



Comisión Especial Investigadora N° 63/64 Listas de Espera en el Sistema Público de Salud

Javiera Martínez Fariña
Directora de Presupuestos

5 de mayo de 2025





Gasto público en salud en Chile: contexto fiscal, ejecución y costos de operación

Antecedentes generales

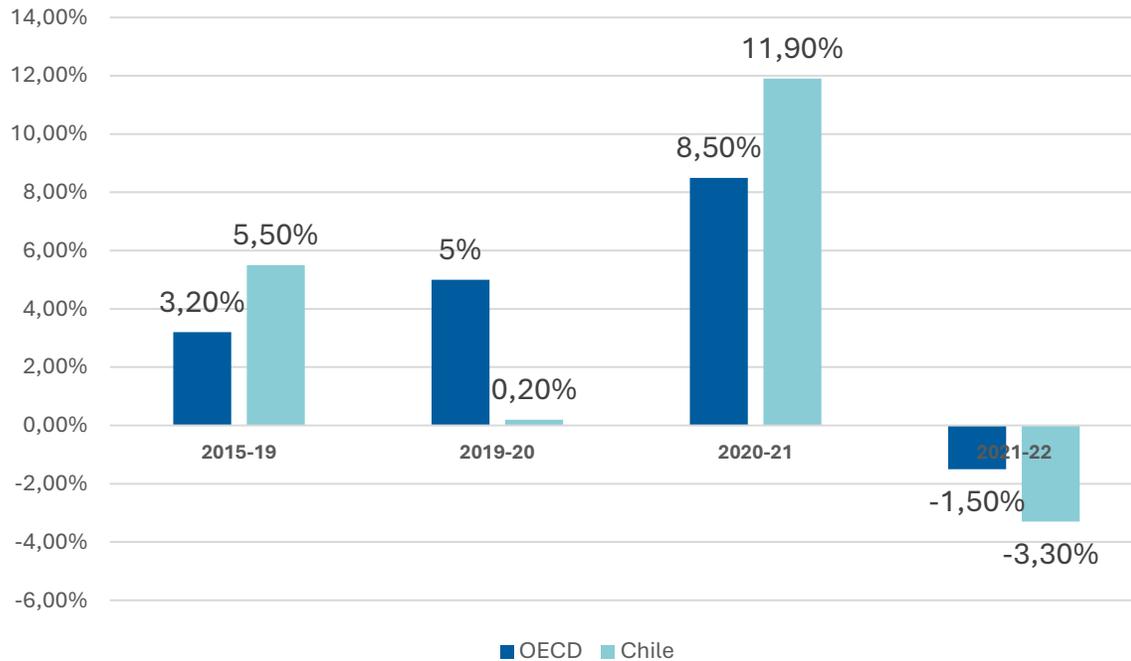


- » En Chile, **el gasto público en salud ha sido prioritario** dentro de los presupuestos nacionales (casi 6% del PIB y 20% del presupuesto). Posterior a la pandemia COVID-19, se ha vuelto más desafiante para la política fiscal.
- » **Alzas de costos en los sistemas de salud pública del mundo:** aumento de costos de prestaciones por alta inflación, cambio de perfil epidemiológico y demográfico de población (envejecimiento), mayor demanda debido a las prestaciones suspendidas durante el 2020-2021.
Se proyecta un gasto en salud promedio países OECD al 2040 de 11,8% del PIB
- » **Principales fuentes de presión de gasto para países:** salud, envejecimiento (cuidados y seguridad social), cambio climático (inversión en adaptación y mitigación, respuesta ante emergencias), deuda pública y tasas de interés.
Beneficiarios de FONASA sobre 60 años han aumentado en un 19% desde 2019 a 2023.

Contexto desafiante para la política fiscal: El promedio de países OCDE de gasto público en salud aumentó en 13,5% (de 2019 a 2021) y luego, solo decreció un 1,5% (2021-2022).

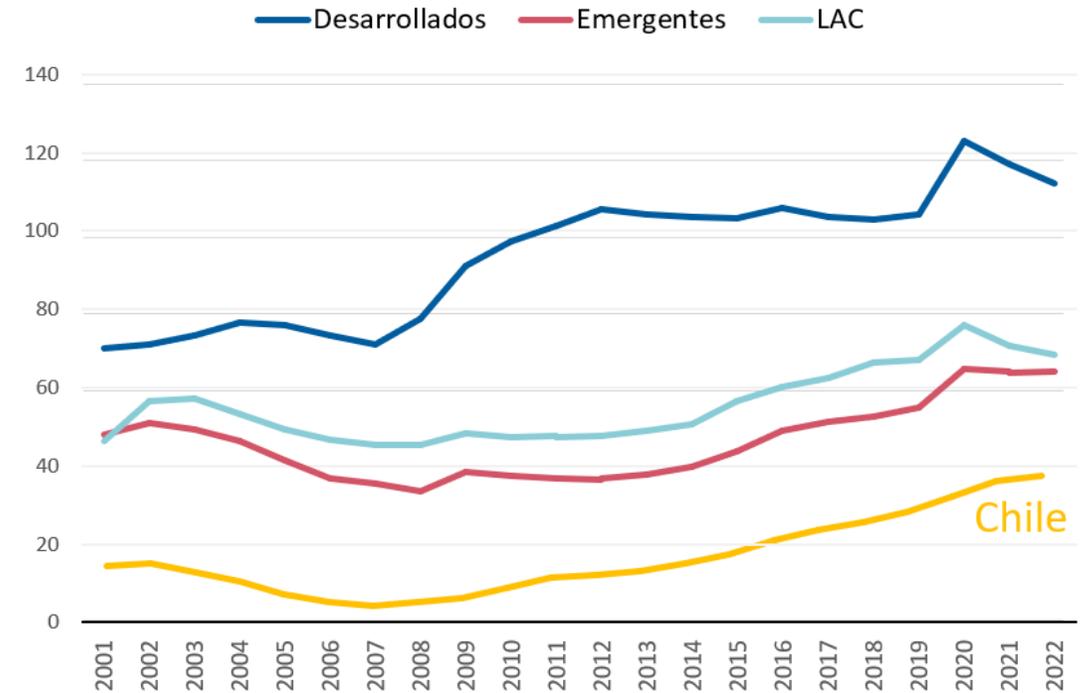


Crecimiento del gasto público en salud países OCDE
(variación real – países seleccionados)



Fuente: Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OECD), datos del 2019, 2021 Y 2023, Gasto público en salud como porcentaje del PIB.

Deuda bruta del gobierno general
(% del PIB)



Nota: (1) Corresponde a los datos de deuda disponibles para un grupo de 83 países incluidos en la Global Debt Database del FMI.

Fuente: World Economic Outlook (octubre de 2023), y Dirección de Presupuestos (Dipres).

Los sistemas de salud públicos del mundo han experimentado alza de costos generalizados debido a inflación y al fenómeno de envejecimiento. Adicionalmente, se suma como presión la mayor demanda debido a las prestaciones suspendidas durante el 2020-2021 y el fortalecimiento de la resiliencia de los sistemas

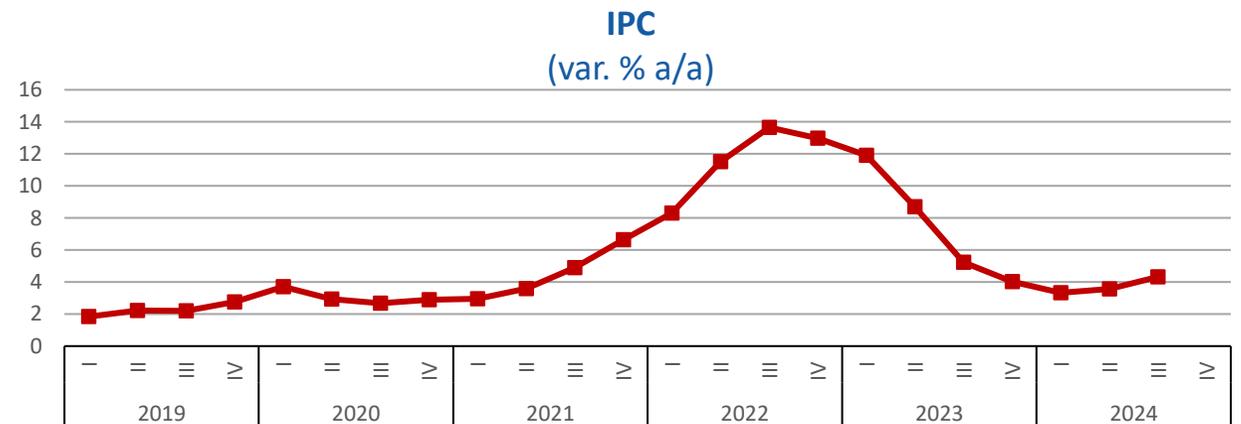


Principales tendencias en el gasto de salud mediano plazo:

- Alza de costos de prestaciones generalizada debido a período inflacionario
- Tecnología: rol clave
- Cambio de perfil epidemiológico y demográfico de población.
- Capacidad del sistema para próximos *shocks*
- Promedio OECD esperado al 2040: 11.8% PIB

Beneficiarios FONASA personas mayores

Tramo edad	2019	2020	2021	2022	2023	Var. 19-23
60 a 69 años	1.432.485	1.507.702	1.564.278	1.638.758	1.744.502	22%
70 a 79 años	909.382	931.294	957.707	991.485	1.047.318	15%
80 años o más	489.528	507.013	523.792	540.072	571.533	17%
Total	2.831.395	2.946.009	3.045.777	3.170.315	3.363.353	19%

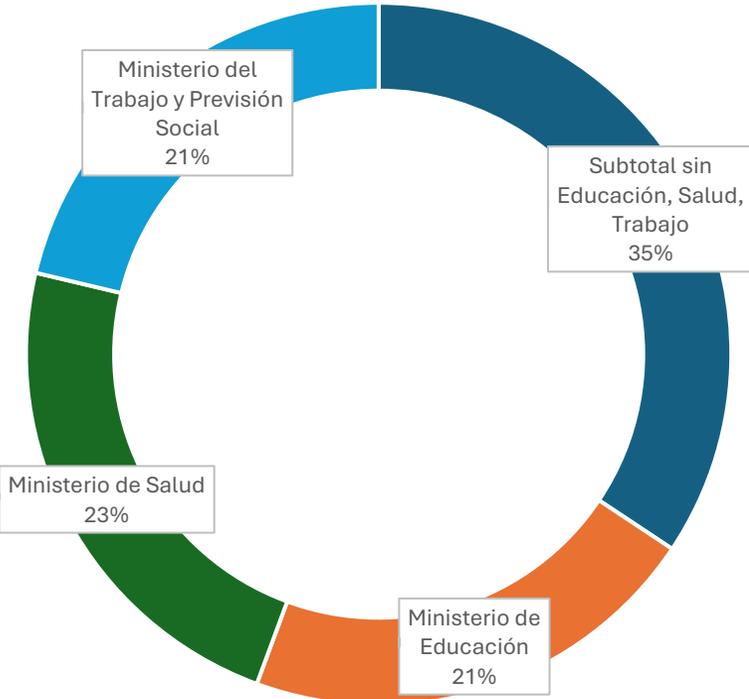


Fuente: Ministerio de Hacienda y Datos abiertos FONASA, Población beneficiaria.

El volumen del presupuesto del Ministerio, y en particular de los servicios de salud es parte importante del presupuesto total, por lo que implica una fuerza de tarea importante en la gestión fiscal de cada año

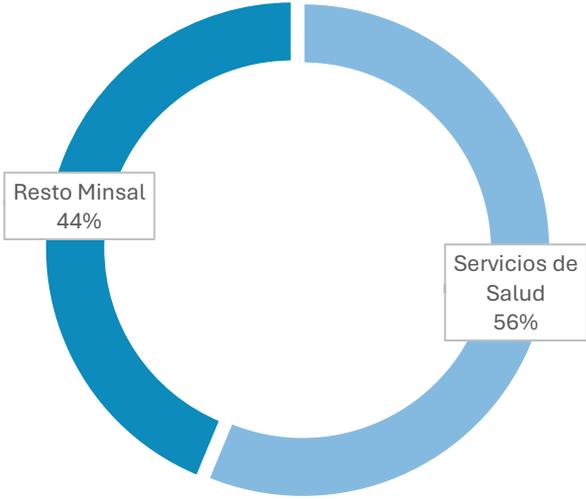


Distribución Presupuesto Ministerios 2024
(% del total)



Fuente: Dipres

Distribución Presupuesto MINSAL 2024
(% del total)

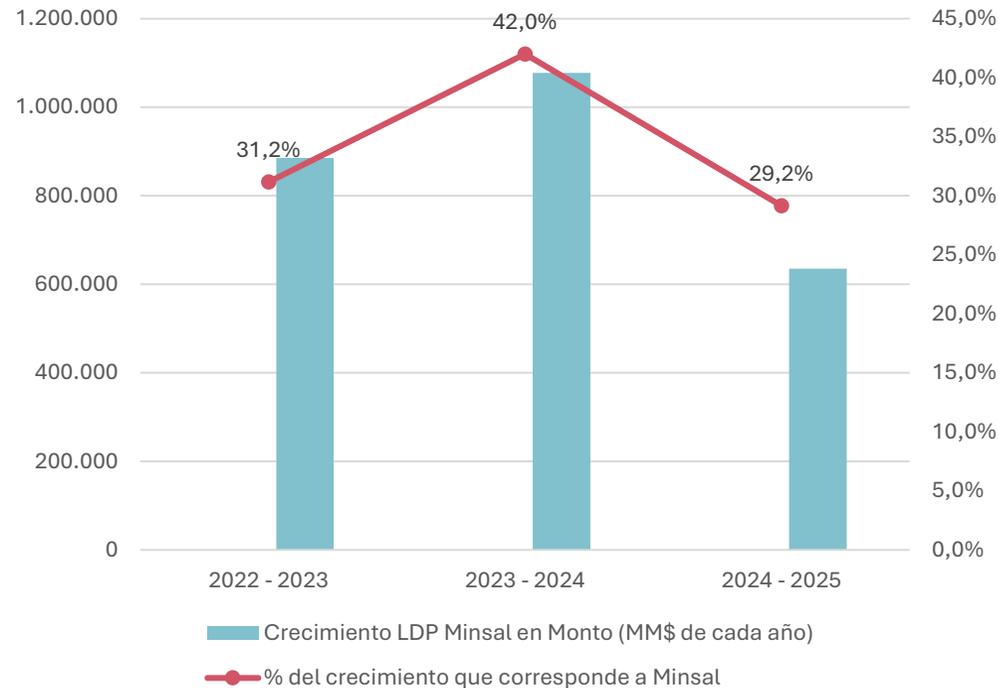


Fuente: Dipres

El gasto público en Salud ha sido prioritario: en 2023 un 31% del aumento de la LDP correspondió al Minsal, en 2024 un 42% y en 2025 un 29%. Además, año a año, el esfuerzo fiscal más relevante es para contener el presupuesto de salud en función del resto del presupuesto

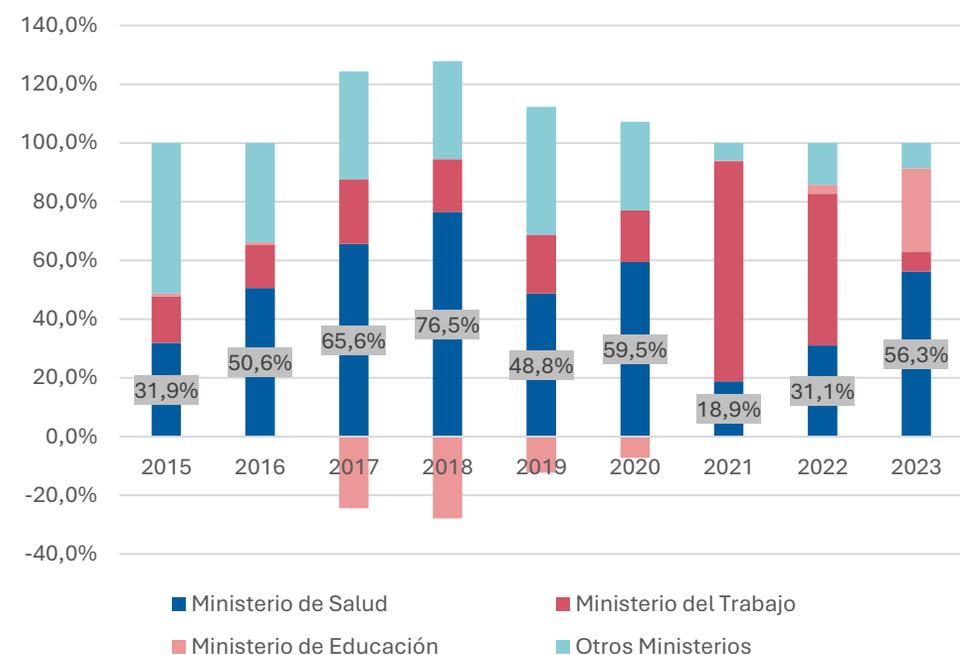


Crecimiento LDP total y Minsal
(MM\$ de cada año y % del crecimiento total)



Fuente: Dipres

Variación Porcentual Ejecución versus Ley Inicial 2015-2023
(%)



Notas: Leyes Iniciales 2021 y 2022 incluyen FET.

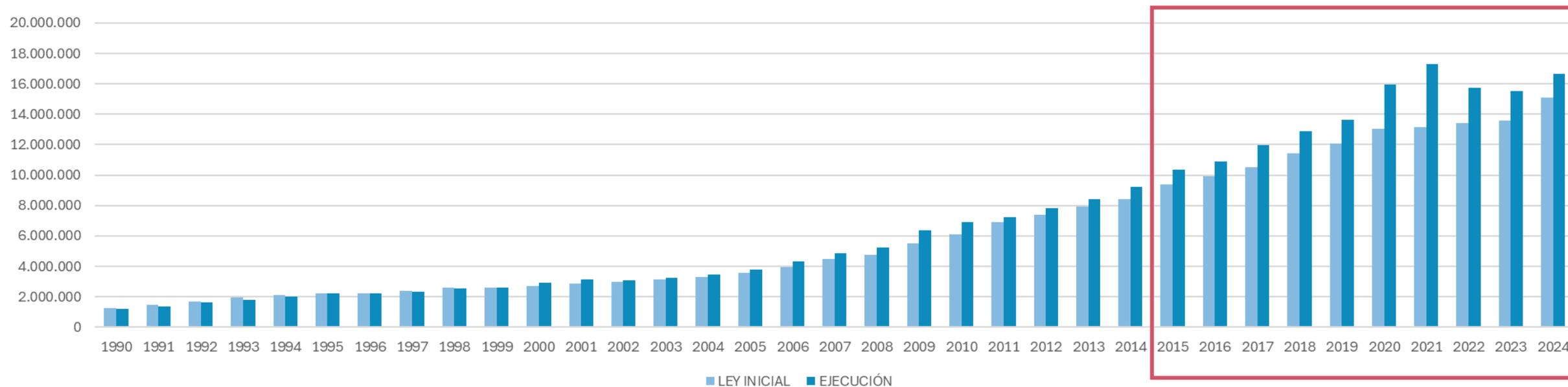
Fuente: Dipres.

Ejecución y costos de operación en Salud en Chile



- El presupuesto inicial del Ministerio de Salud ha crecido un 79% en los últimos 10 años, sin cambios tributarios asociados a un mayor financiamiento. Se observa una tendencia al alza de ejecutar más de lo que se aprueba en la Ley de Presupuestos. Es un **desafío relevante ajustar el presupuesto inicial al ejecutado final.**
- Para el año 2024 se hizo el mayor aumento de Ley Inicial desde hace más de 10 años, incrementando el presupuesto base en más de \$1 billón (+1000 millones de dólares)

Evolución de Presupuesto y Ejecución presupuestaria Ministerio de Salud
(millones de \$ de 2025)



Notas: Leyes Iniciales 2021 y 2022 incluyen FET ; ejecución 2024 considera hasta el mes de noviembre.

Fuente: DIPRES.

Costos de operación de servicios – Subtítulo 22



- Alimentos y Bebidas
- Textiles, Vestuarios y Calzado
- Combustibles y Lubricantes
- Materiales de Uso o Consumo
- Servicios Básicos
- Mantenimiento y Reparaciones
- Publicidad y Difusión
- Servicios Generales
- Arriendos
- Servicios Financieros y de Seguros
- Servicios Técnicos y Profesionales
- Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo

- Los costos de operación Desde el año 2019 han aumentado en un 35% en total.
- Más del 50% corresponde a gastos en materiales de uso y consumo, los cuáles han aumentado un 90% en los últimos 10 años.
- El ítem Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo ha crecido en un 36% en promedio, con un mínimo de 4% y un máximo 101%

Para afrontar la situación actual y futura, se deben combinar una serie de medidas para que cada peso invertido sea un peso invertido en bienestar social



**GRD y otras medidas de
productividad**

Prevención
(fortalecimiento atención
primaria y vacunación)

Eficiencia en compras de
insumos y servicios

Afrontar ausentismo y
licencias médicas

El Presupuesto de salud, tanto en atención primaria como secundaria y terciaria, ha sido prioritario para la gestión del actual Gobierno

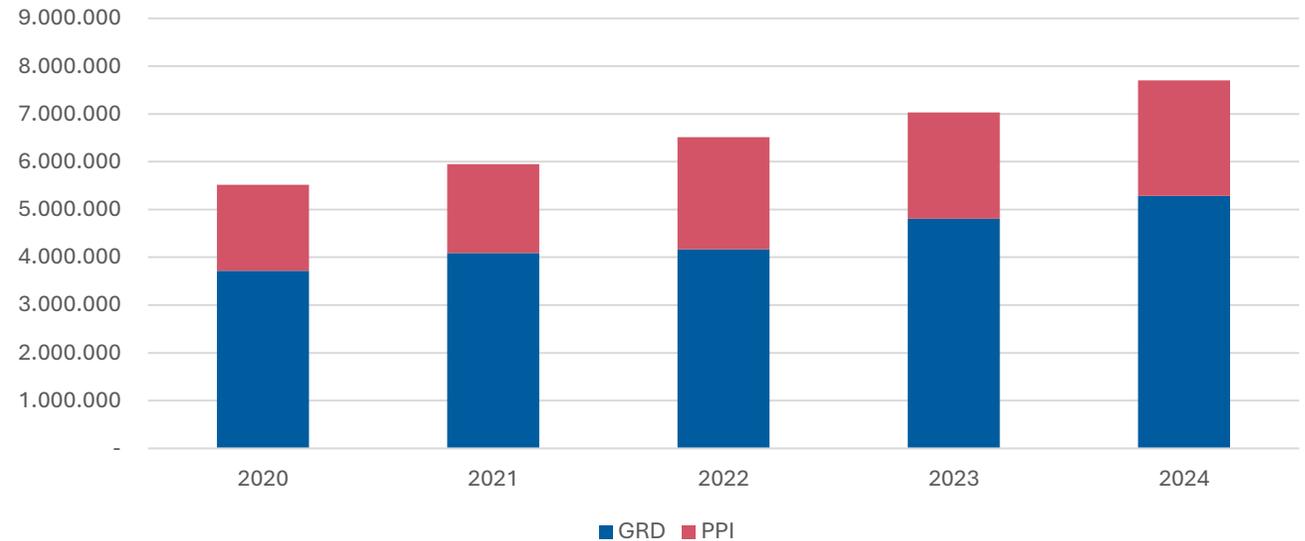


El año 2020 se implementó el sistema de financiamiento por GRD. Posteriormente, en 2023 se implementaron dos cambios en los parámetros de este mecanismo de financiamiento GRD:

1. Operar con un precio base único.
2. Reconocer la complejidad derivada de la reorganización de la red asistencial, provocada principalmente por la pandemia Covid-19.

Esta iniciativa se considera de normalización presupuestaria, ya que se reconoció el gasto que estaba siendo ejecutado por los Servicios de Salud en 2022, asociado a producción de egresos hospitalarios, pero cuyo financiamiento no estaba incorporado en la Ley de Presupuestos de dicho año. Lo anterior implicó \$220.041 millones adicionales en 2023, equivalentes a un 17% de aumento.

Distribución de recursos PPI y GRD - Ley inicial (MM\$ 2024)



Año	Establecimientos nuevos por año
2020	65
2023	3
2024	4
Total	72

Para afrontar la situación actual y futura, se deben combinar una serie de medidas para que cada peso invertido sea un peso invertido en bienestar social



**GRD y otras medidas de
productividad**

**Prevención
(fortalecimiento atención
primaria y vacunación)**

**Eficiencia en compras de
insumos y servicios**

**Afrontar ausentismo y
licencias médicas**

El Presupuesto de salud, tanto en atención primaria como secundaria y terciaria, ha sido prioritario para la gestión del actual Gobierno



» Entre el año 2022 y 2025 el presupuesto de la atención primaria creció más de un 25%, reforzando sus diferentes componentes y acompañado de un trabajo sostenido con el Banco Mundial, y en línea con las recomendaciones de la Comisión Nacional para la Evaluación y Productividad (CNEP)

» En el caso de los hospitales, el presupuesto base creció en más de un 20% en el período.

Los recursos del Fondo Emergencia Transitorio, decretados especialmente para la emergencia sanitaria, fueron agregados en su totalidad a los presupuestos posteriores. Estos recursos fueron del orden de \$813 mil millones el año 2022.



Cada peso invertido en APS podría ahorrar entre \$5 y \$10 de gasto en salud producto de prevención enfermedades, tratamiento temprano de enfermedades crónicas (tamizaje) y reducción de hospitalización



➤ En su estudio sobre APS de 2022, la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) señaló que se deben abordar tres pilares: gestión, infraestructura y financiamiento de la APS.



- Estrategia de gestión y priorización de citas
- Herramienta de gestión de citas con múltiples canales
- Tamizaje en zonas de trabajo
- Mejoras en la elaboración de indicadores (IAAPS) y metas

➤ Trabajo conjunto con el Banco Mundial (Préstamo por Resultados)

➤ En octubre de 2024 se realizó un actualización y priorización de las recomendaciones propuestas en el estudio CNP (2022).



The World Bank

Chile: Program for Universal Primary Healthcare Coverage and Resilience (P179785)

Figure 1. Theory of Change

Challenges: (a) the epidemiological transition to NCDs; (b) fragmented nature of service delivery and inequities; (c) the insufficient quality of services; (d) the lack of clarity about the role of PHC for health system resilience to cope with public health emergencies and climate change, risks and (e) the need to improve the efficiency of payment mechanisms for PHC.				
Interventions	Output	Intermediate Outcome	Outcomes	Impact
Participation agreement signed / Design and implement a communication plan	Municipalities participating in the Universal PHC program increased (DLR 1.1)	Outreach: Newly Registered Population at the national level, increased (IRI)	Access for new & current population Participating municipalities with increased population receiving PHC services (DLI 1.2)	RA1: Coverage and quality of PHC PDO1-DU 3 Decrease in the rate of avoidable hospitalizations for patients with multimorbidity in participating municipalities
Telemedicine / extension of minimum services beyond regular business hours/ Digital appointment platform	Population receiving PHC services through telemedicine and during extended out-of-office hrs. / Digital appointments	Optimization: Reduction in the % of users who do not get a response in <72 hrs. when using the <u>TeleSalud</u> portal (IRI)		
Patient navigation program Training in GBV/Incorporate Sexual identity variables into surveys / Develop protocols for the inclusive care of LGBTIQ+ community Design a 'user experience' improvement plan	Available community health agents trained in GBV(DLR 2.1) Available health care workers trained in GBV (IRI) Sexual identity variables incorporated into survey	Health networks are strengthened: Community protocols for the inclusive care of LGBTIQ+ community developed (IRI)	Improved quality and integration of care Participating municipalities with positive user experience amongst LGBTIQ+ community (DLR 2.2)	
Comprehensive People-Centered Care strategy (ECICEP)	Population characterized per their risk Definition and inclusion of high-value health services	Risk-based care: Increase in the number of people using high-value health services (DLI 4)		RA2: Resilient PHC PDO= DLI 5.2 Participating municipalities have partaken in at least one drill for PHEs and climate change risks response
Design guide for surveillance and preparedness for PHE and climate change risks in Universal PHC/ Train personnel / Develop locally adapted plan	New ministerial guide for surveillance and preparedness for PHEs and climate change risks in Universal PHC (DLR 5.1)	Comprehensive surveillance, preparedness & response teams trained and appointed to monitor risks	Plans developed and available with risk mapping for PHEs and climate change as established in Law 21364 (IRI)	
Design new PHC infrastructure / Construct new PHC facilities	New PHC infrastructure model adjusted to the geographic distribution of the population, energy efficiency and climate resilience standards (DLI 6.1)	New PHC facilities available and operating according to the new PHC infrastructure model (DLI 6.2)	Adaptation and mitigation to climate change	
Revision of the costing of PHC services and health purchasing/ Design training program	Costing the PHC health benefit package preventive services (DLR 7.1) Updated PHC financial resource allocation mechanisms (DLI 7.2)	Municipal managers knowledgeable in crucial areas for PHC management (IRI)	Efficient spending and income in PHC adjusted according to epidemiological and health reality	RA3: Efficient and transparent PHC PDO3 = DLR 8.2 Participating municipalities with positive user experience
Internet for PHC in rural areas / Develop quality standards and data governance / Interoperability	Participating municipalities refer at least 70 percent of their patients through digital referral (IRI)	Clinical and decision making and timely management	Monitoring of process performance results, impact and user experience	
Design virtual health management platform / Train personnel	Virtual health management platform operational (DLR 8.1)	Citizens and decision-makers are trained and can engage		

Para afrontar la situación actual y futura, se deben combinar una serie de medidas para que cada peso invertido sea un peso invertido en bienestar social



**GRD y otras medidas de
productividad**

**Prevención
(fortalecimiento atención
primaria y vacunación)**

**Eficiencia en compras de
insumos y servicios**

**Afrontar ausentismo y
licencias médicas**

Otras medidas de productividad



- Implementación de recomendación de estudio CNEP (2020) en Centros Regionales de Resolución (CRR):
 - Seguimiento y monitoreo. Elaboración de reportes de desempeño de los pabellones.
 - Pabellones exclusivos para Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
 - Pabellones exclusivos para prestaciones definidas y rendimientos mínimos diarios.

- Hasta 2023: 58% de las recomendaciones implementadas de manera completa; 12% de manera parcial

- Resultados:
 - Los pabellones de los CRR producen más cirugías mayores ambulatorias (CMA) en comparación con pabellones de la Red Asistencial.
 - Mayores tasas de ambulatorización en CCR que en pabellones del resto de la red asistencial.



Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y
Gestión de Lista de Espera Quirúrgica NO GES

Para afrontar la situación actual y futura, se deben combinar una serie de medidas para que cada peso invertido sea un peso invertido en bienestar social



**GRD y otras medidas de
productividad**

**Prevención
(fortalecimiento atención
primaria y vacunación)**

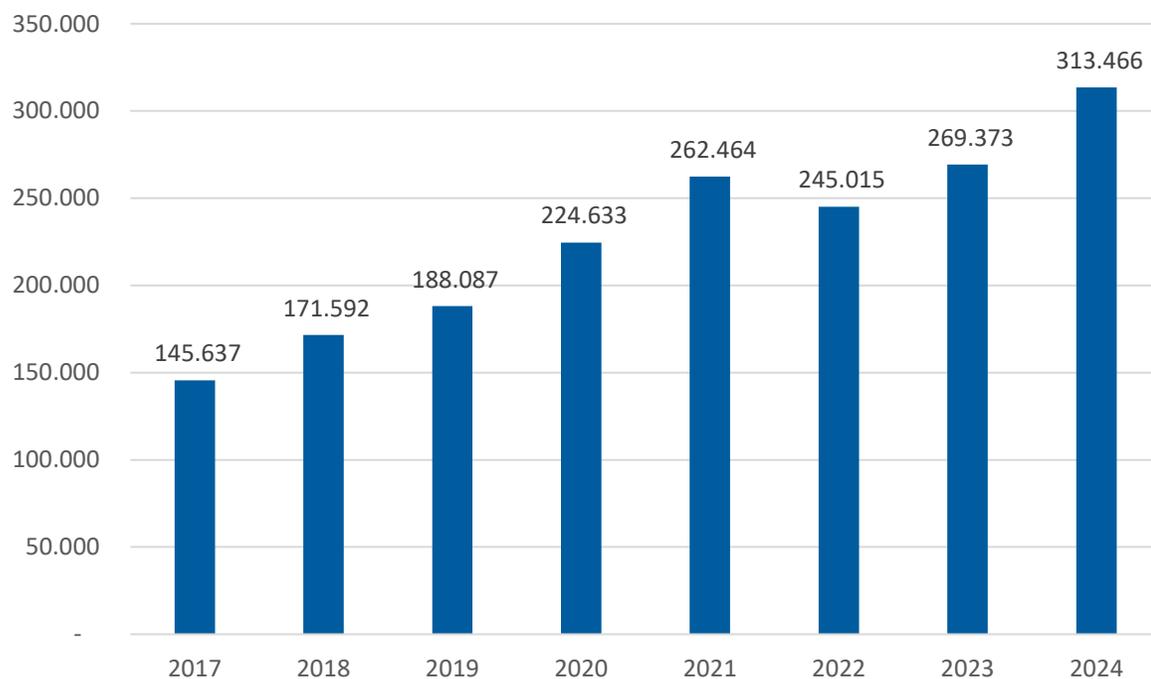
**Eficiencia en compras de
insumos y servicios**

**Afrontar ausentismo y
licencias médicas**

Ausentismo en los Servicios de Salud

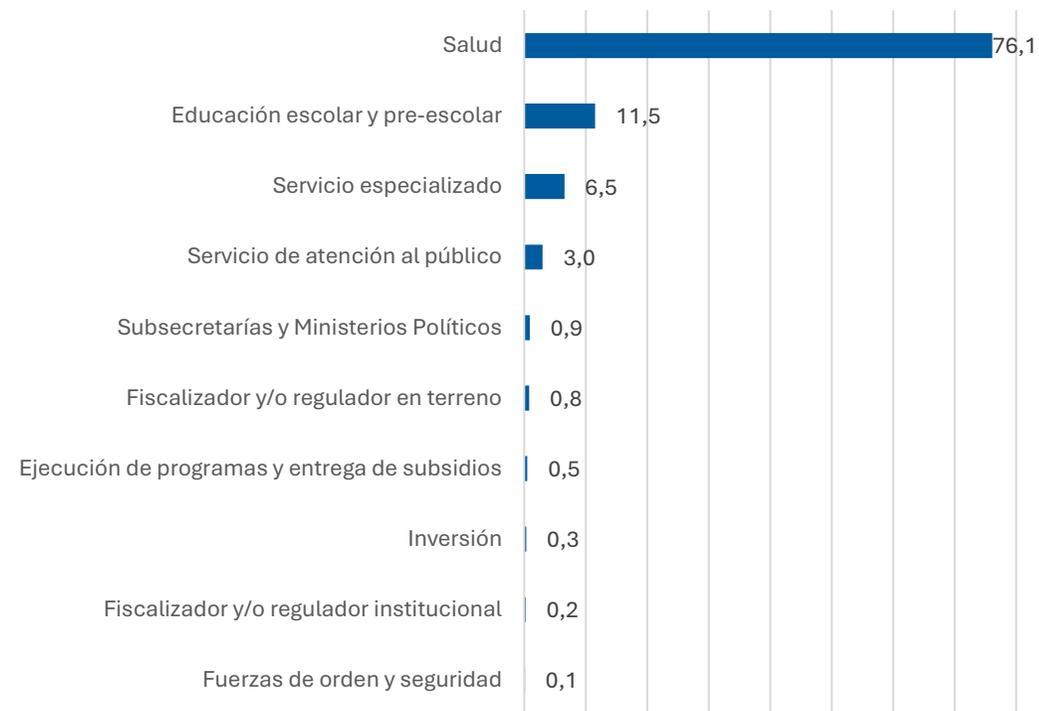


Gasto en suplencias y reemplazos en Servicios de Salud a diciembre de cada año
(\$MM de 2025)



Fuente: Dipres

Gasto en suplencias y reemplazos según sector
(% del total a diciembre de 2024)

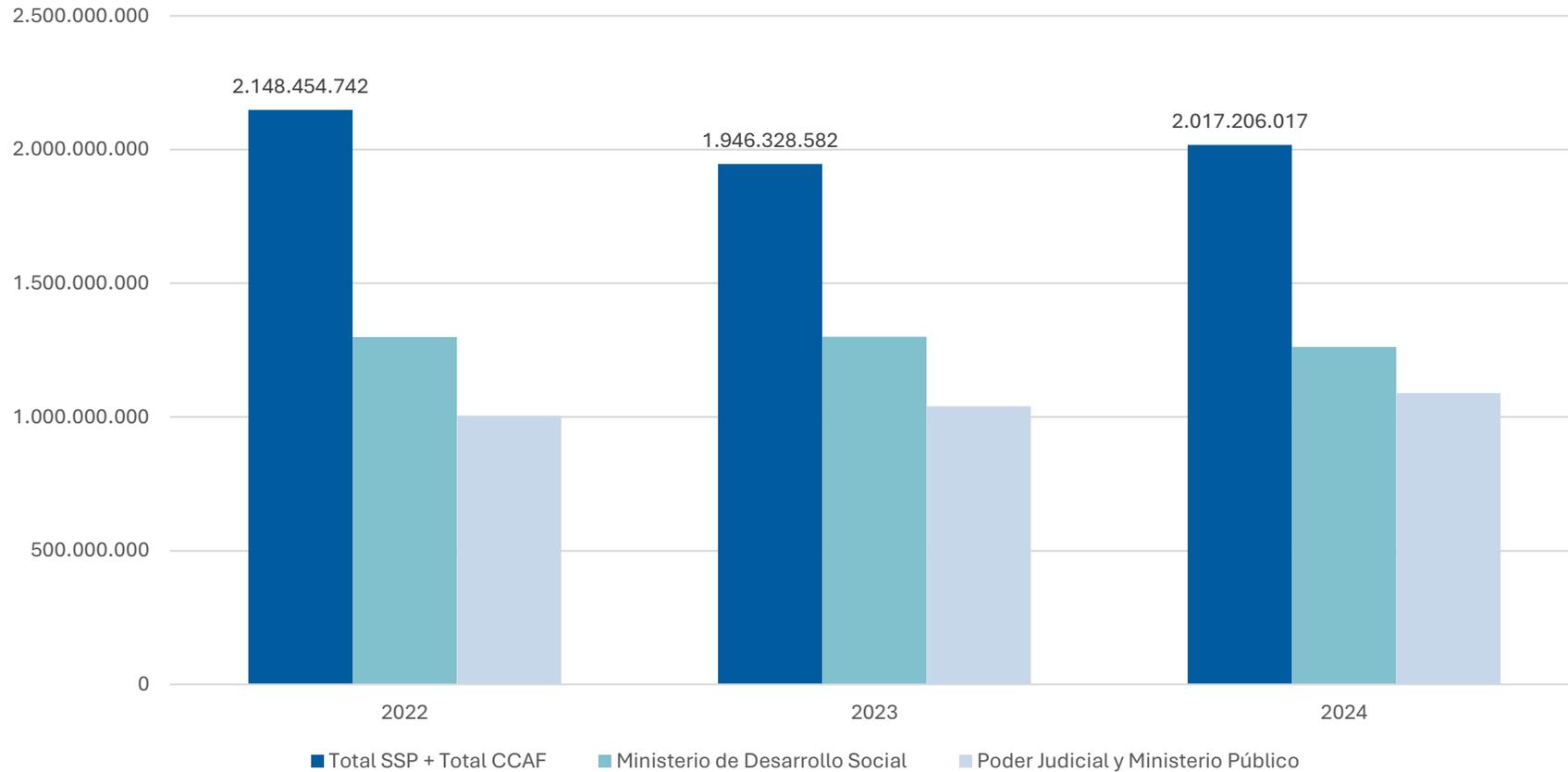


Fuente: Dipres

Ejecución del Subsidio Incapacidad Laboral (SIL)



Ejecución Presupuestaria (miles de \$ de 2025)



Fuente: Dipres



Recursos especiales para Listas de Espera 2022 - 2025

Recursos lista espera 2022 - 2025



Estrategia	M\$2025			
	Ley 2022	Ley 2023	Ley 2024	Ley 2025
Hospital Digital - Consultas de Especialidad	-	-	593.940	969.060
Continuidad Lista de Espera 2024 (recursos considerados en la Base Comparativa 2024)	-	-	21.569.400	21.569.400
Productividad Quirúrgica - Unidades de productividad prequirúrgicas (UPPQ)	-	7.178.769	9.491.484	9.491.484
Productividad Quirúrgica - Habilitación de quirófanos en trabajo	-	3.723.682	8.452.356	8.452.356
Productividad Quirúrgica - Centros Regionales de Resolución (CRR)	-	19.335.142	21.303.796	42.633.536
Productividad Quirúrgica (Inversión Sectorial)	-	7.187.636	-	9.378.000
Productividad Quirúrgica - Dental	-	362.753	657.587	657.587
Consultas Acto Único (CAU)	-	-	938.714	1.877.428
Navegadores en red	-	-	898.126	1.796.252
Abdominoplastías	3.136.716	3.136.716	3.136.716	3.136.716
Lista de Espera GES - Garantías en riesgo de incumplimiento	13.505.938	19.831.139	19.831.140	19.831.140
Recursos PdL SAP	-	-	-	28.211.000
Sistema interoperabilidad en salud				3.685.865
FET - Resolución Lista de Espera - Gestión de Garantías en Riesgo de Incumplimiento	12.610.550	-	-	-
FET - Resolución Lista de Espera - Compra a Privado Prestaciones Médicas	27.513.927	-	-	-
FET - Resolución Lista de Espera - Estrategias Servicios de Salud (Contactabilidad, cirugía menor dental, cirugía mayor, cirugía menor dermatológica y transplante).	97.445.157	-	-	-
TOTAL ESTRATEGIAS LISTA DE ESPERA	154.212.288	60.755.837	86.873.259	151.689.824

* En la Ley Inicial estos recursos estaban en el ST.30 como Gasto bajo la línea.



Comisión Especial Investigadora N° 63/64 Listas de Espera en el Sistema Público de Salud

Javiera Martínez Fariña
Directora de Presupuestos

5 de mayo de 2025

