

Desafíos ineludibles del sistema de salud chileno ante un nuevo ciclo político

Unavoidable challenges facing the Chilean health system in a new political cycle

Osvaldo Artaza Barrios¹
Jorge Lastra Torres²

RESUMEN

El próximo ciclo político en Chile deberá enfrentar definiciones impostergables en materia sanitaria, en un contexto marcado por una gran presión sobre el sistema de salud, por demandas de la población largamente insatisfecha, una gobernanza general y en el sector salud debilitada, recursos escasos, claros signos de déficit de acceso, oportunidad, calidad y equidad, e indiscutible cuestionamiento sobre algunos aspectos de la gestión como tarea pendiente. La discusión pública ha permanecido centrada en el financiamiento y la crisis del sistema asegurador privado, dejando en segundo plano las transformaciones que determinan la efectividad y la sostenibilidad global del sistema de salud. Este artículo, a partir del diagnóstico del sector reseñado, plantea las principales áreas y temas más específicos pendientes que debieran incorporarse en la agenda del próximo gobierno. Entre los grandes temas se encuentran: la consolidación de la Atención Primaria de Salud (APS) como columna vertebral del sistema, la modernización de la gestión hospitalaria y la creación de una institucionalidad robusta para la evaluación de tecnologías sanitarias. En el área de los temas específicos, dos son los principales, la reforma del sistema de licencias médicas y la reducción estructural de las listas de espera. En el ámbito del Sistema de Salud en su conjunto, se sostiene que la superación de la fragmentación actual requiere una gobernanza sanitaria que articule al sector público y privado bajo objetivos comunes de equidad, calidad y eficiencia. Las reformas propuestas no demandan rupturas institucionales radicales, sino acuerdos políticos amplios que devuelvan legitimidad al sistema y orienten los recursos hacia resultados sanitarios medibles. Avanzar en estas áreas es condición para un sistema de salud centrado en las personas, financieramente sostenible y capaz de responder a las necesidades epidemiológicas y demográficas del Chile actual.

Palabras clave: Políticas de salud, Atención Primaria, Gestión Sanitaria.

ABSTRACT

The next political cycle in Chile will have to address urgent healthcare issues in a context marked by significant pressure on the healthcare system, long-standing unmet demands from the population, weakened governance in general and within the health sector, scarce resources, clear signs of deficits in access, timeliness, quality, and equity, and undeniable questions about certain aspects of management as an outstanding task. Public debate has remained focused on financing and the crisis of the private insurance system, relegating to the background the transformations that determine the effectiveness and overall sustainability

Recibido el 10 de noviembre de 2025. Aceptado el 28 de noviembre de 2025.

1 Universidad de Las Américas, Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Correspondencia a: oartaza@gmail.com
2 Profesor de Salud Pública, Instituto de Salud Pública. Universidad Andrés Bello.

of the healthcare system. This article, based on the aforementioned diagnosis of the sector, outlines the main areas and more specific pending issues that should be included on the agenda of the next government. Among the key issues are: the consolidation of Primary Health Care (PHC) as the backbone of the system, the modernization of hospital management, and the creation of a robust institutional framework for health technology assessment. In the area of specific issues, two stand out: reform of the medical leave system and the structural reduction of waiting lists. Regarding the Health System as a whole, it is argued that overcoming the current fragmentation requires health governance that unites the public and private sectors under common objectives of equity, quality, and efficiency. The proposed reforms do not demand radical institutional ruptures, but rather broad political agreements that restore legitimacy to the system and direct resources toward measurable health outcomes. Progress in these areas is essential for a people-centered, financially sustainable health system capable of responding to the epidemiological and demographic needs of contemporary Chile.

Keywords: Ealth policies, Primary care, Health management.

INTRODUCCIÓN

La agenda sanitaria chilena ha estado dominada después de la reforma de los años 2000 por el debate sobre la estructura del financiamiento y la crisis de las ISAPRES, relegando cuestiones estructurales que inciden directamente en la calidad, eficiencia y equidad de las atenciones. En algunos de estos ámbitos el país cuenta con una extensa normativa y proyectos de ley en tramitación —entre ellos, la reforma al sistema de licencias, la modernización del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el fortalecimiento de las agencias regulatorias—, pero persisten vacíos críticos que limitan la capacidad de respuesta del sistema. El presente artículo identifica y analiza grandes áreas que requieren intervención y algunos temas prioritarios que debieran ser abordados por el futuro gobierno. Sin perjuicio de otros que pudieran ser también materia de debate, estos a nosotros nos parecen parte indispensable de la agenda de cualquier nueva administración: La evaluación y uso racional de tecnologías sanitarias; la gestión de las listas de espera; la modernización de la gestión hospitalaria; la reforma integral del sistema de

licencias médicas; la eficiencia del sector privado y la consolidación de la Atención Primaria de Salud (APS) como eje articulador del sistema. El análisis se desarrolla desde una perspectiva técnica y de política pública, orientada a identificar reformas factibles dentro del marco institucional vigente.

Pendientes en salud

Gobernanza sanitaria y enfoque sistemático

Chile cuenta con un sistema de salud segmentado y fragmentado, tanto en su financiamiento como en la provisión de servicios. La coexistencia de un subsistema público con restricciones estructurales y uno privado con incentivos economicistas ha derivado en duplicación de funciones, inequidades territoriales y un gasto creciente sin mejoras proporcionales en los resultados sanitarios.

El fortalecimiento de la gobernanza sanitaria exige superar la lógica binaria entre lo público y lo privado, generando mecanismos de coordinación, planificación y control basados en metas sanitarias comunes. Ello implica dotar a FONASA de mayor autonomía técnica y presupuestaria, transformándolo en un verdadero comprador estratégico de servicios, capaz de agregar demanda, negociar precios razonables y contratar indistintamente con prestadores públicos y privados bajo criterios de costo-efectividad y calidad y de coordinación con los Servicios de Salud, con el objeto de asegurar flujos continuos de atención, entre el prestador público y el privado en caso de compra de servicios.

La reciente expansión de su cobertura efectiva —cercana al 90 % de la población— exige revisar su modelo de gestión y su marco de rendición de cuentas, garantizando transparencia y eficiencia en la asignación de recursos. La integración progresiva de la red prestadora en torno a objetivos poblacionales, con instrumentos de gestión por resultados y mecanismos de incentivos alineados, constituye la base de una reforma institucional moderna. La propuesta de una nueva modalidad de Salud Complementaria debe ser una oportunidad para expandir posibilidades a sus beneficiarios evitando los problemas de la actual Modalidad de Libre Elección basada en un ineficiente e inflacionario sistema de pago por prestación (*“fee for service”*) que debe ser reemplazado por mecanismos de pago ligados al uso razonable de los recursos y los resultados sanitarios.

La Atención Primaria de Salud como columna vertebral del sistema

A pesar del consenso técnico y político respecto de la centralidad de la APS, su consolidación como eje articulador del sistema aún no se

materializa. Persisten debilidades estructurales en su financiamiento, capacidades resolutivas, uso de tecnologías, articulación con los otros niveles de atención, productividad (Comisión Nacional de Productividad, 2022) y capacidades para actuar territorialmente de manera intersectorial en la generación de condiciones de vida saludables, junto a una dotación de personal insuficiente, formado desde el paradigma biomédico y con otras expectativas de desempeño.

Una estrategia nacional de APS debe asentarse en tres pilares: Salud en todas las políticas: incorporar la dimensión sanitaria en las políticas de educación, vivienda, trabajo, ambiente y protección social, abordando los determinantes estructurales de la enfermedad; Atención centrada en las personas y comunidades: fortalecer la participación social, la autonomía de los equipos locales y la personalización de los cuidados mediante herramientas digitales; Integralidad, calidad y eficiencia: dotar al primer nivel de recursos proporcionales a su responsabilidad sanitaria, con incentivos orientados a resultados y con equipos interdisciplinarios capacitados para resolver el 80 % de los problemas de salud prevalentes. Incentivando a los centros de formación superior en el fortalecimiento de este recurso humano para dar sostén efectivo a esta estrategia (Artaza y cols., 2020).

La experiencia internacional (CEPAL y OPS 2024) demuestra que los sistemas de salud con una APS fuerte logran mejores indicadores de salud, menor gasto y mayor equidad. Chile requiere transitar desde un modelo hospitalo-céntrico hacia redes integradas de servicios donde la APS, más que sólo un punto de entrada sea el lugar desde donde se coordina y se siguen los procesos integrados de prevención, atención y cuidados a lo largo del curso de vida. Sin duda que la experiencia de APS Universal debe ser evaluada para de allí extraer buenas prácticas que posibiliten que dicha estrategia se constituya efectivamente en la columna vertebral del sistema de salud chileno (Artaza y Rubio, 2025).

Modernización de la gestión hospitalaria

El sistema hospitalario público chileno, constantemente cuestionado en su eficiencia (Fundación Observatorio Fiscal, 2020), se enfrenta a un marco normativo obsoleto, basado en el Estatuto Administrativo de 1989, que prioriza la estabilidad funcional y el cumplimiento formal por sobre la gestión eficiente y la innovación. Los hospitales son organizaciones altamente complejas, que concentran más del 70 %

del gasto público en salud y emplean a decenas de miles de trabajadores. Sin embargo, carecen de los instrumentos de gobernanza y autonomía necesarios para administrar sus recursos humanos y financieros con criterios de desempeño. La modernización de la gestión hospitalaria debiera orientarse a: revisar el sistema de Alta Dirección Pública que en el ámbito hospitalario ha demostrado profundas insuficiencias; consolidar modelos de gestión clínica que integren a los equipos médicos y de los cuidados en la toma de decisiones sobre recursos y procesos asistenciales; generar sistemas de información integrados que permitan monitorear indicadores de desempeño, costos y resultados sanitarios en tiempo real; financiamiento específico de mantenimiento y reposición tecnológica, hoy prácticamente inexistentes, que aseguren continuidad operativa y calidad; repensar incentivos -especialmente de los médicos- a objeto promover la eficiencia, la productividad, la calidad de la atención y la satisfacción usuaria.

La evidencia muestra que hospitales con dirección consolidada y cultura de gestión basada en datos alcanzan mejores resultados clínicos y financieros. No obstante, la ausencia de incentivos diferenciados y de reconocimiento al desempeño limita la posibilidad de replicar buenas prácticas. El desafío consiste en equilibrar la necesaria autonomía de gestión con una mirada de trabajo colaborativo en redes de atención (OPS, BID y BM 2025) y con los principios de probidad, transparencia y control público. Por lo mismo resulta indispensable desarrollar desde el aparato público, estrategias de mantención, cuidado y capacitación continua de cuadros para la gerencia del sector.

Junto a lo anterior, hay ya suficiente consenso y evidencia en torno a que la gestión de las redes públicas debe ejercerse descentralizadamente fuera del Ministerio de Salud con una nueva forma de gobernanza (Vergara y cols., 2020).

Igualmente, una estrategia modernizadora de la gestión debe consolidar una mirada a los aspectos subjetivos de la atención, puesto que el trato y las tensiones de relación entre usuarios y equipos de salud deben resolverse en armonía y son prioritarios en los juicios de insatisfacción. Es indispensable asegurar una perspectiva afectiva y cultural de las relaciones entre la población y los equipos de salud, para crecer en potencialidades de acogida a los pacientes, especialmente los más vulnerables, que son los que reportan mayor insatisfacción por discriminación.

Evaluación de tecnologías sanitarias: hacia decisiones basadas en evidencia

El aumento del gasto en tecnologías médicas y farmacológicas de alto costo ha generado una presión creciente sobre el presupuesto sanitario. Las decisiones judiciales que obligan al Estado a financiar terapias fuera de los listados oficiales —incluso aquellas sin evidencia robusta de efectividad— revelan la ausencia de una institucionalidad técnica autónoma y vinculante.

Chile requiere una entidad nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) con independencia funcional, similar a las agencias NICE (Reino Unido) o CADTH (Canadá), cuyas decisiones sean obligatorias para los financiadores públicos y orientativas para los privados. Esta agencia debe contar con mandato legal para evaluar tecnologías, medicamentos, procedimientos e innovaciones organizacionales, considerando no solo su eficacia clínica, sino también su costo-efectividad y su impacto presupuestario.

La ETESA debiera operar bajo criterios explícitos de transparencia, participación y rendición pública de sus dictámenes, vinculando sus decisiones a la priorización del gasto público y a la actualización de los planes de beneficios. Con ello, se fortalecería la legitimidad del sistema y se disminuirían las desigualdades en el acceso a tratamientos efectivos, evitando la judicialización y la captura de recursos por intereses particulares (Espinoza y Vargas, 2017; Armijo y cols., 2022).

Listas de espera: una deuda persistente

Las listas de espera constituyen uno de los principales factores de deslegitimación social del sistema de salud. Tras la pandemia de COVID-19, los tiempos de espera para consultas de especialidad y cirugías electivas se incrementaron de manera exponencial. Este fenómeno no puede abordarse exclusivamente mediante aumentos de recursos o expansión de oferta hospitalaria. Las causas estructurales incluyen una Atención Primaria poco resolutiva, por falta de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos ambulatorios, un modelo de derivación fragmentado y escasa coordinación entre niveles asistenciales. En la práctica, la APS se comporta muchas veces como un sistema de derivación más que de resolución. Las estrategias efectivas para reducir las listas de espera deben combinar tres dimensiones: Prevención y promoción de la salud, orientadas a reducir la incidencia de patologías crónicas y condiciones evitables. Aumento de la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, mediante equipos multiprofesionales,

telemedicina y protocolos de atención compartida con especialistas. Experiencias de fortalecimiento como las de Novoa Vera, Juan y Gallegos Lagos, (2023), muestran que el fortalecimiento de la Atención Primaria puede impactar en algunas especialidades para reducir hasta un 50 % las listas de espera. Optimización de la productividad hospitalaria, particularmente en el uso de pabellones quirúrgicos y cirugía mayor ambulatoria. Todos ellos por dinámicas sistemáticas de integración en la gestión como de la coordinación asistencial, bajo una gobernanza que tenga poder de decisión real sobre los integrantes de la red.

Experiencias como los Centros Regionales de Resolución (CRR), implementados desde 2022 en hospitales públicos, han demostrado que la gestión inteligente puede incrementar hasta un 40% la actividad quirúrgica sin mayores recursos. Replicar y consolidar este modelo requiere marcos normativos flexibles y liderazgo clínico-gestor, orientado a resultados (BID, 2023).

Licencias médicas: sostenibilidad y legitimidad

El gasto en subsidios por incapacidad laboral (SII) ha pasado de representar un 0,6% del PIB en 2014 a más del 1,2% en 2022, absorbiendo más de la mitad de la cotización obligatoria de salud. Este crecimiento refleja simultáneamente una mayor prevalencia de trastornos de salud mental y un uso ineficiente, en ocasiones fraudulento, del instrumento. La pérdida de legitimidad del sistema amenaza su sostenibilidad y desvía recursos que podrían destinarse a prevención y tratamiento.

La reforma al sistema de licencias médicas debe equilibrar control y cuidado, combinando fiscalización rigurosa con incentivos correctos. Adicionalmente, es imperativo ampliar el debate hacia el rol de las empresas en la promoción de entornos laborales saludables y la extensión de derechos a trabajadores informales y cuidadores no remunerados. La equidad exige que los estándares de control y protección sean comunes para todos los sectores, sin distinciones injustificadas entre trabajadores públicos y privados (Hormazabal y Velasco, 2022).

Eficiencia en el sector privado

En Chile, las reformas al sistema de salud no pueden limitarse a mejorar la eficiencia del sector público. Es indispensable incorporar transformaciones estructurales también en el sector privado, que concentra la mayoría de los especialistas del

país. Por la lógica del mercado, estos profesionales se agrupan en comunas de altos ingresos, generando una distribución profundamente inequitativa y dejando extensas zonas del país con un déficit crítico de atención de especialidad. Esta concentración geográfica y funcional reproduce desigualdades en el acceso y limita la capacidad del sistema para responder de manera equitativa a las necesidades sanitarias.

Además, el sector privado opera bajo una lógica de mercado y un modelo asistencial biomédico, centrado en la atención curativa y sin vínculos efectivos con la estrategia de atención primaria. Al no existir incentivos para la prevención ni para la gestión integral del riesgo, los especialistas dedican una parte sustantiva de su tiempo a resolver problemas que podrían ser abordados por equipos de salud familiar. Este uso ineficiente del recurso especializado contribuye directamente al colapso de las listas de espera: cerca de dos millones de personas aguardan en Chile una atención de especialidad por casi un año. Corregir esta disfuncionalidad requiere reformas que involucren al conjunto del sistema sanitario.

CONCLUSIONES

Chile enfrenta una encrucijada sanitaria que trasciende la coyuntura política. Los temas aquí expuestos —evaluación de tecnologías, gestión hospitalaria, licencias médicas, listas de espera y fortalecimiento de la APS— representan ámbitos donde existen diagnósticos compartidos y posibilidades reales de avance. Son reformas técnicamente viables, políticamente posibles y socialmente necesarias.

Superar la parálisis reformista requiere reconstruir un pacto sanitario de Estado, que reconozca la salud como bien público y promueva una gobernanza inclusiva, con participación de todos los actores relevantes. La experiencia demuestra que los consensos amplios son la única vía para sostener transformaciones duraderas.

El próximo ciclo político será decisivo: o se consolida una trayectoria de cambios incrementales orientados a resultados, o se prolonga la inercia de un sistema costoso e inefectivo. Apostar por la salud como eje del desarrollo humano implica asumir la prevención, la equidad y la eficiencia como compromisos de Estado. Esa es la invitación a las y los candidatos a la Presidencia de la República: construir, desde la evidencia y el consenso, el futuro sanitario que Chile necesita.

REFERENCIAS

- Armijo N., Espinoza M., Zamorano P., Lahoz D., Yañez T., Balmaceda, C. (2022). Análisis del proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema de Protección Financiera Para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo en Chile (Ley Ricarte Soto). *Value in Health Regional Issues*, 32: 95 – 101. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109922001431>
- Artaza Barrios, O., & Rubio Schweizer, J. P. . (2025). Atención Primaria Universal: de programa pionero a política de Estado. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 43–52. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n1.2025.2268>
- Artaza, O., Santacruz, J., Girard, J., Alvarez, D., Barriá, S., Tetelboin, C., Tomásina, F., & Medina, A. (2020). *Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas* [Journal articles]. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52503>
- Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud (Diciembre 2023). ¿Cómo acortar las listas de espera en los sistemas públicos de salud? Aprendizajes de tres pilotos implementados en Chile. Nota técnica No IDB- TN -2852. Disponible en <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Como-acortar-las-listas-de-espera-en-los-sistemas-publicos-de-salud-aprendizajes-de-tres-pilotos-implementados-en-Chile.pdf>
- CEPAL, OPS (2024). La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-11/cepal-opsespanol.pdf>
- Comisión Nacional de Productividad (2022). Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). Disponible en <https://cnep.cl/wp-content/uploads/2025/04/Informe-final-aps.pdf>
- Espinoza, M.A., Vargas, C. (2017). Evaluación de tecnologías sanitarias para la toma de decisiones y la rendición de cuentas: una urgente reflexión para el sistema de salud chileno. *Value in Health Regional Issues*, 14: 33 – 34. Disponible en: [https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099\(17\)30003-1/fulltext](https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099(17)30003-1/fulltext)

- Fundación Observatorio Fiscal (2020). Eficiencia del gasto hospitalario en Chile. Disponible en: <https://cnep.cl/wp-content/uploads/2020/08/Eficiencia-del-gasto-hospitalario-en-Chile.pdf>
- Hormazábal S., Velasco C. Horizontal y IPSUSS. USS (2022). Licencias médicas: análisis crítico y propuestas de reforma. Disponible en: https://ipsuss.cl/ipsuss/site/docs/20240628/20240628095247/licencias_medicas_ipsuss_horizontal.pdf
- Novoa Vera, Juan y Gallegos Lagos, Karina (2023). Impacto estimado en la reducción de lista de espera de Dermatología en un Hospital de Alta Complejidad. Tesis de grado Magíster Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello.
- Organización Panamericana de la Salud (2024). Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329474>.
- Organización Panamericana de la Salud, Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial (2025). Actualización del marco conceptual y operacional para las redes integradas de servicios de salud en las Américas: Consenso técnico del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud para fortalecer las redes integradas de servicios de salud en la Región de las Américas. Washington, D.C. Disponible en <https://doi.org/10.37774/9789275330692>.
- Vergara M., Yarza B., Gómez M.I., Lastra J., Montt J., Jarpa C., Noe M. U. Chile (2020). Propuesta para la provisión pública de servicios de salud. <https://saludpublica.uchile.cl/dam/jcr:39dd1d93-33e5-4e79-914a-cd00fded7892/Libro%20Salud%20digital.pdf>