



FUNDACIÓN
JAIME GUZMÁN

PROPUESTAS GREMIALISTAS: CRISIS EN SALUD

IDEAS & PROPUESTAS

Nº 417

7 de mayo 2025

RESUMEN EJECUTIVO

Nuestro país tiene un sistema de salud que ha demostrado logros sólidos, basado en el complemento del mundo público y privado. Esto se ha reflejado en las buenas cifras que arrojan los indicadores de expectativa de vida, mortalidad infantil y además en el destacado manejo de la pandemia. No obstante, estamos ante una crisis que demanda reformas urgentes tanto al sistema de Isapres como también a Fonasa.

Este número de Ideas & Propuestas, a partir de un diagnóstico de la situación en que se encuentra actualmente nuestro sistema de salud, ofrece algunas propuestas que apuntan a mejorarlo en las diferentes dimensiones que lo aquejan, poniendo siempre el foco en las personas, su dignidad, libertad y bienestar.

Se propone ampliar la libertad de elección en salud, profesionalizar y fortalecer la gestión pública, y promover una cultura que valore la vida desde la concepción hasta la muerte natural. A ello se deben sumar medidas para mejorar el uso honesto de licencias médicas y reducir el gasto de bolsillo, especialmente en medicamentos.

I. DIAGNÓSTICO

El sistema de salud chileno, basado en la complementariedad público-privada, ha sido históricamente motivo de orgullo nacional. Chile cuenta con la segunda expectativa de vida al nacer más alta de América, con un promedio de 81,4 años, solo por debajo de Canadá (82,7 años)¹; y presenta tasas muy bajas de mortalidad infantil. En 2020, esta se estimaba en 5,6 muertes por cada mil nacidos vivos, una cifra comparable a la de Estados Unidos y considerablemente mejor que la de países como Argentina o Brasil, que en 2021 registraban tasas de 8 y 12,5 muertes respectivamente. El manejo de la pandemia de COVID-19 fue una prueba clara de la resiliencia y fortaleza del sistema chileno.

En Chile, distanciándonos de modelos en que la salud está monopolizada por el Estado, tanto el sistema de aseguramiento de la salud como el de prestaciones médicas está distribuido entre instituciones privadas, como las Isapres y las clínicas, y un sector público compuesto por Fonasa y una red de prestadores estatales que incluye hospitales, CESFAM y centros de atención primaria. No obstante, tras décadas de operación, el sistema ha comenzado a evidenciar signos de desgaste que, al no ser resueltos adecuadamente, han desencadenado una crisis de salud.

Durante la actual administración, las listas de espera superaron por primera vez los tres millones de casos. De estos, 421 mil personas esperan una intervención quirúrgica y 2,7 millones aguardan por una consulta de especialidad². A pesar del incremento sostenido del gasto público en salud, no se ha observado una mejora proporcional en el uso eficiente de los recursos. Entre 2014 y 2024, el presupuesto del Ministerio de Salud y Fonasa creció un 84% en términos reales, pero los indicadores de eficiencia del gasto en salud se deterioraron hasta en un 46,3% entre 2013 y 2023.³

El sistema de licencias médicas representa otro foco crítico. Cerca de la mitad del 7% de cotización obligatoria en salud se destina exclusivamente a financiar licencias médicas, lo que representa aproximadamente un 1,2% del PIB. Este fenómeno es aún más agudo en el sector público, donde en 2023 cada funcionario registró en promedio 33 días hábiles de licencia⁴.

1 Cifras del World Population Review. Disponible en: [Francisco, Dignitas infinita, 2024.](#)

2 Cifras del Visor Ciudadano de Listas de Espera del Ministerio de Salud a marzo de 2025.

Disponible en: <https://public.tableau.com/app/profile/tableau.minsal/viz/PortadaLE/PortadaLE>

3 Cifras de Sánchez e Inostroza: "El desafío de la Productividad Hospitalaria y la atención de pacientes en el Sistema de Salud Pública de Chile". Informe 5 2024 de Políticas Públicas en Salud del Instituto de Salud Pública UNAB, de Noviembre 2024.

4 Editorial de La Tercera, 29 de abril de 2025. Disponible en:

<https://www.latercera.com/editorial/noticia/necesaria-reforma-al-sistema-de-licencias-medicas/>

En paralelo, el sistema privado también enfrenta desafíos. Es necesario realizar ajustes que amplíen las opciones para los pacientes, reduzcan los precios y aumenten la libertad de elección. Según la Superintendencia de Salud, el 42,5% de los cotizantes de Isapres, es decir, aproximadamente 800 mil personas, se encuentran “cautivos”, es decir, sin posibilidad de cambiarse de plan o acceder a una nueva Isapre debido a su edad o condiciones de salud preexistentes⁵. Además, la fuerte asimetría de información permite a las Isapres hipersegmentar a los afiliados, dificultando que los usuarios comparen de manera efectiva los planes disponibles. Actualmente existen 55 mil planes de salud distintos vigentes, de los cuales cerca del 66% tiene entre dos y diez cotizantes⁶.

Frente a este panorama, es urgente promover soluciones profundas y realistas para el sistema de salud chileno.



5 Ord SS/Nº 2686 de la Superintendencia de Salud: “Informe sobre cautividad en el sistema de Isapres”. 26 de septiembre de 2022.

6 Fuente: Mensaje presidencial Nº 212-372, del 27 de septiembre de 2024.

II. SOLUCIONES

1. Libertad de elección: repensar el sistema ISAPRE

Una primera línea de acción consiste en fortalecer la libertad de elección de las personas, lo que requiere repensar el sistema de Isapres. Esto implica simplificar el actual sistema de planes, para facilitar la comparación entre seguros, y eliminar barreras de entrada como la discriminación por edad o preexistencias médicas. Para lograrlo, se estiman acertadas las propuestas respecto a establecer por la autoridad sanitaria un plan base de salud que cubra un estándar mínimo garantizado a partir de la cotización obligatoria del 7%. A partir de ese umbral, las aseguradoras podrían competir en precios y redes de prestadores. Asimismo, se debe permitir el desarrollo de seguros o coberturas adicionales, con cobros adicionales por mayor cobertura, como ocurre en países como Holanda o Alemania.

Para eliminar la discriminación por preexistencias o edad, no bastaría con prohibir tales prácticas en la venta de nuevos planes. Lo anterior, porque esta medida conlleva riesgos asociados al comportamiento oportunista de las personas, como el traslado de pacientes con preexistencias o enfermedades crónicas desde Fonasa a una Isapre solo para realizarse un tratamiento, retornando luego al sistema público. Este fenómeno, conocido como riesgo moral, ha sido abordado en países como Australia, Alemania, Colombia, Holanda, Estados Unidos y Suiza, mediante la creación de fondos de compensación de riesgos entre aseguradoras. Estas herramientas permiten transferencias entre aseguradoras en caso de que algunas enfrenten mayores costos por recibir pacientes más enfermos, reduciendo el riesgo de quiebra del sistema y permitiendo así que se compita por precios más bajos.

Estas reformas permitirían una mayor movilidad dentro del sistema, eliminando la cautividad de los afiliados y promoviendo una competencia virtuosa entre seguros, Isapres y Fonasa. Esto podría redundar en una contención o reducción de precios en el mediano plazo. Existen antecedentes legislativos que pueden servir como base, como el proyecto “Mejor Fonasa” del expresidente Piñera o la actual propuesta del Ejecutivo que busca reformar las Isapres, eliminando las preexistencias y las declaraciones de salud.



2. Salud pública: mejor Estado y hospitales despolitizados

En segundo lugar, Chile necesita una intervención mayor en su sistema público de salud. Es fundamental volver a enfocar los procesos hospitalarios en el paciente, reestructurando los incentivos hacia objetivos como la productividad, la satisfacción del usuario y la resolución efectiva de problemas de salud. Hoy, muchos de estos procesos están enfocados en metas administrativas, como obtener una primera consulta, sin asegurar una atención oportuna y resolutive del problema de salud.

Un ejemplo ilustrativo de esta desconexión es la ley GES (antes AUGE), que establece plazos para la atención de determinadas patologías. Si estos plazos no se cumplen, es el propio paciente quien debe presentar un reclamo para ser derivado a un segundo prestador. En un sistema centrado en las personas, esta derivación debería ser automática, especialmente en enfermedades críticas como el cáncer, donde el tiempo es determinante.

Además, se debe invertir en tecnología y digitalización, impulsando iniciativas como la telemedicina, el teletriaje⁷, y la interoperabilidad de fichas clínicas, para evitar exámenes duplicados y facilitar diagnósticos y tratamientos a distancia.

En el plano administrativo, un problema persistente es la alta rotación de directores de servicios de salud con cada cambio de gobierno. De hecho, en los primeros tres meses del actual Ejecutivo, el 44,8% de los directores fueron desvinculados⁸. Por ello, se requiere profesionalizar los procesos de nombramiento de autoridades clave del sistema, incluyendo directores de servicios de salud, Fonasa y la Superintendencia de Salud, mediante concursos de Alta Dirección Pública o mecanismos de ratificación en el Senado. Estos cargos también deben contar con autonomía frente al poder ejecutivo para garantizar continuidad en la gestión.

⁷ Ver más en “Plan de Acción de Crisis en Listas de Espera en Salud: propuestas para los próximos 100 días”. Disponible en: https://gobierno.udd.cl/cips/files/2024/11/2024-11-15_plan-de-accion-de-crisis-en-listas-de-espera-en-salud.pdf

⁸ Fuente: “Funcionarios De La Salud Estatal: Una Cadena de Malos Incentivos”. Disponible en: <https://lyd.org/wp-content/uploads/2025/02/SIE-332-Funcionarios-de-la-salud-estatal-una-cadena-de-malos-incentivos-1.pdf>

Se ha propuesto establecer consejos técnicos que acompañen a las autoridades unipersonales, ofreciendo contrapeso y respaldo técnico a las decisiones del Superintendente y el Director de Fonasa. A la vez, el Fondo Nacional de Salud debería actuar como un verdadero seguro público, auditando el uso de recursos por parte de los prestadores públicos y permitiendo derivaciones al sector privado cuando este pueda ofrecer soluciones equivalentes a menor costo.

3. Cultura de la vida: fertilidad, cuidado de la maternidad y manejos paliativos.

En tercer lugar, se debe promover una cultura centrada en la vida. La alarmante baja tasa de natalidad —1,12 hijos nacidos vivos por mujer entre 15 y 49 años de edad⁹— proyecta un futuro marcado por el envejecimiento poblacional y mayores niveles de soledad. Esto exige políticas activas de apoyo a la maternidad, como el acceso ampliado a tratamientos de fertilidad, y mayores beneficios económicos, como acceso a salas cuna y exenciones tributarias para familias numerosas.

También es fundamental adoptar una postura firme contra el aborto, asegurando programas de acompañamiento efectivos para mujeres con embarazos vulnerables, garantizando su protección durante la gestación, el parto y la crianza. Los procesos de adopción, por su parte, deben ser eficientes y respetuosos, velando por la dignidad tanto de los niños como de los adultos involucrados.

Asimismo, se debe dignificar el proceso de morir, sin caer en la cultura del descarte y la falsa dicotomía que representa la eutanasia, la cual muchas veces responde más al sufrimiento causado por una enfermedad, presiones económicas o dolor físico o psicológico, que a una decisión libre de la persona. Es lamentable que a pesar de que en Chile existe una ley de cuidados paliativos universales, actualmente solo el 45% de las personas que los necesitan recibe financiamiento estatal.



⁹ Censo 2024. Disponible en: [3 Francisco, Amoris laetitia, 2016, 293.](#)

4. Licencias médicas

En cuarto lugar, se hace necesario rediseñar el funcionamiento del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Aunque recientemente se aprobó una ley para sancionar a emisores fraudulentos de licencias médicas (boletín N.º 14.845-II), será fundamental evaluar su efectividad.

Y más allá del control del fraude, existen numerosas quejas sobre la lentitud y falta de transparencia en los procesos de fiscalización y rechazo de licencias. Por ello, se deben evaluar propuestas respecto a trasladar parte de las funciones relativas a licencias médicas desde las COMPIN a Fonasa, que podría establecer una contraloría médica como primera instancia evaluadora, reservando a las COMPIN como segunda instancia.

Es importante revisar también la regla de los tres días de carencia para licencias menores a 11 días, ya que se ha convertido en un incentivo perverso para solicitar licencias más largas. Adicionalmente, se puede involucrar a los empleadores en el proceso, otorgándoles un rol fiscalizador o haciéndolos cofinanciar parte de las licencias, de modo que tengan incentivos para promover la salud y prevenir enfermedades laborales. También debería considerarse una reducción progresiva de beneficios en licencias extendidas, para fomentar el retorno laboral, pero sin perjudicar a quienes requieren ausencias prolongadas por motivos especiales.

5. Subsidiariedad cruzada en el gasto en medicamentos.

Finalmente, se debe abordar el alto gasto de bolsillo en salud. Este último incluye, bajo la definición de la OMS, todos los pagos realizados directamente por el hogar al utilizar o beneficiarse de un servicio de salud. Los datos demuestran que al año 2019 “el 32,8% del gasto total en salud en Chile correspondía a gasto de bolsillo, siendo el promedio de los países OCDE un 19,9%, lo que además deja a Chile como el cuarto país con mayor gasto de bolsillo de los países de la OCDE”¹⁰. De ese gasto, se ha estimado que las familias destinan más de un tercio solo a la compra de medicamentos.

En el mercado de fármacos existen múltiples fallas que restringen la libre competencia y la libre negociación entre oferta y demanda: asimetrías de información, existencia de patentes para proteger la inversión legítima en investigación, imposibilidad de sustituir ciertos medicamentos, entre otras. Así, un paciente normal no tiene posibilidades de discutir con su médico respecto a los medicamentos que requiere, y mucho menos puede negociar ni con una farmacia ni con un laboratorio por el precio.

¹⁰ Fuente: CIPS UDD: “Propuesta de Plan Universal De Medicamentos Ambulatorios” (PUMA). Disponible en: <https://gobierno.udd.cl/cips/files/2022/12/puma.pdf>

En este contexto, se deben impulsar medidas para generar mayor competencia, como exigir la prescripción de medicamentos por su principio activo —por ejemplo, “paracetamol”— y no por su nombre comercial o de fantasía, para fomentar el uso de genéricos. También se debe considerar la creación de seguros de medicamentos administrados por las aseguradoras (Fonasa e Isapres), lo que permitiría negociar mejores precios con los laboratorios al concentrar la demanda como herramienta de negociación. Estas propuestas ya han sido discutidas en proyectos de ley “en trámite”, como el “Mejor Fonasa” del Presidente Piñera.

V. CONCLUSIÓN

Chile dispone de un sistema de salud con fundamentos sólidos, evidenciado en indicadores como la alta expectativa de vida y la baja mortalidad infantil. Sin embargo, enfrenta una crisis que exige reformas importantes y urgentes. Avanzar hacia un sistema más justo y eficiente requiere ampliar la libertad de elección en salud, profesionalizar y fortalecer la gestión pública, y promover una cultura que valore la vida desde la concepción hasta la muerte natural. A ello se deben sumar medidas para mejorar el uso honesto de licencias médicas y reducir el gasto de bolsillo, especialmente en medicamentos.

Estas reformas deben orientarse a garantizar un acceso libre, digno y oportuno a la salud, con equidad, sostenibilidad y respeto por la autonomía de las personas. Solo así se podrá recuperar la confianza ciudadana y construir un sistema de salud verdaderamente al servicio de todos.



FUNDACIÓN
JAIME GUZMÁN

www.fjguzman.cl



@FundJaimeGuzmanE



@fundjaimeguzman

Capullo 2240 - Providencia, Santiago | Tel: (56 2) 29401100