Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102604

Número especial Reformas sanitarias en Latinoamérica y el Caribe

Chile, el difícil camino hacia un servicio nacional de salud

Fabiola Jaramillo-Castell[a], Valentina Pantoja-de Prada[b], Alexis Delgado-Díaz[b] y Sergio Minué-Lorenzo[c,*]

[a] *Servicio de Salud del Reloncaví, Ministerio de Salud, Puerto Montt, Chile*
[b] *Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile*
[c] *Escuela Andaluza de Salud Pública, Primary Health Care WHO Collaborating Centre, Granada, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 31 de octubre de 2025
Aceptado el 21 de marzo de 2026
On-line el 2 de julio de 2026

Palabras clave:
Sistemas sanitarios
Chile
Reformas sanitarias
Atención primaria de salud
Estado de bienestar
América Latina

R E S U M E N

El objetivo de este trabajo es describir y analizar el proyecto de reforma sanitaria en Chile tras el estallido social de 2019. Se describen los avances, obstáculos y desafíos en el marco de su contexto histórico. Chile presenta indicadores de salud muy positivos, pero a la vez marcadas inequidades fruto de la desigualdad existente en el país. El sistema de salud chileno ha experimentado un movimiento pendular a lo largo de su historia, pasando de ser uno de los primeros servicios integrados de salud en Latinoamérica a convertirse en uno de los mejores ejemplos del modelo neoliberal, para intentar transitar de nuevo hacia un sistema de protección social con acceso y cobertura universal. La llegada al gobierno del presidente Boric en 2022 se acompañó de un programa que instaló la concepción de la salud como derecho social, generando una agenda de transformaciones en el sector en coherencia con los principios de salud universal. Aunque se han alcanzado avances relevantes (copago cero, atención primaria universal), la imposibilidad de aprobar la reforma tributaria que asegurara el financiamiento estructural de los cambios, junto con las dificultades para crear un Fondo Universal de Salud, y avanzar en la transformación de las Isapres en seguros complementarios, han limitado significativamente el alcance de estas transformaciones. Las dificultades observadas en Chile para avanzar hacia un modelo de seguro único pone de manifiesto que los procesos de desmantelamiento de estados del bienestar avanzan con mucha menos dificultad que los procesos de reforzamiento de la protección social.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Chile, the difficult path towards a national health service

Keywords:
Health systems
Chile
Healthcare reforms
Primary health care
Welfare state
Latin America

A B S T R A C T

The objective of this paper is to describe and analyse the healthcare reform project in Chile following the 2019 social uprising. It outlines the progress, obstacles, and challenges within its historical context. Chile presents very positive health indicators, but also marked inequities stemming from the existing inequality in the country. The Chilean healthcare system has experienced a pendulum swing throughout its history, going from being one of the first integrated healthcare services in Latin America to becoming one of the best examples of the neoliberal model, before attempting to transition once again toward a social protection system with universal access and coverage. The arrival of President Boric to power in 2022 was accompanied by a program that established a conception of health as a social right, generating an agenda of transformations in the sector, consistent with the principles of universal healthcare. Although significant progress has been made (zero co-payments, universal Primary Health Care), the inability to pass the tax reform that would guarantee the structural financing of these changes, along with the difficulties in creating a Universal Health Fund and advancing the transformation of private health insurers (Isapres) into supplementary insurance providers, has significantly limited the scope of these transformations. The difficulties observed in Chile in moving towards a single insurance model demonstrate that the dismantling of welfare states proceeds much more easily than the strengthening of social protection.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

Este trabajo describe y analiza el intento de reforma sanitaria en Chile tras el estallido social de 2019. Se describen los avances, retrocesos y obstáculos encontrados en el marco de su contexto histórico[1].

Véase contenido relacionado en DOI: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102643

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: sergio.minue.easp@juntadeandalucia.es, sminue21@gmail.com (S. Minué-Lorenzo).
@sminue (S. Minué-Lorenzo)

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102604
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

El sistema de salud chileno viene experimentando un movimiento pendular a lo largo de su historia, pasando de ser uno de los primeros servicios de salud públicos e integrados en Latinoamérica y el Caribe (LAC) a convertirse en uno de los modelos neoliberales más emblemáticos, para intentar transitar de nuevo hacia un servicio universal e integrado.

Predictadura

Hasta el siglo xx, la atención sanitaria en Chile estuvo basada principalmente en la caridad. En 1924, el Estado comenzó a hacerse cargo de la seguridad social con el embrión de lo que posteriormente sería el Ministerio de la Salud (Minsal). En 1953 se creó el Servicio Nacional de Salud inspirado en el National Health Service británico, cuyo objetivo era universalizar la atención en salud. Se organizó en zonas regionales de salud que incluían hospitales, consultorios y postas rurales. Este sistema permitió realizar importantes políticas públicas, tales como la vacunación masiva, el control de la desnutrición y la atención al parto, que contribuyeron significativamente a elevar la esperanza de vida de la población chilena y reducir la mortalidad infantil un 69% entre 1939 y 1970[2]. En ese proceso cabe destacar la creación del programa de Médicos Generales de Zona, impulsado en 1954 por el entonces ministro de Salud, Salvador Allende, que ha permitido disponer de médicos en todo el territorio nacional, incluidas las zonas más remotas[3].

Dictadura

El modelo sanitario cambió radicalmente de dirección tras el golpe de Estado de 1973, introduciéndose reformas neoliberales en casi todos los ámbitos, inspiradas por la escuela de Chicago[4]. En especial fueron relevantes los siguientes procesos:

- La sustitución en 1979 del Servicio Nacional de Salud por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), fruto de la unión del primero con el Servicio Médico Nacional de Empleados de Chile (SERMENA). El SNSS se descentralizó administrativamente en 27 servicios de salud de base territorial (29 en la actualidad).
- La creación del Instituto de Salud Pública (ISP), la Central Nacional de Abastecimiento Cenabast (destinada a la provisión y la distribución de medicamentos e insumos) y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa)[5], este último con un doble rol: financiador del sistema (recaudación, mancomunación, asignación) y a la vez seguro público de salud, bajo el principio de solidaridad de sus contribuyentes e incluyendo también a todas las personas sin capacidad de pago[6].
- En 1981 se produce la segmentación del aseguramiento entre Fonasa como aseguradora sanitaria pública y las Isapres como aseguradoras privadas, financiadas ambas con cuotas obligatorias de seguridad social (las Isapres se financian además con aportaciones de los asegurados). La creación de las Isapres, en el marco de un mercado privado de seguros, se acompañó paralelamente de la disminución de la inversión estatal (reducción del gasto fiscal en salud del 18,9% en 1970 al 7,8% en 1984[1]). Dichas entidades han venido funcionando como cualquier compañía de seguro sanitario, a través de contratos que determinan coberturas y servicios, en función de la cuantía del pago y la existencia de riesgos (a mayor morbilidad y edad, mayor penalización). El resultado ha sido la proliferación de seguros, llegando a existir más de 65.000 planes de seguros distintos, lo que dificultó la elección de los usuarios, así como la eficiencia global del sistema. Como ocurre en los modelos centrados en el mercado, el sector público acaba actuando como proveedor de última instancia, concentrando en Fonasa a la población de menores recursos y mayor riesgo sanitario[7]. Representativo de lo anterior es la desafortunada afirmación del exdirector de Fonasa y expresidente de la Asociación de Isapres: «Las Isapres no pueden darse el lujo de incorporar gente enferma»[8]).
- La administración, desde 1981, de la mayor parte de los centros de atención primaria de salud (APS) por parte de las municipalidades, lo que genera inevitablemente diferencias e inequidades en la financiación, la prestación y los resultados según las prioridades y la riqueza de los municipios.

El proyecto de reforma del gobierno Boric aspiraba a modificar buena parte de esta situación.

Democracia, previo al estallido social

La recuperación de la democracia en 1989 vino acompañada de esfuerzos por regular el sistema Isapres y fortalecer la red pública, aunque aún alejados de los fundamentos de un servicio nacional de salud. En los años 1990 se aumentó significativamente el gasto sanitario público gracias al crecimiento económico, aunque el porcentaje del producto interior bruto (PIB) destinado a salud se mantuvo casi estable en el 3%[9]. La atención primaria (AP) siguió dependiendo de las municipalidades en su mayor parte, aunque se implementó la financiación per cápita y se crearon en 1997 los Centros de Salud Familiar (Cesfam), con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

A principios de los 2000 se consolida una reforma que, si bien no es estructural, introduce elementos relevantes de cambio:

- La elaboración de los Objetivos Sanitarios 2000-2020, posteriormente reformulados para el periodo 2011-2020 y de nuevo hasta 2030.
- La puesta en marcha en 2004 del plan AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas en salud), posteriormente denominado Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), con el objetivo de proporcionar acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para patologías de alta carga en la población, de alto impacto o con necesidad de atención precoz, ya sean atendidas en el sector público o en el privado. Se establecieron a través de un algoritmo que incluía magnitud, efectividad, coste, capacidad del sistema y consenso social. Inicialmente contemplaba 25, alcanzando en la actualidad 90 problemas de salud[10].
- La separación de funciones rectoras del Minsal, dividiendo las tareas entre la Subsecretaría de Salud Pública y las Redes Asistenciales.
- El fortalecimiento de la Superintendencia de Salud para regular los sectores público y privado.
- La estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), siguiendo el modelo de la Organización Panamericana de la Salud[11].
- La implantación del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario (MAIS)[12], presente en más del 80% del país.

El proceso tras el estallido

Las protestas estudiantiles en octubre de 2019 ante la subida del billete del metro en Santiago de Chile generaron un movimiento de descontento social que acabó generalizándose en todo el país (el llamado «estallido social»), en buena medida generado al margen de los partidos tradicionales. Las reivindicaciones pasaron a ser de transformación profunda del país ante la endémica y creciente desigualdad. La salida a la crisis fue un acuerdo para iniciar un proceso constituyente que debería ser ratificado mediante plebiscito (Acuerdo por la Paz y la Nueva Constitución). La propuesta inicial de Constitución suponía cambios radicales respecto al modelo previo, también en materia de salud[13] (véase el Material suplementario).

En ese contexto, las elecciones presidenciales de diciembre de 2021 supusieron la ratificación social de dicho proceso de cambio,

Tabla 1
Estructura general del sistema de salud chileno: gobernanza y financiamiento

Funciones	Desempeño
Rectoría	Autoridad sanitaria constituida por el Ministerio de Salud (Minsal), las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis) y el Instituto de Salud Pública (ISP)
Fiscalización	Seremis, ISP y Superintendencia de Salud
Financiamiento y aseguramiento	Sistema segmentado mixto (público y privado) al que se adscriben los ciudadanos en función de sus preferencias y recursos. • Fonasa recauda, financia y distribuye los recursos del sector público obtenidos de impuestos generales y cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7%). No existen exclusiones por razones de sexo, edad, nacionalidad, ingresos, patologías previas ni número de cargas familiares. Existían cuatro tramos (A, B, C y D) en función del nivel de ingreso. Con la estrategia de «Copago cero» desaparece el pago en función de los ingresos. Predominan personas de menores ingresos, mujeres y adultos mayores con mayor carga de enfermedad. • Isapres: aseguradoras privadas financiadas por las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que optan por ellas (7% del salario más cotizaciones voluntarias, alcanzando el 10% del salario). Predominan personas de mayores ingresos, hombres y jóvenes. • Las fuerzas armadas (ejército, aviación, armada, carabineros) tienen aseguramiento propio.
Modalidades de pago	• Fonasa financia a prestadores a través de tres programas: 1) Atención primaria municipal: un 70% per cápita mensual (11.205 pesos mensuales en 2024) de acuerdo con una cartera de servicios (Plan de Salud Familiar), más un 30% de pago estatal para prestaciones no incluidas en la cartera. En territorios < 3500 habitantes (47 comunas) hay una financiación fija. 2) Programa de Prestaciones Valoradas (PPV): cubre prestaciones de nivel secundario y terciario. 3) Programa de Prestaciones Institucionales (PPI): cubre también prestaciones de nivel secundario y terciario no incluidas en las dos anteriores en base al gasto histórico. Pago Asociado a Diagnóstico (PAD): cubre prestaciones previamente estandarizadas para beneficiarios Fonasa en modalidad de libre elección. • Isapres: los contratos deben incluir al menos GES y Plan complementario a las GES. Las coberturas alcanzan hasta cerca del 70% en hospital, 60% en ambulatorio y 80% para GES. También se ofrece una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC).

Fuente: modificada de ref. 33.

con la llegada a la presidencia de Gabriel Boric, candidato del Frente Amplio, quien apoyó explícitamente la aprobación de la propuesta constituyente.

El doble fracaso del proceso constituyente

El rechazo de la propuesta de Constitución en septiembre de 2022[14] por un 61,86% de los votos supuso la necesidad de elaborar una nueva propuesta (el llamado Acuerdo por Chile)[15], que también fue rechazada en plebiscito en diciembre de 2023 por el 55,7%. Este hecho implicaba no volver a someter a plebiscito ninguna otra propuesta en ese periodo de gobierno y, por lo tanto, mantener en vigor la Constitución de 1980 con las actualizaciones incluidas posteriormente[16]. En cualquier caso, normativamente seguía estando vigente el modelo establecido a finales de los años 1970, muy alejado de un servicio nacional de salud.

Características generales del sistema sanitario en Chile

Estructura

En las tablas 1 y 2 se sintetizan las principales características estructurales del sistema sanitario en Chile. Cabe destacar que, en materia financiera, el gasto per cápita en salud (3749 $PPP), aunque por debajo de la media (5967) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ocupa el tercer lugar en LAC[17]. Según esta fuente, de él, un 55% (2065) es público y un 45% (1684) es privado, por lo que si bien destina hasta un 10,5% del PIB a salud (por encima del 9,5% del promedio de la OCDE), el porcentaje de gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total es solo del 55% (en comparación con el 64% en Perú, el 71% en Costa Rica y el 76% en Colombia). Este nivel de gasto es reflejo de una histórica limitación en la inversión estatal en salud heredada de la dictadura, periodo en el que apenas suponía el 1,9% del PIB[18]. La insuficiencia del financiamiento público se traduce en una desprotección financiera relevante, reflejada en un elevado gasto de bolsillo, que en 2019 alcanzó el 3,1% del PIB y el 31% del gasto sanitario total, la cifra más alta entre los países de la OCDE[17]. Mientras el gasto per cápita de un afiliado Isapre era similar al de un ciudadano de España o del Reino Unido, el de un afiliado Fonasa estaba entre los más bajos de Latinoamérica[19]. Todo ello define el sistema mixto actual, donde las Isapres cubren al 18,5% de la población, pero consumen cerca de la mitad de los recursos sanitarios del país, mientras que el sector público (Fonasa) cubre a más del 80% con el resto de los fondos[7]. Las reformas introducidas en democracia no han conseguido, pues, modificar sustancialmente el modelo neoliberal instaurado en la dictadura ni consolidar los principios de un sistema de seguridad social.

Resultados

Según los criterios de desempeño de un sistema sanitario (resultados en salud, coste y experiencia del usuario[20], ampliados a significado[21] y equidad[22]), Chile presenta algunos indicadores de salud muy positivos, en especial si se compara con otros países latinoamericanos[23], como la esperanza de vida (81,6 años, algo por encima de la media de la OCDE), las cifras de mortalidad infantil y materna (con una reducción del 50% en el periodo 2000-2020), la mortalidad por todas las causas entre 15 y 60 años (la segunda más baja de Latinoamérica) y la tasa ajustada de mortalidad tratable (78 muertes por 100.000 frente a 77 de la OCDE)[24]. Presenta también la cifra más baja del continente en malnutrición infantil, y sus cifras de vacunación (triple vírica, sarampión, hepatitis B) están entre las más altas del continente, siempre por encima del 95%.

No obstante, también presenta importantes debilidades en términos de acceso y satisfacción usuaria, situándose en esto último por debajo del promedio de los países de la OCDE (44% frente a 64%)[23]. Asimismo, exhibe marcadas desigualdades, con un coeficiente de Gini elevado y una alta concentración de la riqueza, lo que se traduce en resultados desiguales en salud. Esto se evidencia en las Encuestas Nacionales de Salud[25], en las que destaca que las personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica no solo presentan peores indicadores de daño en salud, sino que además concentran la mayor proporción de factores de riesgo.

Tabla 2
Estructura general del sistema de salud chileno: prestación

Funciones	Características
Modalidades de atención	• Modalidad de Atención Institucional (MAI): exclusiva de los prestadores públicos; incluye exámenes preventivos, asistencia curativa, atención odontológica y procesos de rehabilitación. En esta modalidad fue eliminado el copago. • Modalidad de Libre Elección (MLE): en prestadores privados fundamentalmente y en públicos con convenio (Fonasa). Tanto Fonasa como las Isapre tienen obligación de ofrecer un plan de salud mínimo (listado de prestaciones aranceladas), contando con Garantías Explícitas en Salud (GES) para su prestación.
Prestación	• Prestador Público: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) está constituido por Minsal, Fonasa, ISP, los Servicios de salud (29), la Cenabast y aquellas instituciones que suscriben convenios con el sector público. La atención se articula a través de Redes en cada Servicio de salud, diferenciándose por nivel de complejidad (niveles 1 a 3). Existen también redes especializadas, como las redes GES y las redes complejas (cardiocirugía, neurocirugía, grandes quemados). • Centros de AP (2514 establecimientos): diversificados en estaciones médico-rurales (centros comunitarios sin personal estable donde acuden rondas periódicas del equipo de salud del territorio), postas de salud rural (atendidas por un técnico paramédico residente), consultorios generales rurales (2000-5000 habitantes) y consultorios generales urbanos (poblaciones > 20.000), centros comunitarios familiares (Cecosf), dependientes de centros de salud familiar (Cesfam), hospitales comunitarios, Servicios de Atención Primaria de Urgencias (cubren horario no hábil del centro de AP) y Servicios de Urgencia de Alta Resolución (funcionan entre 17 y 8 AM). • El 87% de la AP está bajo administración municipal; el resto, por el SNSS, ONG o universidades (Ancora). • Centros de nivel secundario y terciario: Centro Comunitario de Salud Mental (Cosam), Centros de Referencia en Salud (CRS, atención abierta por especialidad), Centros Diagnóstico-Terapéuticos (CDT), Centros de Especialidad, Hospitales e Institutos de especialidad. • Prestadores privados, que pueden ser de dos tipos: Nivel hospitalario: incluye clínicas de mediana y alta complejidad, generalmente con ánimo de lucro. Nivel ambulatorio: forman parte centros médicos y consultas privadas. • Prestadores propios de las Fuerzas Armadas • Prestadores propios de las Mutualidades.

Modificada de ref. 33.

La admisión hospitalaria por condiciones sensibles a la resolución de la AP por encima de LAC-7 (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Paraguay y Perú) en asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardiaca, y en la media para la diabetes *mellitus,* son oportunidades de mejora en términos de resolutividad de la AP[23]. La estancia media hospitalaria es de 6 días (7,4 en los países de la OCDE-36) y la mortalidad a 30 días después de un infarto agudo de miocardio es del 8,3% (el promedio de la OCDE es del 6,5%) y del 8,7% después de un accidente cerebrovascular (el promedio de la OCDE es del 7,7%)[23].

En resumen, buenos indicadores de salud, indicadores de calidad asistencial aceptables e importantes oportunidades de mejora en equidad y protección financiera.

El proyecto de reforma en salud del gobierno Boric

La llegada al gobierno del presidente Boric generó grandes expectativas, enmarcándose en la instalación de una concepción de la salud como derecho social, en coherencia con las demandas de transformación expresadas durante el estallido social de 2019[26]. Los principales desafíos identificados tras este se resumían en los siguientes:

- Las expectativas y preocupaciones de las personas. Las personas no sentían que el sistema de salud respondiera a sus expectativas en cuanto a trato digno, seguridad y confianza: solo el 40% de la población se declaraba satisfecha con el sistema de salud en 2018[27]. Por ello, la salud fue considerada una de las principales áreas a reformar para solucionar el conflicto social del estallido social del año 2019, solo por detrás de la regulación de las pensiones[28].
- El incremento de las enfermedades crónicas, incluyendo la salud mental.
- La protección financiera: la proporción de hogares que gastaban más del 10% de su presupuesto familiar en salud pasó del 9% en 2006 a casi el 15% en 2016[29].
- La necesidad de avanzar hacia el fortalecimiento de un sistema de salud resiliente. Chile no es ajeno a las consecuencias de la crisis climática y ambiental: fenómenos como terremotos, aluviones, incendios o la propia pandemia de COVID-19 profundizaron las desigualdades sociales existentes, reflejando los déficits estructurales del sistema en cuanto a prevención, vigilancia y respuesta.

Los principales objetivos planteados inicialmente (2023) para dar respuesta a dichos desafíos fueron:

- Mejorar la salud de la población mediante un sistema de salud que preste cobertura y acceso universal, basado en tres principios fundamentales: equidad, perspectiva de género y étnica, y cuidados integrales.
- Centrar la acción del sistema sanitario en torno a las personas, tomando en cuenta sus necesidades de salud, expectativas y experiencias, para dar mejor respuesta a estas y avanzar hacia un sistema sanitario seguro y confiable (Estrategia de cuidados integrales centrados en la persona [ECICEP]).
- Otorgar mayor protección financiera, disminuyendo el gasto de bolsillo y evitando el gasto catastrófico en salud, lo que implica también avanzar hacia la optimización de los procesos de gestión involucrados en los sistemas sanitarios.
- Avanzar hacia un sistema de salud preparado y resiliente, que prevenga, pesquise y responda oportunamente a desafíos sanitarios emergentes.
- Desarrollar un sistema de salud capaz de construir salud y bienestar como acción transversal de todo el Estado, con énfasis en la acción territorial.

En 2023 se anunció una agenda de transformaciones en salud, estructurada en cuatro ejes (tabla 3), que incluye la Estrategia Nacional de Salud 2022-2030, con financiación en forma de préstamo del Banco Mundial de una cuantía de 200 millones de dólares para implementar la universalización de la AP[30].

Todas estas medidas están en proceso de evaluación continua y con metas trazadas para el año 2028.

Los obstáculos a la reforma

Durante el periodo presidencial 2022-2026, determinadas contingencias dificultaron en gran medida el desarrollo de dicha hoja

Tabla 3
Ejes de la agenda del gobierno Boric

Eje	Objetivo	Medidas propuestas	Medidas desarrolladas
1	Dignificar y modernizar el sistema público	• Rediseño y modernización de la institucionalidad que sustenta la Autoridad Sanitaria (gobierno, fuerza laboral, facultades y procesos administrativos) • Diseño e implementación de un modelo de gobierno y gestión de los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y centros de atención ambulatoria adosados a los hospitales • Mejoramiento de la gestión de la Red Asistencial, de forma especial el abordaje de tiempos de espera • Proyecto de fortalecimiento de la Calidad Técnica y Percibida de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) • Desarrollo de una plataforma *on line* para la visualización y entrega de servicios a usuarios • Introducción de tecnologías de la información apropiadas y creación del Servicio de Salud Digital	• Aprobación del proyecto de modernización del SNSS, destinado a fortalecer a Fonasa, otorgar nuevas atribuciones tanto al ISP como a Cenabast • Desarrollo de un modelo de integración de la red asistencial, que incluye la participación central de la AP, el fortalecimiento del Consejo Integrado en Red (CIRA), las estrategias tecnológicas que favorecen la integración de la red asistencial y el desarrollo y la expansión del modelo de Centros Regionales de Resolución (CRR), buscando el alto rendimiento en la resolución de lista de espera quirúrgica y de procedimientos • Aprobación en 2025 de la Ley N.° 21.736 del Sistema de Acceso Priorizado (SAP) y protección financiera de intervenciones sanitarias no GES • Creación de un nuevo Servicio de Salud que incluye los Departamentos de Salud Digital y de Atención Remota de Salud y la Unidad de Gestión Centralizada de Casos • Expansión de plataformas digitales interoperables, dotando de Internet satelital a centros de salud rurales, y creando un Sistema de Información Territorial en Salud
2	Garantizar la cobertura universal de la atención primaria de salud	• Cinco objetivos (cobertura, gobernanza, financiamiento, intersectorialidad y recursos) • Tres ejes estratégicos: ampliación de cobertura y acceso efectivo (con inscripción de personas no beneficiarias de Fonasa, tales como Fuerzas Armadas e Isapres) a los centros públicos de AP, modelo de cuidados sanitario, social y ambiental digno y de calidad para el territorio a cargo, y marco de monitoreo y evaluación del desempeño	• La implementación de la APS-U se inició en 2023 con siete comunas pioneras: Canela (Coquimbo), Alhué (Región Metropolitana, M), Renca (RM), La Cruz (Valparaíso), Coltauco (O'Higgins), Linares (Maule) y Perquenco (Araucanía). En 2025 se alcanzó a 28 comunas. Para el año 2028 se espera alcanzar 87 comunas. Los datos preliminares muestran que el número de personas inscritas y de las que efectivamente usan los servicios ha aumentado significativamente en las comunas pioneras. Además, se promovió la extensión horaria (de 17:00 a 20:00 h, y sábados), para facilitar el acceso de la población trabajadora y reducir la sobrecarga de los servicios de urgencia
3	Generar condiciones de vida saludables	• Trabajo intersectorial para un abordaje integral de los problemas • Gestión social local • Participación social como motor de cambio • Fortalecimiento de la capacidad de monitoreo y evaluación de los determinantes de la salud desde el ámbito local • Relevar el papel del ámbito local en la generación de soluciones e innovación, y el rol nacional que habilita las condiciones para ello	• Se trabajó de manera intersectorial con el Ministerio de Desarrollo Social, los municipios y otras entidades, para compartir bases de datos y cartografías que permitan identificar rápidamente a la población más vulnerable
4	Construir un nuevo sistema de seguridad social en salud	• Propuesta de Fondo Universal de Salud compuesto por el conjunto de los recursos destinados al financiamiento del Régimen General de Prestaciones de Salud • Elaboración del proyecto de ley orientado a regular los seguros voluntarios de salud como seguros de «segundo piso»	Eliminación del copago en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) de Fonasa, (llamado Copago Cero), implementado en 2022

Modificada de ref. 26.

de ruta. En primer lugar, el veto a la reforma tributaria por parte de la Cámara de Diputados en 2023 frustró el financiamiento de las políticas sociales proyectadas. La recaudación tributaria como porcentaje del PIB es del 20,6% en Chile, casi en la media de la Región de Latinoamérica, pero a gran distancia de la media de la OCDE (33,9%). Incluso descendió un 3,2% en el periodo 2022-2023, la mayor disminución en dicha Región[31]. El gobierno del presidente Boric pretendía recaudar hasta un 3,6% más del PIB (unos 10.000 millones de dólares) en 4 años a través de medidas contra la evasión y la elusión, la modernización de los procedimientos tributarios y las modificaciones en las bases o las tasas impositivas (incluyendo un impuesto a los altos patrimonios. El proyecto incluía también modificaciones en los impuestos a la minería.

En segundo lugar, en diciembre de 2022, la Corte Suprema acogió 12 recursos de protección presentados en contra de seis Isapres por las alzas anuales de los planes de salud, interpretando la autoridad judicial que estas habían contraído una deuda con los afiliados desde 2019, que la Superintendencia de Salud estimó en más de 1400 millones de dólares (1,11 billones de pesos). La Corte Suprema obligaba a las Isapres a devolver a los afiliados (unos 700.000) los montos cobrados en exceso en un periodo de 5 años. Esta cifra era difícilmente remontable sin mediar un rescate financiero de proporciones poco aceptables socialmente.

La crisis del sistema de seguros privados de salud se acabó transformando en una crisis sanitaria, que generó una crisis política cuya salida fue buscar una solución que evitara tanto la bancarrota de los seguros privados (y el colapso de buena parte de los servicios privados) como la sobresaturación de Fonasa, que debería haber acogido a los ciudadanos procedentes de las Isapres en dicha situación (lo que se llegó a denominar el «tramo E» de Fonasa).

Con el fin de dar respuesta a dicha crisis se aprobó la Ley 21.674 o Ley Corta de Isapres para facilitar la aplicación del fallo de la Corte Suprema, estableciendo nuevos montos y plazos, ampliando el plazo de pago de deuda a 13 años (salvo para los mayores de 65

años) y permitiendo un descuento de hasta el 35% si se realizaba en «pago único»[32].

La ley también introdujo la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en Fonasa de grupos B, C y D, que permite obtener cobertura complementaria a determinadas prestaciones aranceladas[33].

Ante las dificultades para avanzar en los grandes hitos de la reforma hacia un seguro único de salud, el gobierno de Boric centró su actividad en ciertos proyectos prioritarios, como la implementación del proyecto de AP universal[34] aumentando los recursos para este nivel, la eliminación de las preexistencias en las Isapres, la implantación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), la aprobación de la Ley Integral en Salud Mental (en trámite) y la creación del Servicio Nacional de Salud Digital.

Discusión

Desde hace cinco décadas Chile mantiene un sistema de características bismarkianas, con elevada desigualdad al estar segmentado en dos sistemas de aseguramiento y prestación. El estallido social abrió una ventana a la posibilidad de transitar de nuevo hacia un seguro de salud único y universal. El incremento de la recaudación tributaria, la creación de un Fondo Universal de Salud y la evolución de las Isapres hacia seguros complementarios eran los pilares fundamentales de la reforma, objetivos en los que se trabajó, pero que no han podido realizarse.

Sin duda, se han registrado avances significativos en este periodo de gobierno. En especial son destacables la eliminación del copago de los afiliados a Fonasa (relevante en materia de protección financiera) y el fortalecimiento de la AP con la puesta en marcha de la AP universal (que habilita que cualquier persona, independientemente de su seguro de salud, público o privado, pueda ser atendida en AP). En un sistema en el que no existen estímulos a la eficiencia en el uso de servicios, esto supone un relevante avance, dada la abrumadora evidencia de los beneficios de una AP fuerte en un sistema de salud, en términos de eficiencia global del sistema y de reducción de la mortalidad y de la inequidad[35,36]. Además de ello, se han impulsado diferentes proyectos de ley destinados a fortalecer la estructura institucional del sistema, que requieren aún su completo desarrollo. Cabe destacar así mismo la transformación digital, con la potenciación de la telemedicina y el llamado «hospital digital», el abordaje integral del cáncer, el fortalecimiento de la preparación ante emergencias y desastres (frecuentes en este periodo), el refuerzo en la vacunación y la priorización de la salud mental, con la estrategia de prevención de suicidios, el aumento de cobertura de centros comunitarios de salud metal (los llamados Cosam de tercera generación) y la potenciación de las líneas de atención a la demencia.

No obstante, el sistema de salud arrastra problemas endémicos, algunos comunes al resto de los países de la región. Por ejemplo, siguen sin diferenciarse claramente las funciones de rectoría de las de provisión, existen escasa participación ciudadana y alta dependencia política, y la rendición de cuentas es insuficiente y sectorizada[33]. El modelo GES no resuelve por completo la inequidad, al priorizar unos problemas de salud sobre otros, algo que pretendía minimizar uno de los ejes de la reforma: dentro de un problema de salud GES, por ejemplo, el problema 12 («Endoprótesis total de cadera en personas de más de 65 años con artrosis de cadera con limitación funcional severa»), se excluye de la prestación a personas que también pueden requerirla, estando además activos, solo por no tener la edad establecida.

La AP presenta también una baja capacidad de resolución, con un alto grado de hospitalizaciones evitables que alcanzan el 11% de los egresos anuales del sistema, el 20% de los días-camas disponibles y, en definitiva, cerca de 300 millones de dólares de gasto evitable[37].

Las listas de espera hospitalaria han ido aumentando, tanto en número de GES incumplidas (más de 77.000 en 2024) como en el resto de los problemas de salud. A pesar de su reducción en el periodo 2022-2023, se observa un incremento a niveles previos a la pandemia en el periodo 2024-2025, incluso con iniciativas como la Ley N.° 21.736 de 2025 que crea el Sistema de Acceso Priorizado (SAP)[33].

En definitiva, se considera que, aunque las propuestas de reforma tuvieron coherencia con los principios de salud universal, su implementación efectiva encontró obstáculos debido a limitaciones estructurales y políticas derivadas de un contexto político adverso[38]. Estas resistencias han determinado en buena medida que los resultados obtenidos en el periodo 2022-2026 hayan sido limitados, a lo que también han contribuido la existencia de diversas contingencias prioritarias (catástrofes naturales, epidemias), la propia ambición de la reforma para un periodo de ejecución muy corto y la existencia de problemas estructurales arrastrados desde su inicio (Isapres). Esto último, manifestado en el fallo de la Corte Suprema, situó al gabinete de Boric en la disyuntiva entre aplicar en su integridad la sentencia (bajo la amenaza latente de una crisis sanitaria, económica y política) o buscar una solución intermedia para evitar el colapso del sistema público y el posible cierre de múltiples proveedores privados, que fue finalmente la decisión tomada. Esta generó un amplio descontento en parte de sectores sociales y grupos de influencia que habían apoyado el proceso, considerándolo una oportunidad perdida en el camino hacia un seguro único, público y universal de salud[39,40]. Existe la convicción de que las Isapres han resultado beneficiadas con la Ley Corta, al obtener ventajas del fallo judicial en términos de pago de su deuda. Así mismo, la posibilidad de los beneficiarios de Fonasa de atenderse en prestadores privados a través de un copago (Modalidad de Libre Elección [MLE]) plantea la duda de si se pretendía avanzar hacia un modelo de seguro único (complementado con la posibilidad de contratar seguros complementarios) o más bien hacia un modelo de multiseguro[41], de lo cual es muestra el uso creciente de la MLE en Fonasa (aumento del 7% entre 2010 y 2024)[32].

Las grandes dificultades que experimenta Chile para alejarse de un sistema dual *(two tier)* hacia un servicio nacional de salud[42] ponen de manifiesto que los procesos de desmantelamiento de estados de bienestar[43] avanzan con mucha menor dificultad que los procesos de cambio en dirección contraria.

La elección de José Antonio Kast, fundador del Partido Republicano, como presidente para el periodo 2026-2030 abre numerosas interrogantes sobre la evolución del sistema chileno. Existen múltiples incertidumbres respecto a la posibilidad de modificar en algún momento la Constitución de 1980, mantener el proyecto de AP universal y, sobre todo, avanzar hacia un modelo de seguro único o un nuevo sistema de seguridad social.

Conclusiones

El sistema de salud en Chile presenta resultados en salud por encima de la media de la Región de las Américas, con un elevado gasto en salud, pero a costa de un desproporcionado gasto de bolsillo que genera altos niveles de inequidad social, como consecuencia de las medidas políticas, sociales y económicas establecidas tras el golpe de Estado de 1973.

El estallido social de 2019 dio la opción de transitar hacia un modelo más cercano a un seguro único de salud. Sin embargo, la ausencia de mayorías parlamentarias, la resistencia de los poderes económicos y la magnitud de las transformaciones propuestas impidieron concretar la reforma tributaria necesaria para aumentar la recaudación, así como la creación de un Fondo Universal de Salud y la integración del sistema de prestación mediante la redefinición de las Isapres hacia seguros complementarios. Si bien se

han concretado avances relevantes en el periodo de gobierno del presidente Boric, el escenario político proyectado apunta a la continuidad del modelo sanitario vigente, cuyo origen se remonta a las reformas implementadas en el marco de la dictadura militar iniciadas en 1981.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Chile presenta uno de los sistemas de salud más estables y consolidados de Latinoamérica, con indicadores muy positivos en salud y una sólida estructura de gestión, pero con un alto grado de inequidad. La dictadura de Pinochet sustituyó un servicio nacional de salud por un modelo neoliberal que generaba amplia desigualdad en la prestación e insuficiente protección financiera.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se describen las expectativas tras el estallido social de 2019 y los objetivos de la reforma del gobierno de Gabriel Boric, así como los obstáculos en su desarrollo. A pesar de los relevantes avances realizados en este periodo, Chile demuestra que, mientras es factible la demolición de un servicio nacional de salud, construirlo a partir de un modelo de fuerte ideología neoliberal es enormemente complejo.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a Gaceta Sanitaria, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

S. Minué Lorenzo: conceptualización, metodología, administración del proyecto, validación, visualización, redacción borrador original, revisión y edición. F. Jaramillo Castell: conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, validación, visualización, redacción borrador original, revisión y edición. V. Pantoja de Prada: metodología, redacción, revisión y edición. A. Delgado Díaz: obtención y curación de datos, análisis formal, metodología, redacción, revisión y edición.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

F. Jaramillo Castell trabajó para el Ministerio de Salud en el periodo 2022-2023. El resto de los autores no manifiestan ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2026.102604.

Bibliografía

1. Muñoz-Muñoz CG. Sistema público de salud en Chile: desafíos de reestructuración. Salud Publica Mex. 2024;66:718–25.
2. Kaempfer AM, Medina E. La salud infantil en Chile durante la década del setenta. Rev Chil Pediatr. 1982;53:468–80.
3. Peña S, Ramírez J, Becerra C, et al. El Programa de Médicos Generales de Zona de Chile, una estrategia multidimensional para atraer y fidelizar a médicos en las zonas rurales. Cuad Med Soc (Chile). 2015;55(1 y 2.).
4. Klein N. The shock doctrine: the rise of disaster capitalism. New York;. 2011. Disponible en: https://selforganizedseminar.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/07/naomi-klein-the-shock-doctrine.pdf.
5. Azevedo C. La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. Rev Saude Publica. 1998;32:192–9.
6. Titelman D. Reforms to health system financing in Chile. CEPAL Review. 1999;69:185–99.
7. Cid C, Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. Rev Panam Salud Pública. 2017;41:1.
8. Villalobos F, Marin V. EMOL. 24 de abril de 2019. Isapres no pueden darse el lujo de incorporar gente enferma. (Consultado el 2-10-2025.) Disponible en: https://www.emol.com/noticias/Economia/2019/04/24/945729/El-sistema-de-isapres-no-puede-darse-el-lujo-de-incorporar-gente-enferma-La-polemica-frase-que-enfrenta-a-Santelices-con-el-gremio.html.
9. Unger JP, De Paepe P, Cantuarias GS, et al. Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. PLoS Med. 2008;5:e79.
10. Ministerio de Salud de Chile. Decreto exento N.° 58 que aprueba la Norma técnica que determina el listado específico de prestaciones para las garantías explícitas en salud aprobadas mediante decreto supremo N.° 29 de 2025 del Ministerio de Salud.
11. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. OPS, WDC; 2010.
12. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e160.
13. Convención Constitucional. Propuesta de Constitución Política de la República de Chile [Internet]. Santiago: Convención Constitucional; 2022 [consultado 4 Jul 2022]. Disponible en: https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf.
14. Canzano A, Dammert L, Dingemans A, et al. El Proceso Constituyente Chileno (2019-2022). Análisis, interpretaciones y perspectivas. Santiago: RIL editores, Universidad de Santiago de Chile; 2022.
15. Consejo Constitucional de Chile. Propuesta de Constitución Política de la República de Chile [Internet]. Santiago: Consejo Constitucional; 2023 [consultado 15 Abr 2024]. Disponible en: https://www.procesoconstitucional.cl/docs/Propuesta-Nueva-Constitucion.pdf.
16. Constitución Política de la República de Chile. Santiago: Diario Oficial de la República de Chile; 1980.(actualizada el 9 de mayo de 2026).
17. OCDE. Panorama de la salud 2025: Chile [Internet]. París: OECD Publishing; 2025 [consultado 15 May 2026]. Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025-country-notes_2f94481e/chile_b440e042.html.
18. Rotarou ES, Sakellariou D. Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: a case study from Chile. Health Policy. 2017;121:495–503.
19. Vega J. Financiamiento de la salud en Chile. Santiago: Ministerio de Salud; 2014.
20. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood). 2008;27:759–69.
21. Sikka R, Morath JM, Leape L. The quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. BMJ Qual Saf. 2015;24:608–10.
22. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. JAMA. 2022;327:521.
23. OECD, The World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023. OECD Publishing; 2023 (Consultado el 27-10-2025.) Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_532b0e2d-en.html.
24. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de País - Chile. (Consultado el 26-10-2025.) Disponible en: https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/chile#mortality.
25. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. 2017 (Consultado el 26-10-2025.) Disponible en: https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/ENS-2016 17_PRIMEROS-RESULTADOS-ilovepdf-compressed.pdf.
26. Ministerio de Salud de Chile. Comisión Reforma de Salud. En: Reforma al sistema de salud. Una agenda de transformaciones. Sobre hombros de gigantes. Santiago: Minsal; 2023.
27. OECD. OECD Reviews of Public Health: Chile: a healthier tomorrow. Paris: OECD Publishing; 2019.
28. Ipsos. Claves 2020. Informe enero: Perspectivas. Santiago: Ipsos; 2020 [consultado 9 May 2026]. Disponible en: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2020-02/ipsos_-lt_claves_2020-expectativas_2020-_enero_2020.pdf.
29. Cid C, Flores G, Del Riego A, et al. Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e95.

30. World Bank. Chile: Program for Universal Primary Healthcare Coverage and Resilience. (Consultado el 2-10-2025.) Disponible en: https://documents1.worldbank.org/curated/en/099111523171017639/pdf/BOSIB-332f964b-7aa3-4238-94ce-55086eb6a6b8.pdf.
31. OECD. Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2025. París: OECD Publishing; 2025.
32. Ministerio de Salud de Chile. Ley 21674 que modifica el decreto con fuerza de ley n.° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el fondo nacional de salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional. Diario Oficial de la República de Chile; 24 May 2024.
33. Benavides P, Sugg D, Velasco C. Reformas en salud: análisis y propuestas para el diálogo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Temas de la Agenda Pública. 2025;20.
34. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas para la universalización de la Atención Primaria de Salud. Santiago de Chile: Minsal;. 2025.
35. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83:457–502.
36. Basu S, Phillips RS, Berkowitz SA, et al. Estimated effect on life expectancy of alleviating primary care shortages in the United States. Ann Intern Med. 2021;174:920–6.
37. Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP). Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). 2022. Disponible en: https://cnep.cl/wp-content/uploads/2022/06/Informe-final.pdf
38. Gattini C, Morales JP. Pertinencia y factibilidad de reforma para crear un sistema universal de salud en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:1.
39. Bass C. Universalización de atención primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva. Cuad Med Soc. 2025;65:53–65.
40. Parada M. Una nueva reforma funcional a las Isapres que deja todo igual: ¿y cuándo se hará la reforma estructural del Sistema de Salud? 15 de octubre de 2024 (Consultado el 2-10-2025.) Disponible en: https://www.ciperchile.cl/2024/10/15/una-nueva-reforma-funcional-a-las-isapres-que-deja-todo-igual-y-cuando-se-hara-la-reforma-estructural-del-sistema-de-salud/.
41. Parada M. Ley Corta de Isapres: triunfó el liberalismo. 15 de mayo de 2024 (Consultado el 2-10-2025.) Disponible en: https://www.ciperchile.cl/2024/05/15/ley-corta-de-isapres-triunfo-el-liberalismo/./.
42. Villarroel S, Franco JVA, Escobar CM. Without progressive reforms, the future of Chile's healthcare system remains bleak. BMJ. 2024;384:q180.
43. Mckee M, Stuckler D. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. BMJ. 2011;7973:1–6.