, debe asegurarse desde ya la prevención, la derivación protegida y el acceso oportuno al tratamiento. Señaló que la demora puede permitir el avance de la enfermedad y exigir tratamientos más complejos, en una red que también atiende otros cánceres ginecológicos y otros cánceres en general. Precisó que no afirma que estas medidas generen ahorros inmediatos, sino que la demora tiene un costo humano que no debe aceptarse como inevitable.

Finalmente, señaló que cada discusión presupuestaria puede poner en riesgo la continuidad de lo avanzado, y que no es posible retroceder ni resignarse a que el lugar donde vive María determine su desenlace. Solicitó financiar la ruta completa y sostenerla en todas las regiones, de modo que ninguna mujer quede a mitad de camino entre un examen y el tratamiento que necesita.

PRESIDENTA DE LA CORPORACIÓN FAMILIAS ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (FAME CHILE), SEÑORA PAULINA GONZÁLEZ

Seguidamente, hizo uso de la palabra la Presidenta de FAME Chile, señora Paulina González, quien relató que esta institución nació hace 18 años con el objetivo de luchar para que los niños y las niñas con atrofia muscular espinal (AME) tengan acceso a algún tratamiento. Sin embargo, indicó, no cuentan aún con una solución para salvar la vida de estos niños.

Expresó que cinco minutos pueden ser una eternidad cuando se espera una respuesta, y un suspiro cuando se está junto a una hija sin saber cuánto tiempo más se la tendrá. Explicó que un paciente con AME, en solo un mes, presenta pérdida progresiva de reflejos, debilidad en las extremidades y dificultad severa para sostener la cabeza, y que en apenas seis meses puede dejar de tragar y respirar, y fallecer.

Relató que en estos años ha conocido a cuatro ministros de Salud, entre ellos la actual ministra, señora Chomalí; que se ha reunido con cada nivel técnico del Ministerio de Salud y que desde el año 2017 ha asistido a todas las comisiones, presentando los estudios solicitados por cada administración. Agregó que dos semanas antes tuvieron la última audiencia, en la que se les respondió

que se requería más tiempo para analizar y estudiar, y cuestionó lo que ello significa para familias en que cada minuto cuenta.

Informó que este año las comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado oficiaron al Ministerio de Salud, y que la respuesta a la Cámara llegó pocos días antes: un documento sin plazos ni compromisos, que se limita a detallar el protocolo vigente, el cual cubre exclusivamente a pacientes con AME tipo 1 y para un solo medicamento, en circunstancias de que hoy existen tres alternativas. Señaló que, ante la consulta directa del Congreso sobre ampliar la cobertura a pacientes con AME tipos 2, 3 y 4, no hubo respuesta.

Anticipó que, si bien se puede sostener que no existen más recursos disponibles, durante el primer trimestre de 2026 FONASA desembolsó 20.000 millones de pesos en tratamientos judicializados. **Manifestó que esos mismos recursos, en manos del Ministerio de Salud y de FONASA, permitirían atender a los pacientes con AME y avanzar hacia una política pública con respuesta permanente para las familias.**

Previno que desde octubre de 2025 la situación se agravó, debido a que la Corte Suprema modificó su criterio, y ya son 20 los pacientes con AME que han demandado a FONASA y han visto rechazadas sus acciones, quedando en plena desprotección.

En ese escenario, solicitó avanzar en la implementación de acuerdos de riesgo compartido para la AME y en la incorporación del tamizaje neonatal en Chile, como medidas fundamentales para garantizar un diagnóstico oportuno y el acceso temprano a los tratamientos. Asimismo, enfatizó que los tratamientos de AME detienen por completo la enfermedad.

Comentó que, si bien en veinte días más estos niños aparecerán en televisión, dado que se atienden en Teletón, y existirán aportes para su rehabilitación, advirtió que los niños no pueden rehabilitarse de la AME, mientras que, con acceso a cualquiera de los tres medicamentos, podrían llevar una vida completamente normal. Por ello, relevó que la ciencia permite detener la enfermedad y que los fondos existen, pero se malgastan en judicialización.

Planteó que la solución está en manos de la Comisión y pidió gestión, empatía y que el Estado de Chile cumpla su rol fundamental de proteger la vida de todos por igual, no solo de quienes están por nacer.

VICEPRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN INDUSTRIAL DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS (ASILFA), SEÑOR PATRICIO HUENCHUÑIR

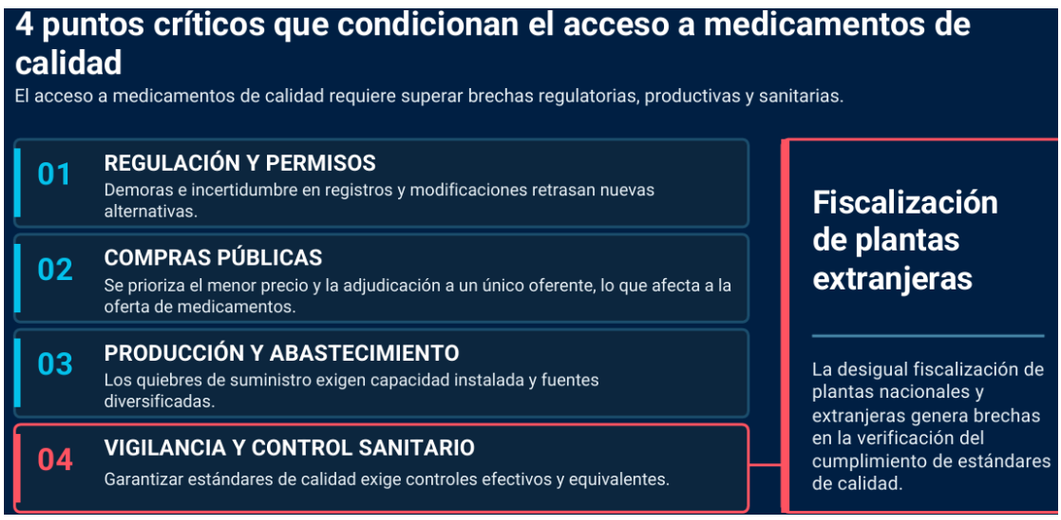
A continuación, intervino el Vicepresidente de la Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos (ASILFA), señor Patricio Huenchuñir, quien, para contextualizar, expuso que, no obstante, se discute cómo financiar los tratamientos de miles de pacientes que necesitan sus medicamentos en tiempo y forma, resulta fundamental preguntar quién verifica la calidad de los medicamentos que reciben. Consideró que garantizar el acceso implica también

asegurar que los tratamientos cumplan los estándares sanitarios exigidos, ya que detrás de cada medicamento hay un paciente que confía en que alguien verificó su calidad.

Informó que ASILFA está integrada por 15 socios, todos con plantas de producción en países de alta vigilancia sanitaria, seis de los cuales cuentan con plantas en Chile, y que la asociación representa aproximadamente el 25% del mercado farmacéutico en registros y comercialización.



Seguidamente, expuso cuatro preocupaciones respecto del acceso a medicamentos de calidad. A saber:



En primer lugar, la regulación y los permisos sanitarios, que generan demoras e incertidumbre en los registros y sus modificaciones, retrasando el ingreso de medicamentos al mercado chileno. En segundo término, las compras

públicas, en las que, a su juicio, CENABAST prioriza fundamentalmente el precio sin considerar aspectos de calidad. Luego, la producción y el abastecimiento, y añadió que han existido quiebres de suministro que exigen fortalecer la capacidad instalada de producción local, es decir, contar con más laboratorios farmacéuticos en Chile. En cuarto lugar, y, a su entender, el aspecto más relevante, la vigilancia y el control sanitario, esto es, la posibilidad de garantizar estándares de calidad y controles efectivos, tal como lo exige la normativa vigente desde 2010.

Fiscalización de las plantas nacionales y extranjeras

Advirtió que existe una desigualdad en la fiscalización de plantas nacionales y extranjeras. Señaló que entre 2023 y 2024 el Instituto de Salud Pública (ISP) fiscalizó los 26 laboratorios nacionales mediante 544 fiscalizaciones, lo que equivale aproximadamente a un promedio de una fiscalización mensual, mientras que, de las 1.869 plantas extranjeras desde las cuales Chile recibe medicamentos, el ISP fiscalizó solo siete en el mismo período, lo que se traduce en una diferencia de 20,9 frente a 0,004 inspecciones promedio. Sostuvo que la calidad no puede depender del lugar de fabricación de un medicamento, que la falta de fiscalización representa un riesgo sanitario y limita la detección de problemas de calidad, y que, en consecuencia, no es posible garantizar la seguridad de los medicamentos que consumen los pacientes en Chile.

Citó como ejemplo a DIGEMID, autoridad sanitaria de un país cercano que, según indicó, tiene un nivel sanitario inferior al de la autoridad chilena, la cual entre noviembre de 2025 y agosto de 2026 efectuó 93 fiscalizaciones, constatando que casi el 54% de los laboratorios extranjeros, especialmente de países de baja vigilancia sanitaria y asiáticos, no las aprobó. Señaló que esos mismos laboratorios exportan a Chile y que, si la autoridad sanitaria nacional fiscalizara, posiblemente encontraría resultados similares.



Valoró el avance presupuestario por contemplar recursos para fiscalizar plantas extranjeras, pero lamentó que el monto alcance solo para aproximadamente 1,8 visitas en Asia, por lo que se está aún muy lejos de una fiscalización acorde con las necesidades del país. Advirtió que una fiscalización

insuficiente no solo compromete la protección de los pacientes, sino que puede generar mayores costos para un sistema de salud con importantes restricciones presupuestarias. Expresó que no basta con asignar recursos, sino que es necesario conocer cuántas fiscalizaciones se realizan, sus resultados y el uso de los fondos, y recordó que se trata de una obligación prevista en la regulación sanitaria desde 2010. Finalmente, sugirió que se rinda cuenta trimestralmente.

TESORERA DE LA CORPORACIÓN DE PACIENTES CON HEMOFILIA (COPHEM), SEÑORA MARLENE HENRÍQUEZ

Posteriormente, expuso la Tesorera de la Corporación de Pacientes con Hemofilia (COPHEM), señora Marlene Henríquez. En primer lugar, invitó a los presentes a imaginar que padecían un dolor de cabeza fuerte y constante, y que el Estado les ofrece acudir al hospital para recibir paracetamol; sin embargo, ese medicamento solo alivia el dolor por 24 a 48 horas, por lo que deben acudir al hospital cada dos días, vivieran lejos o cerca. Agregó que ese dolor provoca pequeñas roturas en las venas del cerebro que deterioraban progresivamente la capacidad de pensar, lo que el medicamento no logra detener; que este solo puede administrarse por infusión intravenosa, lo que implica casi 1.500 pinchazos en un par de años, con venas dañadas por las punciones, hasta el punto de no saber qué es peor, si el dolor o el ardor del medicamento. Añadió que esta situación ocurre desde la infancia, obligando a madres y padres a dejar su trabajo y sus vidas para acompañar a sus hijos, y a los niños a renunciar a una escolaridad normal.

A continuación, pidió dejar de imaginar y señaló que ese escenario es la realidad de las familias que representa. Explicó que lo que denominó “dolor de cabeza” es la hemofilia, enfermedad que impide la coagulación de la sangre y provoca micro sangrados permanentes en las articulaciones, generando discapacidad. Añadió que hoy la mitad de los niños con hemofilia en Chile ya presenta un daño irreversible en sus articulaciones, especialmente en los tobillos.

Señaló que el Estado sostiene que la hemofilia está en el GES desde 2006 y que se encuentra cubierta; sin embargo, comparó esa respuesta con la del ejemplo anterior, en que la cobertura implica acudir cada dos días al hospital y, aun así, desarrollar una discapacidad permanente, porque el medicamento no detiene los micro sangrados. Explicó que lo que denominó “paracetamol” es el factor VIII, medicamento que los niños reciben a través del GES, y, a su juicio, no constituye una solución, pues no cura ni protege de los micro sangrados, convierte el tratamiento en un calvario peor que la enfermedad e implica un gasto enorme para el Estado en un medicamento obsoleto, además de ocupar sillones de infusión que podrían destinarse a otros pacientes, como los oncológicos.

Por otro lado, relató su experiencia personal: su hijo Matías debió ser pinchado todos los días desde que era bebé; sus venas colapsaron y fue sometido a operaciones para instalarle catéteres. Ella tuvo que separarse de su familia y vivir casi dos años en una casa de acogida en Santiago solo para que alguien supiera cómo inyectarle el medicamento, experiencia que hasta hoy tiene consecuencias para su familia.

Destacó que su objetivo no es solo relatar la realidad de las familias de la Corporación, sino transmitir que tanto ese sufrimiento como el elevado gasto del Estado pueden evitarse.

La canasta GES no se ha actualizado

Hizo hincapié en que la canasta GES no se actualiza hace 20 años, y que hoy existe un medicamento denominado Emicizumab que, en Uruguay, por ejemplo, se entrega a todos los niños, y cuestionó por qué no ocurre lo mismo en Chile. Explicó que el factor VIII ingresa a la vena, protege por un tiempo y desaparece, y que en esos períodos sin protección se producen los sangrados que dañan las articulaciones; en cambio, el Emicizumab se administra mediante una inyección subcutánea mensual o quincenal, con lo que se pasaría de 365 pinchazos a solo 12 o 24 al año.

Manifestó su esperanza en que el Ejecutivo busque la eficiencia del gasto, en tanto, el recurso en factor VIII es ineficiente, dado que el Estado gasta 16.000 millones de pesos al año en este medicamento, pero, al no proteger completamente a los niños, estos igualmente sufren hemorragias graves, ante las cuales debe adquirir otros medicamentos de alto costo, como el factor VII, llegando a utilizar hasta 100 dosis en una operación, con un gasto superior a 3.100 millones de pesos anuales solo en medicamentos de urgencia. Indicó que un niño con crisis le cuesta al Estado cerca de 350 millones de pesos al año, mientras que con el nuevo tratamiento el costo sería de solo 30 millones, a lo que deben sumarse los días de hospitalización y las cirugías para intentar reparar los tobillos dañados.

Presidenta de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile (FENASENF), señora Fernanda Mora

A continuación, intervino la Presidenta de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile (FENASENF), señora Fernanda Mora, quien manifestó que el presupuesto para el año 2027 no es un frío balance contable, sino la declaración explícita del valor que el Estado otorga a la vida y la salud de sus ciudadanos.

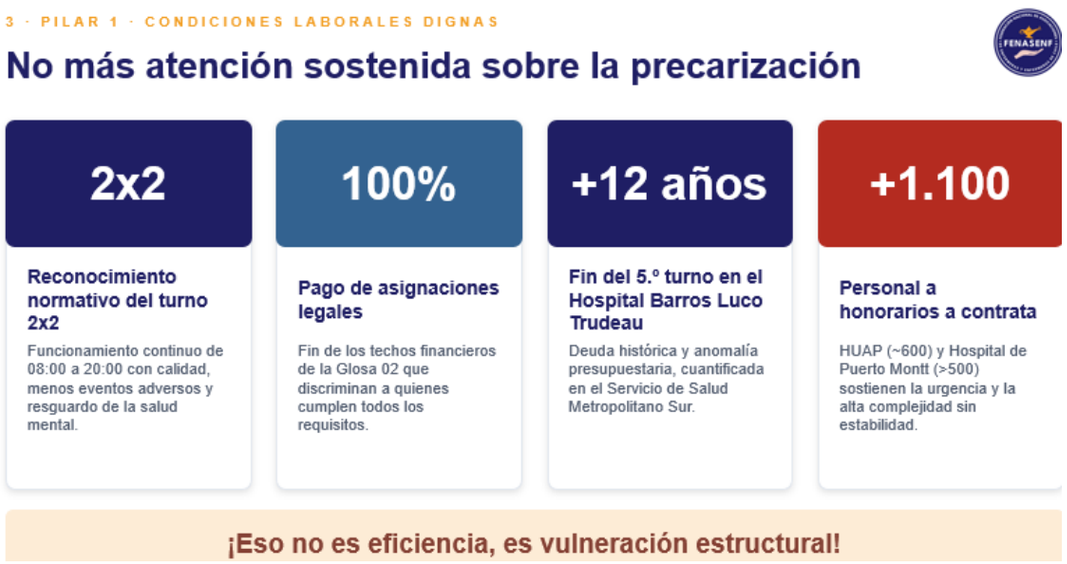
El presupuesto 2027 no alcanzará para terminar el año

Comentó que se ha anunciado un crecimiento de 4,7% para la salud pública, cifra que, a su juicio, no resiste un análisis técnico serio, no aporta recursos frescos a la red asistencial, genera incertidumbre y no alcanzará para financiar una salud pública digna y de calidad. En ese sentido, planteó interrogantes sobre la forma en que se realizó el cálculo, si se consideró el IPC médico real, que crece por sobre la inflación general; si se tomó como base el gasto efectivo que hoy ejecutan los hospitales; o si se utilizó una cifra teórica que ignora la deuda de arrastre. Afirmó que el presupuesto 2027 no alcanzará para terminar el año y se estaría aprobando una ilusión financiera que obligará a la red pública a enfrentar escasez a mitad del ejercicio.



Destacó que, si bien podría mencionar numerosas cifras que demuestran que el 4,7% no es más que una metáfora y que el país está por debajo de lo esperado incluso en indicadores internacionales, su propósito es manifestar que los enfermeros exigen que el presupuesto refleje la salud que se quiere para el futuro: una salud pública fuerte, soberana y con inversión prioritaria en su capacidad instalada, y no un Estado que actúe como un comprador ineficiente que transfiere recursos públicos a prestadores privados.

Enseguida, planteó que el sistema de salud y su presupuesto deben sustentarse en dos pilares: condiciones laborales dignas e integridad institucional.



En cuanto al primer pilar, consideró inadmisible seguir sosteniendo la atención de salud sobre la precarización y la informalidad del equipo asistencial. Solicitó poner término a la falta de reconocimiento normativo del turno 2x2,

esquema que consideró indispensable para el funcionamiento continuo y eficiente de los hospitales en horario extendido, la calidad de la atención, la reducción de eventos adversos y el resguardo de la salud mental de los funcionarios. Demandó cerrar la brecha en el pago de asignaciones legales, en que trabajadores que cumplen todas las condiciones normativas sufren discriminación remuneracional por techos financieros que calificó de arbitrarios.

Demandó, asimismo, la absorción urgente del personal a honorarios que cumple funciones permanentes y críticas, y citó el caso del Hospital de Puerto Montt y la Posta Central de Santiago, que en conjunto suman más de 1.100 profesionales en esa condición. Exigió, además, una solución definitiva al quinto turno del Hospital Barros Luco, que calificó como una deuda histórica y una anomalía presupuestaria que se arrastra por más de 12 años. Dirigiéndose a la Ministra, afirmó que esto no constituye eficiencia, sino una vulneración estructural.



En cuanto al segundo pilar, y con el fin de resguardar cada peso de la Partida 16 destinado a los usuarios, demandó la instalación efectiva de sistemas de integridad en el Ministerio de Salud, en los servicios de salud y en todos los hospitales del país. Sostuvo que la probidad no se logra recortando atenciones, sino exigiendo la elaboración y actualización obligatoria de códigos de ética institucionales, programas continuos de capacitación en manejo de dilemas éticos para el personal asistencial, y estructuras activas con coordinadores de integridad y comités con enfoque de gestión de riesgo y perspectiva de género.

Finalmente, solicitó a los parlamentarios no aprobar un presupuesto que calificó de metafórico, que condenará a los hospitales a la parálisis y a los profesionales al agotamiento y al sufrimiento moral, y les pidió invertir en la red pública, proteger al equipo de enfermería y garantizar la integridad de la función pública. Consideró que la discusión presupuestaria es el momento en que el Estado define sus verdaderas prioridades y que, con datos del propio proyecto, la Partida 16, tal como está formulada, profundiza la precarización.

Presidenta de la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (CONFEDEPRUS), señora Camila Fuentevilla

Enseguida, expuso la Presidenta de la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (CONFEDEPRUS), señora Camila Fuentevilla, quien señaló que, si bien la Partida 16 presenta un aumento nominal de 7,2%, el crecimiento real es de 2,8%, frente al 4,7% anunciado inicialmente. Explicó que la inflación proyectada por el Banco Central en el IPOM, único organismo validado para dicha proyección fue de 4,3%, mientras que el factor de actualización que habría utilizado la DIPRES es de 2,9%. Por ende, aun existiendo un crecimiento real de 2,8%, este resulta insuficiente para lo que requiere año a año la red hospitalaria.

Necesidad de fortalecer la red pública

Indicó que la compra externa crece considerablemente, aproximadamente un 40% en la provisión de prestaciones médicas, y que este no es el único mecanismo mediante el cual FONASA compra o financia prestaciones a privados, existiendo además la modalidad de libre elección, las camas críticas y la ley de urgencia, entre otros. Si bien reconoció que la colaboración público-privada está instalada en el sistema, enfatizó que, a juicio de su organización, lo que se requiere es fortalecer la red pública y no continuar externalizando prestaciones.

Destacó un aumento nominal de 4,2% en el presupuesto de los servicios de salud, con una normalización de aproximadamente 863.000 millones de pesos, y consultó si dichos recursos se destinarán solo a gastos operacionales o también a cubrir la deuda hospitalaria, la cual ha aumentado considerablemente, y precisó que se trata de una deuda de arrastre que no corresponde únicamente al actual Gobierno.

Disminución preocupante de recursos

Mostró preocupación por la disminución de un 100% en el ítem de transferencias para gastos de capital de los servicios de salud. Si bien señaló entender que este ítem fue centralizado en el Ministerio de Salud, expresó su inquietud sobre cómo los servicios resolverán lo que antes financiaban con esos recursos, como proyectos menores, y aclaró que no se refería a la construcción de nuevos establecimientos ni a grandes proyectos de normalización, sino a recursos para mejorar la capacidad operativa, citando el caso del Hospital Padre Hurtado, que a raíz del recorte no pudo concretar su proyecto de aumento de camas críticas.

Mencionó, asimismo, la disminución de recursos de la Ley Ricarte Soto y una reducción de 6% en el Programa Nacional de Inmunizaciones, en circunstancias que este programa ha sido uno de los logros de la salud pública

chilena, el cual se debe fortalecer y no disminuir. Agregó una reducción de 5,2% en los subsidios de licencias médicas.

Finalmente, formuló las siguientes solicitudes a la Subcomisión:

1. Transparencia en las cifras, aplicando bases de comparación, factores de actualización y montos nominales y reales claros. Precisó que el crecimiento real de 2,8% resulta de comparar el presupuesto 2026, tal como fue publicado, con el proyecto de ley 2027, sin considerar el recorte, ya que hacerlo implicaría mostrar un aumento ficticio.
2. Financiamiento completo para toda la red, de modo que el crecimiento de algunas partidas no oculte insuficiencias en otras, como ocurre con el aumento de prestaciones a privados en paralelo a recortes a la salud pública.
3. Protección de la base hospitalaria, resguardando el PPI y explicando los criterios para asignar distintos montos a los diversos servicios de salud.
4. Claridad en la inversión, explicando la caída a cero en gastos de capital y la forma en que se financiarán los proyectos.
5. Compra externa con control, transparentando costos y resultados, junto con una estrategia para fortalecer lo público.
6. Garantías y seguimiento, asegurando los recursos de la Ley Ricardo Soto, las vacunas y las licencias médicas, y fiscalizando la ejecución 2027.

Concluyó que sin presupuesto no hay salud y anunció que, como trabajadores y trabajadoras de la salud pública, darán seguimiento a todo el proceso.

Presidenta de la Confederación Nacional de Funcionarios y Funcionarias de la Salud Municipal (CONFUSAM), señora Gabriela Flores

A continuación, hizo uso de la palabra la Presidenta de la Confederación Nacional de Funcionarios y Funcionarias de la Salud Municipal (CONFUSAM), señora Gabriela Flores, quien hizo presente que su organización ha denunciado reiteradamente que durante 2025 y 2026 el valor del per cápita estuvo congelado, y que el actual Gobierno pretende repetir esa situación al presentar un proyecto de presupuesto que congela por tercer año consecutivo el per cápita basal. Indicó que, si bien el Presidente José Antonio Kast anunció en su discurso más recursos para salud, destacando que la atención primaria, consultorios, CESFAM y postas, las cifras demuestran que dicha afirmación no es efectiva.

PER CÁPITA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Explicó que el per cápita es el monto mensual que el Estado transfiere a los municipios para financiar la atención primaria por cada persona inscrita y

validada por FONASA en cada comuna. Señaló que en 2026 su valor es de 12.610 pesos y que para 2027 se proyecta en 13.240 pesos, con un aumento anunciado de 630 pesos. Sin embargo, precisó que dicho aumento corresponde a cuatro programas de reforzamiento que funcionan hace años en la atención primaria, financiados mediante convenios separados, que se incorporarán al per cápita a partir de 2027: cuidados paliativos universales, Más Adultos Mayores Autovalentes, Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, y salud bucal.

De los 630 pesos, prosiguió, 418 ya se encuentran en la atención primaria financiando dichos programas, y los 212 restantes se destinan a extender esos mismos programas a todo el país, dado que no funcionan en todas las comunas. Concluyó que no se trata de un aumento real de recursos, sino de una redistribución de financiamiento existente, presentada como un incremento del per cápita basal.

Afirmó que el Gobierno está desmantelando la atención primaria al mantener congelado el per cápita basal por tercer año consecutivo, profundizando la crisis sanitaria del sector. Señaló que este año la atención primaria ha enfrentado recortes por 19.000 millones de pesos, a lo que se suma el alza de los combustibles, que afecta especialmente a comunas rurales, zonas extremas y territorios de gran dispersión geográfica. Recordó que en muchos lugares una posta o un CESFAM constituye la única presencia del Estado en salud, donde usuarios y equipos deben trasladarse en lanchas, ambulancias o camionetas, y sostuvo que garantizar la atención en esos lugares es una responsabilidad irrenunciable del Estado. Previno que los efectos de estas decisiones ya se manifiestan en la reducción de horarios de atención y en la falta de recursos para medicamentos e insumos.

Hizo presente que el Gobierno no puede renunciar a su responsabilidad de garantizar la salud pública y el Parlamento no puede permanecer indiferente ni ser cómplice de decisiones presupuestarias que debilitan la atención primaria y profundizan la desigualdad territorial.

En consecuencia, señaló que CONFUSAM, como única organización que representa a los trabajadores de la atención primaria de Arica a Magallanes, exige un incremento real del per cápita basal no inferior a 1.000 pesos por persona inscrita, así como una glosa de resguardo que garantice que ninguna comuna reciba menos recursos que los asignados en 2026 para los cuatro programas que se incorporarán al per cápita basal en 2027.

Por último, manifestó la voluntad de su organización de aportar, y destacó que sus trabajadores se desempeñan en todo el territorio, incluidos los lugares más apartados, y que trabajar hoy en atención primaria es especialmente complejo, más aún ante la violencia que se registra en diversos lugares del país. Señaló que existen temas pendientes con los trabajadores de la atención primaria y reiteró que el per cápita requiere un aumento mínimo de 1.000 pesos para que la atención primaria pueda funcionar en cada comuna del país.

RECTORA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, SEÑORA ALEJANDRA MIZALA

Seguidamente, intervino la Rectora de la Universidad de Chile, señora Alejandra Mizala, quien planteó la importancia de referirse a una de las principales preocupaciones del país: las listas de espera. Indicó que el Hospital Clínico de la Universidad de Chile cuenta con equipos profesionales y capacidad instalada para atender a más pacientes y resolver casos de alta complejidad, y la ley aprobada por unanimidad por el Congreso permitió reintegrarlo a la red pública de salud. Destacó que presentan resultados que demuestran su eficiencia y capacidad resolutiva, y que respaldan su solicitud de recursos adicionales para ampliar la atención, con metas verificables y rendición de cuentas.

Dijo compartir la visión de la ministra Chomalí de aprovechar plenamente la capacidad de la red pública antes de recurrir al sector privado, y sostuvo que fortalecer el hospital permite avanzar en ese propósito y formar los especialistas que Chile necesita, recordando que detrás de esta solicitud están las personas y familias que esperan una atención oportuna.

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, SEÑOR EDUARDO TOBAR

El doctor Tobar relató que el hospital se rearticuló con la red pública gracias al apoyo del Congreso, que desde 2017, en el marco de la Comisión Mixta de Presupuestos, aprobó por unanimidad aportes en equipamiento e infraestructura. Indicó que la reiteración de esos aportes motivó al Congreso a solicitar al Ejecutivo una nueva ley, la ley N° 21.621, aprobada por unanimidad, que rearticula al hospital con la red pública mediante tres convenios: un convenio de prestaciones suscrito con FONASA y el Ministerio de Salud, que atiende a la población de las comunas de Independencia, Tiltil y Renca y resuelve casos complejos a nivel nacional; un convenio de equipamiento e infraestructura; y un convenio que reconoce su aporte como hospital universitario público.

Informó que, en los dos años de implementación de la ley, el hospital ha contribuido con más de 10.000 egresos hospitalarios, más de 7.000 cirugías, además de imágenes diagnósticas y consultas médicas. Señaló que se ha documentado eficacia y eficiencia en la resolución de problemas de salud: de los pacientes derivados desde los territorios en lista de espera de consulta nueva de especialidad, se ha resuelto alrededor del 45% de los casos, y entre un 40% y un 50% de aquellos con indicación quirúrgica en las diversas comunas. Agregó que los tiempos de respuesta reflejan su capacidad instalada y su eficiencia, y que esta se expresa también en los resultados de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), los cuales han sido conversados con el Ministerio y con FONASA, que reconocen la eficiencia de los datos presentados.

En materia presupuestaria, informó que en 2025 el hospital ejecutó más de 31.000 millones de pesos, monto alcanzado mediante una expansión presupuestaria, dado que el presupuesto original era menor. Añadió que en 2026 cuenta con un marco de 24.000 millones de pesos y para 2027 se propone un crecimiento de 2,9%, alcanzando 25.480 millones de pesos.

Acotó que el hospital se ubica en la zona norte de la Región Metropolitana, con una muy elevada demanda asistencial, y que la solución viable a corto plazo es fortalecer progresivamente la ley.

Propuso incrementar el convenio de prestaciones, actualmente de 25.480 millones de pesos, en 10.000 millones de pesos, así como ajustar la glosa de equipamiento e infraestructura e incorporar el aporte como hospital universitario público. Señaló que, con dicho incremento y sobre la base de los resultados de los dos últimos años, el hospital podría comprometer 1.830 hospitalizaciones adicionales, de las cuales se estima que más del 92% beneficiaría a los vecinos del territorio; más de 11.800 consultas de especialidad, contribuyendo a reducir la lista de espera de consulta nueva; y la resolución de más de 1.100 pacientes que requieren intervención quirúrgica.

Finalmente, anunció que propondrían indicaciones a los parlamentarios presentes, y solicitó su respaldo en esta compleja discusión presupuestaria.

PRESIDENTA DEL COLEGIO MÉDICO, SEÑORA ANAMARÍA ARRIAGADA

Finalmente, hizo uso de la palabra la Presidenta del Colegio Médico, quien planteó los siguientes puntos:

• Deuda hospitalaria: destacó la importancia de pagar la deuda hospitalaria de este año para que no se cargue al presupuesto del próximo, y señaló que, si bien escuchó a la Ministra comprometerse en ese sentido, desea profundizar en ello.

• Ley Ricarte Soto: observó que el Director de FONASA habló de normalizar la compra a privados, específicamente la ley de urgencia, y propuso normalizar también la diferencia en la Ley Ricarte Soto, mediante una transferencia directa a los pacientes que esperan.

• Modalidad de Libre Elección: Dijo echar de menos en la presentación del Director de FONASA la disminución de 17,8% prevista en esa modalidad.

• Listas de espera: señaló que se han mencionado 91.000 millones para operaciones y 59.000 millones para el SAP, pero que disminuye el traspaso desde FONASA para la lista de espera no GES, lo que no permite hacerse cargo de un millón de pacientes en espera.

• Atención primaria: sostuvo que el traspaso de los PRAPS al per cápita requerirá una vigilancia muy estricta, pues los programas podrían diluirse y no ser cumplidos por los municipios.

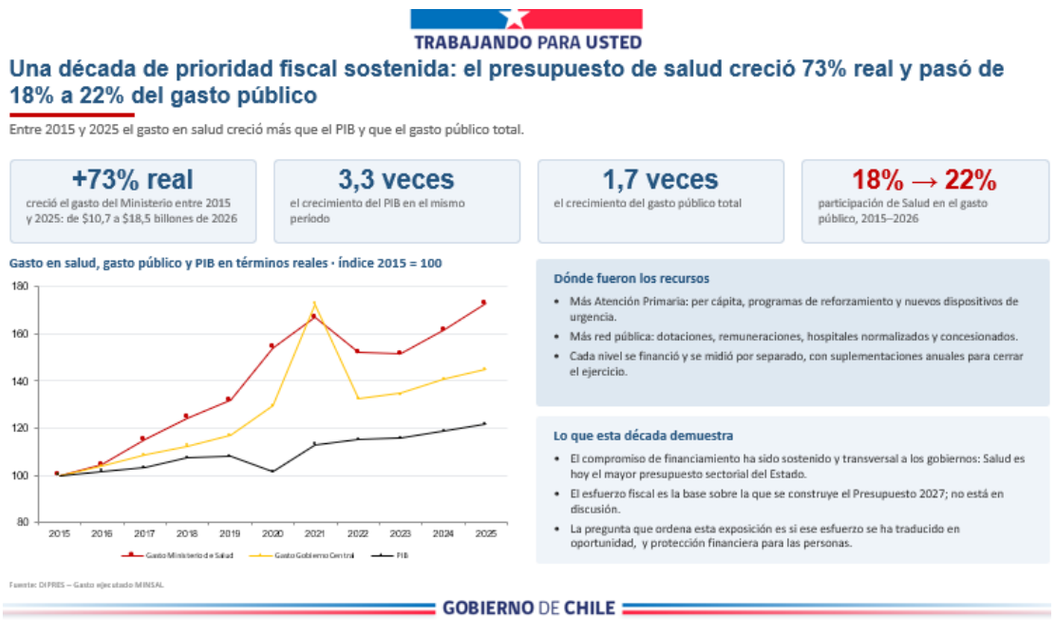
• Glosas de información: expresó preocupación por las 77 glosas con menores exigencias de información. Señaló que la redistribución de recursos amerita un aumento de la información sobre la ejecución de los servicios, las listas de espera, el cáncer, los cambios de personal y la salud reproductiva, incluidos los

tratamientos de fertilidad, la preservación de óvulos y la entrega de anticoncepción de emergencia.

Concluyó que se trata de un presupuesto que crece más en el papel que en capacidad de atención. Indicó que el Colegio Médico participa en las mesas de eficiencia, respecto de las cuales ha cumplido estrictamente su compromiso de confidencialidad. Puntualizó que, si el giro será un ajuste tan drástico en tres años para llegar a 20 billones de pesos, algo que solo ocurrió en pandemia, se requiere una vigilancia mucho mayor.

(Continuación sesión de fecha 19 de octubre de 2026) PRESENTACIÓN DE LA MINISTRA DE SALUD, SEÑORA MAY CHOMALÍ

Posteriormente, la Ministra de Salud, señora May Chomalí, expuso acerca del Presupuesto 2027 para su cartera. Al respecto, presentó la evolución del gasto entre 2015 y 2025.



Explicó que la línea roja corresponde al gasto del Ministerio de Salud, la línea amarilla al gasto del Gobierno Central y la línea gris al PIB. Señaló que, en base 100 para el año 2015, el gasto en salud creció un 73% real en ese período, pasando de 10,7 a 18,5 billones de pesos. Agregó que dicho crecimiento equivale a 3,3 veces el crecimiento del PIB y a 1,7 veces el gasto global del Estado. Indicó que el gasto en salud pasó de representar un 18% del gasto total del Estado en 2015 a un 22% en 2026.

Respecto del destino de esos recursos, señaló que se dirigieron a:

- más atención primaria, per cápita y programas de reforzamiento;
- nuevos dispositivos de urgencia;

- dotaciones y remuneraciones;
- hospitales normalizados y concesionados.

Precisó que cada nivel se financió y midió por separado, con suplementaciones anuales para cerrar el ejercicio.

Señaló que la década 2015-2025 demuestra que el compromiso y el financiamiento han sido sostenidos y transversales a todos los gobiernos, y que Salud ha sido y es el mayor presupuesto sectorial del Estado. Afirmó que ese esfuerzo fiscal es la base sobre la que se construye el presupuesto 2027. Indicó que lo relevante es determinar si ese esfuerzo se ha traducido en oportunidad, protección financiera para las personas y resultados de salud.



A continuación, presentó dos curvas. La primera corresponde al gasto de bolsillo (línea roja) y al financiamiento contributivo y esquemas gubernamentales, que incluye el aporte fiscal, la cotización de FONASA, las ISAPRE y los pagos voluntarios. La segunda, la línea gris inferior, corresponde al gasto de bolsillo promedio de la OCDE.

Señaló que en 2022 se eliminó el copago en toda la red pública. Aun así, el gasto de bolsillo subió de 32,6 a 37,9 entre 2021 y 2024, por lo que, a su juicio, el efecto de la política de copago cero fue nulo. Agregó los siguientes datos:

- La producción de la Modalidad de Libre Elección aumentó un 64%: los bonos pasaron de 55,2 a 90,5 millones de prestaciones entre 2017 y 2025.
- El gasto de bolsillo en salud creció un 63,6%, con una participación que alcanzó el 31,1 en 2025.

Concluyó que, pese a un 73% más de gasto en salud, las personas no encuentran solución y deben incurrir en gasto de bolsillo y comprar en libre elección.



En cuanto a los resultados sanitarios, presentó la evaluación *Health at a Glance* de la OCDE, comparando las ediciones de 2020 y 2026. Señaló que habría sido esperable que un mayor gasto se tradujera en mayores logros sanitarios, pero que los resultados incluso decrecieron de 100 a 71 entre 2020 y 2026. Detalló lo siguiente:

- Longevidad y envejecimiento saludable: el país mejoró considerablemente. En esperanza de vida, Chile ocupa el primer lugar entre 33 países.
- Depresión: Chile ocupa el lugar 33 de 33.
- Recursos humanos en salud: se pasó de 67 a 84. En médicos, el país ocupa el sexto lugar, y en enfermeras, el octavo lugar entre 33 países.
- Calidad y seguridad de la atención: se mejoró de 46 a 65.
- Protección financiera: se redujo.
- Capacidad y desempeño de la red asistencial: bajó de 75 a 59.
- Factores de riesgo y prevención: se pasó de 8 a 28.
- Gasto en salud: se mantuvo en torno a 57.



Respecto de las garantías de oportunidad, informó lo siguiente:

- A agosto de 2026, comparado con 2025, hay un 19,8% menos de garantías retrasadas: se pasó de 78.000 a 62.000, con un 97,6% de garantías cumplidas.
- Hay un 44% más de atenciones oncológicas en comparación con 2019.
- Se resolvieron 32.749 casos de la cohorte del plan oncológico, con un 97,2% de avance.

Destacó que se priorizó la espera y se redujo además la espera global.



En cuanto a los resultados esperados del presupuesto, señaló tres: más atención, mejor gasto y convergencia. Lo calificó como el primer paso hacia la sostenibilidad financiera del sistema. Reconoció que muchos han señalado que el presupuesto no alcanza, y precisó que este no viene a solucionar la brecha de financiamiento existente desde hace décadas, sino a ordenar la forma de cerrarla gradualmente.

Explicó cada uno de los tres resultados:

- Más atención: tiempos de espera priorizados, incentivos a la actividad ambulatoria, atención primaria con más recursos por inscrito y pesquisa universal.
- Mejor gasto: por primera vez se separa el presupuesto y el gasto de las direcciones de servicio respecto de los dispositivos asistenciales y los programas. Se pagará por producción, de modo que el gasto hospitalario explicado por la valorización de la actividad pase del 58,7% actual al 81,9%. En medicamentos, se incorporará trazabilidad y eficiencia, lo que reorienta el gasto sin reducirlo.
- Convergencia financiera: consiste en empalmar gasto y presupuesto en tres o cuatro años, con un plan acordado con la DIPRES.

Señaló que el ajuste de 2026 se absorbió sin afectar la atención. Agregó que habrá metas verificables por glosa y tres consejos que irán identificando los riesgos del proceso.

En cuanto a la estrategia impulsada desde el inicio de su gestión, la Ministra, señora May Chomalí señaló tres ejes:

1. Salud de la población con foco en la prevención, fortaleciendo la promoción, la prevención y la detección precoz, para anticiparse a la enfermedad y mantener a las personas saludables por más tiempo.
2. Atención oportuna cuando no haya sido posible prevenir, mejorando el acceso y la continuidad de la atención a lo largo de la trayectoria asistencial, desde la primera vinculación hasta el tratamiento y seguimiento.
3. Un sistema de salud eficiente, sostenible e integrado, que permita sostener esos resultados.

Sostuvo que un sistema público sostenible debe generar valor:

- Dar valor por los recursos implica efectividad y eficiencia, es decir, los servicios correctos producidos de la forma correcta.
- Dar valor a las personas implica sumar equidad y capacidad de respuesta, para llegar a las personas correctas según sus necesidades.

Afirmó que eso es lo que legitima el sistema público. Si producir la actividad de un establecimiento cuesta más de lo que el sistema reconoce por su labor, el problema deja de ser financiero y pasa a ser de legitimidad. Señaló que se busca una red pública que no solo garantice acceso, sino que establezca referencias de costos, impulse la innovación y contribuya a la sostenibilidad de todo el sistema de salud.

Convergencia Financiera

Reiteró que el proyecto de ley de presupuestos 2027 es el primer paso hacia la convergencia financiera. Señaló que la prioridad otorgada por el Gobierno

al sector obliga a ser responsables con las demás necesidades de los compatriotas, como deporte, cultura y educación. Afirmó que la convergencia financiera es el compromiso para honrar ese esfuerzo.

En cuanto a las grandes cifras, indicó lo siguiente:



- Las 32 partidas del Estado suman 80,8 billones de pesos, de los cuales Salud recibe 18,3 billones, equivalentes al 22,7% del erario nacional.
- Se registra un crecimiento de 4,7%, mientras que el conjunto de las partidas crece un 2,1%.
- Salud crece en 829.000 millones de pesos, y la partida que le sigue, Obras Públicas, crece menos de la mitad de ese monto.
- Todas las instituciones de la partida aumentan sus recursos.

Respecto del gasto de operación por institución, señaló que la Subsecretaria de Salud Pública explicaría la pequeña disminución observada en su institución, para la cual existe una explicación plausible.

Todas las instituciones de la Partida aumentan sus recursos: el GEO crece $829.568 MM

Gasto Estado de Operaciones (GEO) por institución, según el Proyecto de Ley; millones de $ 2027.

Institución (capítulo)	Base 2026	Proyecto 2027	Var. MM$	Var. %	Peso 2027	Qué explica la variación
FONASA	15.430.536	**16.167.112**	736.576	+4,8%	50,2%	Incluye $13.886.420 MM transferidos a Servicios (GRD) y SSP (SIL); compra a privados +37,5%
Instituto de Salud Pública	54.558	**57.713**	3.155	+5,8%	0,2%	Gasto de operación +5,8%; excluye $17.593 MM que se reintegran al Fisco
CENABAST	16.120	**19.645**	3.525	+21,9%	0,1%	Más volumen intermediado: el presupuesto crece con las transacciones
Subsecretaría de Salud Pública	885.485	**875.872**	−9.613	−1,1%	2,7%	SIL ajustado a SUSESO (−$13.304 MM) y vacunas; **Autoridad Sanitaria +5,6%**
Subsecretaría de Redes (incl. Inversión Sectorial)	1.147.223	**1.241.679**	94.456	+8,2%	3,9%	Inversión hospitalaria +15,4%, concesiones +13,1%, reposición de equipos +52,8%
Superintendencia de Salud	19.814	**20.393**	579	+2,9%	0,1%	Proyectos TI priorizados ($480 MM de $980 MM solicitados)
Servicios de Salud (29)	13.358.709	**13.818.771**	460.062	+3,4%	42,9%	Financiados por FONASA; base sin ST.31 (inversión que pasa a Inversión Sectorial)
Suma de los capítulos	**30.912.447**	**32.201.185**	**1.288.738**	**+4,2%**	100%	GEO de cada institución según el Proyecto de Ley
(−) Transferencias consolidables	**−13.427.250**	**−13.886.420**	**−459.170**	**+3,4%**		
Gasto Estado de Operaciones (GEO) Partida	**17.485.197**	**18.314.765**	**829.568**	**+4,7%**		

Instituciones con compromisos de convergencia financiera. El proceso de convergencia contempla la asignación de recursos adicionales a los establecidos en el Proyecto de Ley de Presupuestos 2027, sujeta a las disponibilidades fiscales y al cumplimiento de compromisos específicos de productividad y disciplina financiera. En FONASA, considera la compra directa de prestaciones, licencias médicas, sentencias ejecutoriadas y Ley Ricarte Soto; mientras que en los Servicios de Salud se concentra principalmente en el Subtítulo 22, Bienes y Servicios de Consumo. Durante el ejercicio presupuestario 2027, estos compromisos podrán materializarse mediante suplementaciones de recursos a las respectivas instituciones y Servicios de Salud.

En relación con el plan de convergencia, explicó que desde hace años existe una brecha entre presupuesto y gasto, y que el plan busca transparentar el gasto para cerrarla. Indicó que la diferencia era equivalente a 2,4 billones de pesos y que para este año sería de 1,76 billones, con un crecimiento real de 829.000 millones de pesos. Destacó que empalmar gasto y presupuesto es fundamental para la transparencia en el uso de los recursos. Precisó que este techo no incluye los incrementos por reajuste de remuneraciones de 2027 ni la deuda de arrastre generada en 2026 en los servicios de salud y en FONASA, cualquiera de los cuales elevaría el techo y la meta.

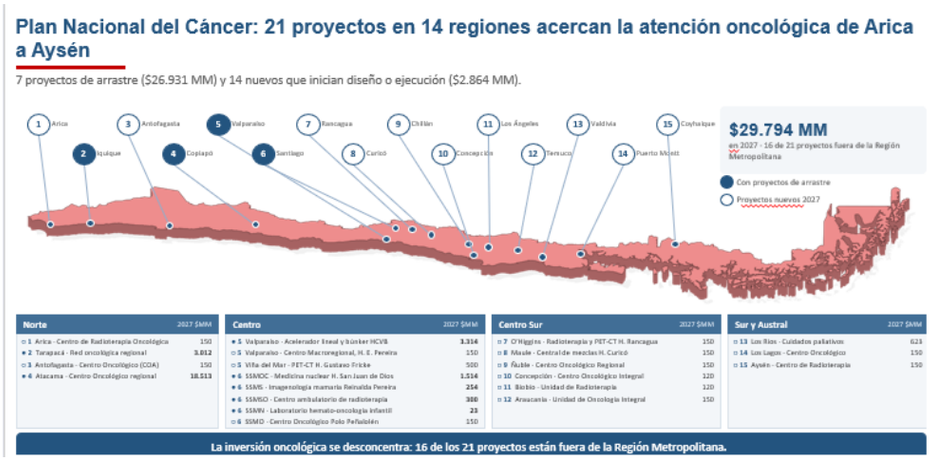
Señaló que la atención primaria tiene prioridad, por ser la puerta de entrada al sistema, y que se busca que se financie mejor y resuelva más cerca de las personas. Indicó lo siguiente:

- El per cápita basal pasará a 13.240 pesos. De ellos, 218 pesos son nuevos y 412 corresponden a programas integrados, como señaló la Presidenta de CONFUSAM.
- Se reconocerán y financiarán 296.143 nuevos inscritos, y los cuatro programas pasarán al per cápita.
- En detección precoz, se avanzará hacia la pesquisa universal de tres cánceres, cervicouterino, colorrectal y gástrico, mediante pruebas no invasivas. Hizo mención al doctor Cuello a este respecto.
- Se destinarán 5.387 millones de pesos a prevención universal y 52.000 millones a compra oncológica.

En materia de urgencia y resolutividad local, informó lo siguiente:

- En 2026 se fortalecieron 165 dispositivos de urgencia, de los cuales 108 pasaron de baja a alta resolutividad, con el consiguiente incremento de su financiamiento.
- Se financiarán ocho SAR abiertos en 2026, con efecto en el año, y cuatro nuevos que se abrirán este año.
- Aumentará el presupuesto de Hospital Digital, para incrementar las consultas e interconsultas comprometidas en la Glosa 22.

Como segunda prioridad, señaló el cáncer. Informó que existen 21 proyectos en 14 regiones, de Arica a Aysén, que acercan la atención oncológica, para que los pacientes no deban trasladarse a la Región Metropolitana u otras regiones y puedan mantenerse junto a sus familias. Ello significa 29.794 millones de pesos. Precisó que 16 de los 21 proyectos están fuera de la Región Metropolitana, y que solo cuatro son de arrastre (en azul), mientras que el resto (en blanco) corresponde a proyectos nuevos para 2027.



En transformación digital, indicó que se priorizaron siete proyectos estratégicos para las personas, la red y la gestión de los recursos. Señaló que el beneficio directo para las personas fue uno de los criterios de priorización, y que los detalles constan en la presentación:

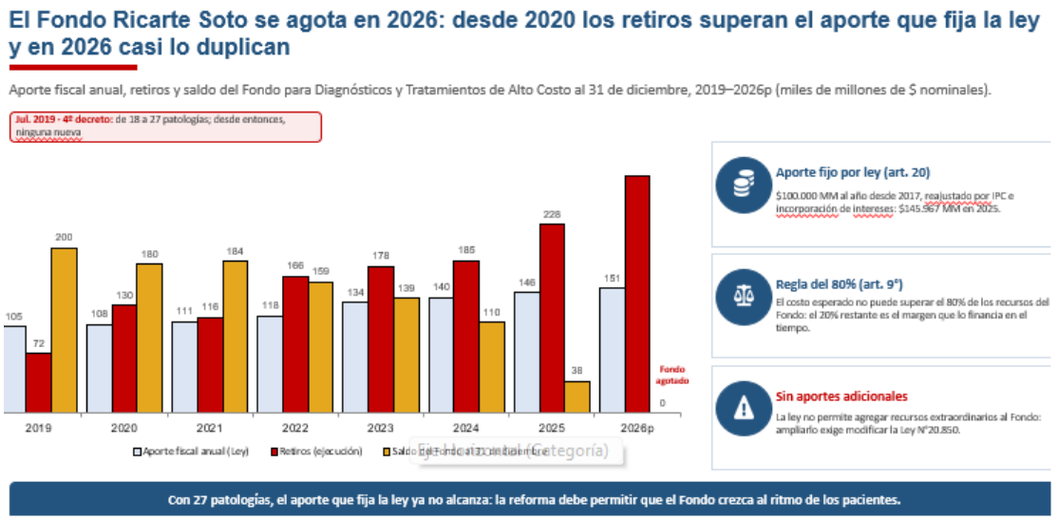


Destacó que los programas de la partida mantienen sus recursos en 2027, sin eliminaciones ni recortes, y serán evaluados durante el año. Agregó que se trata de 45 programas con recursos identificados por más de un billón de pesos, lo que equivale a 21.000 millones más que el año anterior. Precisó que se encuentran distribuidos entre las distintas divisiones y unidades responsables (DIGERA, DIVAP, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública y otras), en el subtítulo 24. Señaló que, si hubiera ajustes, estos responderían a eficiencia de costos y tributarían al plan de convergencia acordado con la DIPRES.

Respecto del Fondo de la Ley Ricardo Soto, señaló que este se agota en 2026 debido a la forma en que fue construida la ley. Explicó la situación en los siguientes términos:

- **Desde 2020, los retiros del fondo para diagnósticos y tratamientos de alto costo superan el aporte fiscal anual que fija la ley.**
- En julio de 2019 se pasó de 18 a 27 patologías, y desde entonces no se ha incorporado ninguna nueva.
- **La situación se explica porque el ingreso de pacientes beneficiarios supera con creces su egreso. Calificó esto como una buena noticia para el sector, pues indica que los medicamentos son eficaces, pero implica un gasto que ha aumentado y seguirá aumentando.**

Afirmó que no se dejará de financiar los medicamentos de los pacientes ya beneficiados ni de quienes se incorporen por tener indicación de tratamiento, y explicó que la ley no permite agregar recursos extraordinarios al fondo, por lo que ampliarlo exige una modificación legal, en la que se está trabajando para hacerlo sostenible. Recalcó que, con las 27 patologías actuales, el aporte que fija la ley ya no alcanza.



Para explicar el gráfico, señaló lo siguiente:

- La barra gris corresponde al aporte del presupuesto, de 105.000 millones de pesos.
- El fondo inicial de la ley era fijo, de 200.000 millones de pesos.
- El gasto en 2019 fue de 72.000 millones.
- En 2020, el presupuesto fue de 108.000 millones y se gastaron 130.000 millones, por lo que debieron rebajarse 30.000 millones del fondo.

Explicó que, como el gasto siempre fue superior al presupuesto, se debió recurrir sucesivamente al fondo, lo que comparó con sacar dinero de los ahorros. Indicó que en 2025 quedaban 38.000 millones en el fondo, y que este año se agotó. Precisó que los presupuestos anuales fueron de 105.000, 108.000, 111.000, 118.000, 134.000, 140.000, 146.000 y 151.000 millones, y que el gasto siempre los superó. Explicó que el diseño supuso que los ingresos y egresos de pacientes serían similares, lo que no ocurrió, ya que la prevalencia de

beneficiarios ha ido en aumento. Concluyó que, al haber dependido entre 2019 y 2025 de los saldos del fondo, ahora agotado, se requiere una modificación legal, para lo cual se está próximo a ingresar indicaciones.

Finalmente, destacó que tres consejos acompañan la implementación:

- Consejo de Eficiencia y Convergencia: creado por ley e integrado por ocho instituciones académicas y centros de estudio, más el Colegio Médico y la DIPRES. Elabora una matriz de riesgos y entrega informes públicos a la Comisión de Salud.
- Consejo Asesor Estratégico Consultivo de FONASA: acompaña la transformación de FONASA en comprador estratégico y los cambios en los mecanismos de pago.
- Consejo Nacional de Salud: dividido en cuatro subcomisiones, analiza con una mirada de largo plazo las necesidades de política sanitaria del sector.

Indicó que estos consejos permiten identificar riesgos financieros, normativos y de gestión antes de que se materialicen, y controlar la implementación con recomendaciones trazables. En esa línea, puso de relieve que los cambios propuestos no dependen solo del Ejecutivo, sino que cuentan con el acompañamiento de la academia, los gremios, las sociedades científicas y representantes de las comunidades.

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA, SEÑORA ALEJANDRA PIZARRO

Seguidamente, hizo uso de la palabra la Subsecretaria de Salud Pública, señora Alejandra Pizarro, quien, en primer lugar, resumió la tarea de la Subsecretaría como una salud pública que protege a todas las personas. Ello implica prevenir enfermedades, anticipar riesgos y asegurar prestaciones universales, como el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, las vacunas y la nutrición. Agregó que el presupuesto se guía por el uso eficiente de los recursos y la responsabilidad fiscal, como única forma de llegar a todos los habitantes del país.

De forma preliminar, se refirió a la variación de -1,1%, que ha generado inquietud y a la que hizo referencia la Ministra señora May Chomalí. Aclaró que esa cifra no significa menos beneficios para las personas, y explicó sus causas:

- En el Programa Nacional de Inmunizaciones, se compraron vacunas a mejor precio y se planificó mejor.
- En el Subsidio de Incapacidad Laboral y las licencias maternales, nacen menos niños y, por tanto, baja la demanda de subsidio maternal.
- Algunos recursos se traspasan dentro del mismo sector.

Agregó que, al mismo tiempo, se suman más de 17.000 millones de pesos en alzas prioritarias y que el aporte fiscal a la Subsecretaría sube. Fue enfática en señalar que no se reducirán vacunas ni faltarán a nadie, y que, por el

contrario, se está mejorando el Programa Nacional de Inmunizaciones en tecnologías y coberturas.

Explicó que el presupuesto de la Subsecretaría se enfoca en dos ejes principales:

1. Prevención y promoción: comprende todo lo que se hace para anticiparse a la enfermedad y proteger a la población en las distintas etapas de la vida, desde los recién nacidos hasta las personas mayores. Incluye el Programa Nacional de Inmunizaciones, el Programa de Alimentación Complementaria (PNAC y PACAM), las actividades de promoción de salud, el Fondo Nacional del Cáncer, la vigilancia de enfermedades emergentes, la Encuesta Nacional de Salud, la salud mental y el envejecimiento saludable.

2. Regulación y fiscalización: corresponde al rol de autoridad sanitaria, ejercido a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Comprende autorizar, fiscalizar y vigilar el cumplimiento de la norma sanitaria, y gestionar, a través de las COMPIN (Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez), las licencias médicas y la certificación de discapacidad. Incluye también los laboratorios de salud pública administrados por las SEREMI, que realizan análisis de agua, alimentos y salud ambiental, entre otros, además de los permisos sanitarios y las fiscalizaciones.

Informó que el proyecto 2027 asciende a 878.000 millones de pesos, frente a una base de 887.642 millones, lo que equivale a una variación de -1,1%. Reiteró que la diferencia se explica por eficiencias, proyecciones y traspasos, y no por una reducción de beneficios o prestaciones. Desglosó los montos de la siguiente manera:

- 9.696 millones de pesos en el Programa Nacional de Inmunizaciones: se explican por una mejor compra, planificación, gestión y reducción de mermas. Se mantienen las mismas vacunas, e incluso mejores, con mejores tecnologías y precios.
- 13.304 millones de pesos en el subsidio maternal: corresponde a la suma de 6.939 y 6.365 millones. Es el único subsidio que disminuye, y se ajusta a la proyección de la SUSESO y FONASA, que muestra una menor demanda por la caída de la natalidad. Precisó que el beneficio no cambia, sino la cantidad de personas que lo requerirán.
- 658 millones de pesos del FONIS (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud): pasará a ser administrado por la ANID. Aclaró que no se recorta, sino que cambia su administración.
- 3.224 millones de pesos para la construcción de laboratorios de salud pública: se reasignaron a Redes Asistenciales, dado que la inversión pasa a un programa de inversión de esa Subsecretaría. Precisó que los recursos no solo se mantienen en el sector, sino que crecen a 8.100 millones de pesos.
- 17.267 millones de pesos en alzas prioritarias: permitirán cerrar brechas y financiar nuevas iniciativas, como la Encuesta Nacional de Salud, el

PACAM, el PNAC, el fortalecimiento de las SEREMI de Salud, gasto en personal y equipos.

Agregó que la Subsecretaría continúa protegiendo la salud de las personas con 14 programas sociales, y subrayó que no disminuye su oferta programática. Destacó lo siguiente:

- Se seguirá vacunando a todo el país con el 100% del calendario de inmunizaciones y de las campañas.
- Se seguirá previniendo el VIH y las infecciones de transmisión sexual, previniendo el suicidio y avanzando contra la tuberculosis.
- Se seguirá nutriendo a más de 1,7 millones de niños, niñas, gestantes y personas mayores mediante los programas de alimentación complementaria.
- Se promueven comunidades saludables y se resguarda la seguridad de alimentos y ambientes, mediante los laboratorios y fiscalizadores de las SEREMI de Salud.
- Se protege a la población frente a mosquitos y mordeduras.
- Se certifica la discapacidad y se mejoran esos procesos a través de las COMPIN.
- Se orienta a las personas mediante Salud Responde.

Afirmó que se trata de programas mejor gestionados, que mantienen y aumentan sus recursos.

En materia de vacunas, informó que el presupuesto 2027 asciende a 172.274 millones de pesos, con una variación de 9.696 millones. Explicó que ello se logra mediante eficiencia en compra y gestión, en cuatro focos:

1. Compras de largo plazo y Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud: contratos de dos a tres años y compras conjuntas con países de las Américas, que generan economías de escala y mejores precios. Ya suman cerca de 3 millones de dosis.
2. Vacuna contra la influenza a menor precio: se compran 8,6 millones de dosis, un 3,8% más que en 2026, con un menor precio proyectado, gracias a mejores negociaciones y planificación.
3. Vacunación contra el COVID-19: se realizan compras focalizadas en los grupos de mayor riesgo, e incluso con presentaciones monodosis que reducen la merma.
4. Gestión de inventario: se aplica control en todos los niveles, con más de 1.700 funcionarios capacitados. La pérdida de vacunas contra el COVID-19 bajó de 22,2% en 2024 a 12,8% en 2026, y la de influenza, de 13,2% a 1,3% en el mismo período. Atribuyó estos resultados a la gestión y al compromiso de los equipos de salud en todo el país.

En resumen, señaló que se mantienen las mismas vacunas, e incluso mejores, con mejor tecnología y mejores precios. Las vacunas siguen siendo de acceso universal y gratuito, y la compra cubre a toda la población objetivo.

Reiteró que disminuir el gasto del Programa Nacional de Inmunizaciones no significa vacunar menos, y detalló las siguientes medidas:

- Se mantiene el 100% del calendario, que previene 18 enfermedades, además de las campañas contra el virus respiratorio sincicial y el COVID-19.
- Se mantiene la cobertura con anticuerpo monoclonal contra el VRS para 41.408 recién nacidos, obteniendo mejores precios mediante el Fondo Rotatorio.
- En lactantes, se pasa de la vacuna neumocócica PCV13 a la PCV20, lo que permite una mejor cobertura de serotipos y previene más muertes y hospitalizaciones.
- Desde marzo de 2027 se iniciará una nueva estrategia de vacunación contra el neumococo en personas mayores. Se hará una transición ordenada y planificada para evitar quiebres de stock, cuidando los recursos y mejorando la tecnología, con el fin de reducir la morbimortalidad en ese grupo.

Recordó que la vacunación es política de Estado desde 1978, y que la gestión eficiente permite mejorar tecnologías y coberturas.

Respecto de la alimentación complementaria, señaló que es un beneficio garantizado por ley y decreto. Informó lo siguiente:

- Para 2027 se destinan 112.161 millones de pesos, que financian los doce meses de entrega según la demanda y los precios proyectados.
- Se llega a más de 1,7 millones de personas distintas al año, con más de 827.000 cada mes.
- El PNAC pasa de 59.164 a 59.352 millones.
- El PACAM crece un 15,6%, pasando de 45.673 a 52.808 millones de pesos. Esto significa 7.135 millones adicionales para normalizar un presupuesto que históricamente consideraba nueve meses, de modo que ahora se proyecten los doce meses de entrega a las personas mayores.

En materia de evidencia y estrategias de salud pública, informó lo siguiente:

- Encuesta Nacional de Salud: se destinan 431 millones de pesos, para medir factores de riesgo y prevalencias y focalizar la prevención y la promoción. Destacó que se trata de un gran avance, pues han pasado casi diez años desde la última encuesta.
- Promoción de salud: 4.087 millones de pesos, transferidos a la atención primaria.

- Enfermedades emergentes: 2.910 millones de pesos para enfrentar enfermedades como la marea roja, la rabia, la hidatidosis, el dengue y el Chagas, entre otras, y estar preparados ante brotes y nuevas amenazas.
- Fondo Nacional del Cáncer: 229 millones de pesos, que financia programas y proyectos de investigación, estudio, evaluación, promoción y desarrollo de iniciativas de prevención, vigilancia y detección temprana del cáncer.

Resumió el objetivo como contar con evidencia para llegar primero donde el riesgo es mayor.

En cuanto al segundo eje, regulación y fiscalización, señaló que se refuerzan las SEREMI de Salud y los laboratorios en tres frentes:

1. Gasto en personal: crece un 1,7%, equivalente a 2.818 millones de pesos, totalizando 171.235 millones. Cubre el diferencial de remuneraciones de enero a mayo (922 millones), la reforma previsional 2027 (1.313 millones) y el fuero y los reemplazos maternales (583 millones).

2. Operación: crece un 12%, con 5.957 millones adicionales, para un total de 55.704 millones. Lo principal son 4.898 millones para la continuidad y la brecha operacional de las SEREMI de Salud, además de la puesta en marcha de los laboratorios de las SEREMI de la Región Metropolitana y de Atacama, la Encuesta Nacional de Salud y la calibración y acreditación de los laboratorios de salud pública.

3. Equipamiento: se destinan 1.961 millones de pesos, más del doble de la base. Se reponen 20 vehículos de fiscalización y vigilancia y se suman 1.168 millones en equipos críticos de laboratorio.

Agregó 8.100 millones para cinco laboratorios ambientales ya en ejecución, entre Iquique y Valdivia, que se ejecutarán desde el programa de inversión sectorial de Redes Asistenciales. Explicó que reforzar los equipos regionales es esencial, pues la regulación y fiscalización en cada región constituye el mandato de la Subsecretaría.

Como último eje, se refirió a la COMPIN y destacó lo siguiente:

- Mejora de gestión: en 2026 se realizó la mayor modernización del sistema de licencias desde 2018, incorporando inteligencia artificial. Se trabaja además en el portal 3.0 de Contraloría Médica, un panel nacional de COMPIN, una sección de fiscalización con revisión prioritaria de licencias e información automática a los empleadores sobre cada licencia.
- Resultados: a septiembre, los días de licencia otorgados bajaron un 20% y la duración promedio en los cotizantes también disminuyó. Precisó que se trata de un esfuerzo conjunto de la SUSESO, la COMPIN y FONASA, que han establecido mesas de trabajo para mejorar la eficiencia del subsidio de incapacidad laboral.

- Presupuesto suficiente: el proyecto destina 340.463 millones de pesos a los subsidios por incapacidad laboral y maternales, con lo cual la cobertura está garantizada. Para las licencias curativas y de reposo preventivo se asignan 216.896 millones de pesos, monto igual a la base. Para los subsidios maternales se asignan 123.568 millones de pesos. Reiteró que este es el único subsidio que varía, por una razón ajena a la gestión: en Chile nacen menos niños, y las proyecciones de la SUSESO y FONASA muestran una menor demanda. Insistió en que no se reduce el beneficio de las licencias maternales, sino que se ajusta a la cantidad de personas que lo necesitarán.

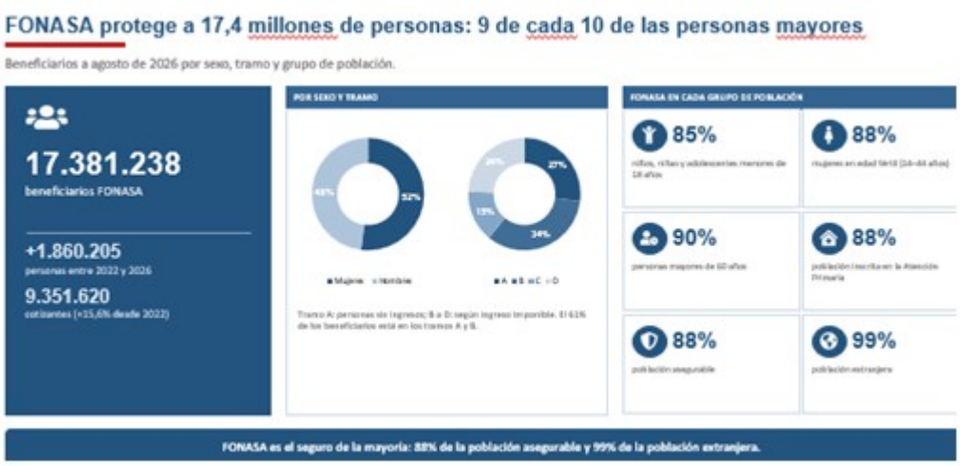
Señaló que se sigue trabajando para que las licencias se tramiten de forma más rápida y transparente.

Para finalizar, señaló que se trata de un presupuesto que protege lo esencial, ordena la casa y se enfoca en la gestión para mejorar la salud de la población. Resumió sus principales elementos:

- Las vacunas siguen siendo universales y gratuitas.
- La alimentación complementaria está financiada los doce meses del año, normalizando su presupuesto y proyección.
- Se refuerzan las SEREMI de Salud para cumplir el rol de autoridad sanitaria en cada región.
- Los subsidios están garantizados con una gestión más eficiente.

DIRECTOR NACIONAL DE FONASA, SEÑOR CÉSAR OYARZO

Posteriormente, el Director de FONASA, señor César Oyarzo comentó que este Fondo da cobertura aproximadamente a 17,4 millones de personas, lo que corresponde al 85% de la población del país y al 90% de los adultos mayores. Indicó que esto compromete a la institución con una labor esencial dentro de la estructura de financiamiento del sistema público.



Destacó que, durante 2026, por la acción tanto de la red pública como de la Modalidad de Libre Elección, se han logrado más egresos, menos días de estadía y más cirugías priorizadas. Señaló como elemento relevante la incorporación del nuevo Sistema de Atención Priorizada (SAP), establecido en la ley de 2025:

- En la primera parte de 2026 permitió realizar 3.800 cirugías en la Modalidad de Libre Elección.
- A partir de este mes permitirá incorporar 3.000 nuevas cirugías, concentradas hacia fin de año en los beneficiarios de menores recursos. En caderas y rodillas, ello permitirá abordar la totalidad de la lista de espera de ese grupo.

Indicó que FONASA se ha concentrado en su tarea fundamental: aumentar la recaudación, reducir el fraude y, en conjunto con las COMPIN, controlar el mal uso de las licencias médicas. Informó los siguientes resultados de 2026:

- Un aumento de 30% en las cotizaciones libres del gasto en subsidios de incapacidad laboral.
- Una reducción de 20% en los días de licencia médica, con un impacto de 23% sobre los subsidios de incapacidad laboral.
- En la Modalidad de Libre Elección, un incremento desde 90,5 millones de prestaciones en 2025 a cerca de 96 millones en 2026.

En relación con la compra a privados, explicó lo siguiente:

- Ley de Urgencia: el principal crecimiento se encuentra en este ítem, que pasó de 35.000 a 46.000 millones de pesos en el estimado de 2026. Ello resulta del aumento sostenido del gasto en la Ley de Urgencia post estabilización. Precisó que no se trata de una decisión de comprar a privados, sino de decisiones que toman las personas ante situaciones de urgencia. Reconoció la necesidad de reforzar los servicios de urgencia públicos para que estos casos no sigan derivándose al sector privado.
- Diálisis: es otro componente histórico que Chile ha resuelto a través del sector privado.
- Garantías GES: tampoco constituyen una decisión discrecional, pues la ley define siempre a la red pública como primer prestador. El segundo prestador opera solo cuando la red pública, con sus recursos, no ha podido resolver.
- Modalidad de Libre Elección: es el componente más histórico, y ha tenido un crecimiento moderado en los últimos años.

En cuanto al presupuesto de FONASA para 2027, informó lo siguiente:

- Asciende a 16,2 billones de pesos, con un crecimiento de 4,8% respecto de la base 2026.

- El elemento central son las transferencias a los servicios de salud, que alcanzan 13,6 billones de pesos, con un crecimiento de 3,5%. Este crecimiento acompaña al nivel hospitalario y a la atención primaria, en un marco en que se espera un aumento relevante de la actividad de producción en beneficio de los usuarios.

Explicó que las transferencias a los servicios de salud tienen dos partidas, GRD y PPI. Al desagregarlas, se observa un crecimiento del GRD y una disminución del PPI. Precisó que esto se regulariza durante el año y garantizó que no habrá reducción para los hospitales de menor tamaño financiados vía PPI. Explicó que se trata de una centralización inicial que se desagrega durante el ejercicio, como ocurre en todos los presupuestos.

Señaló que se busca, en conjunto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que la producción de los establecimientos justifique una mayor proporción de las transferencias de FONASA:

- Con los precios del presupuesto 2025, la producción GRD justifica solo el 58,7% de las transferencias.
- Con la normalización que se aplicará en 2027, la producción justificará el 82%.
- Los precios de referencia ubicarán la valorización de las prestaciones ambulatorias de la red en torno al nivel 3 de FONASA, con un GRD base promedio del orden de 3,2 millones de pesos, cifra cercana a lo que FONASA paga en la actividad privada.

Precisó que ese 82% deja margen para un probable incremento de la facturación de los hospitales, donde se estima que existe subestimación. Añadió que se busca implementar un sistema de información que permita individualizar las prestaciones entregadas en los servicios, replicando lo que se hace en la Modalidad de Libre Elección, con captura de información desde la ficha clínica o la agenda. Destacó que ello tiene además valor epidemiológico, pues permitirá trazar las prestaciones que reciben los beneficiarios.

Respecto de la compra a privados, reconoció un salto de casi 35% en el presupuesto, pero sostuvo que no se trata de una estrategia que privilegie al sector privado por sobre la red pública, sino de elementos que escapan al control del financiamiento. Detalló los componentes:

- Ley de Urgencia: crece en 175.000 millones de pesos. Corresponde a una normalización al nivel efectivamente alcanzado en 2026 y no a un crecimiento para 2027.
- Medicamentos de alto costo: 77.558 millones de pesos corresponden a una forma distinta de contabilizarlos. Se trata de la centralización de medicamentos que hoy están cargados en otras partidas presupuestarias.
- Prestaciones oncológicas: la compra privada de 301.000 millones se incrementa en 55.000 millones. Explicó que el plan de 2026 para reducir las

garantías de oportunidad vencidas en oncología costó 158.000 millones de pesos, repartidos en cifras gruesas en 85.000 millones para el sector privado y 65.000 millones para la red pública. Los 55.000 millones dan continuidad a ese plan, con el compromiso de que, según instruyó la Ministra, las garantías vencidas desaparezcan en enero. Desde entonces, cada vez que una garantía oncológica esté por vencer, se activará el segundo prestador si es necesario.

- Hemodiálisis: crece en casi 10.000 millones de pesos.
- Acceso priorizado (SAP): modalidad muy bien valorada por los beneficiarios, crece en 4.000 millones de pesos, cerca de un 10% respecto del año en curso.
- Trasplantes y cardiopatías: se contemplan 5.400 millones nuevos, que constituyen la línea de expansión de la compra privada.

Reiteró que no hay un giro en la estrategia de FONASA. Señaló además que el plan oncológico de 52.000 millones de pesos se complementará con lo que la Subsecretaría expondría respecto de la ley oncológica.

Expuso que la Modalidad de Libre Elección no contempla cambios sustantivos para 2027, con un presupuesto de continuidad, y que el gasto en subsidios de incapacidad laboral se mantiene dentro de los márgenes del año en curso.

Concluyó que FONASA busca continuar con la compra estratégica, que consiste en comprar mejor, vinculando recursos con resultados y oportunidad. Asimismo, puntualizó que la estrategia no consiste en priorizar una red sobre otra, sino en complementarlas al servicio de las personas y del objetivo de reducir los tiempos de espera, especialmente en las patologías donde la oportunidad es una obligación. Finalmente, señaló que el presupuesto contempla el control y la sostenibilidad financiera, tanto en la libre elección como en las transferencias a los servicios de salud, con el compromiso de cumplir los compromisos de gasto hacia fin de año.

SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES, SEÑOR JULIO MONTT

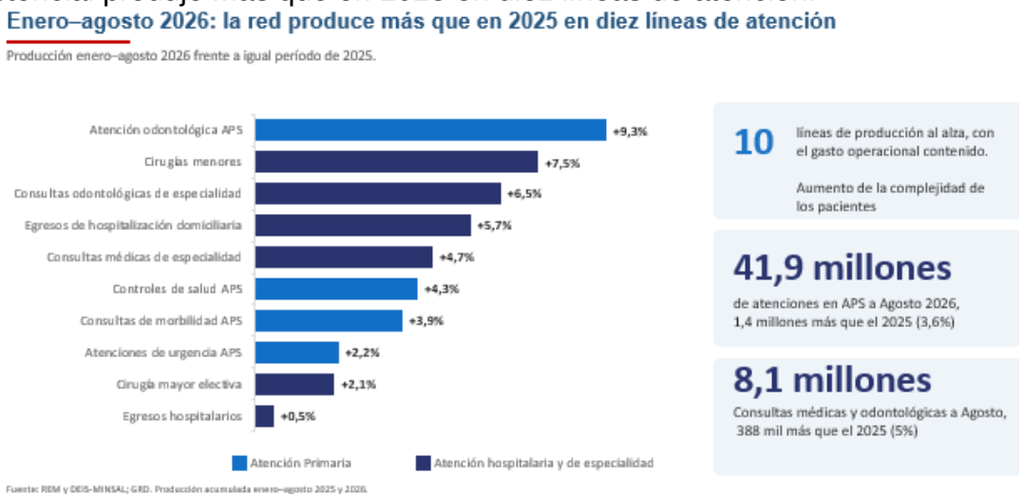
Enseguida, intervino el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Julio Montt. En primer término, relevó que la Subsecretaría busca una mayor capacidad resolutiva, un mejor uso de pabellones, camas y equipos de salud, y sobre todo una red organizada para atender más y mejor. Indicó que la red asistencial tributa a los resultados prioritarios presentados por la Ministra, en los siguientes términos:

- Prevención y salud de la población: se reitera la pesquisa universal en atención primaria de tres cánceres, cervicouterino, gástrico y colorrectal, junto con la integración de programas al per cápita, para lograr mayor equidad y oportunidad en la entrega de recursos.
- Acceso y atención oportuna: se busca mayor resolutividad en la atención primaria, el aumento del per cápita y el financiamiento de los 296.000 nuevos inscritos. Existen recursos operacionales para los SAR, ocho con efecto

2026 y cuatro nuevos, y proyectos de arrastre para nuevos CESFAM. Sobre todo, se busca definir metas de producción en 80 hospitales, con foco en los tiempos de espera GES y no GES.

- Sistema eficiente y sostenible: cumplimiento de la planificación presupuestaria y disciplina. Un elemento clave es la separación presupuestaria entre la red pública prestadora y las direcciones de servicio, junto con un aumento de la productividad institucional y medidas de eficiencia con resultados verificables.

Como contexto, informó que entre enero y agosto de 2026 la red asistencial produjo más que en 2025 en diez líneas de atención:



Destacó que esto se logró con un gasto operacional contenido y con pacientes de mayor complejidad. Agregó otros datos de actividad:

- A agosto de 2026 se registraron 41,9 millones de atenciones en atención primaria, 1,4 millones más que en el mismo período de 2025, un 3,5% de aumento.
- Se realizaron 8,1 millones de consultas médicas y odontológicas, 388.000 más que en 2025, un 5% de incremento.

En cuanto a los resultados de gestión clínica, informó lo siguiente:

- Las garantías GES retrasadas disminuyeron un 19,8% a agosto de 2026.
- Se ahorraron 476.154 días cama por estancias evitables, un 6% más.
- Las garantías GES cumplidas aumentaron a un 97,6%, 0,35 puntos por sobre el período anterior.
- La mediana de espera para consulta nueva de especialidad disminuyó en 28 días.
- Los egresos son de mayor complejidad: el peso medio GRD pasó de 1,069 a 1,075, con menos días de estadía prolongada y menos casos atípicos (*outliers*).

En materia de eficiencia durante 2026, informó lo siguiente:

- Se cumplió un 98% de la planificación presupuestaria: se planificaron 3.180 millones y se devengaron 3.114.
- La intermediación de CENABAST en la canasta esencial de medicamentos aumentó de 82,4% a 85,3%, 2,9 puntos más.
- El trato directo disminuyó de 18,2% a 16,6% del total de compras.
- El ausentismo se redujo en 799.477 días de licencia médica, pasando de 18,5 a 14,3 días por funcionario.
- Disminuyeron las horas extraordinarias, las suplencias y los reemplazos.
- Las compras centralizadas y los convenios marco generaron ahorros de alrededor de 30.000 millones de pesos en 2026. Ya se realizaron procesos para compresas, cintas de glicemia, alimentación enteral y electricidad, y se encuentran en curso los de energía, medios de contraste, combustible y vales de alimentación.

En cuanto al presupuesto de los servicios de salud, informó lo siguiente:

- El proyecto 2027 para las redes asistenciales alcanza 13,818 billones de pesos, un 3,4% más en relación con el año 2025.
- El gasto en personal varía un 3,8%, con 233.000 millones.
- Las transferencias a la atención primaria crecen un 4,2%, con 145.000 millones.
- Los bienes y servicios de consumo crecen un 2,2%, con 81.442 millones.

Aclaró que, si se compara gasto con gasto, el crecimiento sería de solo 0,03%, por dos razones: con bienes y servicios se pagó un convenio pendiente con ENTEL, y las iniciativas de inversión del subtítulo 31, por 456.000 millones, pasan al programa de inversión sectorial. Excluyendo ese gasto, el crecimiento es de 3,4%.

Destacó tres cambios estructurales del presupuesto 2027:

1. Atención primaria con oportunidad y equidad: financiamiento más simple y oportuno para la atención primaria municipal. Se percapitan cuatro PRAPS (Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud): cuidados paliativos, Más Adultos Mayores Autovalentes, MAIS y salud bucal. Se fusionan programas para tener menos convenios y trámites, y se usarán convenios tipo para transferir los recursos a tiempo. Recordó que la toma de razón de Contraloría retrasa las transferencias anuales, que a veces llegan en el segundo semestre, y señaló que se alcanzó un acuerdo con la Contraloría General de la República para contar con un convenio tipo que facilite la transferencia de los PRAPS. Indicó que el per cápita crece en 630 pesos, de los cuales 412 provienen de programas que ganan estabilidad.

2. Mayor transparencia en los servicios de salud: la separación presupuestaria se materializa en dos programas. El primero corresponde a la red pública (hospitales, dispositivos y programas de salud) y el programa 02, a las direcciones de servicio (gestión y administración). La ejecución será separada en el SIGFE, con dotación administrativa identificable, lo que permitirá medir por separado la gestión de las direcciones de servicio y la de la red asistencial.

3. Productividad hospitalaria: se valorizará la actividad con metas de productividad, mediante la instalación progresiva del modelo de financiamiento en los 80 hospitales del programa GRD. Habrá acuerdos de programación y metas de producción y eficiencia hospital por hospital, con una convergencia gradual a tres o cuatro años, sin que ningún hospital baje de su presupuesto 2026. Con ello, el gasto hospitalario explicado por producción sube al 81,9%.

Respecto de la atención primaria, señaló que la red cuenta con 2.067 centros para aproximadamente 15,9 millones de personas, con distintas fuentes de financiamiento:

- Per cápita municipal: alcanza a 288 comunas y 1.817 centros, con una población validada de 14,8 millones, equivalente al 92,7%. Se financia vía subtítulo 24.
- Comunas dependientes de los servicios de salud: 85 comunas y 139 centros, equivalentes al 6,1%, financiados vía subtítulos 21 y 22.
- Organismos no gubernamentales y otros delegados: 10 comunas y 12 centros, financiados vía subtítulo 22 y el DFL 36.
- Municipalidades financiadas por costo fijo: 33 comunas, equivalentes al 0,2%.

Aseguró que a todos se les transfiere bajo el mismo criterio.

Informó que las principales expansiones para la atención primaria en 2027 suman 118.000 millones de pesos, en seis líneas:

1. 53.000 millones percapitados por efecto población y DFL 36, para los 296.000 nuevos inscritos.
2. 44.802 millones por efecto precio del per cápita, correspondiente a los PRAPS que se incorporan.
3. 10.851 millones en asignaciones para 107.000 trabajadores de la atención primaria y 96 especialistas.
4. 5.387 millones para la pesquisa universal de tres cánceres, sin importar la previsión de los inscritos.
5. 2.887 millones para la nueva oferta de SAR, ocho con efecto 2026 y cuatro nuevos.
6. Un refuerzo de vacunación contra el VRS entre octubre y febrero, en recursos humanos, para la cohorte de recién nacidos entre octubre y marzo, que debe vacunarse para tener cobertura en invierno.

En cuanto al efecto población, precisó que la expansión total alcanza 53.200 millones de pesos, y que la homologación del DFL 36 para los organismos que no dependen de la atención primaria municipal asciende a 2.740 millones. Señaló que la población inscrita crece, FONASA la valida y se aplica la misma regla a las comunas percapitadas y a los establecimientos financiados vía DFL 36.

Respecto del efecto precio, reiteró el monto de 44.000 millones y el alza del per cápita de 12.610 a 13.240 pesos. Destacó que esto aplica a todo el territorio nacional. Explicó que los cuatro programas llegarán a más comunas y personas, en los siguientes términos:

- En total, se incorporan 146 comunas que antes no tenían acceso, con 776.000 nuevos beneficiarios por programa.
- Más Adultos Mayores Autovalentes: suma 83 comunas nuevas y 759.000 personas, equivalentes al 57% de las nuevas comunas y al 98% de los beneficiarios.
- Cuidados paliativos universales en atención primaria: alcanza a 29 comunas y 8.121 personas. Son prestaciones de alta complejidad que pasan a tener financiamiento permanente y no anual.
- MAIS: suma 18 nuevas comunas y 8.800 personas.
- Estrategias de salud local: se incorporan 16 comunas, que se suman a la regla común del per cápita.

Concluyó que prestaciones que dependían de convenios anuales llegarán a más territorios con financiamiento estable.

Explicó la construcción del monto mensual del per cápita por comuna:

- Al per cápita basal de 13.240 pesos, igual para todas las comunas, se suman:
  - un promedio de 2.861 pesos por ruralidad, en 203 comunas;
  - un promedio de 1.312 pesos por dificultad de acceso, en 154 comunas;
  - 1.893 pesos por pobreza, en 128 comunas;
  - 953 pesos por cada inscrito mayor de 65 años, lo que beneficia a 2,25 millones de personas.
- Solo 39 comunas, todas urbanas, reciben únicamente el monto base.
- El monto más frecuente es de 15.888 pesos, que reciben 56 comunas rurales.

En cuanto a la pesquisa universal del cáncer en atención primaria, señaló que se busca duplicar los exámenes en 2027:

- 114.000 exámenes más para cáncer cervicouterino, respondiendo a las inquietudes planteadas.
- 98.000 más para cáncer colorrectal.
- 18.000 más para cáncer gástrico.

La expansión asciende a 5.387 millones de pesos. Se espera que la estrategia con test FIT alcance inicialmente a 4.000 personas y permita detectar 37 cánceres más de manera oportuna. Describió el recorrido de las personas: invitación, examen en su centro de salud, resultados, derivación a tiempo, registro y seguimiento. Agregó que se espera priorizar más del 60% de la demanda de colonoscopías mediante el examen FIT.

Respecto de las asignaciones para el personal de atención primaria, informó una extensión total de 10.851 millones de pesos. Su propósito es retener talento y atraer especialistas, asegurando la continuidad y calidad del servicio. Reconocen funciones críticas, contextos laborales complejos y zonas extremas, así como las competencias de médicos especialistas que se desempeñan en atención primaria. Se incluye una asignación de competencias profesionales por casi 2.000 millones. Señaló que se espera mejorar la calidad, oportunidad y continuidad de la atención, con equipos más completos y resolutivos que reduzcan los tiempos de espera.

En cuanto a los desafíos de la atención primaria, señaló lo siguiente:

- Que los programas sigan funcionando: cada programa percapitado tendrá una meta medible, con seguimiento de los servicios de salud, incorporada en las metas 2027.
- Medir mejor: ocho comunas no registran las atenciones de sus CESFAM en el REM. Se buscará verificar registros completos y avanzar en la transformación digital hacia una ficha clínica interoperable.
- Llegar a más inscritos: se busca que más personas usen su centro de salud cada año, con medición por comuna. Indicó que la mediana es de 16,2 atenciones por cada millón de per cápita y que 8 de cada 10 comunas se ubican entre 12 y 20.
- Actualizar la fórmula de distribución: se revisarán los montos por pobreza y ruralidad, hoy basados en datos antiguos, con el apoyo del Banco Mundial. Se integrará la pesquisa universal, con el objetivo de contar con una fórmula per cápita validada.

Respecto de la atención secundaria y terciaria, señaló cinco expansiones principales:

1. 71.800 millones de pesos para normalizar el GRD, actualizando la producción de 80 hospitales.
2. Un plan de formación de especialistas, con 677 especialistas que iniciarán su período asistencial obligatorio (PAO) en 2027, por 54.000 millones.
3. La puesta en marcha de hospitales, con 4.522 nuevos cargos para 21 establecimientos, por 33.000 millones.
4. La normalización del PPI en atención domiciliaria y en hogares y residencias protegidas, por 32.000 millones.
5. 8.254 millones para fortalecer las unidades de decomiso de drogas en 29 servicios de salud.

Explicó el modelo de convergencia, que busca relacionar el presupuesto de los 80 hospitales GRD con lo que producen. El modelo anterior solo justificaba el 58% de la producción, y con la valorización de la actividad ambulatoria, de los fármacos ambulatorios y de la urgencia se llegará al 81,9%. Señaló que el mecanismo GRD perfeccionado incorpora un nuevo precio, un ajuste por asignación de zona y nuevos clústeres de hospitales.

El cambio más relevante, puntualizó, es que ahora se valorizan la atención ambulatoria y la de urgencia. Afirmó que el modelo redistribuye sin recortar.

Seguidamente, detalló la redistribución: de los 6 billones de pesos del presupuesto 2026 para los 80 hospitales, se redistribuirán 179.000 millones y se resguardarán 59.000 millones para 24 establecimientos. Indicó cuatro resguardos para una transición segura:

1. Gradualidad, en bandas de 7 a 12 meses y sin saltos bruscos, para que todos los hospitales lleguen a fin de año con su financiamiento operacional.
2. Protección del gasto en personal del subtítulo 21, que queda fuera de la redistribución.
3. Un piso garantizado, de modo que ningún hospital baje de su presupuesto de ley 2026.
4. La valorización de zonas extremas y un ajuste por tecnología.

Agregó que habrá un complemento para asegurar la continuidad, sujeto a mejoras de productividad y eficiencia.

En cuanto a la normalización, informó lo siguiente:

- 71.000 millones para el GRD, en el programa 05.
- 32.000 millones para el PPI, con un total de expansión de 104.000 millones.
- Dentro de la normalización del PPI en servicios domiciliarios y salud mental, 14.000 millones para ventilación y oxígeno domiciliario, servicios que crecen un 43%.
- 18.000 millones para 1.897 hogares y residencias protegidas para personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica.

Destacó que lo que la red ya produce contará con financiamiento estable y dejará de depender de reasignaciones transitorias.

Respecto del plan de formación de especialistas, informó lo siguiente:

- 677 cargos nuevos para el período asistencial obligatorio, por 47.000 millones.

- La reposición de 229 plazas de médicos en etapa de destinación y formación, de 44 horas, por 6.903 millones, que reemplazan a los médicos EDF que vuelven a formación de especialidad.
- El total de la expansión es de 54.000 millones e incluye el pago de aranceles para la formación de especialistas y subespecialistas, médicos y odontólogos de la red.

Señaló que este financiamiento asegura la llegada de nuevos médicos a la atención primaria y de especialistas a zonas extremas y territorios con brecha.

En cuanto a la puesta en marcha, reiteró que habrá 4.522 cargos nuevos para 21 establecimientos que entran en operación, de los cuales 11 están en normalización, con un total de 33.170 millones. Los recursos se distribuyen así:

- 18.000 millones para personal de 11 hospitales normalizados.
- 7.700 millones para el inicio de operación de 10 establecimientos.
- 5.000 millones para habilitación de tecnologías de información en 9 establecimientos.
- 596 millones para el Plan Nacional del Cáncer, que contará con el 100% de su dotación.

Precisó que 11 hospitales entran en operación y 8 están en ejecución.

Respecto de las unidades de decomiso, explicó que ha aumentado considerablemente la cantidad de kilos de droga recibidos por los servicios de salud, los que reciben, custodian y destruyen lo decomisado. Por ello, se aumentarán los equipos en 29 servicios con 32 cargos de la ley N° 18.834 y 181 horas de la ley N° 19.614, para la custodia y el análisis oportuno y seguro y para el cumplimiento de las leyes N° 20.000 y N° 21.575.

En materia de inversión sectorial, informó que el presupuesto 2027 asciende a 1.111.000 millones de pesos, con un 58% en obras de la cartera sectorial y un 36% en concesiones. Lo desglosó por subtítulo:

- Subtítulo 31 (iniciativas de inversión), 645.000 millones: 627.000 millones para terminar 130 obras en curso y 18.000 millones para iniciar la cartera nueva, que comprende 15 CESFAM, 14 COSAM y 3 proyectos oncológicos.
- Subtítulo 33 (concesiones hospitalarias), 398.000 millones: incluye reintegro de IVA, subsidio fijo a la construcción, equipamiento y mobiliario, y modificación de contratos.
- Subtítulo 29 (máquinas y equipos), 44.000 millones: de ellos, 22.000 millones van al Plan Nacional del Cáncer y el resto a reposición de equipos para aumentar la producción de diversos hospitales.
- Subtítulo 32 (anticipo a contratistas), 22.874 millones.

Por otro lado, afirmó que cada peso de inversión 2027 está asociado a una obra en curso, a la cartera nueva, a un contrato de concesión o a un equipo.

Continuando con su exposición, detalló la inversión por tipo de obra:

- Atención primaria: 33 CESFAM, 9 COSAM, 9 SAR, otras obras de atención primaria y conservaciones, con un incremento de 23,6%.
- Red hospitalaria: crece un 68,2%, con 35 hospitales en diseño y ejecución, 14 obras mayores y 11 proyectos de conservación.
- Plan Nacional del Cáncer: siete proyectos.
- Autoridad sanitaria: cinco laboratorios ambientales.

Precisó que el 97% de los recursos se destina a obras en ejecución.

Respecto de la cartera nueva, explicó lo siguiente:

- CESFAM: se terminarán los 33 en curso, y los 15 nuevos, actualmente en revisión para su priorización, se contratarán a partir de 2027 para su diseño, con construcción desde 2028.
- COSAM: hay 9 en arrastre, con 26.000 millones, y 14 nuevos que se contratarán en 2027 para iniciar obras en 2028.
- SAR: los 9 continúan en obra.

Reconoció una brecha significativa en salud mental comunitaria, con una demanda estimada de 325 COSAM frente a los 117 instalados. Señaló el compromiso de contar con 50 nuevos COSAM al término del Gobierno, ya sea en construcción o en operación.

En cuanto a la red hospitalaria, con 60 proyectos, informó lo siguiente:

- Terminan obras en 2027 y comienzan a operar en 2028: Hospital de Ancud (Chiloé), Hospital de Chile Chico (Aysén) y Hospital de Curacautín (Araucanía Norte).
- Continúan obras en 2028 y años siguientes: Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Hospital Provincia Cordillera de Puente Alto, Hospital de Illapel, CDT del Hospital San Borja Arriarán, Hospital de La Higuera, Hospital Barros Luco Trudeau, Hospital Base de Linares y Hospital de Licantén.
- En marcha blanca y completamente operativos en 2027: Hospital de Melipilla, que tiene un incremento asociado a la instalación de un resonador magnético, y Hospital Provincial de Marga Marga.
- Otros proyectos: hay 12 cierres de obra de hospitales en operación y 10 proyectos de diseño, preinversión y compra de terrenos.
- Hospitales concesionados: Coquimbo, en el primer trimestre; Red O’Higgins (Rengo y Pichilemu), en el tercer trimestre de este año; y La Serena, en el cuarto trimestre.
- Obras mayores y conservaciones: 14 obras mayores, por 18.635 millones, y 11 conservaciones.

Resumió que en 2028 se suman tres hospitales sectoriales y que tres concesiones terminan sus obras.

Respecto del Plan Nacional del Cáncer, informó que hay siete proyectos en arrastre, con 26.931 millones:

- Centro Oncológico de la Región de Atacama.
- Reposición del acelerador lineal y búnker del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.
- Habilitación y mejoramiento de la red oncológica de Tarapacá.
- Unidad de Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios.
- Centro Ambulatorio de Radioterapia del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en fase de diseño.
- Centro de Imagenología Mamaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Laboratorio Nacional de Hemato-oncología del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Anunció enseguida que los nuevos proyectos son los siguientes:

- Unidad de Oncología Integral de La Araucanía.
- PET-CT para el Hospital Gustavo Fricke.
- Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de Los Ríos.
- Centro Macrorregional del Cáncer en el Hospital Eduardo Pereira.
- Centro de Radioterapia Oncológica de Arica.
- Normalización del Centro Oncológico Ambulatorio de Antofagasta.
- Radioterapia y PET-CT en el Hospital Regional de Rancagua.
- Central de Mezclas en el Hospital de Curicó.
- Centro Oncológico Regional de Ñuble.
- Unidad de Radioterapia Oncológica en Biobío.
- Centro Oncológico Integral en la Región del Biobío.
- Centro Oncológico en la Región de Los Lagos.
- Centro de Radioterapia en Aysén.
- Centro Oncológico para el polo de Peñalolén.

Señaló que se terminan siete proyectos oncológicos y se inicia una cartera nueva para llevar el diagnóstico y tratamiento del cáncer a las regiones.

Respecto del presupuesto de la propia Subsecretaría de Redes Asistenciales, informó lo siguiente:

- El proyecto 2027 asciende a 552.000 millones de pesos, 19.000 millones sobre la base, con un crecimiento de 3,7%.
- Contempla 46.304 millones en transferencias de capital para subsidio, equipamiento e IVA de concesiones.
- Contempla un aumento de 53.000 millones en el subtítulo 24, correspondiente fundamentalmente a tres programas, entre ellos Hospital Digital.
- Contempla una disminución de 24.000 millones, correspondiente al pago de la deuda con ENTEL, que llevaba entre cuatro y cinco años impaga. Descontado ese efecto, el incremento sería mayor al 3,7%.

- Las transferencias de capital crecen un 13,1%.

Destacó que los recursos del proyecto estratégico de transformación digital del Ministerio se encuentran en Redes Asistenciales: 4.889 millones para interoperabilidad en salud y 1.197 millones para la plataforma convergente, proyecto largamente esperado por la red que se ejecutará en 2027.

Hospital Digital

Finalmente, se refirió a Hospital Digital, cuyo modelo de salud digital centrado en las personas busca mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad. Informó el incremento de las prestaciones comprometidas:

- Teleinformes: se llegará a 541.000, frente a los 192.000 de 2026.
- Prestaciones asincrónicas: se llegará a 220.000 en 2027, frente a las 134.000 actuales.
- Prestaciones sincrónicas: se llegará a 179.200, frente a las 107.000 actuales. Mencionó también la cifra de 137.000.
- Prestaciones de salud mental: actualmente suman 50.383.

Recordó que las especialidades sincrónicas incluyen dermatología, diabetes, endocrinología, geriatría, nefrología, reumatología, otorrinolaringología, neurología, ginecología y oftalmología. Mencionó además los 3.236 casos resueltos por el telecomité oncológico en el período, que se espera aumenten a 4.320 durante 2027.

CONSULTAS Y COMENTARIOS

A continuación, el Senador Juan Luis Castro planteó, en primer lugar, una interrogante sobre la convergencia entre gasto y presupuesto expuesta por la señora ministra. En atención a que esta se sitúa en torno a los 20 billones de pesos, con una diferencia de 1,7 billones para lo que resta del año, y que la proyección muestra el mismo techo, de alrededor de 20 billones, para el resto del período de gobierno, consultó cómo se suplirán esos 1,7 billones en los dos meses y medio que quedan del año, advirtiendo que, de no cubrirse, pasarán de inmediato a ser deuda 2027, como ha ocurrido siempre. Previno que, en ese caso, las cifras de 2027 serían una ficción.

Preguntó también por qué se proyecta para el período hasta 2030 un límite de gasto similar al de este año, pese a los problemas que este presenta, y estimó que resulta difícil imaginar que el gasto no supere los 20 billones en 2028, 2029 y 2030.

Eliminación de glosas de información

Luego, consultó por qué se eliminaron alrededor de 77 glosas de información. Indicó que normalmente existen glosas de información estandarizadas sobre diversas materias, que no figuran en el proyecto.

Listas de espera

En tercer lugar, se refirió a las listas de espera. Observó que se mantiene una meta de 100.000 personas intervenidas quirúrgicamente, similar a la del año anterior, y consultó cuál es la proyección nacional y regional de reducción tanto del número de personas en espera como de los tiempos de espera, materia enfatizada en múltiples ocasiones por la autoridad. Señaló que las listas de espera de consulta nueva y de cirugía se distribuyen de forma muy heterogénea en el país, con diferencias abismantes entre servicios de salud.

Sostuvo que mantener la misma meta, *ceteris paribus*, sin un objetivo claro en tiempos y volúmenes de espera, resulta insuficiente, considerando que los resultados del año anterior aún no son compatibles con lo deseado. Consultó cuál es la meta del Ministerio de Salud y cuáles son las metas regionalizadas.

En cuarto lugar, se refirió a la ley que entrará en vigencia el 1 de enero de 2027. Indicó que, según le informó la Presidenta del Colegio Médico, alrededor de 150 médicos, y posiblemente profesionales de otras áreas, cesarán en sus cargos por tener 75 años o más. Explicó que se trata de una disposición de la ley de reajuste general de hace dos años, que posteriormente incorporó una salvaguarda para las universidades del Estado, pero no para el sector salud. Atendida la necesidad de más médicos en el sistema público, consideró relevante saber qué ocurrirá con ellos y si la autoridad estima posible alguna solución.

En quinto lugar, se refirió a la nueva Glosa 16 de la partida de los gobiernos regionales. Esta establece que las iniciativas asociadas a transferencias corrientes y de capital, las adquisiciones de activos no financieros y los proyectos de inversión que realicen los gobiernos regionales con o para los servicios de salud requerirán la validación previa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Indicó que se trata de un requisito nuevo de validación del nivel central, adicional a la de Hacienda. Manifestó entender la importancia de la eficiencia y de demostrar el interés público de los proyectos, pero consultó cómo operará esta validación respecto de recursos que siempre han sido un complemento para la salud, señalando que la materia está generando inquietud en los gobiernos regionales.

Asimismo, con relación a la Ley Ricarte Soto, consideró claramente desajustada la rebaja de 28.207 millones de pesos, equivalente a un 14,5%, a una ley emblemática con diez años de funcionamiento y 85.000 pacientes, y con una cifra igual o superior de personas esperando ingresar, como las familias de pacientes con atrofia muscular espinal que expusieron al inicio de la sesión. Calificó esto como un problema serio que deberá corregirse y solicitó votación separada de este asunto.

Respecto del Programa Nacional de Inmunizaciones, reconoció la explicación de la Subsecretaria de Salud Pública y los informes de Contraloría

sobre la eliminación de vacunas vencidas no utilizadas, cuyas cifras calificó de dramáticas. Sin embargo, estimó delicada la rebaja de 9.695 millones de pesos y solicitó también votación separada.

En cuanto a las contingencias, señaló lo siguiente:

- En el subtítulo 21, gasto en personal, existe una rebaja de 34.919.849, equivalente al 14,2%. Consultó cómo se concilia ello con el personal y los turnos de contingencia y con el financiamiento directo de los hospitales, pues observa brechas que no parecen absorbidas.

- En el subtítulo 22, bienes y servicios de consumo, hay una rebaja de 76,3%, equivalente a 492.158.000. Indicó no comprender si se trata de una redistribución de insumos, compras y gastos de traslado a otros programas, ni cómo se concilia para que no aparezca una rebaja neta. Solicitó votación separada también respecto de estos ítems.

Finalmente, respecto del Programa de Apoyo al Recién Nacido (programa 04), advirtió que no quedó suficientemente claro el desglose de compras, componentes y beneficiarios, ni si la rebaja de 10,5%, equivalente a 1.903 millones, afectará la calidad, la cobertura o ambas.

Financiamiento de programas dentales y del Hospital J.J. Aguirre

A su turno, el Diputado Karlezi se refirió, en primer lugar, al financiamiento de los programas dentales, que calificó como una de las grandes deudas del sistema público. Recordó que el acceso a la salud dental en Chile es particularmente difícil, ya que muchas veces tampoco la cubren los sistemas privados. Consultó cuánto se está financiando realmente descontada la inflación, cuánto crece el presupuesto, cuánto se destina a tratamiento y a rehabilitación, cuántas prestaciones adicionales permitiría financiar y si se aumenta la cobertura efectiva o solo se mantienen los programas existentes. Ante la extensa lista de espera en tratamientos dentales, preguntó si existe alguna acción concreta para reducirla, señalando que no lo advierte en el presupuesto.

En segundo lugar, manifestó su preocupación por el Hospital Clínico José Joaquín Aguirre. Agregó que el acceso a la salud en el Distrito 8 es difícil y que la comuna de Tiltil es una de las grandes beneficiadas por ese hospital. Pidió verificar si los recursos alcanzarán para mantener y mejorar el nivel de atención actual, indicando que, si bien su sector no es partidario del uso de subvenciones, si se gastan recursos deben gastarse bien.

Programa de acompañamiento de identidad de género

En tercer lugar, planteó lo que calificó como un tema sensible, relativo al financiamiento del programa de acompañamiento de identidad de género aprobado en 2026, que supuso no continuado en este presupuesto. Señaló que

muchos programas fueron fusionados o redistribuidos y consultó si este se financia bajo otro nombre, dado que en las glosas de información aún se pide informar cuántas personas participan en los programas de acompañamiento y de hormonización. En esa línea, formuló las siguientes preguntas:

- Si puede garantizarse que durante 2026 no se continuaron las actividades de hormonización y acompañamiento.
- En caso de haberse financiado, cuántos menores fueron atendidos.
- En qué capítulo y programa se encuentran esos programas.
- Cuántas cirugías de afirmación de género se financian con recursos públicos.

Comentó que, al haberse eliminado y fusionado programas, no es posible saber si efectivamente se eliminaron o si se están ocultando. Aclaró que no atribuye esa intención al Ministerio, pero que desea asegurarse de ello.

Por otro lado, respecto de las listas de espera, señaló que ha sido una promesa de todos los gobiernos, incluido el actual.

Finalmente, señaló que no es posible votar esta partida de forma general y solicitó votación separada de numerosas glosas.

Retomando la palabra, el Senador Castro se refirió al per cápita de atención primaria, dado que el alza del basal es de 630 pesos, equivalente a un 4,99% real, pero solo un tercio de ese monto corresponde a recursos nuevos, y el resto proviene de los cuatro programas de reforzamiento: Más Adultos Mayores Autovalentes, cuidados paliativos universales, MAIS y salud bucal. Consultó cómo se monitoreará y aplicará correctamente este cambio. Añadió que hay 2.200 jornadas de trabajo de personas que se desempeñan en estos programas que no tendrán una base contractual real al 1 de enero, y preguntó qué ocurrirá con ellas.

Hizo presente que el Congreso pierde capacidad de seguimiento, pues se eliminaron glosas informativas de comparación entre años, de estudios para aumentar el aporte y el informe trimestral del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, entre otras. Consultó cómo se garantizará el monitoreo de los programas en las comunas, especialmente las más pobres y rurales.

Glosa sobre resonador magnético para Hospital de Melipilla

Enseguida, el Diputado señor Coloma, agradeció la inclusión de un resonador magnético para el Hospital de Melipilla, que calificó como fundamental para toda la provincia, cuyos habitantes deben viajar a Talagante o Santiago. Expresó su agradecimiento como diputado del Distrito 14, señalando que se trata de calidad de vida, y manifestó su deseo de que quede consignado en una glosa específica.

Respecto del per cápita, valoró el alza de 630 pesos, largamente esperada tras dos años de congelamiento. Observó que cerca de 412 pesos

corresponden a cuatro PRAPS de gran importancia, y solicitó establecer algún mecanismo de seguimiento específico, pues lo que no queda definido por glosa es difícil de ejecutar. Señaló que, según escuchó a CONFUSAM, quedan 218 pesos como alza real, y consultó la opinión del Ministerio y si es factible un alza mayor, dada la importancia de la atención primaria para los municipios.

En relación con FONASA, valoró la alianza público-privada como fuente de beneficio para la sociedad, particularmente en el plan oncológico, y mencionó que, a su entender, existen ocho alianzas de este tipo, desde CENABAST en adelante. Felicitó a la Ministra por los resultados del plan oncológico.

Planteó como tema pendiente la codificación de prestaciones. Indicó que cientos de exámenes, estudios y prestaciones no están codificados, lo que genera, a su entender, entre 12.000 y 16.000 consultas y reclamos, y obliga a los usuarios a pagar el 100% de la prestación para luego solicitar su reembolso. En nombre de la bancada UDI, consultó qué se está haciendo al respecto y solicitó un plan de trabajo de codificación, así como un estudio de las prestaciones que quedan fuera.

Materias pendientes en Región de O’Higgins

Posteriormente, el Diputado señor Ugarte agradeció el centro de radioterapia de Rancagua, destacando la relevancia de tratar adecuadamente el cáncer, especialmente el mamario y el cervicouterino, en la Región de O’Higgins. Agradeció también el aumento de 9,6% y el mayor presupuesto para el Hospital Regional y los hospitales de San Fernando, Santa Cruz y Rengo.

Formuló, sin embargo, las siguientes preguntas a partir de la realidad de su región:

- Deuda hospitalaria: señaló que el Hospital Regional de O’Higgins mantiene una deuda que, pese a los esfuerzos de la ministra, sigue siendo monumental, y que no advierte en el presupuesto mecanismos para absorberla. Reconoció que se trata de una deuda histórica que no se resolverá en un año, pero estimó necesario comenzar a dar pasos, tanto mediante un uso más eficiente de los recursos como mediante mecanismos específicos.

- Vacunación y Ley Ricarte Soto: compartió las preocupaciones planteadas por el Senador Castro.

- Per cápita: sin pretender que se resuelva en este presupuesto, consultó si el Ministerio contempla repensarlo a futuro. Considerando los componentes adicionales expuestos por el Subsecretario, preguntó si podrían evaluarse, eliminando algunos e incorporándolos al monto general, y si se estudia un análisis en ese sentido.

- Organización de los servicios de salud: consultó si el Ministerio ha considerado algún estudio para reorganizar los servicios de salud. Señaló que en

O’Higgins un solo servicio cubre 33 comunas con realidades muy distintas, y que podría ser más eficiente contar con dos servicios en lugar de uno.

Congelamiento del gasto en salud

Por su parte, la Senadora Cariola, hizo presente que el Ministerio indica expresamente que el gasto proyectado 2026 es el techo para 2027, lo que significa, a su juicio, que el gasto real en salud no crece. Sostuvo que eso no es convergencia, sino congelamiento, y lo calificó de *marketing* fiscal, afirmando que la salud no es una prioridad para el Gobierno, como lo demostrarían los recortes efectuados durante el año.

Sostuvo que el alza de 4,7% no es efectivo pues el presupuesto sube para alcanzar un gasto que ya existe y que se suplementa cada año por decreto, en más de un billón de pesos sobre la ley 2026. Afirmó que no hay recursos nuevos para atender más, sino un sinceramiento contable presentado como expansión. Agregó que el aporte fiscal a FONASA cae un 1,9%, mientras que las cotizaciones de los trabajadores suben un 30%, por lo que, a su juicio, el Estado traspasa el costo a quienes trabajan. Sostuvo que eso no es sostenibilidad, sino abandono, y responsabilizó de ello al ministro de Hacienda, a quien calificó como una de las personas más indolentes que ha conocido.

En ese contexto, preguntó con qué recursos adicionales se atenderá en 2027 a quien necesite una hora médica, un medicamento o una cirugía, si se congelan los insumos hospitalarios, que tendrían 44.500 millones menos, o si el plan es que la espera y el gasto de bolsillo, que ya llegó al 37% según las propias cifras del Ministerio, sean la variable de ajuste.

En ese sentido, enumeró las reducciones contenidas en el proyecto:

- 44.526 millones menos en insumos y medicamentos para hospitales, un 11,6% menos que el presupuesto vigente.
- 28.000 millones menos para la Ley Ricarte Soto, cuyo fondo está agotado según el propio Ministerio.
- 27.894 millones menos en inversión en hospitales y CESFAM.
- 9.000 millones menos en vacunas, eliminándose además la obligación de informar al Congreso cuántas se compran.
- Un recorte de 10,5% en el ajuar de los recién nacidos, tras haberse rebajado por decreto en junio. Señaló que hay que tener “estómago” para recortarle la cuna a un recién nacido y llamarlo eficiencia.

Advirtió, además, que toda la inversión pasa a computarse a nivel central y que a los servicios de salud prácticamente no se les asigna nada, quedando cada proyecto sujeto a la discrecionalidad del Ejecutivo. Como ejemplo, señaló que la ley inicial 2026 asignaba 52.936 millones al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, mientras que el proyecto no le asigna inicialmente prácticamente

nada. Indicó que no existe garantía de financiamiento para ninguna inversión en los servicios de salud de la Región de Valparaíso, región donde aumenta la cesantía, que se profundizaría con la menor inversión.

Agregó que la inversión pública en salud cae un 2,5% en total y, excluyendo las concesiones, la inversión que efectivamente construye hospitales, CESFAM y COSAM cae un 3,8%. Observó que en el gasto corriente se elevan los montos a los servicios y se reduce el programa de contingencias operacionales de la Subsecretaría, lo que oculta caídas en algunos subtítulos. Mencionó como ejemplo el subtítulo 22, bienes y servicios de consumo, que cae un 1,1% pese a que a agosto ya debió suplementarse en 484.000 millones, rebaja que consideró injustificada y sobre la que también consultó.

Respecto de la lámina que indica “cero programas eliminados o recortados”, preguntó qué término debe usar el Ministerio cuando un programa pierde el 14,5% de sus recursos.

Recordó que la ministra reconoció que el Fondo Ricarte Soto se agotó en 2026, y que aun así el proyecto rebaja su aporte en 14,5%. Señaló además que 75.139 millones de salud bucal pasan al per cápita, lo que ha generado profunda preocupación en la Presidenta del Colegio de Cirujano Dentistas, pues el destino de esos recursos no está garantizado. Consultó qué les dice la ministra a los pacientes de enfermedades de alto costo que dependen de esa ley y a las familias de zonas rurales donde la clínica dental móvil es el único dentista disponible. Le preguntó si se compromete a incorporar, antes de la votación, glosas que garanticen los tratamientos y el destino de los recursos dentales.

En tercer lugar, sobre la alternativa planteada por el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, señaló que este ejecutó 31.272 millones en 2025 con un convenio de apenas 24.000 millones, y solicitó a FONASA una expansión de 43.900 millones para 2027. Ello le permitiría pasar de 19 a 60 problemas GES resueltos y reducir listas de espera, considerando las más de 7.000 cirugías y más de 77.000 consultas ya realizadas bajo la ley N° 21.621. Mientras las compras a privados aumentan un 37%, consultó si el Gobierno fortalecerá el convenio con el principal hospital público universitario del país o seguirá pagando más caro a prestadores privados.

Concluyó que el presupuesto congela el gasto, recorta lo esencial, centraliza la inversión sin garantías para regiones como Valparaíso, traspasa 75.000 millones de salud bucal sin resguardo y financia su único crecimiento con el bolsillo de los cotizantes.

Mejorar la salud exige ordenar, disciplinar, transparentar y sanear los presupuestos

Luego, el Senador Lee agradeció los esfuerzos del Ministerio y del Ejecutivo en un escenario económico adverso, y felicitó en particular el esfuerzo por ordenar, disciplinar, transparentar y sanear los presupuestos. Recordó que en años anteriores se aprobaban presupuestos alejados de la realidad, sabiendo que

habría suplementaciones durante el año, lo que generaba desorden, y sostuvo que mejorar la salud exige transparentar las cifras.

Indicó que existen prioridades en todos los ámbitos, como la salud dental, la salud mental, la oncología, la formación de especialistas, la salud cardiovascular, la vacunación y las enfermedades raras de alto costo, pero que se centraría en la equidad territorial. Explicó que, ante la heterogeneidad del territorio, el Ministerio solicita apoyo a los gobiernos regionales mediante convenios de programación de largo plazo, en los que el Ministerio financia un 60%, 70% u 80% y el gobierno regional el resto. Sin embargo, señaló que en los últimos años el Ministerio no ha cumplido esos convenios.

Como ejemplo, mencionó el convenio de programación de Arica y Parinacota, firmado en 2019 por ocho años y que termina este año. Según el informe de mediados del año pasado, solo se había ejecutado un 15%, aportado en su mayor parte por el gobierno regional. Sostuvo que, para que la colaboración de los gobiernos regionales perdure, debe ir acompañada de un cumplimiento efectivo del financiamiento del nivel central.

El Diputado Ossandón, previno que, para una familia que depende de un tratamiento de alto costo, saber que podrá continuarlo significa tranquilidad, y que esa certeza debe estar respaldada en el presupuesto. Manifestó preocupación por la reducción de recursos de la Ley Ricarte Soto y presentó las siguientes solicitudes:

- Que la Subcomisión acuerde oficiar al Ministerio de Salud, a FONASA y a la DIPRES para que suscriban un acuerdo que garantice durante 2027 la continuidad de los tratamientos vigentes y el ingreso de nuevos pacientes que cumplan los requisitos, indicando cómo se cubrirá cualquier déficit.
- Que dicho acuerdo establezca un calendario, responsables institucionales y mecanismos de seguimiento para evaluar la incorporación de nuevos tratamientos, como respuesta a quienes esperan nuevas coberturas.
- Que, para las familias de Antofagasta que esperan una atención de especialista, una atención oncológica o una cirugía, se precisen los recursos y plazos comprometidos y se incorporen medidas en el acuerdo.
- Que el acuerdo y sus antecedentes sean entregados antes de la votación en Sala, con un seguimiento trimestral.

Concluyó que detrás de cada cifra hay una persona que necesita atención oportuna.

El Diputado Fernández explicó que la afirmación de que el copago cero no redujo el gasto de bolsillo ignora que entre 2022 y 2024 las personas gastaron 258.000 millones de pesos menos, y sostuvo que se distribuye el gasto de bolsillo a conveniencia para construir una retórica que genera pánico e incertidumbre. Pidió decir directamente lo que se pretende hacer.

Manifestó estar de acuerdo con que el Estado, y en particular el Ministerio de Salud, sea más eficiente, pero con un techo de 20 billones hasta

2030, la eficiencia debe comenzar por casa. Como ejemplo, señaló que los 21.000 millones detectados por CONFUSAM correspondientes a la actualización del per cápita aún no se transfieren a los municipios, pese a que el decreto se dictó tres semanas antes, y que las transferencias de convenios se han demorado históricamente más que en cualquier otro sector.

Desarrolló luego tres puntos. En cuanto a la inversión, declaró que la reducción a cero de las transferencias de capital y el aumento de la inversión directa a 645.000 millones concentran toda la cartera en la Subsecretaría, sin mostrar cuánto corresponde a cada servicio. Agregó que el detalle del plan de inversiones se anunció para enero, por lo que se votaría una cartera que se conocerá después. Sostuvo que, si se va a centralizar, debe hacerse con transparencia, más aún cuando se eliminan glosas de información, y consultó cuáles serán los límites de transparencia de esta centralización. Criticó también la Glosa 06, que a su juicio constituye un ataque directo al avance de postas y CECOSF en municipios pequeños, al exigir la aprobación previa de la DIPRES. Señaló que la DIPRES evalúa solo números desde Santiago, por lo que se requiere una descentralización efectiva, y consultó qué aporta incorporar a la DIPRES y cómo variarán los plazos. Mencionó como ejemplos regionales los hospitales de Río Bueno, La Unión y Panguipulli, el Hospital Gustavo Fricke de Valparaíso, el CESFAM Blas Cañas y las inversiones hospitalarias en Magallanes. Advirtió que, al eliminar las glosas de información, se pierde toda herramienta para saber cuándo, cómo y con qué presupuesto se avanzará.

En segundo término, respecto a los funcionarios, observó que se anuncian más prestaciones de la red mientras se estanca la dotación que debiera acompañar ese crecimiento, y que se suman dos problemas: la regularización de honorarios y la disminución de contratas, junto con la directriz ministerial de no renovaciones y congelamientos. Consultó cómo se concilia ello con una mayor productividad con los mismos equipos, en realidades regionales muy distintas. Señaló que hay cerca de 3.000 dotaciones nuevas y 3.800 de reforzamiento, distribuidas a nivel nacional pero no territorializadas, y solicitó su distribución por servicio, región y provincia.

Por último, en lo tocante a la atención primaria, relevó que existe un aumento histórico de cotizantes, con más del 84% de la población atendiéndose y cotizando en el sistema público, y que habrá 234.000 millones menos en cotizaciones. Sostuvo que el aumento de cotizaciones debiera traducirse en transferencias de FONASA a ese 85% de la población, y no quedar a libre disposición del Ministerio. Manifestó no oponerse a nuevas formas de ampliación, como la detección temprana del cáncer, que consideró necesaria. Sin embargo, consultó qué ocurrirá con quienes trabajan en programas que ampliaban el acceso, como la extensión horaria hasta las 21 o 22 horas, la gestión remota y los cuidados integrales, que se diluirían en una estrategia más amplia. Sostuvo que sería más franco decir que no se quiere continuar con ellos, pues en la práctica desaparecen, especialmente cuando los municipios deben cubrir la demora de las transferencias. Consultó si el personal a honorarios de los PRAPS se perderá o se mantendrá, o si se cargará a los municipios, que deberán resolver con sus propios recursos. Sostuvo que la trazabilidad es fundamental y que, sin indicadores claros,

particularmente en el ámbito odontológico (saludó a la comunidad odontológica, de la que forma parte), se condena la salud bucal de la población. Advirtió que cada convenio tiene una territorialización y aplicación distinta, por lo que, si el traspaso no es claro, algunos municipios no podrán absorber el costo y se perderán comunas.

Para concluir, acotó que, en su experiencia en ejercicios presupuestarios de otras instituciones, como un gobierno regional, nunca oficialismo y oposición votaron a favor de una partida sin todos los elementos transparentes sobre la mesa. A su juicio, este presupuesto presenta demasiadas incertidumbres, demasiados elementos diferidos y ninguna transparencia que permita saber con certeza cómo se aplicarán los recursos para mejorar la salud pública.

Seguidamente, la Diputada Gazmuri dijo compartir las preocupaciones planteadas por el Senador Castro, la Senadora Cariola y el Diputado Fernández, dado que el presupuesto aparenta un aumento que considera engañoso. Asimismo, planteó siete alertas concretas desde la perspectiva del Distrito 12 (Puente Alto, La Florida, La Pintana, Pirque y San José de Maipo), cuyo Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente atiende a una de las poblaciones más grandes del país, aclarando que son extensivas al resto del territorio.

Primera alerta: las concesiones absorben el crecimiento de la red asistencial. Señaló que el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales sube 19.000 millones, mientras que los pagos a concesionarias suben 46.000 millones, más del doble. Indicó que hoy 72 de cada 100 pesos de ese presupuesto se destinan a concesionarias. Entiende que se trata de contratos que deben cumplirse, pero le preocupa que estos pagos crezcan automáticamente y reduzcan el espacio para todo lo demás, sin que el presupuesto muestre su detalle. Formuló enseguida las siguientes preguntas:

- Cuánto tiene comprometido el Estado en concesiones hospitalarias para los próximos años.
- Respecto de la partida de 32.000 millones por modificación de contratos, cuya ejecución a agosto era de solo 11% pese a lo cual se vuelve a solicitar el mismo monto, qué contratos se modificarán en 2027, con qué empresas y por qué, y en qué se gastan esos recursos si no se usan.
- Por qué se eliminó la glosa que obligaba a informar las infracciones y multas cursadas a las concesionarias, justamente el año en que más crecen sus pagos.

En segundo término, alertó sobre el aumento de recursos no alcanza para una demanda creciente. Señaló que el Programa de Apoyo al Recién Nacido, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial de Chile Crece Contigo, Hospital Digital y la atención primaria por ley de trato usuario tienen 0% de variación real. En el caso de Hospital Digital, indicó que en 2025 se realizaron 974.000 prestaciones y en el primer semestre de este año casi medio millón. Consultó cómo se garantizará que crezcan los equipos, las horas y los tiempos de

respuesta, y qué medidas aseguran la continuidad de prestaciones sensibles como la prevención del suicidio. Respecto del trato usuario, señaló que en 2026 se rebajaron 4.393 millones y que a agosto la ejecución era cero, y consultó si se pagó a los trabajadores de la atención primaria por este concepto.

Una tercera alerta, prosiguió, dice relación con que la inversión crece, pero se vuelve invisible para los territorios. Valoró que la inversión sectorial suba un 11,6%, pero advirtió un cambio de fondo. Explicó que en 2026 la ley mostraba la asignación de cada servicio, y que el Servicio de Salud Sur Oriente era el que más recibía, 93.000 millones para las obras del nuevo Hospital Sótero del Río y del Hospital Provincia Cordillera. En 2027 esas transferencias desaparecen y todo queda en una bolsa central. Agregó que, de las 26 glosas de información que tenía este programa en 2026, hoy solo quedan seis, y que se eliminan el listado de obras por región y servicio y el informe trimestral de avance. Anunció que buscarán reponer esas glosas, y consultó cuál es la inversión total prevista para el Servicio de Salud Sur Oriente.

Como cuarta alerta, previno, es la de un filtro para la atención primaria. Señaló que la Glosa 06 del programa de inversión sectorial exige que los proyectos nuevos, especialmente de atención primaria, sean aprobados previamente por la DIPRES con un modelo de costo-efectividad y sin recursos adicionales. Recordó la importancia de la atención primaria como puerta de entrada, y que, en comunas como Puente Alto, La Pintana o San José de Maipo, esta última con solo una posta rural, ello puede significar un CESFAM o un SAR que no se construye. Consultó qué proyectos del Distrito 12 están sujetos a este filtro, cuáles tienen financiamiento asegurado y cuáles quedarán para años posteriores.

Una quinta alerta se relaciona a ambulancias y deuda. Indicó que el ítem de vehículos desaparece del capítulo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el programa de inversión sectorial, y consultó si se repondrán ambulancias y móviles de atención domiciliaria en 2027 y con qué recursos. Agregó que en 2026 se pagaron 103.000 millones en facturas impagas del año anterior, y preguntó si 2026 cerrará con nueva deuda que absorba el aumento de 2027.

En sexto lugar, advirtió que se observa menos recursos para los hospitales públicos, más para comprar afuera. Señaló que, si bien se dirá que el financiamiento GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) sube un 5,6%, hay que considerar lo que los hospitales realmente necesitaron este año. Indicó que el programa de prestaciones institucionales tuvo que subir durante 2026 de 2,45 a 3,18 billones para que los hospitales siguieran funcionando, por lo que, sumando GRD y prestaciones institucionales, el proyecto 2027 queda 390.000 millones por debajo del presupuesto vigente 2026. Recordó que en abril el Decreto 333 recortó 79.000 millones a los hospitales GRD y que a agosto estos ya habían gastado el 78% de su presupuesto anual. Señaló que los hospitales Sótero del Río, La Florida y Padre Hurtado reciben para 2027 prácticamente el mismo presupuesto que este año, solo ajustado, y que el Hospital Padre Hurtado incluso sufre una disminución mayor. Recordó que desde mayo alertaron que los hospitales se

quedaban sin insumos básicos y que el personal hacía colectas hasta para comprar mascarillas. Mientras tanto, la provisión de prestaciones médicas de FONASA, que incluye la compra a clínicas privadas, sube 283.000 millones, un 40%. Sobre este punto, formuló las siguientes preguntas:

- Con qué recursos terminarán 2026 los hospitales del Servicio Sur Oriente.
- Cuánto prevé FONASA que habrá que suplementar en 2027, y por qué no se incluye desde ya un presupuesto real.
- Cuánto de los 985.000 millones del programa de provisión de prestaciones médicas irá a prestadores privados, y a qué precios.

Manifestó estar de acuerdo con complementar lo necesario, pero sostuvo que el foco debiera estar en fortalecer la red pública y no en aumentar de forma tan significativa lo que se deriva a la red privada.

Una séptima alerta se refiere a la Ley Ricarte Soto, que es probablemente el tema que más inquietud ciudadana ha generado. Indicó que el fondo enfrenta una reducción de 28.000 millones, un 14,5%, y que la ministra reconoció que éste se agota en 2026, que desde 2020 los retiros superan el aporte legal y que el financiamiento ya no alcanza. Recordó que la ministra también señaló que se trabaja en una modificación legal y que, mientras tanto, se seguirán financiando los tratamientos de los beneficiarios actuales y de quienes se incorporen con indicación médica. Consultó de dónde saldrán los recursos para ese crecimiento mientras la reforma no exista, y cuándo ingresará el proyecto al Congreso. Sostuvo que las familias con enfermedades de alto costo necesitan una garantía legal y financiera, no solo la promesa de que los recursos aparecerán.

Finalmente, como integrante de la Comisión de Personas Mayores y Discapacidad, consultó qué programas se fusionarán con Más Adultos Mayores Autovalentes y cómo se garantizará que nadie pierda su atención durante el cambio. Preguntó también cuántas personas con autismo están en lista de espera en el Servicio Sur Oriente.

Concluyó compartiendo la preocupación de los gremios y organizaciones, pues a su juicio el presupuesto no responde a las necesidades de salud de la población para 2027.

Posteriormente, el Diputado Valenzuela compartió el diagnóstico de la Senadora Cariola, que a su juicio repercute en cada servicio de salud, en la atención primaria y en los hospitales. Como diputado del Distrito 9, se refirió a la situación de emergencia que atraviesan los dos principales recintos hospitalarios del territorio, el Hospital San José y el Hospital Félix Bulnes. Alertó que enfrentan un colapso absoluto de la urgencia, listas de espera de especialidad y cirugía, y diversos problemas administrativos. Agregó que en el Servicio de Salud Metropolitano Norte la situación se agudiza por la imposibilidad de contar con un director titular.

Consideró que el aumento presupuestario no se condice con la gravedad de la crisis, que se extiende a todo el país, pues, aunque se compare ley con ley, el gasto real supera lo presupuestado, y el proyecto 2027 no alcanza a cubrir lo que efectivamente gastan los recintos. Manifestó estar de acuerdo con la necesidad de eficiencia, pero advirtió que esta tiene límites, pues el problema del sistema de salud es estructural y de financiamiento. Como ejemplo, señaló que las ISAPRE, pese a concentrar las mayores cotizaciones y a la población con mejores condiciones de salud, enfrentaron una crisis de financiamiento atendiendo al 20% de la población, mientras FONASA atiende al 85% con pocos recursos.

Formuló a continuación dos consultas al Ejecutivo:

1. Si, sin perjuicio de las transferencias directas, se contemplan recursos extraordinarios para los hospitales con las situaciones de colapso más graves del país, en especial el Hospital San José y el Hospital Félix Bulnes.
2. Si es posible evaluar mecanismos de atención de urgencias de baja complejidad en los CESFAM. Recordó que la interrupción del programa en el CESFAM Cristo Vive, que permitía entre 10.000 y 12.000 atenciones anuales, obedeció a un problema administrativo, y propuso que la ley de presupuestos incorpore las flexibilizaciones normativas necesarias para descomprimir las urgencias hospitalarias y los SAR.

Reconoció que el problema de los pacientes sociosanitarios es estructural y de largo plazo, pero sostuvo que se requieren medidas urgentes para miles de personas que esperan horas en las urgencias por falta de camas. Aclaró que no buscaba hacer un punto político, sino que actuaba de buena fe, pues se trata de personas sin recursos ni alternativas de atención privada.

A su turno, la Diputada Hernando se declaró representada por lo expresado por el Senador Castro, la Senadora Cariola y otros parlamentarios, señalando que transversalmente se percibe que el presupuesto no se condice con lo que se observa en la práctica. Aportó la mirada de regiones, como representante de Antofagasta, y planteó lo siguiente:

- Distancias: si bien Antofagasta tiene nueve comunas, algunas están a más de 400 kilómetros.
- Vehículos: la Subsecretaria de Salud Pública habló de reponer vehículos de fiscalización, pero no de aumentar su dotación, y en la red no se aborda la situación de los vehículos. Señaló que el SAMU es “el jamón del sándwich” entre una atención primaria que no da abasto y una red asistencial que no logra responder.
- Especialistas: no se indicó en qué porcentaje aumentará el número de especialistas, y los 677 que inician su PAO representan continuidad, pues ya estaban en formación. Respecto de los 14 nuevos proyectos oncológicos, preguntó cómo se habilitarán si no hay oncólogos suficientes. Relató que hace dos semanas, en Antofagasta, tras la jubilación de algunos cirujanos vasculares periféricos, el único especialista del hospital de referencia de la zona norte salió de

vacaciones, dejando sin atención trombosis, necrosis y otras patologías. Consultó qué se propone concretamente para los especialistas en regiones.

- Inversión: recordó que el hospital concesionado de Antofagasta fue objeto de una comisión investigadora y ha presentado numerosos problemas, por lo que espera que figure entre los contratos que se modificarán, transparentándose la situación. Manifestó una profunda desconfianza ante la centralización de la inversión, y recordó que en junio de este año fue detenido el jefe de finanzas del departamento de inversiones durante el segundo gobierno del Presidente Piñera, a raíz de una denuncia que ella misma realizó. Sostuvo que existe mucha corrupción en un área que maneja cuantiosos recursos, y que centralizarla aumenta el riesgo al haber menos personal, menos contralorías y menos instrumentos de fiscalización.
- Gobiernos regionales: señaló que estos aportaron en los últimos años importantes recursos a programas de reducción de listas de espera, cuyos resultados se contabilizan como logros del Ministerio de Salud pese a haberse financiado con recursos de los GORE, y que ese financiamiento se verá recortado. Consultó si se piensa reemplazar esos aportes. Agregó que también hubo aportes a gasto operacional para solucionar deudas hospitalarias, por lo que calificó las cifras de engañosas.

Finalmente, anunció que insistirán, mediante indicaciones, en reponer las glosas de información y solicitar la información faltante.

RESPUESTAS Y COMENTARIOS

A continuación, en lo tocante a las cifras per cápita y al Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) la señora ministra relató que el viernes anterior visitó un CESFAM de Puente Alto tras ser vandalizado, y que su directora le pidió encarecidamente “percapitar” los programas, pues no podían sostener la incertidumbre anual sobre su continuidad. Explicó que el personal estaba contratado a honorarios año a año y que se necesitaban certezas de que los fondos llegarían. Indicó que ese es el fundamento del traspaso de programas al per cápita. Explicó que se busca evitar la lógica de “solo hago lo que me pagan” y que la canasta de prestaciones de la atención primaria sea suficientemente amplia, pues incorporar un programa al per cápita no significa solo transferir recursos, sino incluir sus prestaciones en la canasta, con los consiguientes informes de producción y cobertura. Destacó que ello da certeza a las transferencias y permite pasar los honorarios a planta.

Agregó que hay un tema de equidad: 146 comunas no contaban con los cuatro PRAPS y ahora tendrán recursos para esas atenciones. Detalló que 83 comunas no tenían Más Adultos Mayores Autovalentes, 29 no tenían Cuidados Paliativos Universales, 18 no tenían MAIS y 16 no tenían la estrategia de salud bucal. Sostuvo que, con los PRAPS, existían “compatriotas de primera y de segunda categoría”. Reconoció que el cambio genera dudas, pero reiteró que surgió de la petición de la directora del CESFAM de Puente Alto.

En cuanto a la identidad de género, afirmó categóricamente que no existe un programa de hormonización. Explicó que lo que existe es una ley de identidad de género que obliga a los hospitales a contar con programas de acompañamiento, por lo que, al estar establecido por ley, la prestación debe entregarse. Comparó la situación con el control de alto riesgo obstétrico o la atención del pie plano, que los hospitales realizan sin glosa presupuestaria específica. Aclaró que el programa comenzó con financiamiento por glosa, que este dejó de existir, y que los hospitales continúan realizando el acompañamiento con sus duplas psicosociales, sin que ninguno haya dejado de tenerlas por falta de financiamiento. Precisó que el programa inicial incluía, además de personal, capacitación y acompañamiento de los equipos.

Respecto a las vacunas, consideró que la Subsecretaria fue suficientemente clara, al explicar las causas de la reducción del presupuesto. Sin perjuicio de esto, enfatizó que se mejora la calidad de las vacunas, pasando en neumococo de 13 a 20 serotipos al mismo precio, lo que significa mejor protección. Agregó que mediante el Fondo Rotatorio se obtuvo un precio 30% mejor en el anticuerpo monoclonal, y se trabaja en otros productos por la misma vía y, además, hubo una reducción importante de la merma respecto de 2024-2025.

Concluyó que no existe duda de que el Programa Nacional de Inmunizaciones estará completo y mejorado.

Enseguida, el señor Subsecretario de Redes Asistenciales aclaró que las siete glosas de información aludidas no se eliminaron, sino que se optimizaron y agruparon por temática, de modo que todos los compromisos de información quedan contenidos. Sostuvo que se trata de una sistematización, no de una reducción de la transparencia, que hará la información más comparable entre instituciones, facilitará el seguimiento de la ejecución y los resultados, evitará duplicidades, reducirá la carga administrativa y mejorará la oportunidad de los reportes, con el fin de que el Congreso cuente con información útil, homogénea y sistemática para su función fiscalizadora.

Respecto del plan de convergencia y del cierre de 2026, señaló que el gasto proyectado de los servicios de salud es de cerca de 20 billones de pesos y que durante el año se ha suplementado regularmente con el acompañamiento de la DIPRES. Indicó que restan alrededor de 400.000 millones para cerrar 2026 sin generar arrastre, y que las conversaciones con Hacienda son mensuales para asegurar el cierre financiero. Sostuvo que el Ministerio ha demostrado contención del gasto y aumento de la productividad, lo que le otorga credibilidad para solicitar las suplementaciones de fin de año. Agregó que el proyecto 2027 reduce la brecha de financiamiento de 2,5 a 1,7 billones, cuyo cierre se planifica en tres o cuatro años en continuidad con el trabajo con Hacienda, considerando los mayores recursos del proyecto. Recordó que el techo de gasto no incluye el reajuste del sector público, el arrastre ni otras leyes que presionen el gasto.

La señora ministra retomó la palabra y en cuanto a las transferencias a la atención primaria, afirmó que el Ministerio ha sido muy eficiente en la dictación

de los decretos, los que se encuentran en Contraloría. Señaló que se conversa diariamente con la Contralora y que los recursos están disponibles a la espera de su visto bueno para transferirlos.

Sobre los Convenios de programación, reconoció que en los últimos cinco o seis años su cumplimiento por parte del Ministerio y los servicios de salud ha sido muy bajo, pues no existía posibilidad de programar proyectos de inversión a cuatro o cinco años. Relató que en sus primeros tres meses recibió a casi todos los gobernadores, quienes le exigían lo comprometido por el gobierno anterior, sin posibilidad de cumplirlo por no estar presupuestado. Agregó que la principal queja de los gobernadores es que los servicios de salud no ejecutan o no rinden los recursos entregados para reducir listas de espera, y que se está conversando con la mayoría de ellos una nueva forma de ejecutar adecuadamente esos recursos, que calificó de extremadamente valiosos.

En relación con la inversión, explicó que en la práctica el Ministerio no ha tenido un programa de inversión, pues este terminó siendo lo que se logró realizar. Explicó que ello generó que algunos servicios tengan el doble de camas por cada mil habitantes que otros, pues las comunas con autoridades con mayor capacidad de presión obtenían nueva infraestructura, a diferencia de las que no tenían quien las defendiera. Indicó que lo esperable habría sido que la inversión cerrara la brecha estructural, pero que hoy hay hospitales con más de dos camas por mil habitantes y otros con una. Por ello, se definieron criterios de priorización para los 1.600 proyectos de inversión existentes.

Añadió que los proyectos presentados son aquellos en que el Estado, principalmente los gobiernos regionales y el sector salud, ya invirtió en terrenos o diseño, especialmente en atención primaria, y que se les permitirá avanzar, aunque no tengan una priorización sanitaria absoluta. Precisó que, desde 2028, se usará exclusivamente la priorización sanitaria para cerrar la brecha de infraestructura, citando el caso de Arica, que tiene la menor tasa de camas por habitante.

En lo tocante a especialidades oncológicas, respondiendo a la Diputada Hernando, señaló que el Ministerio depende de las universidades para las becas de formación y no tiene libertad para definir qué especialidad formar ni dónde. Indicó que se ha realizado una intensa abogacía para formar especialistas en regiones, y que ya hay tres regiones con acuerdos con universidades para formar con pertinencia territorial, muchos con apoyo de los gobiernos regionales, y otras regiones interesadas.

Comentó que las becas de oncología de este año no se llenaron, en parte porque no existen lugares donde trabajar, lo que describió como un círculo vicioso: sin plazas no hay especialistas, y sin especialistas no se pueden habilitar plazas. Explicó que, por ello, al lanzar el programa de infraestructura oncológica, se invitó a todas las universidades, pues la infraestructura estará disponible en cinco a diez años y no puede esperarse a contar con los especialistas, cuya formación toma cuatro años. Indicó que, si no se logra el interés de universidades y profesionales, se deberán evaluar otras formas de preparar a los profesionales.

Respecto a los tiempos de espera, expresó que el Consejo Nacional de Salud estimó la capacidad instalada de los hospitales en un millón de consultas nuevas de especialidad que no se están utilizando y que estarían disponibles si los médicos cumplieran la programación y el rendimiento definidos por ley. Reiteró que la preocupación no está en el número de personas en espera, sino en el tiempo que esperan y en que conozcan el tiempo promedio de espera. Por ello, una de las prioridades de la transformación digital es transparentar esa información mediante portales de pacientes y una aplicación. Destacó que este año se redujo en 28 días la mediana de espera, trabajando en un mejor uso de las horas y en la disminución de las inasistencias, entre otras medidas.

Al concluir, se refirió a la nueva forma de medir la producción, ejercicio que, según indicó, ha sido muy bien valorado por el Consejo de Eficiencia. Señaló que, al comparar hospitales de iguales características, camas y complejidad, algunos logran justificar con su producción solo el 57% de los recursos transferidos y otros el 100%, por lo que cuestionó si no existe aún espacio para la eficiencia.

INTERVENCIONES FINALES

El Diputado señor Romero, consultó a la ministra, señora May Chomalí, a propósito de la intervención de FAME, en qué parte del presupuesto se contempla la posibilidad de suscribir acuerdos de riesgo compartido.

Respecto de la respuesta sobre los PRAPS, la Senadora Cariola consultó si asumen el compromiso de traspasar a planta a todo el personal que hoy está a honorarios o a contrata en esos programas, como dentistas, técnicos y administrativos. Advirtió que uno de los problemas de implementación es la infraestructura, pues muchos programas funcionan fuera del horario regular porque los establecimientos no dan abasto. Reconoció la buena intención de lo planteado por la directora del CESFAM, pero señaló que las buenas intenciones chocan con la realidad, y consultó cómo se resolverá en la práctica, considerando que hay miles de puestos de trabajo en riesgo.

La ministra explicó que la diferencia entre un PRAPS y su incorporación al per cápita es que, en el primer caso, se informa año a año si habrá o no recursos, por lo que se contrataba a honorarios desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre, mientras que ahora el recurso llegará de forma permanente, lo que permite incorporar al personal. Precisó que la forma de hacerlo es resorte de cada municipio, y que las acciones de los PRAPS se incorporan a la canasta de atención primaria, con la consiguiente obligación de realizarlas.

Respecto de los acuerdos de riesgo compartido, la ministra explicó que constituyen una modalidad de compra, no un programa ni una línea de financiamiento, cuyo objetivo es obtener mejores precios. Señaló que, para incorporar nuevos medicamentos, deben mejorarse las condiciones de la Ley

Ricarte Soto o del DAC, lo que requiere presupuesto, y que mejores acuerdos con la industria farmacéutica permiten ampliar la población beneficiada.

El Diputado señor Romero insistió y preguntó cómo asegurar un espacio en la ley de presupuestos para pacientes con atrofia muscular espinal u otras enfermedades raras, y si es necesario abrir una línea especial.

La ministra respondió que en este momento no existe financiamiento ni espacio presupuestario para incorporar nuevas patologías a la Ley Ricarte Soto ni para aumentar los medicamentos de alto costo.

Por otro lado, el Diputado señor Romero consultó por el monto del fondo para contingencias judiciales.

El Director Nacional de FONASA, señor César Oyarzo, explicó que se trata de una partida que garantiza el cumplimiento de todas las sentencias, que hoy asciende a alrededor de 80.000 millones de pesos. Precisó que no es posible disminuirla, pues genera un gasto permanente mientras se mantengan los beneficiarios de las sentencias, por lo que no es reconvertible a otros fines. Indicó que en general se mantiene y que, cuando aumenta, se establecen suplementaciones para cumplir las resoluciones judiciales.

PRESIDENTA DEL COLEGIO MÉDICO, SEÑORA ANAMARÍA ARRIAGADA

Finalmente, hizo uso de la palabra la Presidenta del Colegio Médico, quien planteó los siguientes puntos:

- Deuda hospitalaria: destacó la importancia de pagar la deuda hospitalaria de este año para que no se cargue al presupuesto del próximo, y señaló que, si bien escuchó a la ministra comprometerse en ese sentido, desea profundizar en ello.
- Ley Ricarte Soto: observó que el Director de FONASA habló de normalizar la compra a privados, específicamente la ley de urgencia, y propuso normalizar también la diferencia en la Ley Ricarte Soto, mediante una transferencia directa a los pacientes que esperan.
- Modalidad de Libre Elección: Dijo echar de menos en la presentación del Director de FONASA la disminución de 17,8% prevista en esa modalidad.
- Listas de espera: señaló que se han mencionado 91.000 millones para operaciones y 59.000 millones para el SAP, pero que disminuye el traspaso desde FONASA para la lista de espera no GES, lo que no permite hacerse cargo de un millón de pacientes en espera.
- Atención primaria: sostuvo que el traspaso de los PRAPS al per cápita requerirá una vigilancia muy estricta, pues los programas podrían diluirse y no ser cumplidos por los municipios.
- Glosas de información: expresó preocupación por las 77 glosas con menores exigencias de información. Señaló que la redistribución de recursos amerita mayor información sobre la ejecución de los servicios, las listas de espera,

el cáncer, los cambios de personal y la salud reproductiva, incluidos los tratamientos de fertilidad, la preservación de óvulos y la entrega de anticoncepción de emergencia.

Concluyó que se trata de un presupuesto que crece más en el papel que en capacidad de atención. Indicó que el Colegio Médico participa en las mesas de eficiencia, respecto de las cuales ha cumplido estrictamente su compromiso de confidencialidad. Sostuvo que, si el giro será un ajuste tan drástico en tres años para llegar a 20 billones de pesos, algo que solo ocurrió en pandemia, se requiere una vigilancia mucho mayor.

SESIÓN CELEBRADA EL 20 DE OCTUBRE DE 2026

En esta sesión se analizaron los últimos servicios del Ministerio de Salud, se recibieron otras respuestas por parte del Ejecutivo y se efectuó la votación de la Partida.

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (ISP)

Hizo uso de la palabra el Director (S) del Instituto de Salud Pública, señor Boris Benavides, quien comentó que la preocupación central de la institución es la regulación sanitaria y la calidad, así como el acceso a medicamentos y dispositivos médicos, siendo su misión fortalecer la capacidad regulatoria, agilizar los registros sanitarios y modernizar los procesos institucionales.

En cuanto a los hitos del año 2026, informó que, a septiembre del presente año, en comparación con igual período de 2025, se registraron 718 productos farmacéuticos (132% de aumento), 552 productos equivalentes terapéuticos (230% más) y 147 nuevos registros de dispositivos médicos (133% de aumento), alcanzando un acumulado de 6.045 equivalentes terapéuticos.

En materia de laboratorio de referencia y control de calidad, destacó 148 trasplantes con donante cadáver (casi 10% más que en 2025), 31.059 exámenes de histocompatibilidad (13% de aumento), 22.396 análisis de drogas ilícitas (22% de aumento) y 14.426 exámenes confirmatorios de VIH (reducción de 1,8% respecto de 2025). Agregó que se liberaron más de 9.544.496 dosis de vacuna anti influenza en el marco del plan de vacunación del Ministerio de Salud. Subrayó que más productos registrados y más equivalentes implican mayor competencia y medicamentos de menor precio para las personas.

Agregó que el presupuesto del ISP para 2027 asciende a $75.306 millones; el gasto de operación crece 5,8% respecto de 2026 y los ingresos adicionales, que superan los $17.700 millones, se restituyen al fisco.

Como medidas para el período 2027-2029, mencionó el reconocimiento de los ingresos adicionales de operación; el fortalecimiento de la seguridad de la información y la ciberseguridad, a raíz del ataque informático sufrido en 2025; un mayor monto para histocompatibilidad, con un aporte de FONASA de $1.365

millones para 2027 y un aumento progresivo hasta 2029; un proyecto de registro ágil de fármacos por más de $1.000 millones; la renovación de equipamiento del laboratorio de referencia por más de $1.000 millones, y más inspecciones a plantas extranjeras.

Finalmente, planteó la transformación digital del ISP en tres ejes: interoperabilidad del Estado, domicilio digital único y un sitio web en que cualquier persona pueda encontrar e iniciar un trámite sin ayuda.

CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (CENABAST)

A continuación, expuso el Director de CENABAST, señor Rodrigo Castro. En primer lugar, destacó que la institución ha pasado de ser un comprador a escala a constituirse en el gran articulador de la eficiencia en salud. Desde 2020 ha pasado de realizar 800 a 2.000 licitaciones anuales; en 2025 alcanzó un volumen de $1,6 billones y en 2026 llegará a $1,8 billones.

Enfatizó que el ahorro para el Estado en el período 2022-2025 alcanzó $2,4 billones, equivalente a la construcción de tres hospitales como el Sótero del Río. En 2026, a la fecha, el volumen de operación es de $1,2 billones y el ahorro estimado asciende a $692.000 millones. Explicó que el menor gasto se calcula como la diferencia entre la valorización a precio CENABAST y la valorización a precio promedio de Mercado Público.

Respecto de la Ley CENABAST, aplicable a farmacias privadas independientes y de cadena, informó que en 2026 las ventas ascienden a $10.200 millones y generan un ahorro para los ciudadanos de $18.303 millones respecto del precio del retail, calculado como la diferencia entre el precio CENABAST (que incluye comisión, IVA y precio máximo de venta) y el precio ponderado del retail. Como ejemplo, citó un medicamento en parches para el tratamiento del dolor crónico, que en farmacias adheridas a la Ley CENABAST cuesta $32.040 y en el retail $116.199, lo que representa un ahorro de $84.159, equivalente a poder comprar cuatro cajas por el mismo precio.

Destacó que, en 2026, por primera vez, se incluyó una compra centralizada de 24 dispositivos médicos para patologías renales y cardiovasculares, en coordinación con el Ministerio de Salud y el ISP, disponibles para la red asistencial en el segundo semestre de 2027. Añadió que se garantiza la equidad territorial mediante 4.834 puntos de entrega en todo el país.

Expuso que el presupuesto 2027 crece en $3.525 millones respecto de 2026, precisando que CENABAST no recibe aporte fiscal y se financia con los ingresos de su operación. Los recursos se destinarán al aumento del volumen de operación, al operador logístico, al sistema de interoperabilidad con las bodegas hospitalarias y a la dispensación de fármacos a través de farmacias privadas y comunales.

Sobre la interoperabilidad, explicó que antes se abastecía a la red sin conocer las necesidades reales de las bodegas, con una planificación basada en planillas históricas. El sistema busca minimizar quiebres de stock, sobre stock, mermas y vencimientos, reducir el gasto de bolsillo y asegurar la continuidad de los tratamientos. En marzo de 2026 había 32 hospitales integrados; a octubre son 92 y la meta para el próximo año es llegar a 200.

Respecto del segundo proyecto, orientado a descongestionar las farmacias ambulatorias de los grandes hospitales, planteó un cambio de paradigma: que el medicamento se acerque al paciente. Se desarrollan cinco pilotos en 15 hospitales, en colaboración con Correos de Chile, una empresa logística y las cadenas Salcobrand y Ahumada, bajo modalidades de despacho a domicilio para pacientes postrados o con dificultad de movilidad, retiro en farmacias privadas y comunales, retiro en *e-lockers* y retiro en máquinas dispensadoras en hospitales. Los establecimientos participantes son los hospitales Barros Luco, San Juan de Dios, La Serena, San José, Los Ángeles, Luis Calvo Mackenna, Chillán, Félix Bulnes, Ezequiel González Cortés, Rancagua, Instituto Nacional del Tórax, Angol, Coquimbo, La Florida, Melipilla y Guillermo Grant Benavente de Concepción.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Luego, intervino la Superintendenta (s) de Salud, señora María Mercedes Jeria. Hizo presente que la institución vela por que las personas puedan ejercer sus derechos en salud, fiscalizan que las ISAPRES, FONASA y los prestadores cumplan la ley, y responden los reclamos de quienes estiman vulnerados sus derechos.

Informó que el tiempo promedio de resolución de reclamos se redujo de 121 a 76 días hábiles, es decir, 45 días menos (37%). Entre marzo y agosto de 2026 se resolvieron 45.603 reclamos (25% más) y los reclamos pendientes disminuyeron 26%. En el mismo período se realizaron 2.113 fiscalizaciones (43% más), de las cuales 65, efectuadas a los seguros de salud, se centraron en las garantías GES. Destacó que estos resultados se lograron con la misma dotación, mediante mejoras de gestión.

En cuanto al proyecto de presupuesto para 2027, mencionó que contempla $21.033 millones, 2,8% más que la base de 2026, lo que equivale a $580 millones adicionales: $480 millones para proyectos tecnológicos y $100 millones para activos no financieros y continuidad operacional. Precisó que el gasto en personal no aumenta e incluso baja levemente, por el retiro de seis funcionarios. A septiembre, la ejecución alcanza 75,6%, $468 millones más que a igual fecha del año anterior. Agregó que entre 2025 y 2026 las multas pagadas suman $2.457 millones, de los cuales $723 millones corresponden a 2026.

Los $480 millones para proyectos tecnológicos, prosiguió, se distribuyen en tres líneas: sistemas de fiscalización ($227 millones), incluidos los de urgencia vital asociados a la ley N° 19.650; Registro Nacional de Prestadores

Individuales ($163 millones), plataforma con más de 940.000 profesionales inscritos, necesaria para aplicar la ley N° 21.746 sobre licencias médicas y el proyecto de receta electrónica obligatoria, en primer trámite en el Senado; y protección de datos ($90 millones), considerando que la Agencia Nacional de Ciberseguridad calificó a la Superintendencia como operador de importancia vital, lo que permitirá contar con un nuevo data center y doble verificación de identidad para el acceso a sistemas críticos. Mencionó además que existe un proyecto pendiente, sin financiamiento, para incorporar inteligencia artificial en la gestión de reclamos.

La ministra de Salud, señora May Chomalí, retomó el uso de la palabra y señaló que el presupuesto presentado conlleva compromisos de más atención, mejor gasto y convergencia financiera. Recordó que el gasto en salud ha aumentado cerca de 75% en una década y que el desafío es transformar esos recursos en mejor atención y en una salud pública sostenible. Comprometió más de un millón de atenciones adicionales, más actividad valorizada y eficiencia en la red pública, un plan gradual de convergencia y transparencia mediante metas verificables y rendición de cuentas ante el Congreso y la ciudadanía. Reconoció que el presupuesto no cierra la brecha histórica de financiamiento, pero ordena la forma de cerrarla en el tiempo.

RESPUESTAS A CONSULTAS PENDIENTES

Respecto a las preguntas formuladas en la sesión anterior, el Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Julio Montt, informó que la meta para 2027 es reducir en 85% los casos con más de dos años de espera en consulta nueva de especialidad y odontológica, y en 50% los casos con más de dos años en intervenciones quirúrgicas. Cerca del 10% de la oferta de consultas y del 15% de la producción quirúrgica electiva se destinará a los casos de mayor antigüedad, porcentajes que se ajustarán según cada servicio de salud. Las estrategias, continuó, incluyen priorización clínica y administrativa, integración de la red, mejor registro y gestión de la lista de espera, aumento de la productividad y complementariedad público-privada, como el plan Enlace, que busca beneficiar a cerca de 25.000 personas. Indicó que la información por servicio se reporta trimestralmente al Congreso conforme a la glosa 06.

La señora ministra agregó que entre marzo y agosto la mediana de espera de consulta de especialidad se redujo en 28 días, y que se modificará la forma de presentar las listas de espera para visibilizar los grupos de pacientes por tiempo de espera, pues la mediana puede ocultar esperas excesivamente prolongadas.

El Senador señor Castro solicitó que dichas metas quedaran consignadas expresamente en un protocolo de acuerdo, mientras que el Diputado señor Romero, coincidió en levantar métricas para el seguimiento parlamentario, señalando que lo relevante no es gastar más sino gastar mejor y que los beneficios lleguen a las personas, y precisó que el documento podría elaborarse en la siguiente etapa de tramitación.

A su turno, la ministra, señora May Chomalí fue enfática en decir que no hay pérdida de beneficios sociales, sino que las atenciones de salud están financiadas con la cotización de las personas y se les presta el servicio, destacando la incorporación de tecnología en atención primaria para la detección precoz de cánceres y el compromiso de más de un millón de consultas médicas adicionales.

Sobre la per cápitación de los programas de reforzamiento de la atención primaria (PRAPS), el señor Subsecretario explicó que esta reemplaza el financiamiento transitorio vía convenios anuales, que muchas veces se materializaban recién en el segundo semestre, por una vía permanente. Los programas per cápitados son cuidados paliativos, Más Adultos Mayores Autovalentes, MAIS y salud bucal. La medida alcanza a más de 146 comunas que no contaban con estos programas y a 776.000 nuevos beneficiarios. El cumplimiento, resaltó, se asegurará mediante los índices de actividad de la atención primaria (IAAPS), con metas medibles para 2027 y seguimiento a través de los servicios de salud. Añadió que permitirá dar estabilidad contractual al personal asociado y que se acordó con la Contraloría General de la República un convenio tipo para reducir los cerca de 13.000 convenios de transferencia y agilizar la llegada de recursos al primer trimestre.

Enseguida, el Diputado señor Fernández planteó la inquietud manifestada por la Asociación Chilena de Municipalidades y consultó si los municipios sin capacidad presupuestaria podrían quedar sin ejecutar los programas, así como la situación del personal a honorarios.

La señora ministra explicó que, en base 100, si el per cápita entregaba 100 y los cuatro PRAPS 28, ahora el per cápita será 128, eliminándose el costo administrativo de suscribir cuatro convenios por cada una de las 345 comunas. Ello, expuso, otorga certeza de continuidad, ya que los programas se incorporan a la canasta, con indicadores que se integran a los IAAPS, y permite incorporar al personal a la planta.

Luego, el Director de FONASA, señor César Oyarzo, precisó que las comunas que ya contaban con los programas seguirán recibiendo los mismos recursos, mientras que las comunas nuevas podrían requerir un tiempo para contratar personal.

El Senador señor Castro recordó la controversia del año anterior por la disminución de cobertura del programa Más Adultos Mayores Autovalentes y consultó cómo se garantizará la trazabilidad de los recursos per cápitados frente a las múltiples demandas que enfrentan los alcaldes.

La señora ministra de Salud reiteró que el financiamiento no se elimina, sino que se entrega por una vía estable, y que todo lo incluido en la canasta se puede informar y trazar, al igual que el control sano o el control del embarazo. Añadió que se está transitando hacia indicadores de resultados más que de proceso.

Por su parte, la Senadora señora Órdenes consultó cómo garantizar que, al tratarse de un monto único, no disminuya la cobertura de programas como cuidados paliativos.

La personera de Gobierno respondió que los indicadores de evaluación cumplen ese rol, independientemente de la vía de financiamiento, y destacó que cerca de 140 comunas, casi un tercio del total, recibirán recursos adicionales para programas a los que antes no tenían acceso.

Seguidamente, el Diputado señor Crisóstomo informó que 20 de los 21 alcaldes de Ñuble expresaron por carta su preocupación, considerando que el per cápita no ha aumentado en dos años, y consultó cómo se calculó la sostenibilidad del incremento.

La señora ministra explicó que el incremento tiene dos componentes: el traspaso íntegro de los recursos de los PRAPS a las comunas que los tenían, extendido con igual monto a las que no los tenían, y un aumento real del per cápita adicional al reajuste por IPC. Agregó el reconocimiento de cerca de 300.000 nuevos beneficiarios de FONASA y la reclasificación de SAPU de baja a alta complejidad.

INDICACIÓN Y SOLICITUDES DE VOTACIÓN SEPARADA FORMULADAS EN SESIÓN CELEBRADA EL 20 DE OCTUBRE DE 2026

A) **Indicación presentada por el diputado señor Pier Karlezi Hazleby.** Su texto es el siguiente:

“Para agregar en el Programa 01, Capítulo 02 “Fondo Nacional de Salud”, la siguiente glosa nueva:

“Los Servicios de Salud no podrán hacer intervenciones hormonales y quirúrgicas género afirmativas a menores de 18 años, ni aún contando con el consentimiento de sus padres, tutores o representantes.”.”.

-El Presidente de la Comisión, Diputado señor Agustín Romero, la declaró inadmisible, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 65 N°2 de la Constitución Política de la República, por estar determinando funciones de un servicio público.

Al respecto, la ministra de Salud, señora May Chomalí agregó que dichas terapias no se realizan a menores de 18 años.

B) Votación separada solicitada por el Senador señor Juan Luis Castro, la Senadora señora Karol Cariola y Diputado Matías Fernández de la Asignación 410, denominada “Aplicación ley N°20.850”, del Capítulo 02 “Fondo Nacional de Salud”. La ley N° 20.850 es conocida como “Ley Ricarte Soto”.

-Puesta en votación la Asignación 410 del Capítulo 02 fue aprobada por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.

El Senador señor Castro fundamentó su rechazo a la asignación por haberse reducido en -14, 5% el financiamiento a una ley que beneficia a 85.000 personas.

El Diputado señor Romero confirmó su voto a favor de la asignación, condicionado al compromiso del Ejecutivo de suplementar el Fondo para Diagnóstico y Tratamientos de Alto Costo mediante un proyecto de ley.

C) Votación separada solicitada por la Senadora señora Karol Cariola respecto del financiamiento y regulaciones legales del aporte estatal per cápita de la Atención Primaria de Salud y que se comprende también en las transferencias regionales de los Capítulos 20 al 53 (Servicios de Salud), Subtítulo 24, ítem 03, Asignación 298 (Atención Primaria, ley N°19.378).

D) Votación separada del Programa 02, “Programa de Atención Primaria”, del Capítulo 02 “Fondo Nacional de Salud” solicitada por la Senadora señora Karol Cariola, por el Senador señor Juan Luis Castro y por el Diputado señor Matías Fernández.

E) Votación separada de todo el Capítulo 02 “Fondo Nacional de Salud” solicitada por el Diputado señor Karlezi.

-El Presidente de la Tercera Subcomisión de Presupuestos, Diputado señor Agustín Romero Leiva, puso en votación las tres votaciones separadas precedentes, por estar comprendidas en la última de ellas, resultando aprobado todo el Capítulo 02 por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.

El Senador señor Castro dejó constancia de su duda razonable acerca de la capacidad de los municipios del país para suplir las diferencias derivadas de la per-capitación.

F) Votación separada de la Asignación 002, Programa Nacional de Inmunizaciones, Capítulo 09, Subsecretaría de Salud Pública solicitada por la Senadora señora Karol Cariola y el Diputado señor Matías Fernández.

-Puesta en votación la Asignación 002, Programa Nacional de Inmunizaciones, Capítulo 09 fue aprobada por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.

G) Votación separada de la Asignación 011, “Programa de Apoyo al Recién Nacido”, conocida como “ajuar del recién nacido”, del Capítulo 10, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

-Puesta en votación la Asignación 011, “Programa de Apoyo al Recién Nacido”, fue aprobada por 4 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Karlezi, Romero y Ugarte, y 1 abstención del Senador señor Castro.

H) Votación separada de todo el Capítulo 49, “Programa de Contingencias Operacionales” solicitada por el Senador señor Juan Luis Castro, quien fundamentó su petición en la rebaja de 14,2% en el Subtítulo 21 (Gastos en Personal) y de 76,3% en el Subtítulo 22 (Bienes y Servicios de Consumo).

El Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Julio Montt explicó que los recursos se redistribuyen directamente a los servicios de salud. A su turno, el Director de FONASA, señor César Oyarzo, precisó que el fondo de contingencia se asocia a la puesta en marcha de nuevos hospitales y que, una vez en operación, los recursos pasan a los presupuestos regulares, ofreciendo entregar la información desagregada.

Por su parte, la Ministra de Salud, señora May Chomalí, indicó que el Subtítulo 21 aumenta en $232.470 millones.

-Puesto en votación el Capítulo 49, “Programa de Contingencias Operacionales” fue aprobado por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.

El Senador señor Castro al momento de emitir su voto en contra comunicó a la Subcomisión que el Gobernador Regional de Tarapacá le manifestó su preocupación por un proyecto de servicio de salud que aún no ingresa a estudio de prefactibilidad en el plazo comprometido.

RESOLUCIÓN DE LA PARTIDA

-El Presidente de la Tercera Subcomisión de Presupuestos, Diputado señor Agustín Romero Leiva, puso en votación la Partida 16, Ministerio de Salud, la que fue aprobada en los mismos términos en que fue presentada por el Ejecutivo, por 4 votos a favor de los Diputados señores Coloma, Karlezi, Romero y Ugarte, y 1 abstención del Senador señor Castro.

ACORDADO

Acordado en Sesión celebrada el 19 de octubre de 2026, con asistencia del Diputado señor Agustín Romero Leiva (Presidente), del Senador señor Juan Luis Castro (en reemplazo de la Senadora señora Ximena Órdenes Neira) y de los Diputados señores Jaime Coloma Álamos, Pier Karlezi Hazleby y Fernando Ugarte Tejeda y en sesión celebrada el 20 de octubre de 2026, con asistencia del Diputado señor Agustín Romero Leiva (Presidente), del Senador señor Juan Luis Castro (en reemplazo de la Senadora señora Ximena Órdenes Neira) y de los Diputados señores Jaime Coloma Álamos, Pier Karlezi Hazleby y Fernando Ugarte Tejeda.

Sala de la Subcomisión, a 22 de octubre de 2026,



Pilar Silva García de Cortázar
Secretaria Abogada de la Tercera Subcomisión

Paulina Collado Maldonado
Abogada ayudante

CUADRO RESUMEN

A continuación, se consignan los acuerdos adoptados por la Subcomisión respecto de cada uno de sus capítulos y programas:

Capítulo 02 **FONDO NACIONAL DE**	**Programas:** 01 Fondo Nacional	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS**

SALUD	de Salud 02 Programa de Atención Primaria 04 Programa de Prestaciones Institucionales 05 Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico.	**FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.**
Capítulo 04 **INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE**	Programa 01 del mismo nombre	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 4 votos a favor de los Diputados señores Coloma, Karlezi, Romero y Ugarte, y 1 abstención del Senador señor Castro.**
Capítulo 05 **CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD**	Programa 01 del mismo nombre	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 4 votos a favor de los Diputados señores Coloma, Karlezi, Romero y Ugarte, y 1 abstención del Senador señor Castro.**
Capítulo 09 **SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA** y Programa 01, de nombre similar,	Programa 01 del mismo nombre	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 4 votos a favor de los Diputados señores Coloma, Karlezi, Romero y Ugarte, y 1 abstención del Senador señor Castro.** **Con todo, se deja constancia que la**

		Asignación 002, Programa Nacional de Inmunizaciones, Capítulo 09 fue aprobada por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.
Capítulo 10 **SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**	Programa 01 del mismo nombre Programa 02 Inversión Sectorial en Salud	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 4 votos a favor de los Diputados señores Coloma, Karlezi, Romero y Ugarte, y 1 abstención del Senador señor Castro.** **Con todo, se deja constancia que la Asignación 011, "Programa de Apoyo al Recién Nacido", fue aprobada por 4 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Karlezi, Romero y Ugarte, y 1 abstención del Senador señor Castro.**
Capítulo 11 **SUPERINTENDENCIA DE SALUD**	Programa 01 del mismo nombre	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 4 votos a favor de los Diputados señores Coloma, Karlezi, Romero y Ugarte, y 1 abstención del Senador señor Castro.**
		APROBADO EN LOS

Capítulos 20 a 47 **SERVICIOS DE SALUD**	Programa 01 de cada Capítulo Programa 02 de cada Capítulo	**MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.**
Capítulo 49 Contingencias Operacionales	Programa 01 del mismo nombre	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.**
Capítulo 51 Centro de Referencia de Salud de Maipú	Programa 01 del mismo nombre	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.**
Capítulo 52 Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente	Programa 01 del mismo nombre	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.**

Capítulo 53 Servicio de Salud Chiloé	Programa 01 del mismo nombre	**APROBADO EN LOS MISMOS TÉRMINOS FORMULADOS POR EL EJECUTIVO por 3 votos a favor, de los Diputados señores Coloma, Romero y Ugarte y 2 en contra del Diputado señor Karlezi y del Senador señor Castro.**



Pilar Silva García de Cortázar
Secretaria Abogada de la Tercera Subcomisión