

El presupuesto público de salud: marco analítico para el debate de propuestas de reforma

The public health Budget: analytical framework for the debate on reform approach

Patricio Lagos Araya¹
Tania Morales Galarce²

RESUMEN

El presente artículo aborda el contenido del debate político en el Congreso Nacional del proyecto de ley de presupuestos para el sector público 2025 y, en especial el relativo al Ministerio de Salud. Para la propuesta de un marco analítico que permita contar con la evidencia de datos de la evolución del gasto y del financiamiento del sector público de salud utilizando fuentes de datos públicas de la ejecución presupuestaria del periodo 2014 – 2023 tanto de la DIPRES como de Datos Abiertos de FONASA. Basado en esta información todos los gráficos y tablas son de elaboración de los autores. Por último, concluir con alguna de las lecciones y constataciones que estando presentes no las vemos y que surgen en el proceso de discusión y aprobación del presupuesto anual.

Palabras clave: Presupuesto, Sector público, Gasto público, FONASA, Ministerio de Salud, Financiamiento de salud.

ABSTRACT

This article addresses the content of the political debate in the National Congress on the 2025 public sector budget bill, and particularly the one related to the Ministry of Health. For the proposal of an analytical framework that allows for data evidence on the evolution of expenditure and financing of the public health sector using public data sources on budget execution for the period 2014 - 2023 from both DIPRES and FONASA Open Data. Based on this information, all the graphs and tables are the authors' own. Finally, I conclude with some of the lessons and findings that we do not see when we are present and that arise in the process of discussion and approval of the annual budget.

Keywords: Budget, Public sector, Public spending, FONASA, Ministry of Health, Health financing.

INTRODUCCIÓN

El presupuesto del sector público es la herramienta fundamental de la política fiscal en el marco de

Recibido el 8 de diciembre de 2024. Aceptado el 12 de diciembre de 2024.

1 Consultor en Financiamiento Público y Gestión Financiera Pública en Salud en la OPS, ex asesor de la Dirección de Presupuestos y del Fondo Nacional de Salud y ex Jefe de Presupuestos e Inversiones del Ministerio de Salud. Docente y consultor de la Escuela de Salud Pública y en la FEN de la U. de Chile. Correspondencia a: mp.lagos@gmail.com

2 Ingeniero Civil Industrial, con Master en Administración Pública de la LKY SPP (Lee Kuan Yew School of Public Policy) NUS (National University of Singapore), ex Jefa Sector Salud de la Dirección de Presupuestos, consultora Banco Mundial en gestión financiera pública y presupuesto.

la sustentabilidad y de responsabilidad fiscal³. La ley de presupuestos es la norma constitucional de mayor jerarquía en la cual se reflejan los ingresos y gastos de las instituciones del sector público, entre las cuales se clasifica el Ministerio de Salud, partida presupuestaria que comprende a todos los organismos de rectoría; regulación y fiscalización; aseguramiento y financiamiento y; las redes asistenciales de atención primaria y hospitalaria de baja, mediana y alta complejidad. El presente año la discusión parlamentaria del proyecto de ley de presupuestos para el año 2025 reveló la urgencia de profundizar el debate público sobre la consistencia de la política fiscal con la política sanitaria, frente a problemas críticos tales como la sustentabilidad financiera de los hospitales públicos y las crecientes listas de espera en consultas de especialidad y confirmación diagnóstica, así como, prestaciones médico – quirúrgicas No GES y, garantías GES retrasadas.

En síntesis, la ley de presupuestos contiene toda la planificación financiera del Estado para el plazo de un año, que incluye todos los ingresos y gastos de los distintos organismos del Sector Público. Es importante destacar que el tamaño del gasto público, que define la capacidad fiscal para asignar recursos a las diversas prioridades programáticas de los gobiernos, está determinado en el marco de un conjunto de condiciones macroeconómicas⁴ que conforman la base para el cálculo de los ingresos fiscales permanentes que, a su vez, el marco máximo de gasto público.

La etapa posterior a este cálculo es la comunicación del marco presupuestario para que los distintos ministerios y otros poderes del Estado formulen sus propuestas de anteproyecto de presupuestos para cada año y prioricen sus programas en función de sus gastos recurrentes y obligados y las expansiones necesarias para ejecutar nuevos programas o, como en el caso de salud cerrar brechas de coberturas sanitarias de salud pública como de acceso de la población a la atención de salud en la red asistencial pública y privada en convenio.

En general, el Ministerio de Salud ha formulado históricamente su presupuesto sobre la base del gasto histórico y, en los últimos seis años, progresivamente ha contemplado la variable de producción y rendimiento asistencial a través de relacionar el

gasto con el financiamiento de la producción hospitalaria de egresos ajustados por complejidad y la creciente, aunque aún no suficiente, ambulatorización de la actividad quirúrgica con el pago de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

La discusión parlamentaria del proyecto de ley de presupuestos del sector público para el año 2025⁵, formuló, en forma inédita, observaciones a la proyección de los ingresos públicos que sustentaban la propuesta de gasto del Ejecutivo, lo que concluyó con la condición de ajustar la tasa de crecimiento del gasto público propuesto de un 2,7% a un 2% real, lo que implica una reducción inicial de gasto de USD 600 millones que deben formalizarse en un decreto de modificación presupuestaria, una vez publicada la Ley de Presupuesto en el Diario Oficial a mediados del presente mes de diciembre.

En este escenario, si bien se cuestionó en ambas cámaras, el presupuesto del Ministerio de Salud se aprobó antes del vencimiento del plazo constitucional que vencía el 29 de noviembre pasado. Sin embargo, en el protocolo de acuerdo entre el Ejecutivo y la Comisión Especial Mixta de Presupuestos del Congreso Nacional comprometió recursos adicionales para financiar un plan de resolución de listas de espera por un monto de \$73.000 millones que se financiaría con el aumento de la recaudación de cotizaciones previsionales de FONASA por sobre el monto aprobado en la ley de presupuestos, sujeto a la entrada en vigencia del proyecto de Ley de Licencias Médicas de Grandes Emisores y, con el ahorro de gasto que se generó por la aplicación de un plan de reducción del ausentismo en los Servicios de Salud, ahorro que se produciría por un menor gasto en subsidios de incapacidad laboral y suplencias y reemplazos por licencias médicas del personal de salud.

El presupuesto de salud periodo 2019 – 2023

Para la mejor comprensión del contexto gasto público en salud es necesario abordar los antecedentes del comportamiento del financiamiento y del gasto tanto del FONASA como de los Servicios de Salud.

El debate público se centra en los efectos financieros que impactan en la oferta de los servicios de salud a la población, provocando un alto nivel

3 Las reglas de responsabilidad fiscal están referidas a que los gastos permanentes den ser financiados con ingresos permanentes (balance estructural) y fija el límite máximo recomendable de deuda pública expresada como porcentaje del PIB.

4 Crecimiento del PIB; tasa de inflación IPC; variación de la demanda interna, precio del cobre, litio y otros; tipo de cambio USD; variación de las exportaciones e importaciones, saldo de la cuenta corriente; tasa de política monetaria TPM; tasa de empleo (desempleo), entre las principales;

5 Boletín N°17.142-05 de la Cámara de Diputadas y Diputados. Mensaje Presidencial N°213-372 del 29 de septiembre de 2024 MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA CON EL QUE INICIA UN PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS PARA EL SECTOR PÚBLICO CORRESPONDIENTE AL AÑO 2025.

de incertidumbre en asegurar el acceso a las atenciones de salud y la oportunidad de la atención. En lo inmediato se ha instalado la premisa de un desfinanciamiento estructural del sistema público de salud y, que es imperativo aumentar el financiamiento público expresado en una mayor participación del gasto público en salud en el Producto Interno Bruto para avanzar en una propuesta de salud universal, acceso y cobertura, y mayor protección financiera que implique una reducción del gasto de bolsillo en salud por parte de los hogares.

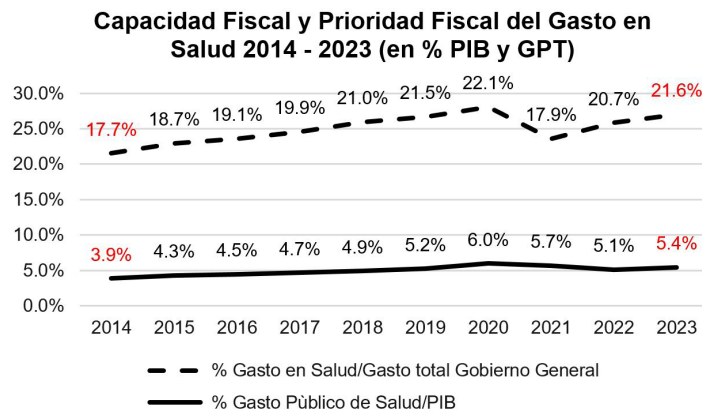
Estos propósitos constituyen la piedra angular para asegurar el acceso a la salud como un derecho. Sin embargo, la revisión de las principales variables de financiamiento y gasto del sistema público para el periodo 2014 – 2023 aportaran en la discusión presupuestaria durante la ejecución del presupuesto

aprobado recientemente en el Congreso Nacional y de los compromisos asumidos por el Ejecutivo en el protocolo de acuerdo para el 2025.

Lo primero, el presupuesto del sistema público salud se financia sobre dos pilares fundamentales. Impuestos generales y las cotizaciones previsionales de los trabajadores y cotizantes afiliados a FONASA.

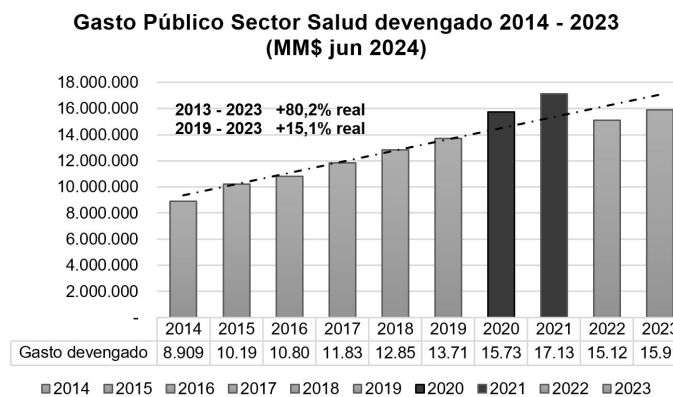
En materia de cifras, el presupuesto del Ministerio de Salud ha aumentado en un 80,2% real en la serie 2014 – 2023 y de un 15,1% entre 2019 y 2023. Estas cifras muestran que los sucesivos gobiernos han priorizado el gasto en salud respecto del gasto total del sector público, en la Figura 1 se observa una tendencia sostenida de aumento de la participación del gasto en salud que ha representado un aumento del gasto público en salud como porcentaje del PIB⁶.

Figura 1.



En términos absolutos la Figura 2 muestra la evolución del gasto del Ministerio de Salud en el periodo 2014 – 2023 y se aprecia el crecimiento real del gasto en el periodo de un 80,2% real.

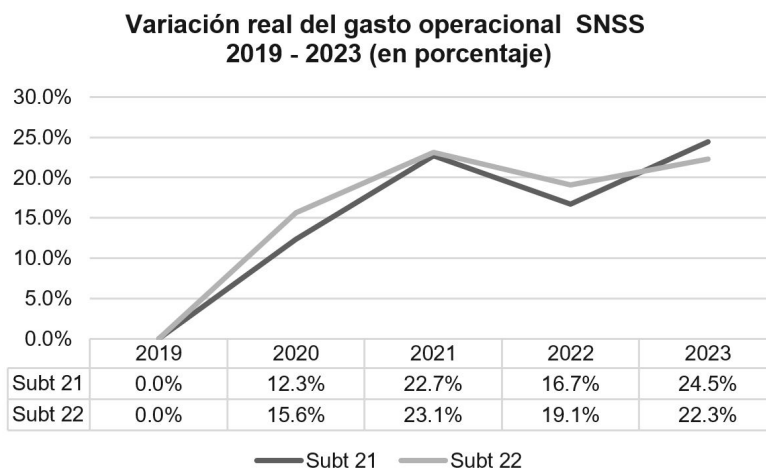
Figura 2.



6 La OMS y la OPS en el marco de la propuesta de Salud Universal recomiendan que es una meta de los Objetivos del Desarrollo Sostenible que los países se propongan que el gasto público en salud llegue al umbral del 6% del PIB.

El gasto operacional⁷ hospitalario del año 2023 comprende el gasto en personal⁸ y la compra de bienes y servicios de consumo⁹ representa un 53,9% del gasto total del Ministerio de Salud. Por otra parte, el gasto en Atención Primaria de Salud del año 2023 alcanzó a \$3.155.866 millones, lo que sumado al gasto operacional hospitalario de \$8.582.885 millones representa un gasto total en las redes asistenciales de \$11.738.751 millones, alcanzando a un 74% del gasto total del sector público de salud.

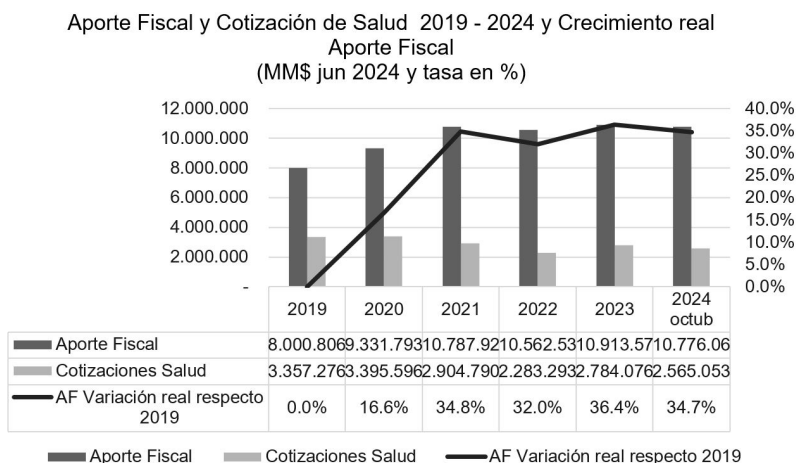
Figura 3.



En referencia al periodo 2019 – 2023 el crecimiento real del gasto operacional hospitalario ascendió a un 23,6% y el gasto en Atención Primaria de Salud creció un 28,4% real.

Desde la perspectiva de las fuentes de financiamiento en el periodo analizado el Aporte Fiscal aumento en \$ 2.912.766 millones lo que implica un crecimiento real de un 36,4% real. Esto significa un crecimiento de aporte fiscal equivalente a 1,03% del PIB en el periodo en referencia. En la Figura 4 se muestra el comportamiento de las principales fuentes de financiamiento del Ministerio de Salud.

Figura 4.



⁷ Gasto Operacional no incluye inversiones subtítulos 29 y 31.

⁸ Subtítulo 21.

⁹ Subtítulo 22.

Tabla 1.

Base normativa	CCAF	FONASA	Cotización Salud
Ley 18.833 Art. 27	0.60	6.4	7.00
Ley 21.289 glosa 20 FONASA (160201)/ Circular 3561 SUSESO	3.10	3.9	7.00
Ley 21.395 glosa 18 FONASA (160201)/Circular 3657 SUSESO/Decreto 202/2022 M.Hacienda	6.45	0.55	7.00
Ley 21.516 glosa 07 FONASA (160201)/Circular 3723 SUSESO	3.10	3.9	7.00
Ley 21.516 glosa 07 FONASA (160201)/Circular 3732 SUSESO/ Decreto 46/2023 M.Hacienda	6.00	1.00	7.00
Ley 21.460 glosa 07 FONASA (160201)/ Circular 3801 Suseso	3.10	3.9	7.00
Ley 21.460 glosa 07 FONASA (160201)/ Circular 3806 Suseso/ Decreto 83/2024 M.Hacienda	4.90	2.1	7.00

Además del gasto en prestaciones de salud y bienes de salud pública en la modalidad institucional el sector público de salud ha experimentado presiones de gasto que han afectado las mismas fuentes de financiamiento del sector, por una parte el aumento del gasto en subsidios de incapacidad laboral (SIL) provocado por el ascenso en el número de días de licencias médicas por enfermedad común. Un análisis en particular de gasto en SIL comparando el gasto en subsidios acumulado al tercer trimestre de 2024 respecto al mismo periodo de 2019, muestra un crecimiento de un 138% generando un aumento de gasto de \$717.516 millones en 2019 a \$1.704.999 millones¹⁰ a septiembre de 2024. Los subsidios de incapacidad laboral que son pagados por las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF)¹¹ ascienden a \$1.401.634 millones, es decir un 82% del pago de SIL total.

La Ley 21.289 de Presupuestos del Sector del Sector Público año 2021 estableció en la glosa 20 del programa 16 02 01 FONASA que el guarismo del 0,6% fuera sustituido por el de 3,1%. Esta norma se ha mantenido en todas las leyes de presupuestos del sector público de los años siguientes y se encuentra contenida en el actual proyecto de ley de presupuestos para el año 2025. Por otra parte, el porcentaje del 3,1% de la ley inicial de cada año puede modificarse por decreto del Ministerio de Hacienda durante el año presupuestario y se aplica desde el la fecha que se informa en las respectivas circulares que emita sobre la

materia la SUSESO.

En la Tabla 1 se muestra la variación que ha experimentado el guarismo de la parte del 7% de la cotización de salud que se destina directamente a las CCAF para el pago directo de subsidios a los trabajadores afiliados que pertenecen a FONASA.

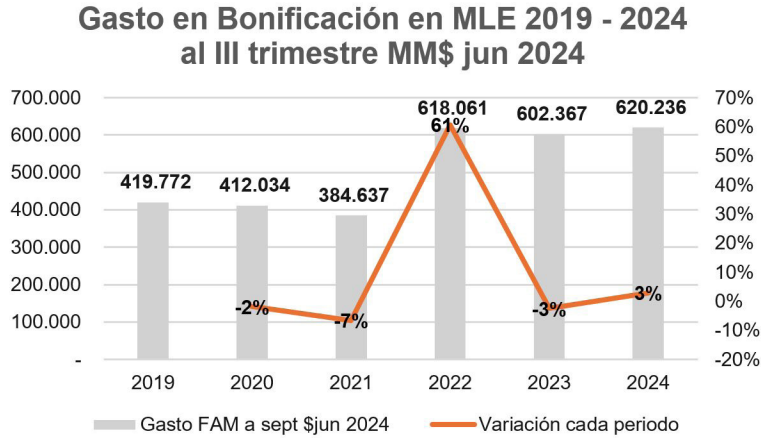
La variabilidad en la recaudación de cotizaciones en FONASA se explica por las sucesivas modificaciones que en el curso del año presupuestario ejecuta el Ministerio de Hacienda en función de las proyecciones de gasto en subsidios de pago directo de las CCAF. El efecto financiero compensatorio por los cambios en la tasa de cotizaciones de salud a FONASA se ejecuta con cargo a mayor aporte fiscal.

Otra presión relevante de gasto se ha producido por efecto del aumento de las bonificaciones de salud por el uso de la Modalidad Libre Elección por parte de los beneficiarios de FONASA tanto por prestaciones ambulatorias y de hospitalización, como por el uso de las prestaciones de urgencia o emergencia en establecimientos privados de salud en el componente de estabilización que se incluye en el arancel de la Libre Elección como Pago Asociado a Emergencia (PAE). Si se compara el gasto en la Modalidad Libre Elección comparando los gastos ejecutados al tercer trimestre de cada año de la serie 2019 – 2024 se ha experimentado un aumento de un 41,1% real, equivalente a un mayor gasto de \$230.202 millones, tal como se muestra en la Figura 5.

10 Este monto de gasto en SIL equivale a un 0,6% del PIB del 2023

11 El Art.27 de la Ley 18.833 dispuso para financiamiento de la administración del régimen SIL de las CCAF destinar un 0,6% de la cotización de salud de los trabajadores dependientes afiliados a FONASA que pertenezcan a empresas pertenecientes a una CCAF

Figura 5.



La formulación del presupuesto de salud: una falla estructural

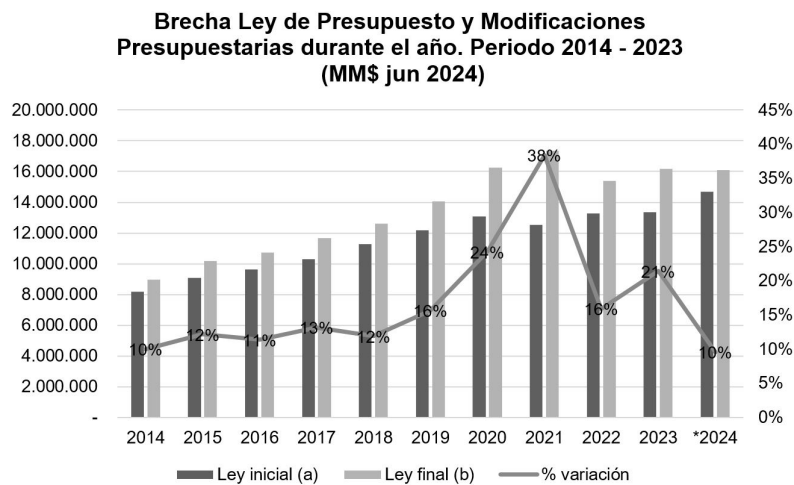
El presupuesto del Ministerio de Salud adolece de un problema de base que se ha arrastrado desde hace casi dos décadas. El resultado de la formulación presupuestaria anual determina un marco presupuestario inicial que es inferior al gasto real del sector, en especial, el gasto operacional del SNSS y de las prestaciones pecuniarias del FONASA, a saber, el pago de subsidios de incapacidad laboral y de las bonificaciones de salud de la Libre Elección.

En la literatura se denomina “cuellos de botella de la gestión financiera pública”¹² que condicionan al sector salud para lograr un desempeño adecuado en la prestación de servicios de salud a la población, por ejemplo: la falta de recursos de los

hospitales a mediados de año, por no contar con marco presupuestario que habilite su capacidad de gasto operacional y, en su defecto, la lentitud para realizar las modificaciones al presupuesto inicial que corrijan el déficit de recursos. En el periodo 2014 – 2024 la brecha entre la ley de presupuesto inicial y la ley vigente al cierre de cada año ha alcanzado una tasa de promedio anual de un 17% real, siendo el porcentaje más alto el 2021 con un 38% explicado por los gastos producto de la pandemia del COVID 19 durante ese año. En la Figura 6 se muestra la evolución de la diferencia entre la ley de presupuestos inicial y la ley vigente con las modificaciones presupuestarias al final del año.

En el caso del Ministerio de Salud se construye el presupuesto anual a partir de un supuesto de ajuste del gasto operacional o corriente dado

Figura 6.



12 Cualquier debilidad presupuestaria sistémica que afecte negativamente la provisión de servicios a través de su impacto en la eficiencia, la equidad o la ejecución presupuestal y que pueda subsanarse, principalmente, a través de medios presupuestarios” Cammack, Travis, y Marulasiddappa (2020)

que la sobre ejecución del gasto por sobre la ley de presupuestos constituye una falta administrativa sujeta a juicio de cuentas por la Contraloría General de República. Esta práctica instalada por la Dirección de Presupuestos no tiene base en la evidencia del gasto real del sector salud y, por lo tanto, es un mecanismo de promover reducción del gasto operacional. Es importante señalar que, a su vez, el Ministerio de Salud tampoco ha sido capaz, en más de un decenio, de sincerar los costos reales de la actividad asistencial, explicando las causas o motores del aumento real anual del gasto en salud respecto a los años anteriores. Diversos estudios (Ahumada, et al., 2016) han precisado que, por ejemplo, los Servicios de Salud en el periodo 2013 – 2023 han aumentado su gasto a una tasa promedio anual de un 7,5% real, que acumulado implica que el gasto del 2023 es un 103% superior al gasto del 2013 (ISPAB, 2024).

El presupuesto del Ministerio de Salud para el año 2025

El Presupuesto 2025 totalizará \$82 billones equivalente a un crecimiento de 2% respecto de la Ley aprobada para 2024. Fruto de un acuerdo con la Comisión Especial Mixta durante la tramitación del proyecto se modificó la propuesta original que ascendía a \$82,5 billones, con una expansión de 2,7%. Con esta ley de presupuestos a promulgarse dentro del mes del presente mes de diciembre, se consolida la proyección del Gobierno de finalizar el 2026 con un déficit fiscal estructural de un 0,5% y un nivel de deuda pública inferior a un 45% del PIB.

El presupuesto aprobado para el Ministerio de Salud para el 2025 asciende a \$15.840.696 millones equivalente a un 19,3% del gasto total aprobado para el sector público. Este monto implica un crecimiento real respecto al 2024 de un 4,2% real. Esta expansión asciende a \$636.288 millones.

Los principales presupuestos aprobados dentro del Ministerio de Salud corresponden a FONASA por \$14.027.093 millones; Servicios de Salud \$12.054.267 millones; Subsecretaría de Salud Pública \$859.595 millones; Subsecretaría de Redes Asistenciales \$426.976 millones e Inversión Sectorial de Salud \$693.177 millones.

La apertura del presupuesto por líneas programáticas permite observar con mayor detalle en que prioridades están los más importantes crecimientos de recursos, en la Tabla 2 se muestra este detalle programático.

Se destacan el aumento del Programa Nacional de Inmunizaciones en \$45.077 millones que implica un crecimiento real de un 42,8% real respecto al 2024; la Atención Primaria de Salud que crece un 3,9% real equivalente a recursos adicionales de \$130.680 millones; la compra a prestadores privados por parte de FONASA alcanzará un presupuesto de \$762.649 millones con un aumento de \$104.200 millones respecto a 2024, lo cual implica un crecimiento real de 15,8%.

Dentro de los gastos asociados al nivel secundario y terciario es relevante precisar que los conceptos de gastos atribuible al programa de concesiones hospitalarias¹³ presenta un presupuesto para 2025 de \$313.361 millones con un aumento de \$73.246 millones respecto a 2024.

Tabla 2.

Líneas programáticas	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)	(4)=(3)/(1)
	AÑO 2024 Ley Inicial 2023 + Dif. de Reajuste + Leyes Especiales	AÑO 2025 Proyecto de Ley de Presupuestos	"Variación (En M\$)"	"Variación (En %)"
1. ACCIONES DE SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO	3.727.527.664	3.893.610.131	166.082.467	4.5%
1.1 Atención Primaria de Salud	3.359.732.993	3.490.413.491	130.680.498	3.9%
1.2 Trato Usuario APS	18.935.568	18.935.568	0	0.0%
1.3 Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	45.178.294	49.132.000	3.953.706	8.8%
1.4 Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM)	28.258.706	36.128.179	7.869.473	27.8%
1.5 Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)	105.347.776	150.424.545	45.076.769	42.8%

13 Subsidio Fijo a la Construcción; Subsidio Fijo al Equipamiento y Mobiliario no Clínico; Reintegro IVA Concesiones y Modificaciones de Contratos de Concesiones.

		(1)	(2)	(3)=(2)-(1)	(4)=(3)/(1)
Líneas programáticas		AÑO 2024 Ley Inicial 2023 + Dif. de Reajuste + Leyes Especiales	AÑO 2025 Proyecto de Ley de Presupuestos	"Variación (En M\$)"	"Variación (En %)"
1.6	Programas Especiales, Atención Primaria (PROMOS)	3.853.531	3.853.531	0	0.0%
1.7	Inversiones en Salud Primaria	166.220.796	144.722.817	-21.497.979	-12.9%
2.	ACCIONES DE SALUD NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO	9.969.936.093	10.332.673.023	362.736.930	3.6%
2.1	Fondo Tratamiento de Alto Costo	166.227.817	175.671.822	9.444.005	5.7%
2.2	Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico	5.550.133.210	6.039.213.720	489.080.510	8.8%
2.3	Programa de Prestaciones Institucionales y Otros Ingresos	2.778.714.026	2.524.277.041	-254.436.985	-9.2%
2.4	Compras de prestaciones a privados	658.448.260	762.648.695	104.200.435	15.8%
2.5	Inversiones en Nivel Secundario y Terciario	434.292.324	422.820.982	-11.471.342	-2.6%
2.6	Gestión de la Red Asistencial	120.271.075	72.944.098	-47.326.977	-39.4%
2.7	Programa de Apoyo al Recién Nacido	17.736.069	17.736.069	0	0.0%
2.8	Reintegro Crédito - IVA Concesiones	104.949.362	107.522.171	2.572.809	2.5%
2.9	Concesiones Subsidio Fijo a la Construcción	108.836.166	155.899.671	47.063.505	43.2%
2.10	Concesiones Subsidio Fijo Equipamiento y Mobiliario no Clínico	23.666.872	29.258.694	5.591.822	23.6%
2.11	Modificación Contrato Concesiones	6.660.912	24.680.060	18.019.148	270.5%
3.	PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	1.132.689.099	1.219.565.082	86.875.983	7.7%
3.1	Déficit de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar	10	10	0	0.0%
3.2	SIL de Enfermedad y Medicina Curativa	393.179.840	393.187.747	7.907	0.0%
3.3	Medicina Curativa de Libre Elección	739.146.325	826.014.391	86.868.066	11.8%
3.4	Ayudas Económicas	362.614	362.614	0	0.0%
3.5	Retiros	310	320	10	3.2%
4.	AUTORIDAD SANITARIA	216.195.632	218.813.880	2.618.248	1.2%
4.1	Bienes y Salud Pública	210.419.657	212.991.130	2.571.473	1.2%
4.2	Inversiones en Autoridad Sanitaria	5.775.975	5.822.750	46.775	0.8%
5.	FISCALIZACIÓN Y REGULACIÓN DE PRESTACIONES Y PRESTADORES	217.798.133	234.458.094	16.659.961	7.6%
5.1	Superintendencia de Salud (incluye Leasing)	19.174.070	20.015.533	841.463	4.4%
5.2	Instituto de Salud Pública (incluye Inversión)	55.921.483	56.932.693	1.011.210	1.8%
5.3	FONASA Casa	142.702.580	157.509.868	14.807.288	10.4%
6.	CENABAST	17.126.210	16.699.902	-426.308	-2.5%

	(1)	(2)	(3)=(2)-(1)	(4)=(3)/(1)
Líneas programáticas	AÑO 2024 Ley Inicial 2023 + Dif. de Reajuste + Leyes Especiales	AÑO 2025 Proyecto de Ley de Presupuestos	"Variación (En M\$)"	"Variación (En %)"
7. OTROS	148.061.983	119.810.401	-28.251.582	-19.1%
7.1 Servicio de Deuda Inversiones	654.869	755.259	100.390	15.3%
7.2 Adquisición Activos no Financieros	42.448.213	51.826.213	9.378.000	22.1%
7.3 Préstamos	104.958.901	67.228.929	-37.729.972	-35.9%
Gasto Estado de Operaciones (A)	15.204.408.298	15.840.696.160	636.287.862	4.2%

Por último, tanto en las glosas presupuestarias como en los compromisos adoptados por el Ejecutivo respecto al Sector Salud se destacan las de mayor incidencia de gestión y de decisiones de política pública, a saber:

- Avanzar con la implementación de la Ley Nacional del Cáncer. Es una patología prioritaria desde el punto de vista sanitario. El Ministerio de Salud se comprometió a incorporar nuevas tecnologías una vez que se apruebe el Fondo Nacional del Cáncer, el reglamento que está en Contraloría, e incorporar avances como el estudio genético de los cánceres, de manera de tener un uso más eficiente de los medicamentos.
- Junto a lo anterior, se operativizará durante el año 2025 el Registro Nacional del Cáncer, que es parte del Sistema Nacional de Registros de Cáncer, y se priorizará la resolución de lista de espera oncológica con los recursos otorgados en el presupuesto para ello. Sobre el cáncer de mama triple negativo, se ingresará la propuesta de canasta de tratamiento para esta enfermedad en el estudio de verificación de costo para el próximo decreto GES
- Regulación de los contratos con sociedades médicas para mejorar la gestión y la eficiencia del gasto, y así evitar abusos en su prestación. Se centralizarán las compras de servicios por parte de los establecimientos de salud de aquellas prestaciones que hayan sido adquiridas por el Fondo Nacional de Salud para provisión centralizada, a través de convenios en la modalidad de atención institucional. Excepcionalmente, se podrá contratar servicios de sociedades médicas en casos fundados por razones territoriales de necesidad clínica o por mejores condiciones de precio, previa autorización de la

Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- En cuanto a APS Universal, se acordó hacer una evaluación externa a este programa para asegurar la eficiencia del gasto y el cumplimiento de sus objetivos, en el marco de las evaluaciones de programa que encomienda la DIPRES y contemplando las recomendaciones contenidas en los estudios realizados por el Consejo Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP, 2024a, 2022). Reconocer la especialidad médica distinta de la medicina familiar dentro de APS, para mejorar la capacidad resolutive.
- Para el programa de Listas de Espera los recursos aprobados para el 2025 ascienden a \$146.167 millones. Adicionalmente, se aprobó la siguiente indicación: *Este Programa se incrementará en \$73.000 millones sujeto a la entrada en vigencia del proyecto de ley de licencias médicas de grandes emisores (Boletín N°14.845-11). Dicho aporte se financiará con la reducción del ausentismo en el SNSS producto de las mejoras en la fiscalización, para lo cual el MINSAL, fijará metas a más tardar en febrero 2025 y con el aumento de ingresos por cotizaciones de FONASA respecto de los estimados para el año 2025.*
- Sobre listas de espera, durante enero 2025 se informarán a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado, las metas en cuanto a reducción de casos en lista de espera para ese periodo, mientras que los resultados alcanzados también deberán ser remitidos a estas instancias en diciembre de ese año. “Para lo anterior se deberá conformar un consejo de seguimiento con representantes del Congreso Nacional, Ministerio de Salud, Colegio Médico, Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuesto, FONASA, Asociación de Clínicas, Comisión Nacional de Evaluación de Productividad y representantes de la

- academia al respecto de lista de espera”.
- Sobre el control de la gestión hospitalaria, a fin de garantizar estándares de calidad, se fijarán los mecanismos normativos para que los hospitales registren las horas de inicio de los pabellones y cumplimiento de horarios de cada uno. Asimismo, se establecerán mecanismos que consideren elementos de productividad, tales como la hora de inicio, el número de pacientes atendidos, cantidad de cirugías y otros parámetros objetivos de medición de desempeño (CNEP, 2020).
 - La Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá impulsar y supervisar la utilización preferente de los mecanismos de compra por convenio marco y compras coordinadas disponibles para la Red Asistencial según las recomendaciones de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP, 2024b).

CONCLUSIONES

El presupuesto es la principal herramienta utilizada para asignar recursos y, es en el contexto del proceso presupuestario, donde los políticos deben priorizar ciertas políticas públicas por sobre otras. El proceso presupuestario no debe analizarse como parte de una discusión técnica y aislada. Por el contrario, el proceso presupuestario constituye un elemento fundamental del proceso general de formulación de políticas. Casi todas las leyes del gobierno afectan los gastos presentes o futuros (Hallerberg et al., 2010).

El debate presupuestario del proyecto de ley de presupuestos para el año 2025 se inscribe, como ningún otro proceso legislativo del presupuesto, en las características de un proceso político que tiene efectos en los resultados de la economía de la asignación de recursos a las prioridades gubernamentales y que resulte efectivo para enfrentar las necesidades de la población, en este caso las demandas de atención de salud.

La aprobación del presupuesto cada año es solo una del problema, garantizar que estos fondos se gasten de manera eficaz, transparente y con una participación pública significativa es fundamental para mejorar el acceso a la atención de salud con equidad y oportunidad y con mayor protección financiera.

El presente artículo ha expuesto un marco analítico que nos motive a una reflexión profunda sobre los esfuerzos mejor gobernanza de gestión del sector salud para consolidar al sistema de salud chileno en el camino de la salud universal.

Lo que hay detrás del presupuesto no es el cumplimiento contable del monto de gasto, si no que cada unidad monetaria de gasto este asociada a resultados sanitarios. Durante los años posteriores a la Reforma del 2005 se han postergado las reformas estructurales sanitarias, de gobernanza y de gestión basada en programas y resultados.

La economía política del proceso presupuestario ha instalado el falso dilema del desfinanciamiento endémico y, por el contrario, la causa de los males radica en la incapacidad de gestión del sector salud que muestra que a mayor cantidad de recursos, menor es la productividad de los recursos que se ponen a disposición en los presupuestos anuales.

Ni lo uno ni lo otro

Los evidencia demuestra que el financiamiento público ha tenido un crecimiento sostenido en los últimos 20 años llegando el año 2024 a representar un 5,4 del PIB.

En cuanto a los aspectos de gestión se exponen algunas reflexiones siguientes:

- No cabe duda que el sector salud debe fortalecer la gobernanza y el liderazgo de la política sanitaria y de la gestión financiera pública. No es eficaz un presupuesto desalineado de las prioridades sanitarias de corto y, sobre todo, de largo plazo
- Las metas de salud no se rigen por las reglas financieras y contables del año presupuestario. Debe propiciarse que la gestión financiera pública se desarrolle con presupuestos plurianuales que permitan una planificación financiera de ingresos y gastos que abarquen, al menos, un periodo de 4 años similar al programa financiero de la DIPRES para el conjunto de las finanzas públicas. Reducir la incertidumbre presupuestaria puede ser un factor para garantizar sostenibilidad, eficiencia y equidad en la asignación de recursos alineada con resultados sanitarios esperados.
- La formulación y discusión del presupuesto de salud no debe centrarse en montos de gastos, si no que poner como referencia objetivos y compromisos de desempeño de actividad asistencial asociado a métricas simples y orientadas a resultados. Esto exige un cambio fundamental en el proceso de formulación presupuestaria de la DIPRES que en la práctica sigue siendo

una fórmula basada en el monto del gasto histórico, inercial u obligado y que sea compatible con la meta de gasto fiscal para asegurar la meta de balance estructural.

- La gestión de salud debe ser la expresión de sólidas políticas que la rectoría y autoridad sanitaria otorguen de marco estratégico: Objetivos Sanitarios del Decenio; Estrategia Nacional de Salud, marcos regulatorios programáticos de políticas de salud y de prevención y control de enfermedades y la vigilancia epidemiológica que aporta la evidencia para la formulación y evaluación de políticas públicas.
- La gestión de salud es un proceso riguroso de planificación presupuestaria desde los hospitales y las redes integradas de servicios de salud. Desde el año 2005 existe la normativa de hospitales autogestionados que disponía debía formularse una programación de la actividad asistencial y su expresión en el presupuesto operacional del establecimiento. Estamos en el presupuesto del año 2025 sin que los ejecutores del gasto tengan alineados los bordes de la producción hospitalaria con las transferencias de FONASA con cargo al pago por Grupos Relacionados por Diagnóstico.
- El sistema público de salud no cuenta con una institucionalidad sólida de rectoría económica y presupuestaria que apoye a la autoridad sanitaria en la gestión financiera pública en conjunto con la DIPRES del Ministerio de Hacienda.
- El sector público de salud no cuenta con un sistema de costos estandarizado integrado al SIGFE que mida los costos reales de la producción hospitalaria y de la atención primaria de salud. En esto la alianza con la sociedad civil, universidades es fundamental para una colaboración en el diseño de herramientas de gestión en salud.
- Fortalecer la gestión hospitalaria basada en un gobierno clínico basado en datos de la casuística hospitalaria, en la comparación con los pares, y una actualización dinámica de las normas técnicas nacionales en GRD, determinación de los precios base y ajustes de tecnología, tratamiento de cuentas que producen distorsiones en los costos hospitalarios, como es actualmente, los gastos asociados al programa de concesiones
- Por último, el proceso de Reforma de Salud requiere de un marco de referencia

de recursos de largo plazo, la definición del plan de salud universal requiere de una intensiva participación pública, que reúna a la ciudadanía organizada, a los pacientes, a los trabajadores del sistema de salud y, también a la comunidad de pacientes y actores locales. Profundizar la democracia es un desafío para un mejor sistema de salud que garantice acceso y protección financiera.

- Las restricciones fiscales de mediano plazo no muestran espacios de aumento de recursos significativos en el futuro inmediato, lo que pone mayor urgencia en mejorar la gestión política y técnica del Ministerio de Salud y el desempeño de la red asistencial del sistema público.

REFERENCIAS

- Ahumada. B, Lagos. P, Sugg. D (2016) *Sobregasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Serie Finanzas Públicas*. Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda
- Cámara de Diputadas y Diputados (2024) Mensaje Presidencial N°213-372 del 29 de septiembre de 2024. MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA CON EL QUE INICIA UN PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS PARA EL SECTOR PÚBLICO CORRESPONDIENTE AL AÑO 2025. *Boletín N°17.142-05*
- Cammack T., Travis N., and Marulasiddappa M. (2020). *Problem-Driven Diagnostics: The Case for Financial Bottleneck Analysis*. Working Paper. Oxford: Oxford Policy Management. En: <https://www.opml.co.uk/files/Publications/opm-working-paper-financial-bottleneck-analysis-final-030620-002-.pdf?noredirect=1>
- CNEP (2020). *Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no Ges*. Consejo Nacional de Evaluación y Productividad.
- CNEP (2022). *Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud*. Consejo Nacional de Evaluación y Productividad.
- CNEP (2024a). *Actualización y Priorización de Recomendaciones Propuestas en el Estudio Eficiencia en Gestión de Atención Primaria de Salud*. Consejo Nacional de Evaluación Productividad.
- CNEP (2024b). *Eficiencia en Gestión Compras y Manejo Inventarios en Hospitales*. Consejo

- Nacional de Evaluación y Productividad.
- Hallerberg M., Scartascini C., Stein E. (2010) *¿Quiénes deciden el presupuesto? La Economía Política del Proceso Presupuestario en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo y el David Rockefeller Center for Latin American Studies, Harvard University. Mayol Ediciones S.A.
 - ISPAB (2024). El desafío de la Productividad Hospitalaria y la atención de pacientes en el Sistema de Salud Pública de Chile. *Informe N°5 de Políticas Públicas en Salud*. Universidad Andrés Bello.