

Recorte presupuestario y atención de salud: implicaciones del Decreto N°333/2026

Budget cuts and health care: implications of Decree No. 333/2026

Juan Carrillo Azócar¹
Yuri Carvajal Bañados²
Pedro Olivares-Tirado³

RESUMEN

El Decreto N°333/2026 reduce en \$413.193 millones el Aporte Fiscal Libre al Ministerio de Salud, constituyendo el mayor recorte presupuestario a la ley de presupuestos al sector salud en los últimos años. Este artículo analiza sus implicaciones para la producción hospitalaria, la atención primaria, la infraestructura, los adultos mayores, la salud mental y el gasto de bolsillo. La evidencia muestra que el 45,7% del recorte afecta directamente la producción hospitalaria, dejando aproximadamente 28.019 egresos sin financiamiento. El recorte es regresivo, amplifica el derroche y transfiere costos a los pacientes más vulnerables.

Palabras clave: Financiamiento de la salud, Política de salud, Gastos en salud, Equidad en salud, Presupuestos.

ABSTRACT

Decree No. 333/2026 reduces the Free Fiscal Contribution to Chile's Ministry of Health by \$413,193 million, marking the largest budget cut to the health sector under the budget law in recent years. This article analyzes its implications for hospital production, primary care, infrastructure, older adults, mental health, and out-of-pocket spending. Evidence shows that 45.7% of the cut directly affects hospital production, leaving approximately 28,019 discharges unfunded. The cut is regressive, amplifies wasteful spending, and transfers costs to the most vulnerable patients.

Keywords: Health care financing; Health policy; Health expenditures; Health equity; Budgets.

INTRODUCCIÓN

El 19 de marzo de 2026, el Decreto N°333 (Registro 127HH), firmado por el Ministro de Hacienda Jorge Antonio Quiroz Castro, formalizó una reducción del Aporte Fiscal Libre al Ministerio de Salud por \$413.193 millones (Decreto N°333, 2026). Esta cifra constituye el mayor recorte presupuestario al sector salud en la historia democrática de Chile y se enmarca en un ajuste fiscal más amplio que afecta a aproximadamente 260 programas de gobierno, con una reducción total de 2,8 billones de pesos.

La pregunta central que este artículo aborda no es si el recorte tendrá consecuencias — la evidencia acumulada permite anticipar que sí —, sino cuáles serán, cuándo se manifestarán y quiénes las

Recibido el 20 de mayo de 2026. Aceptado el 15 de junio de 2026.

1 Médico cirujano, Universidad de Concepción; Magíster (c) en Salud Pública, Máster en Medicina y Fisiología del Sueño.
Correspondencia a: jcaraz@gmail.com

2 Médico cirujano, Especialista en Salud Pública. Presidente Departamento de Medio Ambiente, Colegio Médico de Chile.

3 Médico cirujano, Universidad de Chile; MSc en Economía de la Salud, U. de York, UK; PhD en Ciencias del Cuidado Humano Integral, U de Tsukuba, Japón.

absorberán. Para ello, se integra evidencia de múltiples fuentes: el propio decreto, documentos de la Superintendencia de Salud sobre hospitalización social y derroche del gasto en salud (Olivares-Tirado, 2020; Olivares-Tirado & Zanga, 2024), el informe Health at a Glance 2025 de la OCDE (OECD, 2025), la Encuesta CASEN 2024 (Ministerio de Desarrollo Social, 2025), estudios sobre gasto catastrófico del MINSAL (MINSAL-DESAL, 2024) y análisis

periodísticos especializados (BioBioChile, 2026; Carrillo, 2025).

DESARROLLO DEL PROBLEMA

Anatomía del recorte

El decreto no es un recorte uniforme. Su distribución revela prioridades implícitas que merecen un análisis pormenorizado. La Tabla 1 presenta la distribución del recorte por componente.

Tabla 1: Distribución del Decreto N°333/2026 por componente presupuestario.

Componente	Reducción (millones \$)	% del total	Función afectada
Inversión Sectorial	135.261	32,7	Nuevos hospitales, equipamiento, obras en ejecución
PPI (Prestaciones Institucionales)	109.673	26,5	Operación hospitalaria cotidiana
GRD (Financiamiento por caso)	79.069	19,1	Pago por egreso en 68 hospitales
Bonificaciones y Prestaciones Médicas	48.592	11,8	Copagos, prestaciones a beneficiarios
IVA Concesiones Hospitalarias	21.800	5,3	Hospitales concesionados
Atención Primaria	18.856	4,6	Consultorios y CESFAM

Fuente: Decreto N°333, Registro 127HH, 19/03/2026.

El dato más revelador es que el 45,7% del recorte (\$188.742 millones) se aplica directamente a la producción hospitalaria (PPI + GRD). Esto no es un ajuste administrativo: es una reducción de la capacidad del sistema para atender pacientes. Dentro del PPI, el Programa de Contingencias Operacionales pierde \$88.758 millones — el 80,9% del recorte total al PPI — esta reducción afecta a los fondos no distribuidos inicialmente en el presupuesto de cada Servicio de Salud. Este programa contiene los recursos para la puesta en marcha de nuevos hospitales, financiamiento de aumento de cargos para la dotación de personal de la red asistencial, recursos para bonos de funcionarios de las leyes 15.076, 19.664 y 18.834, recursos adicionales para la resolución de listas de espera No - GES, y recursos para programas de expansión aprobados en la ley de presupuestos de 2026.

Impacto sobre la producción hospitalaria

La reducción de \$79.069 millones en pago a los hospitales por Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), calculada sobre el valor base GRD de \$2.821.990 por egreso (2024), equivale a aproximadamente 28.019 egresos hospitalarios que dejarán de ser financiados, cifra comparable a la producción anual de 3 a 4 hospitales de mediana complejidad (Decreto N°333, 2026). Los 80 hospitales afectados incluyen los principales centros de referencia del país, con reducciones que oscilan

entre \$2.050 y \$3.183 millones en los establecimientos más impactados: Sótero del Río, Salvador, Los Ángeles, Guillermo Grant Benavente, Higuera, Valdivia, Chillán y Antofagasta. (Ver Anexo 1 – Material complementario).

Cuando un hospital recibe menos financiamiento por GRD, el mecanismo de ajuste no es inmediato ni visible. Lo que ocurre es una secuencia gradual: primero se postergan las cirugías electivas, alimentando directamente las listas de espera quirúrgicas; luego se reducen las horas de pabellón disponibles; se acumulan pacientes en servicios de urgencia esperando cama; y se extienden las estadias hospitalarias porque los pacientes no pueden ser derivados a recintos intermedios que también han sido recortados. Chile ya enfrenta una crisis de listas de espera: 33.702 pacientes aguardan diagnóstico o tratamiento oncológico en el sistema público, y más de 12.000 menores esperan cirugías urológicas con un tiempo promedio de 200 días (SONEPSYN, 2026). La estimación de 28.019 egresos no financiados implica que las listas de espera podrían crecer entre un 8% y un 12% adicional durante 2026.

Atención primaria: el efecto multiplicador inverso

La Atención Primaria de Salud (APS) recibe un recorte de \$18.856 millones, distribuido entre los 29 Servicios de Salud. Aunque representa solo el

4,6% del total, su impacto es desproporcionado porque la APS opera con márgenes financieros mínimos y atiende al grueso de la demanda ambulatoria del sistema público. La APS es la puerta de entrada del sistema y su función resolutoria evita que la demanda innecesaria se traslade a los niveles de mayor complejidad. Cuando la APS se debilita, los pacientes que no pueden ser atendidos en consultorios acuden a los servicios de urgencia hospitalarios, donde el costo de atención es entre 5 y 10 veces mayor (Carrillo, 2025). Este efecto multiplicador inverso significa que cada peso recortado en APS puede generar entre 5 y 10 de gasto adicional en el nivel hospitalario, que a su vez también ha sido recortado.

Infraestructura: la deuda que se profundiza

El componente más grande del recorte es la Inversión Sectorial de Salud: \$135.261 millones (32,7% del total), que incluye \$64.905 millones en proyectos de nuevos hospitales, \$47.079 millones en anticipos a contratistas de obras en ejecución y \$18.752 millones en equipamiento médico. Chile tiene un déficit histórico de camas hospitalarias: 2,1 camas por 1.000 habitantes frente a un promedio OCDE de 4,4 (OECD, 2025). La paralización de proyectos hospitalarios profundiza esta brecha en un momento en que la demanda crece por el envejecimiento poblacional: según el Censo 2024, el 19,8% de la población total corresponde a personas de 60 o más años, y los beneficiarios de FONASA de 60 años o más aumentaron un 19% en solo 4 años, pasando de 2,83 millones en 2019 a 3,36 millones en 2023 (DIPRES, 2025).

Adultos mayores: la convergencia de vulnerabilidades

Las personas mayores son el grupo más afectado por el recorte porque se encuentran en la intersección de múltiples vulnerabilidades simultáneas. Son los principales usuarios del sistema hospitalario: los mayores de 60 años generan el 28% de los egresos, pero consumen el 40% de los días-cama (Olivares-Tirado, 2020). Son los más expuestos a la hospitalización social: el 80% de los pacientes con estadías superiores a 60 días pertenecen a FONASA grupos A y B. Y los programas diseñados para atenderlos fuera del hospital — Plan Nacional de Demencia, residencias protegidas, Chile Cuida — están entre los 24 marcados para discontinuación por el Oficio Circular N°16 de Hacienda (SONEPSYN, 2026).

Olivares-Tirado (2020) documentó que la hospitalización social generó un gasto de \$35.619 millones anuales en 2019, cifra que supera en un 43%

el presupuesto anual completo de SENAMA. El caso más extremo documentado fue un hombre con Alzheimer hospitalizado durante más de 15 años (5.669 días). Sin Plan de Demencia, sin residencias protegidas ni Chile Cuida, estos casos se multiplicarán. El recorte agrava este problema por dos vías: reduce la capacidad hospitalaria para atender pacientes agudos y elimina las alternativas de egreso que permitirían liberar camas.

Salud mental: desinversión con retorno negativo

Al menos 5 programas de salud mental figuran entre los 24 marcados para discontinuación: Prevención del Suicidio, Salud Mental en APS, Residencias protegidas, Plan Nacional de Demencia y Rehabilitación psicosocial (SONEPSYN, 2026). Chile destina solo el 2,16% del presupuesto público de salud a salud mental, frente al 9,6% de Australia, el 10,0% del Reino Unido y el 11,0% de Nueva Zelanda. Las condiciones neuropsiquiátricas representan aproximadamente el 25% del total de años de vida saludables perdidos por discapacidad en el país.

La evidencia internacional es contundente: Hung et al. (2020) demostraron que una reducción del 14% en centros comunitarios de salud mental en Estados Unidos entre 2014 y 2017 se asoció con un aumento del 6% en muertes por suicidio (263 muertes adicionales). La tasa de suicidio en Chile alcanzó un peak histórico de aproximadamente 14/100.000 durante la crisis de 2008-2009, y su contención coincidió con la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en 2013. Chisholm et al. (2016) estimaron un retorno de inversión de USD 2,3-3,0 por cada dólar invertido en salud mental, y de 3,3-5,7 cuando se incluyen los años de vida saludable recuperados. Recortar salud mental no es austeridad: es desinversión con retorno negativo.

Gasto de bolsillo: la transferencia del costo a los más vulnerables

Cuando el sistema público reduce su capacidad de atención, los pacientes que pueden pagar buscan atención privada a cuenta de su bolsillo; los que no pueden pagar simplemente dejan de atenderse o postergan su atención hasta que la condición se agrava. Chile ya tiene el gasto de bolsillo más alto de la OCDE: 39,15% del gasto corriente en salud (MINSAL-DESAL, 2024). La incidencia de gasto catastrófico — hogares que destinan más del 10% de su gasto total a salud — aumentó de 18,8% a 22,5% entre la VIII y IX Encuesta

de Presupuestos Familiares, y el 5% de los hogares chilenos cae en pobreza por gastos de salud (Carrillo, 2025).

El recorte se aplica íntegramente al subsistema público, que atiende al 84% de la población con el 45% del gasto, sin afectar al subsistema privado (ISAPREs), que atiende al 13% con el 55% del gasto. La CASEN 2024 mostró que el ingreso monetario promedio del decil I es de \$157.082 mensuales (Ministerio de Desarrollo Social, 2025). Para una familia de este decil, un evento de salud que requiera gasto de bolsillo puede representar entre el 14% y el 22% de su ingreso mensual, superando el umbral catastrófico. Se estima que entre 100.000 y 160.000 hogares adicionales podrían cruzar el umbral de gasto catastrófico durante 2026-2027.

La paradoja del recorte que genera más derroche

Olivares-Tirado y Zanga (2024), en una revisión exploratoria, señalan que el derroche representa aproximadamente el 20% del gasto en salud en los países de la OCDE (2017), mientras que diversos estudios en Estados Unidos estiman que el 30-50% del gasto en salud puede considerarse desperdicio. Considerando estos guarismos, el derroche total del sistema de salud chileno se estima entre USD \$6.700–9.200 millones anuales, que corresponde a 20–28% del gasto total. El subsistema público derrocha entre 15–20% de su presupuesto (USD \$2.300–3.100 millones), principalmente por ineficiencia hospitalaria, hospitalización social y fragmentación administrativa⁴. El subsistema privado derrocha entre 25–35% de su gasto (USD \$4.400–6.100 millones), principalmente por costos administrativos excesivos, sobreutilización de recursos diagnósticos y sobreprecio de prestaciones⁵. El recorte presupuestario en salud (aprox. USD \$449 millones) representa entre 4,9-5,7% del derroche total del sistema y se aplica exclusivamente al subsistema que menos derrocha. La paradoja es que el recorte, lejos de reducir la ineficiencia del gasto -el derroche-, lo amplifica a través de los seis dominios de Berwick y Hackbarth (2012): elimina programas de derivación y cuidado transicional (fallas en la coordinación), genera más hospitalizaciones sociales sin alternativas de egreso (falla en la prestación),

reduce la capacidad resolutoria produciendo más complicaciones evitables (sobretreatamientos), mantiene la misma burocracia con menos recursos operativos (complejidad administrativa), desplaza demanda hacia el sector privado más caro (falla en los precios) y reduce la capacidad de auditoría y fiscalización (fraude y abusos).

El gasto en hospitalización social (\$35.619 millones anuales en 2019) para el conjunto del sistema es 1,89 veces mayor que el recorte en Atención Primaria (\$18.856 millones). Pero si consideramos sólo el gasto del subsistema público (\$15.473 millones), esto equivale al 82% del recorte. Si una fracción de ese gasto se redirigiera a alternativas comunitarias de cuidado, el ahorro neto cubriría gran parte del recorte. Pero el decreto hace exactamente lo contrario: recorta las alternativas y mantiene el gasto hospitalario ineficiente.

La Tabla 2 sintetiza la cascada de efectos del Decreto N°333 en tres horizontes temporales.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

El análisis integrado de la evidencia permite formular seis conclusiones.

Primera, el Decreto N°333 no es un ajuste administrativo sino una reducción de la capacidad productiva del sistema público de salud: el 45,7% del recorte afecta directamente la producción hospitalaria, lo que se traducirá en menos egresos, más listas de espera GES y No-GES y mayor presión sobre servicios de urgencia.

Segunda, el recorte es regresivo: se aplica íntegramente al subsistema público (84% de la población, 45% del gasto) sin afectar al privado (13% de la población, 55% del gasto), amplificando la inequidad estructural del sistema dual chileno y empujando a más familias hacia el gasto de bolsillo catastrófico, que puede sumirla en la pobreza.

Tercera, el impacto sobre los adultos mayores es desproporcionado, dado que la eliminación simultánea de capacidad hospitalaria y de alternativas comunitarias de cuidado agravará la hospitalización social.

Cuarta, el ahorro fiscal es ilusorio: el recorte representaría el derroche estimado del sistema público, y peor aún, lo amplifica al eliminar las alternativas que podrían reducirlo.

4 La tasa de derroche del subsistema público (15–20%) se estima a partir de nuestros datos GRD (ineficiencia hospitalaria cuantificada: USD \$649 millones/año = 4,2% del presupuesto público) más estimaciones de otras fuentes de derroche operativo y de gobernanza.

5 La tasa de derroche del subsistema privado (25–35%) se estima por analogía con sistemas similares (EE.UU., Países Bajos) ajustada por las características específicas del mercado chileno (alta concentración, selección de riesgo documentada, costos administrativos reportados por la Superintendencia de Salud).

Tabla 2: Cascada de efectos del Decreto N°333/2026 por dimensión y horizonte temporal.

Dimensión	Efecto inmediato (2026)	Efecto mediato (2027-2028)	Efecto estructural (2029+)
Producción hospitalaria	~28.019 egresos no financiados	Listas de espera +8-12%	Deterioro crónico de capacidad resolutive
Atención primaria	Reducción de horas y prestaciones	Desplazamiento de demanda a urgencias	Colapso del modelo de APS resolutive
Infraestructura	Paralización de obras y licitaciones	Sobrecostos por renegociación	Brecha de camas se amplía (2,1 vs. 4,4 OCDE)
Adultos mayores	Sin alternativas de egreso hospitalario	Más hospitalización social	Gasto ineficiente creciente
Salud mental	Cierre de programas de prevención	Aumento de crisis y suicidios	Pérdida de capital humano formado
Gasto de bolsillo	100.000-160.000 hogares adicionales en gasto catastrófico	Empobrecimiento por salud	Profundización de inequidad
Contingencias	Sin fondo de emergencia	Vulnerabilidad ante brotes y desastres	Sistema sin capacidad de absorción

Fuente: *Elaboración propia a partir de Decreto N°333 (2026), Olivares-Tirado (2020), Olivares-Tirado y Zanga (2024), OECD (2025).*

Quinta, la eliminación del Programa de Contingencias Operacionales deja al sistema sin capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias, brotes epidémicos o desastres naturales, en un país sísmico con estacionalidad respiratoria marcada.

Sexta, existe una alternativa: como documentan Olivares-Tirado y Zanga (2024), mitigar o eliminar el derroche en el gasto público de salud permitiría una reasignación eficiente y equitativa que contribuiría a la sostenibilidad financiera del sistema. Esto implica: 1) La reforma del financiamiento hospitalario — transición de pago por día-cama a pago por GRD con incentivos de eficiencia y calidad —, 2) la reducción de la hospitalización social mediante alternativas comunitarias, y 3) la integración del financiamiento público-privado, son caminos que la evidencia internacional respalda.

El financiamiento en salud tiene un problema de incentivos perversos, constituido por una multiplicidad de incentivos clínicos que operan en sentido negativo, y a veces antagónicos con las metas organizacionales. Esta situación, tensiona y pone a prueba la capacidad de los directivos de los Servicios de Salud, para administrar los presupuestos en condiciones de incertidumbre.

El problema de fondo no es cuánto gastamos, sino cómo lo gastamos y el impacto que esto tiene en el estado de salud de la población. Recortar sin reformar no resuelve el problema: debilita la capacidad de atención del sistema público de salud y, en última instancia, lo transfiere directa o indirectamente a los pacientes más vulnerables.

REFERENCIAS

- BioBioChile. (2026, 7 de abril). Ministra Chomali ratifica recorte del 3% en el MINSAL en medio de advertencias de los gremios de salud. *BioBioChile*.
- Carrillo, J. (2025, 7 de diciembre). La paradoja del sistema de salud chileno: gastamos más y obtenemos menos. *El Mostrador*.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424.
- Decreto N°333, Registro 127HH. (2026, 19 de marzo). Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- DIPRES. (2025). Evolución del presupuesto del Ministerio de Salud y desafíos de ajuste fiscal. Seminario octubre 2025. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.
- Hung, P., Busch, S. H., Shang, Y., & Pollack, C. E. (2020). Community mental health center closures and suicide. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-10.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2025). Presentación de resultados Encuesta CASEN 2024. Santiago.
- MINSAL-DESAL. (2024). Análisis del gasto de los hogares en salud con datos de la IX Encuesta de Presupuestos Familiares. Ministerio de Salud, Departamento de Economía de la Salud.

- OECD. (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Olivares-Tirado, P. (2020). Hospitalización social en adultos mayores en el sistema de salud de Chile. Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud.
- Olivares-Tirado, P., & Zanga, R. (2024). Waste in health care spending: A scoping review. *International Journal of Healthcare Management*, 17(2), 330-342.
- SONEPSYN. (2026, 30 de abril). Recortar salud mental no es austeridad: es desinversión con retorno negativo. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

Anexo 1: Material complementario

Listado completo de los 80 hospitales afectados por el Decreto

N°333/2026

Autores: Juan Carrillo, Yuri Carvajal, Pedro Olivares-Tirado

Fecha: 15 de mayo de 2026

Fuente: Decreto N°333 del Ministerio de Hacienda, firmado el 24 de abril de 2026 por el ministro Jorge Quiroz. Ingresado a Contraloría General de la República el mismo día. Documento obtenido de fuente pública.

CONTEXTO

El Decreto N°333/2026 reduce el presupuesto del Ministerio de Salud en \$413.193 millones, equivalente al 2,4% del financiamiento contemplado en la Ley de Presupuestos 2026. Dentro de esta reducción, el Programa 05 — Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) sufre un recorte de \$79.069 millones, que se distribuye entre 80 establecimientos hospitalarios de la red pública a lo largo de todo el país.

Distribución del recorte total del MINSAL.

Componente	Reducción (MM\$)	% del Total
Fondo Nacional de Salud (FONASA)	259.512	62,8%
Subsecretaría de Redes Asistenciales	147.716	35,7%
Subsecretaría de Salud Pública	3.864	0,9%
Instituto de Salud Pública	1.898	0,5%
Superintendencia de Salud	203	0,05%
Total	413.193	100%

Desglose del recorte FONASA (Programa 01)

Subcomponente	Reducción (MM\$)
Programa de Prestaciones Institucionales	109.673
Financiamiento Hospitales GRD	79.069
Prestaciones Previsionales (Bonificaciones de Salud)	27.479
Provisión de Prestaciones Médicas	21.113
Programa de Atención Primaria	18.856
Préstamos Médicos	1.682
Bienes y Servicios de Consumo	1.147
Gastos en Personal	494
Total, FONASA	259.512

LISTADO COMPLETO DE LOS 80 HOSPITALES AFECTADOS — PROGRAMA GRD

Ordenados de mayor a menor monto de reducción. Los montos están expresados en millones de pesos (MM\$). El porcentaje corresponde a la participación de cada hospital en el total del recorte GRD (\$79.069 MM).

N°	Hospital	Servicio de Salud	Reducción (MM\$)	% del Total GRD
1	Hospital Sótero del Río	SS Metropolitano Sur Oriente	3.183	4,03%
2	Hospital Salvador	SS Metropolitano Oriente	2.757	3,49%
3	Hospital de Los Ángeles	SS Biobío	2.707	3,42%
4	Hospital Guillermo Grant Benavente	SS Concepción	2.697	3,41%
5	Hospital Higuera	SS Talcahuano	2.272	2,87%
6	Hospital de Valdivia	SS Los Ríos	2.233	2,82%
7	Hospital de Chillán	SS Ñuble	2.099	2,65%
8	Hospital de Antofagasta	SS Antofagasta	2.049	2,59%
9	Hospital La Serena	SS Coquimbo	1.972	2,49%
10	Hospital de Puerto Montt	SS del Reloncaví	1.970	2,49%
11	Hospital Barros Luco Trudeau	SS Metropolitano Sur	1.942	2,46%
12	Hospital de Rancagua	SS O'Higgins	1.904	2,41%
13	Hospital San José	SS Metropolitano Norte	1.788	2,26%
14	Hospital El Carmen	SS Metropolitano Central	1.611	2,04%
15	Hospital de Curicó	SS Maule	1.612	2,04%
16	Hospital de Quilpué	SS Viña del Mar Quillota	1.517	1,92%
17	Hospital San Juan de Dios	SS Metropolitano Occidente	1.523	1,93%
18	Hospital de Talca	SS Maule	1.514	1,91%
19	Hospital Dr. Gustavo Fricke	SS Viña del Mar Quillota	1.483	1,88%
20	Hospital San Pablo (Coquimbo)	SS Coquimbo	1.481	1,87%
21	Hospital de Temuco	SS Araucanía Sur	1.476	1,87%
22	Hospital Padre Alberto Hurtado	SS Metropolitano Sur Oriente	1.475	1,87%
23	Hospital de Iquique	SS Tarapacá	1.461	1,85%
24	Hospital de Melipilla	SS Metropolitano Occidente	1.394	1,76%
25	Hospital Félix Bulnes	SS Metropolitano Occidente	1.343	1,70%
26	Hospital Carlos Van Buren	SS Valparaíso San Antonio	1.274	1,61%
27	Hospital La Florida	SS Metropolitano Sur Oriente	1.270	1,61%
28	Hospital de Quillota	SS Viña del Mar Quillota	1.209	1,53%
29	Hospital Clínico San Borja Arriarán	SS Metropolitano Central	1.182	1,50%
30	Hospital de Urgencia Asistencia Pública (Posta Central)	SS Metropolitano Central	1.169	1,48%
31	Hospital de Osorno	SS Osorno	1.158	1,47%
32	Hospital Juan Noé	SS Arica y Parinacota	1.103	1,40%
33	Hospital Claudio Vicuña (San Antonio)	SS Valparaíso San Antonio	1.079	1,36%
34	Hospital Regional de Punta Arenas	SS Magallanes	1.037	1,31%
35	Hospital de Coyhaique	SS Aysén	1.035	1,31%
36	Hospital Ovalle	SS Coquimbo	962	1,22%
37	Hospital Sanatorio El Pino	SS Metropolitano Sur	894	1,13%
38	Hospital de Calama	SS Antofagasta	795	1,01%
39	Hospital de Linares	SS Maule	794	1,00%
40	Hospital Regional de Copiapó	SS Atacama	779	0,98%
41	Hospital San Camilo (San Felipe)	SS Aconcagua	768	0,97%
42	Hospital Angol	SS Araucanía Norte	744	0,94%
43	Hospital de Villarrica	SS Araucanía Sur	739	0,93%
44	Hospital Padre las Casas	SS Araucanía Sur	613	0,78%

N°	Hospital	Servicio de Salud	Reducción (MM\$)	% del Total GRD
45	Hospital del Tórax	SS Metropolitano Oriente	588	0,74%
46	Hospital Victoria	SS Araucanía Norte	582	0,74%
47	Hospital Castro	SS Chiloé	575	0,73%
48	Hospital de San Carlos	SS Ñuble	530	0,67%
49	Hospital de Tomé	SS Talcahuano	511	0,65%
50	Hospital San Fernando	SS O'Higgins	479	0,61%
51	Hospital de Santa Cruz	SS O'Higgins	477	0,60%
52	Hospital Roberto del Río	SS Metropolitano Norte	473	0,60%
53	Hospital de Curanilahue	SS Arauco	470	0,59%
54	Hospital San Juan de Dios (Los Andes)	SS Aconcagua	467	0,59%
55	Hospital Intercultural de Nueva Imperial	SS Araucanía Sur	452	0,57%
56	Hospital de Cauquenes	SS Maule	427	0,54%
57	Hospital San Luis de Buin	SS Metropolitano Sur	424	0,54%
58	Hospital de Penco Lirquén	SS Talcahuano	412	0,52%
59	Hospital Traumatológico	SS Concepción	403	0,51%
60	Instituto Traumatológico	SS Metropolitano Occidente	398	0,50%
61	Hospital Santiago Oriente Luis Tisné	SS Metropolitano Oriente	366	0,46%
62	Hospital Luis Calvo Mackenna	SS Metropolitano Oriente	358	0,45%
63	Hospital de Vallenar	SS Atacama	357	0,45%
64	Hospital de Ancud	SS Chiloé	350	0,44%
65	Hospital de Lota	SS Concepción	346	0,44%
66	Hospital Dr. Abraham Godoy Peña (Lautaro)	SS Araucanía Sur	341	0,43%
67	Hospital Exequiel González Cortés	SS Metropolitano Sur	333	0,42%
68	Hospital de Parral	SS Maule	322	0,41%
69	Hospital Dr. Eduardo Pereira	SS Valparaíso San Antonio	319	0,40%
70	Hospital Illapel	SS Coquimbo	312	0,39%
71	Hospital de Coronel	SS Concepción	302	0,38%
72	Instituto de Neurocirugía	SS Metropolitano Oriente	265	0,34%
73	Hospital de Rengo	SS O'Higgins	255	0,32%
74	Hospital de Pitrufquén	SS Araucanía Sur	251	0,32%
75	Hospital de Talagante	SS Metropolitano Occidente	225	0,29%
76	Hospital de Puerto Aysén	SS Aysén	214	0,27%
77	Hospital de Constitución	SS Maule	140	0,18%
78	Hospital de Peñaflores	SS Metropolitano Occidente	106	0,13%
79	Hospital de San Javier	SS Maule	95	0,12%
80	Hospital Traiguén	SS Araucanía Norte	75	0,09%
TOTAL, PROGRAMA GRD			79.069	100,00%

Distribución por Servicio de Salud (agregado)

Servicio de Salud	N° Hospitales	Reducción Total (MM\$)	% del Total GRD
SS Metropolitano Occidente	6	4.991	6,31%
SS Metropolitano Sur Oriente	3	5.928	7,50%
SS Metropolitano Oriente	5	4.334	5,48%
SS Metropolitano Central	3	3.962	5,01%
SS Metropolitano Sur	4	3.593	4,55%
SS Metropolitano Norte	2	2.261	2,86%
SS Coquimbo	4	4.726	5,98%
SS Maule	7	4.917	6,22%

Servicio de Salud	N° Hospitales	Reducción Total (MM\$)	% del Total GRD
SS Araucanía Sur	7	4.113	5,20%
SS Concepción	4	3.747	4,74%
SS Viña del Mar Quillota	3	4.210	5,32%
SS Talcahuano	3	3.194	4,04%
SS Biobío	1	2.707	3,42%
SS O'Higgins	4	3.115	3,94%
SS Valparaíso San Antonio	3	2.672	3,38%
SS Ñuble	2	2.629	3,32%
SS Antofagasta	2	2.844	3,60%
SS Los Ríos	1	2.233	2,82%
SS del Reloncaví	1	1.970	2,49%
SS Araucanía Norte	3	1.400	1,77%
SS Tarapacá	1	1.461	1,85%
SS Atacama	2	1.136	1,44%
SS Arica y Parinacota	1	1.103	1,40%
SS Osorno	1	1.158	1,47%
SS Aconcagua	2	1.236	1,56%
SS Aysén	2	1.250	1,58%
SS Magallanes	1	1.037	1,31%
SS Chiloé	2	925	1,17%
SS Arauco	1	470	0,59%

NOTAS METODOLÓGICAS

1. Los montos fueron extraídos directamente del texto del Decreto N°333, páginas 5 a 8 (códigos 101 a 180 del Programa 05).
2. Los valores están expresados en miles de pesos en el decreto original. En la tabla se presentan convertidos a millones de pesos (MM\$) para facilitar la lectura.
3. La suma de los 80 hospitales coincide exactamente con el total del Programa GRD declarado en el decreto: \$79.068.717 miles (\approx \$79.069 millones).
4. El decreto fue firmado el 24 de abril de 2026 e ingresado a Contraloría General de la República el mismo día. Al 15 de mayo de 2026 se encuentra en trámite de toma de razón.
5. Los servicios de salud se abrevian como "SS" en la tabla principal para facilitar la lectura.

REFERENCIA

Ministerio de Hacienda, República de Chile. (2026, 24 de abril). *Decreto N°333: Modifica presupuesto vigente del sector público* (Registro 127HH, TP 516). Santiago, Chile.