



UNIVERSIDAD  
SAN SEBASTIAN

IPSUSS



FACULTAD DE  
ECONOMÍA Y GOBIERNO



Centro de  
**Políticas Públicas**

# Claves del Presupuesto de Salud 2024

## Claves del presupuesto de Salud 2024

El presupuesto de Salud este año asciende a \$14.464.864 millones, es decir, un billón de pesos adicional en relación con 2023, lo que representa un incremento de 8%, y más que duplica la tasa de 3,5% de aumento del presupuesto total de Chile. Así, el Ministerio de Salud (Minsal) es la segunda partida de mayor gasto (después del Ministerio de Educación). Si se considera el tipo de prestaciones, el grueso de los recursos (\$569.831 millones) se va a la atención hospitalaria y de especialidad (56,5%), le sigue el gasto en prestaciones de seguridad social con 27% (\$273.208 millones) y el restante 22,9% se destina a la atención primaria de salud (\$231.207 millones). Según fue expuesto por el Minsal, las prioridades estratégicas del presupuesto de salud para 2024 son 5 y el aumento asignado a cada uno se encuentra en la tabla 1.

**Tabla 1.** Incremento de recursos destinados a ítems priorizados por Minsal para 2024

Ítem	Aumento (MM\$)
Tiempos de espera	25.070
Salud mental	33.035
Reforma	231.207
Cáncer	44.823
Plan de inversiones	622.616
<i>Fuente:</i> Presentación Minsal.	

En este breve documento se busca revisar algunos aspectos del presupuesto, en cuanto a su magnitud y a los antecedentes con que se cuenta en cada caso, para con ello contribuir con preguntas y requerimientos de información, que permitan realizar un análisis integral y profundo de los recursos que se destinan al sector salud. A continuación, se enumeran y analizan 6 aspectos clave del presupuesto de 2024.

### 1. Principal destino de los recursos: gasto en personal

**Contenidos del presupuesto 2024.** En la tabla 2 se observa que, al comparar la ley de presupuesto de 2023 con el proyecto de ley 2024, el grueso (54%) de los recursos incrementales que reciben los Servicios de Salud (\$996.452 millones) se destina a gasto en personal (\$535.033 millones). Le siguen las transferencias corrientes (\$277.183 millones), que se ejecutan en la atención primaria (28%), y luego, el gasto en bienes y servicios de consumo (\$189.314 millones), con un 19%.

**Tabla 2.** Principales variaciones en el presupuesto, según servicio, en miles de \$

	FONASA	Instituto de Salud Pública	CENABAST	Subsecret. de Salud Pública	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Superintendencia de Salud	Servicios de Salud
<b>Gastos</b>	<b>1.443.378.372</b>	<b>6.100.188</b>	<b>1.555.148</b>	<b>87.652.508</b>	<b>-46.114.537</b>	<b>758.431</b>	<b>996.452.803</b>
<b>Gastos en Personal</b>	1.815.234	1.799.689	350.439	14.039.218	2.821.496	793.048	535.033.187
<b>Bienes y Servicios Consumo</b>	6.821.162	1.420.837	1.204.720	2.690.712	44.341.900	-41.871	189.314.371

<b>Seguridad Social</b>	204.311.806	0	0	68.896.463	0	0	-9
<b>Transferen. Corrientes</b>	1.198.916.601	0	0	3.179.850	8.758.477	0	277.183.878
<b>Adquisición Activos no Financieros</b>	-93.517	-594.548	0	-1.153.724	-19.336.128	0	-5.078.578
<b>Inversión</b>	0	88.778	0	0	-152.233.682	0	0
<b>Transferen. de Capital</b>	0	0	0	0	69.957.977	0	0

*Fuente:* elaboración propia con base en el proyecto de ley de presupuesto de 2024.

El aumento del gasto varía según Servicio de salud, siendo las alzas más considerables Iquique (34%), seguido de Valparaíso-San Antonio (15%) y Arica, Atacama, Coquimbo, Maule, Araucanía Norte y Sur, Chiloé y Metropolitano Occidente, todos con alzas sobre 10%.

**Antecedentes.** (i) Según diversos estudios, la productividad del gasto en salud ha disminuido en el tiempo. Asimismo, (ii) la información sobre listas de espera indica que hay mayor déficit para tratar condiciones de salud asociadas a oftalmología, otorrinolaringología y traumatología. (iii) Actualmente, los trabajadores de la salud y el Minsal se enfrentan por la desvinculación de 6.800 de las 14.500 personas contratadas para la emergencia de COVID-19, tiempo en el que se han realizado diversos anuncios y propuestas por parte del gobierno (extensión de los contratos hasta diciembre mediante reasignación de recursos dentro del sector salud, re-contratación de 6.000 funcionarios con un costo de 50.000 millones anuales). (iv) Los datos reportados por Minsal respecto de la habilitación de pabellones para 2022 (tabla 3), muestran aquellos Servicios de Salud con mayor déficit de personal.

**Tabla 3.** Proporción de horas de pabellones que no están habilitadas por falta de personal, en hospitales del Minsal, 2022

Servicio de Salud	% horas de pabellones con déficit de personal	Servicio de Salud	% horas de pabellones con déficit de personal
Aconcagua	79,8%	Del Maule	20,1%
Antofagasta	49,2%	Metropolitano Oriente	18,6%
Magallanes	43,4%	Metropolitano Occidente	17,5%
Del Reloncaví	39,3%	Los Ríos.	16,2%
Araucanía Norte	38,8%	Concepción	14,8%
Metropolitano Sur	37,0%	Tarapacá.	13,9%
Viña del Mar Quillota	36,0%	Metropolitano Norte	12,9%
Metropolitano Sur Oriente	36,0%	Osorno	11,3%
Metropolitano Central	32,1%	Del Libertador B. O'Higgins	11,0%
Araucanía Sur	29,0%	Ñuble	10,2%
Coquimbo	23,6%	Biobío	9,8%
Atacama	23,6%	Talcahuano	9,5%
Arauco	22,2%	Arica y Parinacota	8,3%
Aisén	20,9%	Chiloé	3,2%
Valparaíso San Antonio	20,3%		

*Fuente:* Elaboración propia con datos del Minsal.

**Comentarios.** (i) Si bien el incremento del presupuesto es relevante, no se observa cómo el destino del gasto mejora la gestión del sector, donde la evidencia indica que hay un déficit. En ese contexto,

se requieren detalles respecto del aumento sustancial del gasto en personal de salud y cómo éste contribuye a la productividad.

(ii) Considerando las diferencias entre los datos sobre déficit de personal en pabellones (tabla 3) por Servicio de Salud y los aumentos de personal en cada uno de ellos, se hace necesario que el Minsal dé cuenta de los análisis que respaldan dichos aumentos. (iii) Asimismo, se requiere conocer qué funciones cumplirán los nuevos funcionarios y qué tipo de trabajadores serán contratados. (iv) Junto con ello y tomando en cuenta los antecedentes sobre la baja productividad en el sector salud, es importante conocer qué acciones se tomarán para mejorar la productividad del nuevo personal.

En cuanto a los anuncios, es relevante conocer (v) ¿qué labores cumplían y qué sueldo tenían los funcionarios que apoyaron la pandemia?, (iv) ¿qué labores harán y cuál será el salario de aquellos que fueron redistribuidos?, (vii) ¿qué labor ejecutarán aquellos cuyo contrato se extenderá hasta diciembre de 2023 y cuál será el costo para el Estado? Asimismo, (viii) se debe aclarar si se van a contratar 6.000 nuevos funcionarios o si se reintegrará a quienes fueron desvinculados, (ix) ¿en qué labores, con qué sueldo y cuál será el costo? Y (ix) ¿de dónde se obtendrán los recursos para aquello?

## 2. Atención primaria de salud (APS), el corazón de la reforma

**Contenido del presupuesto 2024.** El presupuesto para la APS crece en 7%, alcanzando \$3.515.168 millones. Se indicó que el per cápita de salud basal crecerá en \$411, llegando a \$11.205. Asimismo, que habrá una “recuperación base por subestimación de crecimiento población FONASA 2023”. Se señala que el efecto población per cápita año 2024, corresponderá a \$56.537 millones (crecimiento de la población de 2,84%, con un costo de \$381.283 millones). Además, se incluyen \$491 millones para comunas denominadas costo fijo. Finalmente, se contemplan \$11.289 millones para la incorporación de 13 nuevas comunas al programa de “Atención Primaria Universal”, eje principal de la reforma del gobierno, junto con la implementación del copago 0.

**Antecedentes.** (i) En la discusión del Pacto Fiscal se mencionó como objetivo un aumento del per cápita a \$12.000. (ii) El monto per cápita prácticamente se duplicó en la última década. (iii) El contenido del plan de salud familiar (que se financia con el per cápita) no ha variado en años y se desconoce su costo real. (iv) En la presentación del presupuesto se señaló que el aumento de afiliados a Fonasa influye principalmente a la modalidad de libre elección (prestadores privados). (iv) El estudio de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad de 2022<sup>1</sup> mostró que existen importantes ineficiencias indicando que solo por utilizar tecnología para priorizar las citas, aumentaría en un 14% el tiempo disponible para atenciones, reduciendo en más de un quinto los días-cama de los hospitales. (v) En 2023 se implementó el nuevo programa de “Atención Primaria Universal”, mediante un piloto en 7 comunas. Este busca “tener a cargo el cuidado de la salud de toda la población..., con independencia del tipo de aseguramiento”, lo que considera atender a usuarios de Isapres y otros esquemas de salud en los consultorios y recintos de atención primaria de salud municipales en los que se atiende a la población de Fonasa. En la presentación del presupuesto se mencionó que “al mes de octubre se evidencia un avance del 114% de nuevos inscritos respecto de lo esperado” para el primer año.

**Consideraciones.** Dado que el grueso del financiamiento de la APS proviene del per cápita, es necesario conocer (i) la información respecto del potencial impacto del traspaso de usuarios desde Isapres a Fonasa en la estimación de coberturas de la APS, (ii) la fórmula de cálculo del per cápita, para

---

<sup>1</sup> “Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud (APS)”, junio 2022.

transparentar los costos del plan de salud familiar y (iii) ¿cuáles son los datos que sustentan los aumentos de presupuesto de las comunas de costo fijo?

En cuanto al nuevo programa del gobierno “Atención primaria universal”, es fundamental que se transparente (iv) ¿en qué consiste el piloto de APS universal de 7 comunas y cuáles han sido las soluciones entregadas en la APS a los problemas de salud de las personas?, (v) ¿cuáles son y cómo se eligen (con qué criterios) las comunas participantes?, (vi) ¿cuáles han sido sus resultados en la salud de la población? (menos derivaciones, mayor control de enfermedades, entre otros).

Siguiendo con los programas de la reforma, se debe considerar que los dos ejes de esta benefician a personas de mayores recursos, ya que la política “Copago 0” elimina los pagos de las personas de Fonasa C y D y el piloto de “APS universal”, financia la atención de usuarios de Isapre en consultorios municipales. Por ello, (viii) es fundamental conocer a quiénes han llegado estos programas y los montos asociados a cada grupo y a quiénes se dirigirán los \$231.207 millones del presupuesto de 2024 para la reforma (tabla 1). En la presentación el presupuesto se señaló que en 2023 el copago cero implicó recursos por 106.000 millones en total, por lo que (ix) también es relevante conocer si este programa cuenta con alguna línea de evaluación por parte del DIPRES y cuáles serán los indicadores que sustenten el cumplimiento de objetivos y que permitan un monitoreo del programa.

### 3. Plan de productividad y reducción de listas de espera

**Contenido del presupuesto 2024.** (i) El Programa de Prestaciones Institucionales contiene \$1.763 millones destinados al Plan de Productividad Ambulatoria, para la disminución de la lista y tiempos de espera para resolución de consultas de especialidad no GES. (ii) La compra de prestaciones a privados considera desarrollar un plan de resolución de Lista de Espera para resolver más de 8.000 prestaciones. (iii) El Programa Hospital Digital incluye \$570 millones extra para financiar 37.600 consultas de especialidad asociadas a lista de espera. Finalmente, (iv) se contemplan recursos para realizar 20.000 prestaciones GES con segundo prestador (“Bono GES” o preventivamente ante riesgo de incumplimiento), por \$55.779 millones.

**Antecedentes.** (i) El presupuesto de 2023 contenía recursos para un “plan de productividad quirúrgica”, que desaparece en 2024. Sobre ello se menciona en la presentación del presupuesto que la instalación de Unidades Prequirúrgicas presenta un 75% de avance y que, en régimen, aumentaría en 10.398 las cirugías y que se implementó un modelo en los Centros Regionales de Resolución (CRR) de Alto Rendimiento en cirugías mayores ambulatorias, en 13 quirófanos. Ello mejoró la ocupación (en 43%), las suspensiones de cirugías (-31%) y la productividad (de 3,4 a 4,8 cirugías diarias), y permitió realizar 16.164 nuevos egresos (85% de las 19.016 cirugías esperadas).

(ii) En la última cuenta pública el Presidente se comprometió a resolver en menos de 90 días todas cirugías oncológicas y en menos de 6 meses, toda cirugía de mayor riesgo. (iii) No existen estándares oficiales ni obligatorios respecto de los tiempos de espera óptimos o máximos para los problemas no GES, aunque existen recomendaciones desarrolladas por comisiones de expertos y otras por el propio Minsal. Según Minsal, (iv) hay 68.893 prestaciones GES incumplidas según el último reporte oficial, (v) los tiempos de espera disminuyen en 7,5% y (vi) la cantidad de personas que egresa de las listas de espera por fallecimiento creció en 154% en el mismo periodo (tabla 4).

**Tabla 4.** Indicadores sobre listas de espera, 2023.

Listas de espera	Cuatrimestre 2023		Variación
	Primero	Segundo	
N° consultas especialidad	2.259.328	2.353.375	4,2%
Días promedio	399	370	-7,3%
N° cirugías	302.267	318.928	5,5%
Días promedio	505	466	-7,7%
N° egresos por fallecimiento	10.447	26.571	154,3%

*Fuente:* Informes Minsal en respuesta a glosas presupuestarias.

**Consideraciones.** Respecto del plan de productividad, (i) es imprescindible conocer el detalle de su contenido en 2023, por ejemplo, en qué consistió exactamente el trabajo con los 13 quirófanos y las unidades prequirúrgicas, así como (ii) ¿cuántos fueron los recursos ejecutados?, (iii) ¿cuál es el contraste entre los indicadores esperados y los resultados? En la misma línea, se debe explicitar (iv) si se discontinúa el plan de productividad quirúrgica, si se reemplaza por el de productividad ambulatoria o si se mantiene y (v) ¿en qué consiste el plan de productividad ambulatoria?, (vi) ¿cuántos servicios de salud, hospitales y regiones cubre y cómo se eligen los centros que participan?, así como (vii) ¿cuáles son las metas y cómo se evaluará?

En relación con las listas de espera, (vi) ¿cuánto del flujo de cada año (actualmente más de 2 millones de prestaciones) se resuelve con estos planes de productividad, dado que, por ejemplo, hay cerca de 300.000 cirugías en déficit y el plan incrementó en 16.000 la totalidad de cirugías. Por otra parte, (v) ¿cuándo se implementará la medida de la comisión de listas de espera de establecer tiempos razonables a cada problema de salud? Ello permite a las personas entender por qué se prioriza la atención de algunas condiciones de salud sobre otras. (vi) ¿Se establecerá alguna medida adicional que faculte a las personas hacer valer su derecho legal a una atención oportuna al menos en las condiciones garantizadas, sobre todo porque las atenciones con segundo prestador son menos de un tercio de los incumplimientos GES? Y (vii) ¿qué explica el aumento sustancial, de más del doble de los fallecidos en listas de espera?

#### 4. Deuda por rebase Ley de Urgencias

**Contenido del presupuesto 2024.** Para el presupuesto 2024 se contemplan \$67.767 millones para pago de rebases de los Servicios de Salud, emanados de la denominada “Ley de urgencia”.

**Antecedentes.** Ante la ocurrencia de una emergencia o urgencia vital de carácter médico la Ley de urgencia garantiza que las personas sean atendidas en cualquier establecimiento de salud, sin condicionar si se trata de beneficiarios de Fonasa o Isapre. Dichos aseguradores asumen el costo de la atención considerando las coberturas de sus propios planes de salud. Luego de ser estabilizados, las personas deciden si se trasladan a otro prestador o se quedan en el mismo recinto asumiendo los costos.

En la Comisión de Hacienda del Senado en septiembre de 2023, la Dirección de Presupuesto (DIPRES) del Ministerio de Hacienda señaló que “durante los años 2020 y 2021 se observó el aumento sostenido de los casos certificados por Ley de Urgencia”. Esto habría incrementado la deuda por este concepto, llamada “pago de rebases”, de los Servicios de Salud, llegando a \$196.000 millones (a marzo de 2023). DIPRES y Fonasa señalan que se habrían realizado gestiones para no continuar acumulando este tipo

de deuda, a través de un pago centralizado desde Fonasa, y que, además, se implementaría un plan de pago para abordar los atrasos. Para ello se comprometió pagar 40% de estos últimos a partir de julio 2023 y hasta marzo 2024, un 30% en 2025, y un 30% en 2026.

En el año 2023 el gasto ha demostrado sobrepasar las estimaciones, presionando las metas del Ejecutivo y llevándolo a actualizar su proyección para estos efectos. El presupuesto 2024 contempla \$67.767 millones para estos fines.

**Consideraciones.** (i) Es importante conocer dónde quedará consolidado que el monto de la deuda corresponde a un reconocimiento de *stock* y que no seguirá incrementando su flujo, así como qué ocurre con los Servicios de Salud que aún no cierran sus procesos de facturación en curso. En esa línea, (ii) es también relevante entender por qué se decide no reconocer el gasto respaldado en facturas vigentes, dado que el plan de pago planteado por el Gobierno posterga tanto el devengo (reconocimiento contable) del gasto, como el pago de las facturas pendientes. Ello, tomando en cuenta que en el presupuesto fiscal los eventos económicos se registran con base devengado, es decir, en el momento en que el valor económico se crea. Respecto de la forma de pago de la deuda reconocida y los recursos contemplados en 2024, (iii) ¿cómo se priorizarán los pagos a los prestadores? (iv) ¿Cuánto se contemplará pagar extra por intereses o reajustes?

Considerando que las deudas de años anteriores responden en parte a los procesos de validación de prestadores privados y auditoría de los Servicios de Salud, donde hay demoras de gestión, (v) se requiere conocer las medidas que se tomarán para abordar estos retrasos. Siguiendo con ello, y en orden a generar certidumbres en cuanto a los pagos se hace necesario conocer (vi) si se extendieron los convenios vigentes de ley de urgencia con las clínicas, si hay convenios que aún no estén suscritos y cuáles fueron los costos y métodos de pago establecidos en los convenios una vez que se estabiliza al paciente, como GRD u otros.

Finalmente, (vii) ¿cómo se consolida este plan de pago en los años que vienen, dada la naturaleza anual del presupuesto?

## 5. Plan de inversiones

**Contenido del presupuesto 2024.** La inversión sectorial en salud cae un 19%. La tabla 5 muestra que la amplia mayoría de los proyectos en APS y hospitales son de arrastre.

**Tabla 5.** Indicadores de proyectos de inversión en salud 2024

Proyectos	En APS		En Hospitales		Plan de cáncer		Salud mental	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nuevos	16	15%	6	5%	7	44%	10	100%
Arrastre	89	85%	105	95%	9	56%	0	0%
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Presentación Minsal 6 de octubre.

**Antecedentes.** El gobierno ha enfrentado dificultades para finalizar los hospitales en construcción, según se señaló en la presentación del Minsal y, habría nueve hospitales en riesgo de paralizar sus obras por pagos pendientes del Ministerio de Salud<sup>2</sup>. La ley de presupuestos 2023 no consideraba

<sup>2</sup> <https://digital.elmercurio.com/2023/09/28/B/LQ4B7T41#zoom=page-width>

recursos para transferencias a los Servicios de Salud para infraestructura, pero el presupuesto vigente se incluyen \$617 mil millones para dicho fin. Al 31 de agosto, solo se han ejecutado un 36%.

**Consideraciones.** Respecto de la inversión, particularmente la nueva, (i) es necesario saber cuáles son los criterios para decidir los lugares donde se realizan los proyectos y si estos responden a las necesidades de la población. Además, se debe aclarar (ii) ¿cuántas nuevas camas y prestaciones se generarán con los nuevos proyectos y los de arrastre? ¿Cómo nos deja ello frente a los indicadores por persona en cuanto a número camas, doctores, enfermeras, prestaciones, exámenes, entre otros, en relación con los demás países? (iii) ¿Cuál es el nivel de gasto esperado de cada proyecto? Dado el fuerte impulso a la inversión en salud en años previos, (iv) ¿cuál es el plan a mediano plazo para hacer frente a los déficits de cada zona?, (v) ¿en qué medida se alinea el plan de inversiones con los programas de formación de especialistas? y (vi) ¿cuáles son los antecedentes que se consideran para proyectar las necesidades de profesionales a futuro?

## 6. Crisis del sector salud y la implementación de los fallos de la Corte Suprema

**Contenido presupuesto 2024.** El presupuesto de la Superintendencia de Salud es similar al del año 2023. En efecto, crece en 1,45%, principalmente por ajustes asociados a precios o programas existentes, como rebajas de gastos por única vez por proyectos 2023.

**Antecedentes:** Respecto de la Corte Suprema, (i) en noviembre de 2022 esta emitió un fallo masivo sobre la aplicación de la tabla de factores, que modifica las condiciones y los plazos (todos los contratos de Isapres deben aplicar retroactivamente la tabla emitida por la Superintendencia de Salud en 2019) y cambia la tabla de 2019, rebajando a cero el factor de los niños menores de 2 años. (ii) En agosto de 2023 la Corte Suprema emitió otro fallo masivo, relativo a las alzas del precio GES en Isapres, reduciéndolas en todas las aseguradoras. (iii) En ambos casos se le otorgan roles a la Superintendencia de Salud, quien deberá aplicar los fallos, calcular las diferencias de los precios y devoluciones de cada caso. (iv) Según los expertos, la aplicación literal del fallo generaría un problema en aseguradores y prestadores privados, con repercusiones en todo el sistema de salud. (v) Dado todo lo anterior, el gobierno envió al Congreso un proyecto de ley (ley corta de Isapres) donde se especificaban los mecanismos para aplicar el primer fallo, pero también consideraba una reforma en Fonasa creando una nueva modalidad de cobertura con aseguradores y prestadores privados, que sería supervisada y regulada por la Superintendencia de Salud. (vi) El proyecto de ley ingresó por el Senado, entidad que convocó una comisión técnica para que lo asesora en la tramitación de esta iniciativa, cuyo informe fue evacuado hace unos días. Dicho documento considera cambios legislativos (mayores roles a la Superintendencia, modificaciones sobre la relación contractual entre aseguradores y prestadores, financiamiento del plan de salud, entre otros), que deben ser ahora abordados por los poderes Ejecutivo y Legislativo.

**Consideraciones.** Considerando los antecedentes, surge la pregunta respecto de por qué no se consideran recursos para la aplicación del fallo en la Superintendencia de Salud. La regulación de toda una nueva modalidad de atención, el establecimiento de nuevos mecanismos -y el cálculos de los mismo- para las adecuaciones de precios así como la atención de todos los beneficiarios afectados por los fallos para determinar si proceden las devoluciones requerirá de personal exclusivo para aquello.