

# PERSISTENCIA EN LA INEQUIDAD: EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Laura Dragnic Tohá<sup>1</sup>  
María Belén Saavedra Prats<sup>2</sup>

## SÍNTESIS

Este capítulo analiza cómo el sistema de salud en Chile –a pesar de diversas reformas que han contribuido a mejorarlo en algunos aspectos– mantiene profundas inequidades en su acceso, calidad y resultados, durante las últimas décadas. Se revisará, también, de qué manera esta persistente inequidad vulnera los estándares internacionales aplicables al derecho a la salud. Se realizan, al final del capítulo, recomendaciones para tratar de hacer frente y, en lo posible cambiar, un modelo de salud mixto, donde conviven un sistema público –eficiente en ciertos ámbitos, pero sobrecargado– con un sistema privado tambaleante a causa de los últimos fallos judiciales, orientado al lucro, poco solvente y con un acceso restringido, en particular, a los sectores de mayores ingresos.

**Palabras claves:** *derecho a la salud, atención primaria, inequidad, Fonasa, Isapre, salud, determinantes sociales de salud, desigualdad.*

---

<sup>1</sup> Abogada por la Universidad de Chile, magíster en Filosofía Política y Pensamiento Contemporáneo por la Universidad Diego Portales y LL.M en Salud Nacional y Global por la Universidad de Georgetown.

<sup>2</sup> Abogada y magíster en Litigación Pública y Derecho Constitucional de la Universidad Diego Portales. Asociada Senior del Centro de Salud y Derechos Humanos del Instituto O'Neill de la Universidad de Georgetown. Agradecemos especialmente la colaboración de Lukas González y Matías Gudiño, quienes se desempeñaron como ayudantes de investigación y contribuyeron al desarrollo del trabajo que sustenta este capítulo.

## INTRODUCCIÓN

El sistema de salud chileno –objeto de reiteradas críticas a lo largo de varias décadas– ha llegado, durante los últimos años, a un punto crítico y de incertidumbre por una multiplicidad de factores. En el sistema público tenemos la crisis de las listas de espera con más de dos millones de personas esperando, ya sea para consultas o cirugías.<sup>3</sup> Por su parte, el sistema privado experimenta una crisis financiera y legal (detonada por cobros declarados indebidos tras un fallo de la Corte Suprema en 2022, que obligó a las Isapres a devolvérselos a sus afiliados), resuelta, temporalmente, por la Ley 21.674, denominada Ley Corta. Esta combinación entre fragmentación a raíz de nuestro modelo mixto, sobrecarga en el sistema público, colapso del modelo de Isapres y falta de fiscalización han llevado al sistema chileno a un punto crítico, que requiere cambios urgentes para evitar una posible regresividad contraria al derecho internacional de los derechos humanos.

Frente a las complejidades estructurales y coyunturales por las que atraviesa el sistema de salud chileno, y con el objetivo de responder de qué manera el Estado debiera garantizar el derecho a la salud en el contexto actual, este análisis se propone examinar brevemente la regulación vigente, los principales estándares internacionales en materia de derecho a la salud –incluida la jurisprudencia relevante–, para después identificar las deficiencias más importantes del sistema desde una perspectiva de equidad y no-discriminación.

### 1. BREVE DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El sistema nacional de salud en el país es de naturaleza mixta, lo que significa que la previsión y provisión de servicios está a cargo tanto de actores públicos como privados. La salud pública opera a través de un seguro social de salud administrado por Fonasa, sobre la base de un esquema de reparto, que se financia con el aporte de sus afiliados y con recursos del Estado, provenientes de los impuestos generales de la nación. La salud privada es operada por las instituciones de salud previsional (en adelante, Isapres) y por proveedores privados de salud.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> La Tercera.com: “Minsal reporta aumento en listas de espera y en garantías GES retrasadas, pero tiempos presentan reducción”, 27 de febrero de 2025.

<sup>4</sup> Subsecretaría de Previsión Social, *Sistema de Salud*. <https://previsionsocial.gob.cl/organizaciones/empresas-y-empleadores-empleadoras/sistema-de-salud/>; Corte IDH, *caso Vera Rojas contra Chile*, Escrito de Solicitudes, argumentos y pruebas (ESAP), 1 de octubre de 2021, párr. 67.

El Ministerio de Salud es el ente rector del sistema, a quien le corresponde fijar todas las políticas de salud que se desarrollen en Chile,<sup>5</sup> además de la regulación y fiscalización de las aseguradoras. El rol fiscalizador específico está a cargo de la Superintendencia de Salud, que controla a las entidades aseguradoras (ISAPRES y FONASA), y a los prestadores de servicios de salud.<sup>6</sup> De este modo, el sistema de salud en Chile se encuentra regulado en leyes, decretos con fuerza de ley, decretos y resoluciones administrativas, siendo estas últimas competencias de la Superintendencia de Salud.<sup>7</sup>

El modelo de atención en salud de Chile se jerarquiza de la siguiente manera: en primer lugar, la Atención primaria (en adelante, APS), puerta de entrada al sistema para la mayoría de las personas, con foco en promoción, prevención y atención de baja complejidad; la atención secundaria o de atención especializada ambulatoria y la atención terciaria que es de alta complejidad hospitalaria.

La APS constituye un nuevo paradigma en la intervención social de salud, que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas –tan pronto y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de ellas–, a lo largo de un proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.<sup>8</sup> En Chile está conformada por diversas entidades, entre ellas, los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y postas rurales. Según el Ministerio de Salud, al 2025, existen 602 CESFAM operativos a nivel nacional.<sup>9</sup>

El plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) tiene como objetivo asegurar la cobertura de un conjunto definido de problemas de salud, tanto para afiliados de Fonasa como de las Isapres. Desde su implementación, el número de patologías cubiertas ha aumentado, progresivamente, cada tres años: en sus inicios contemplaba 56, y hacia septiembre de 2022, abarcaba un total de 87 problemas de salud.<sup>10</sup> La selección de estas patologías

---

<sup>5</sup> Ley que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, artículo 4.

<sup>6</sup> Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, Ministerio de Salud, artículo 107.

<sup>7</sup> Superintendencia de Salud <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-marco-normativo/leyes-3002/>; véase, también, Corte IDH, *caso Vera Rojas contra Chile*, op. cit., párr. 70.

<sup>8</sup> OMS y UNICEF, *A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs*, 2018, p. 2.

<sup>9</sup> Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, *Reporte Comunal de Santiago, 2025*. <https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/repordf.html>

<sup>10</sup> Superintendencia de Salud, *Garantías Explícitas en Salud (GES)*, 2022.

responde a las prioridades sanitarias de la población, considerando criterios como la “magnitud del problema, impacto en las personas, vulnerabilidad, efectividad, costo, demanda potencial, oferta disponible y carga financiera para los hogares”.<sup>11</sup> El sistema GES se actualiza cada tres años mediante un nuevo decreto que define los problemas de salud, su definición clínica, las prestaciones y garantías correspondientes.<sup>12</sup> En la Cuenta Pública de 2025, el presidente Gabriel Boric anunció la incorporación de tres nuevos problemas de salud: hospitalización para menores de 15 años con depresión grave, tratamiento post-alta por cirrosis hepática asegurando continuidad terapéutica, y apoyo psicológico y terapia farmacológica para personas mayores de 25 años que buscan dejar el consumo de tabaco.<sup>13</sup>

El GES tiene como propósito otorgar garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.<sup>14</sup> Es, al menos en teoría, el sistema que mejor se alinea con las exigencias del derecho a la salud desde un marco de derechos humanos, pues pretende dar respuesta a los requerimientos de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad. En este contexto, evaluar el estado actual de funcionamiento del GES es crucial. Su eficiencia no solo tiene implicancias en términos administrativos o presupuestarios, sino que constituye un termómetro del cumplimiento del derecho a la salud en Chile. Si las garantías no se respetan –por ejemplo, si los plazos de otorgamiento de prestaciones no se cumplen– el sistema deja de ser una herramienta de equidad. Si bien el GES constituye un buen termómetro para evaluar el grado de cumplimiento del derecho a la salud en Chile, como indicador presenta limitaciones relevantes. En primer lugar, no todas las patologías que requieren atención sanitaria están incorporadas al régimen de Garantías Explícitas, lo que excluye del análisis un conjunto importante de necesidades de salud. En segundo lugar, los retrasos en la entrega de prestaciones GES obedecen a múltiples factores, entre ellos la pandemia de COVID-19, que generó un impacto sistémico y provocó una acumulación significativa de atenciones pendientes. Este fenómeno no es exclusivo de Chile, sino que se ha observado de manera generalizada en sistemas de salud de todo el mundo. Asimismo, como se examinará más adelante, la migración masiva de afiliados desde el sistema privado hacia el público ha ejercido una presión adicional sobre la red asistencial

---

<sup>11</sup> Marianela Castillo-Riquelme y Emilio Santelices, “Fundamentos para la Institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile”, *Revista Médica de Chile*, vol. 142, núm. 1, 2014.

<sup>12</sup> Biblioteca del Congreso Nacional, Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones, *Los cambios en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES-ex AUGÉ)*, 2016.

<sup>13</sup> El Mostrador.cl: “Cuenta Pública 2025: anuncian nuevas coberturas GES”, 1 de junio de 2025.

<sup>14</sup> Ley 19.966, artículo 4.

estatal, que no estaba preparada para absorber un aumento tan abrupto de su población beneficiaria, provocando retrasos en el cumplimiento de las garantías. Siempre teniendo en consideración esas limitaciones, analizar el desempeño del GES nos permite identificar brechas estructurales y evaluar el cumplimiento del derecho a la salud en Chile.

## 2. JUDICIALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud ha sido objeto de una creciente intervención judicial a través de fallos de los tribunales superiores de justicia, los cuales evidencian no sólo las brechas existentes en la provisión de servicios, sino también la urgencia de avanzar en una reforma estructural al sistema de salud que se ajuste a las necesidades actuales de las personas.

En 2010, el Tribunal Constitucional (TC) derogó, por inconstitucionales, los artículos<sup>15</sup> relativos a la tabla de factores del Decreto con Fuerza de Ley respectivo. Posteriormente, la Superintendencia dictó la circular IF/N 343, que entró en vigencia en 2020, impartiendo instrucciones sobre la tabla de factores que se utiliza en el sistema de ISAPRE.

Después, en noviembre de 2022, la Corte Suprema acogió una serie de recursos de protección, en los cuales se solicitaba que las Isapres se abstuvieran de aplicar la tabla de factores elaborada sobre normas que el TC declaró inconstitucional. Con estos fallos se determinó una nueva doctrina jurisprudencial, respecto a diferentes aspectos contractuales de las Isapre y cotizantes, a saber: a) plan base, b) tabla de factores, c) incorporación de nonatos y niños y niñas hasta los dos años, entre otros.”<sup>16</sup> El fallo, además, obliga a las Isapres a restituir los fondos mal cobrados. Estas sentencias son los precedentes judiciales que dieron paso a la Ley Corta de Isapres.

Sin embargo, no sólo el sistema privado ha estado sometido a una gran judicialización. En el caso del sistema público, se ha vuelto común la interposición de recursos de protección contra Fonasa por la falta de acceso a medicamentos de alto costo. Ahora bien, pareciera existir más bien una coincidencia y no una causalidad entre litigios e incorporación de patologías. Lo que a principios de los 90 empezó por la búsqueda de cobertura de medicamentos para el tratamiento del VIH evolucionaría posteriormente al requerimiento de acceso a otros medicamentos, dentro

<sup>15</sup> Los numerales 1, 2, 3 y 4 del inciso tercero del actual artículo 199 de Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

<sup>16</sup> Paola Álvarez y Guido Williams, *Fallos de la Corte Suprema sobre isapres. Síntesis de las sentencias; relación con el artículo 3 del Código Civil, y eventual afectación de la “mutualización de riesgos”*, Biblioteca del Congreso Nacional, Asesoría Técnica Parlamentaria, Valparaíso, 2023.

de los que se cuentan aquellos que permiten dar tratamiento al cáncer de mama, a la espina bífida, la atrofia muscular espinal, etc.<sup>17</sup> Aunque varios de estos medicamentos se encuentran actualmente cubiertos bajo la Ley Ricarte Soto,<sup>18</sup> nuevos y mejores tratamientos son constantemente solicitados por distintas familias chilenas y la cobertura de la ley no da abasto ante los avances de la ciencia, la oferta farmacológica –cuya eficacia no siempre está probada científicamente– y la necesidad de los pacientes.<sup>19</sup> Así la judicialización del derecho a la salud en Chile ha sido amplia y opera tanto contra las Isapres, como contra Fonasa.

### **3. MARCO DE ANÁLISIS DEL DERECHO A LA SALUD**

#### **3.1. El derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos**

El derecho a la salud ha sido reconocido en tratados internacionales, declaraciones e instrumentos regionales de derechos humanos. De acuerdo a lo señalado por Yamin, este derecho tiene un valor especial, y una importancia moral particular, al constituir una condición esencial “para vivir una vida con dignidad”.<sup>20</sup> Se trata de un derecho humano en sí mismo y, al mismo tiempo, fundamental para el ejercicio de otros derechos.<sup>21</sup> Este derecho no se limita al acceso a servicios de salud, sino que reconoce que los determinantes de la salud están profundamente influenciados por factores sociales. Por ello, no debe entenderse como el derecho a estar sano, sino como el derecho a que se garanticen las condiciones necesarias que hacen posible alcanzar y mantener la salud.

Los determinantes sociales de la salud han sido definidos como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.<sup>22</sup> Dentro de estos determinantes

---

<sup>17</sup> Un análisis de la jurisprudencia de medicamentos de alto costo puede ser encontrado en: María Belén Saavedra y Rodrigo Bustos, “Jurisprudencia chilena sobre acceso a tratamientos y medicamentos de alto costo”, en Rodolfo Figueroa, (ed.), *Anuario de Derecho Público 2019*, Santiago, Universidad Diego Portales, 2019, pp. 110-127.

<sup>18</sup> Ley N°20.850.

<sup>19</sup> La Tercera.com: “Fonasa destinó \$22 mil millones para tratamientos de alto costo que obtienen financiamiento vía judicial”, 28 de junio de 2024.

<sup>20</sup> Alicia Ely Yamin, “The Right to Health”, in *Research Handbook on Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights*, Northampton, Reino Unido, Edward Elgar Publishing, 2020.

<sup>21</sup> Zahara Nampewo, Jennifer Heaven Mike & Jonathan Wolff, “Respecting, Protecting and Fulfilling the Human Right to Health”, *Int’l J. Equity Health*, vol. 21, núm. 1, 2022.

<sup>22</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS), Determinantes sociales de la salud, (s/f). <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

están, entre otros, el estatus socioeconómico, el género, el origen étnico. Muchas veces estos factores pueden definir nuestros resultados en salud de manera mucho más determinante que la existencia de una enfermedad o marcador genético con el que hemos nacido. No tomar en cuenta estos determinantes al realizar políticas públicas en materia de salud genera inequidad en los resultados que se producen en este plano.

El derecho a la salud ha sido reconocido, desde 1948, como parte del derecho internacional de los derechos humanos.<sup>23</sup> Este reconocimiento fue reforzado por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>24</sup> y afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

De acuerdo con la Observación General N°14, el derecho a la salud no sólo implica derechos, sino también libertades. Entre estas libertades se incluye el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, así como el derecho a no sufrir injerencias. En cuanto a los derechos, se reconoce el derecho a contar con un sistema de protección de la salud que brinde a todas las personas “oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”.<sup>25</sup>

El artículo 12.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece que los Estados Parte deben adoptar medidas para lograr la “plena efectividad”<sup>26</sup> de este derecho, entre las cuales se incluye expresamente “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.<sup>27</sup> Esta obligación ha sido interpretada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como comprensiva de todas las medidas necesarias para asegurar tanto el acceso a servicios de salud como su disponibilidad efectiva.

Asimismo, el artículo 2.1 del PIDESC reconoce que la realización plena de los derechos consagrados en el Pacto, incluido el derecho a la salud, está sujeta a los “recursos disponibles” en cada Estado. Sin embargo, ello no exonera a los Estados de sus responsabilidades jurídicas inmediatas.

---

<sup>23</sup> Con la adopción, el 10 de diciembre de 1948, de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

<sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, 2014, p.1. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

<sup>25</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observación General N°14: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (art. 12 de la PIDESC), 11 de agosto de 2000.

<sup>26</sup> *Ibid.*, párr. 38.

<sup>27</sup> *Ibid.*, párr. 17.

En particular, estas obligaciones inmediatas son que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna, y adoptar medidas para la plena realización del derecho.<sup>28</sup>

Si bien el PIDESC no detalla los componentes específicos de cada obligación, el Comité ha delineado un marco interpretativo conocido como AAAQ, el cual identifica cuatro elementos esenciales del derecho a la salud, que, de acuerdo a lo señalado en la Observación General N° 14, deben guiar la acción de los Estados en esta materia: disponibilidad (*availability*), accesibilidad (*accessibility*), aceptabilidad (*acceptability*) y calidad (*quality*). En primer lugar, la disponibilidad requiere que cada Estado cuente con “un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”.<sup>29</sup> La accesibilidad exige que estos sean accesibles a todos sin discriminación, incluyendo accesibilidad física, económica, y a la información.<sup>30</sup> Por otra parte, la aceptabilidad exige que “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”.<sup>31</sup> La calidad exige que sean científicamente apropiados y de buena calidad, lo cual incluye personal capacitado, medicamentos esenciales, y tecnologías e infraestructura adecuadas.<sup>32</sup>

Conforme al párrafo 1 del artículo 2 del PIDESC, los Estados Parte tienen “la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos que disponga”.<sup>33</sup> Esta exigencia se complementa con lo dispuesto en el artículo 2.1 del Pacto, donde se establece que cada uno de los Estados parte “se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que se disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”.

---

<sup>28</sup> Ibid., párr. 30.

<sup>29</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observación General N°14: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 de la PIDESC)*, 11 de agosto de 2000.

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> Ibid., p. 4.

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> Naciones Unidas (Asamblea General), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966.

El PIDESC reconoce así el principio de progresividad en la realización de los derechos económicos, sociales y culturales. De acuerdo a Courtis, este principio se manifiesta en dos sentidos: (i) el reconocimiento de que “la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales generalmente no podrá lograrse en un período corto de tiempo”<sup>34</sup>, y (ii) la advertencia de que dicha progresividad “no debe ser malinterpretada en el sentido de privar a la obligación de todo contenido significativo”.<sup>35</sup> De este principio se deriva también la obligación de no regresividad, que prohíbe al Estado “adoptar políticas, medidas o normas jurídicas que empeoren la situación de los derechos económicos, sociales y culturales de los que gozaba la población al momento de adoptar el tratado internacional respectivo o bien en cada mejora ‘progresiva’”.<sup>36</sup> Al respecto, el Comité DESC ha establecido que cualquier medida regresiva deberá recibir “la más cuidadosa consideración y deberá ser justificada plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se dispone”.<sup>37</sup>

A su vez, si el Estado obligado no está dispuesto a utilizar el máximo de recursos disponibles para el cumplimiento del derecho a la salud, violará las obligaciones que ha contraído. Los Estados Parte deberán justificar que han “hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad”<sup>38</sup> estas obligaciones. En relación con el derecho a la no discriminación, los Estados Parte no pueden invocar la insuficiencia de recursos para justificar su vulneración. Por el contrario, tal como establece la Observación General N° 20, “la no discriminación es una obligación inmediata y de alcance general en el Pacto”,<sup>39</sup> lo que incluye el derecho a la salud. En este sentido, “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos”.<sup>40</sup>

---

<sup>34</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observación General N°3 (“La índole de las obligaciones de los Estados partes”)*, 14 de diciembre de 1990, párr. 9.

<sup>35</sup> Christian Courtis, “La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales: apuntes introductorios”, en Christian Courtis (ed.), *Ni un paso atrás: la prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*, Ediciones del Puerto, 2006, p. 97.

<sup>36</sup> *Ibid.*

<sup>37</sup> Comité DESC, *Observación General N°3*, op. cit., párr. 9.

<sup>38</sup> *Ibid.*

<sup>39</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N°20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/GC/20, 2000, párr. 7.

<sup>40</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,*

### 3.2. Estándares en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Por su parte el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) ha consagrado e interpretado el derecho a la salud desde su normativa expresa y su jurisprudencia, aun cuando a nivel normativo el derecho a la salud no se encuentra estipulado en la Convención Americana. La Convención consagra los DESC en su artículo 26.<sup>41</sup> También encontramos el derecho a la salud en el artículo 10<sup>42</sup> del Protocolo de San Salvador, vigente en Chile desde el 28 de julio de 2022.<sup>43</sup> Asimismo, por último, se hace referencia a este derecho en el Artículo XI de la Declaración Americana.<sup>44</sup>

Dentro de la interpretación evolutiva de este derecho en la jurisprudencia interamericana, cabe destacar que precisamente nuestro país ha sido condenado por violaciones al derecho a la salud por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), en el caso *Poblete Vilches y el caso Vera Rojas*, ambos contra Chile. Los dos casos resultan relevantes para comprender el contenido del derecho a la salud en el derecho interamericano y serán analizados en este apartado en conjunto con otra jurisprudencia relevante.

Respecto a los elementos esenciales del derecho a la salud, siguiendo a la Observación General N° 14, la Corte IDH reafirmó que todos los servicios de salud deben cumplir con los elementos de *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*. Así, la Corte IDH ha considerado que “el Estado incumple sus obligaciones convencionales de realización progresiva al no contar con políticas públicas o programas que *de facto* –y no sólo de jure– le permitan avanzar en el cumplimiento de su obligación de lograr la plena

---

*Sociales y Culturales*), E/C.12/2000/4, 2000, párr. 12(b)(i).

<sup>41</sup> OEA, *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)*. Adoptada el 22 de noviembre de 1969, entrada en vigor el 18 de julio de 1978. Artículo 26. Desarrollo Progresivo - Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

<sup>42</sup> Protocolo adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, “Protocolo de San Salvador”, 1988, artículo 10.

<sup>43</sup> Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Decreto 244 (5 de septiembre de 2022): Promulga el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, Ley Chile, consultado el 15 de agosto de 2025.

<sup>44</sup> OEA, *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, 1948, capítulo I, artículo 11. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

efectividad del derecho a la salud” y que “la determinación sobre cuándo el Estado ha incumplido con este deber deberá realizarse atendiendo las circunstancias particulares de la legislación de un Estado y los recursos disponibles”.<sup>45</sup>

Respecto a la obligación de los Estados de regular y fiscalizar, la Corte IDH ha señalado, en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, que la misma no se agota en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud:

La falta del deber de regular y fiscalizar genera responsabilidad internacional en razón de que los Estados son responsables tanto por los actos de las entidades públicas como privadas que prestan atención de salud, ya que bajo la Convención Americana los supuestos de responsabilidad internacional comprenden los actos de las entidades privadas que estén actuando con capacidad estatal, así como actos de terceros, cuando el Estado falta a su deber de regularlos y fiscalizarlos. La obligación de los Estados de regular no se agota, por lo tanto, en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud.<sup>46</sup>

Respecto a los prestadores privados, en el mismo caso, la Corte IDH señaló:

La prestación de servicios públicos implica la protección de bienes públicos, la cual es una de las finalidades de los Estados. Si bien los Estados pueden delegar su prestación, a través de la llamada tercerización, mantienen la titularidad de la obligación de proveer los servicios públicos y de proteger el bien público respectivo. La delegación a la iniciativa privada de proveer esos servicios, exige como elemento fundamental la responsabilidad de los Estados en fiscalizar su ejecución, para garantizar una efectiva protección de los derechos humanos de las personas bajo su jurisdicción y para que los servicios públicos sean provistos a la colectividad sin cualquier tipo de discriminación, y de la forma más efectiva posible.<sup>47</sup>

Este estándar, se había establecido en el caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, señalando que los Estados son responsables de regular y fiscalizar

---

<sup>45</sup> Corte IDH, *caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala*, 23 de agosto de 2018, párrs. 141-148.

<sup>46</sup> Corte IDH, *caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, 4 de julio de 2006, párr. 90.

<sup>47</sup> *Ibid.*, párr. 96.

la prestación de los servicios de salud, para lo que se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de los derechos y la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios.<sup>48</sup>

Como adelantamos, el Estado ya fue condenado por violaciones relativas al derecho de la salud por actuación de Isapres en el *caso Vera Rojas vs. Chile*. El caso analiza la responsabilidad internacional de Chile por la inadecuada regulación y control de los sistemas de seguro médico privado (Isapre) que provocó la falta de acceso al tratamiento médico de Martina Vera Rojas, una niña con Síndrome de Leigh. En la sentencia la Corte IDH da cuenta del previsible problema de mantener el régimen de Isapres sin la adecuada regulación y control, y las consecuencias que conlleva en materia de responsabilidad internacional.

En el marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, los *Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos* adoptados por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en 2011, ofrecen un marco normativo clave para abordar la relación entre actores privados y el derecho a la salud. Tal como ha señalado la Corte IDH, estos principios se estructuran sobre tres pilares fundamentales: (a) el deber del Estado de proteger los derechos humanos; (b) la responsabilidad de las empresas de respetarlos; y (c) la necesidad de garantizar acceso a mecanismos de reparación frente a eventuales incumplimientos.

Este marco, adoptado por el Consejo de Derechos Humanos en 2011, parte de la premisa de que “las actuales obligaciones de los Estados de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos y las libertades fundamentales”<sup>49</sup> deben articularse con “el papel de las empresas como órganos especializados de la sociedad que desempeñan funciones especializadas y que deben cumplir todas las leyes aplicables y respetar los derechos humanos”.<sup>50</sup> En concreto, esto significa que “los Estados deben proteger contra violaciones de los derechos humanos cometidas en su territorio o su jurisdicción por terceros, incluidas las empresas”,<sup>51</sup> para lo cual deberán adoptar las medidas adecuadas que permitan prevenir, investigar, castigar y reparar estas violaciones.

---

<sup>48</sup> Corte IDH, *caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, 22 de noviembre de 2007, párr. 121.

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 1.

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 2.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p. 3.

El artículo 5 del Proyecto de artículos sobre responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos,<sup>52</sup> establece que se considerará hecho del Estado, conforme al derecho internacional, el comportamiento de una persona o entidad que, sin ser un órgano estatal en sentido estricto, esté facultada por el derecho interno para ejercer atribuciones del poder público, siempre que actúe en esa capacidad. Esto se vincula directamente con el Principio Rector 5 de los Principios Rectores sobre Empresas y Derechos Humanos,<sup>53</sup> que indica que los Estados deben ejercer una supervisión adecuada cuando contratan o habilitan por ley a empresas para prestar servicios que puedan impactar en el disfrute de los derechos humanos. Tal como señala su comentario, los Estados no pueden eludir sus obligaciones internacionales de derechos humanos mediante la privatización de servicios; por el contrario, deben garantizar que las empresas involucradas respeten esos derechos, incorporando cláusulas claras en la contratación o legislación respectiva, y asegurando mecanismos eficaces, independientes y transparentes de supervisión y rendición de cuentas. De este modo, si una empresa que ejerce funciones públicas viola derechos humanos y el Estado no ha implementado controles suficientes, la conducta puede ser atribuida internacionalmente al Estado, generando responsabilidad por falta de garantía y supervisión.

Este marco implica que los Estados no solo deben abstenerse de violar los derechos humanos, sino también regular la conducta de actores privados –como aseguradoras, prestadores de servicios de salud o empresas farmacéuticas– para prevenir, investigar, sancionar y reparar violaciones. Así lo ha reafirmado la Corte IDH, al establecer que “los Estados, de esta forma, se encuentran obligados a reglamentar que las empresas adopten acciones dirigidas a respetar los derechos humanos reconocidos en los distintos instrumentos del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos –incluidas la Convención Americana y el Protocolo de San Salvador. En virtud de esta regulación, las empresas deben evitar que sus actividades provoquen o contribuyan a provocar violaciones a derechos humanos, y adoptar medidas dirigidas a subsanar dichas violaciones.”<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> Comisión de Derecho Internacional. Proyecto de artículos sobre responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos. Adoptado en su 53º período de sesiones (A/56/10) y anexoado por la Asamblea General en la Resolución 56/83, de 12 de diciembre de 2001.

<sup>53</sup> Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos, *Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos: Puesta en práctica del marco de las Naciones Unidas para “proteger, respetar y remediar”*, 2011.

<sup>54</sup> Corte IDH, *caso de los buzos Mizkitos (Lemeth Morris y otros) vs. Honduras*, 31 de agosto de 2021, párr. 85.

Particularmente en el ámbito de la salud, la Corte IDH ha sido enfática en señalar que, dada su naturaleza como bien público esencial para el goce de otros derechos, los Estados tienen “la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud. De esta forma, los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado. La obligación del Estado no se agota en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca a toda y cualquier institución en salud”.<sup>55</sup>

Habiendo aportado una breve introducción al sistema nacional de salud y de los estándares de derecho internacional de los derechos humanos, que se aplican en este caso al haber sido ratificados por Chile, damos paso al análisis de los problemas del sistema de salud que persisten pese a las reformas que han sido llevadas a cabo durante la última década.

#### **4. INEQUIDADES PERSISTENTES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO**

Como adelantamos, en lo que sigue, realizaremos un diagnóstico de los principales problemas del sistema de salud chileno, utilizando como marco de análisis los estándares de derecho internacional de los derechos humanos, y los principios de derechos humanos y empresas anteriormente desarrollados. Con el propósito de identificar las principales inequidades que presenta el sistema, tomando en consideración algunos de los problemas ya identificados en el *Informe 2023*,<sup>56</sup> y las reformas en materia de salud que pudieran haber modificado estas conclusiones. Para este análisis, se utilizarán datos obtenidos mediante solicitudes de transparencia y otros recogidos de informes públicos. Específicamente, se considerarán datos sobre garantías retrasadas en problemas de salud GES y no GES, cantidad de pacientes en listas de espera por consulta nueva de especialidad e intervención quirúrgica, evolución del número de personas en Fonasa e Isapres, evolución de la modalidad libre elección, y gasto público en salud.

Aun cuando han existido esfuerzos relevantes en torno a la mejora del sistema de salud público chileno, como veremos más adelante en este capítulo, lo cierto es que la salud en Chile sigue siendo inequitativa. Así lo

---

<sup>55</sup> *Ibid.*, párr. 89.

<sup>56</sup> *Informe 2023*, pp. 279-325.

ha hecho notar la comunidad internacional, considerando especialmente el cuarto ciclo del Examen Periódico Universal, realizado en 2024,<sup>57</sup> que destaca la preocupación respecto al acceso equitativo a la salud en Chile, en particular para los grupos históricamente marginados. Al igual que en los Exámenes Periódicos Universales de 2015 y 2019, mencionados en el *Informe 2023*,<sup>58</sup> las recomendaciones se centraron en fortalecer el sistema de salud pública,<sup>59</sup> mejorar la calidad de los servicios<sup>60</sup> y asegurar su disponibilidad para personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo pueblos indígenas,<sup>61</sup> personas mayores,<sup>62</sup> personas con discapacidad, mujeres, migrantes y comunidades afrodescendientes. Asimismo, se instó al Estado a adoptar un enfoque inclusivo e intercultural.<sup>63</sup>

En esta misma línea, la reciente visita a Chile de la relatora especial sobre el Derecho a la Salud, Tlaleng Mofokeng, reafirmó estas preocupaciones al subrayar que la insuficiencia presupuestaria constituye uno de los principales factores que perpetúan la desigualdad en el acceso a la atención sanitaria.<sup>64</sup> También identificó a la centralización como un factor fundamental en la desigualdad territorial de acceso a la salud,<sup>65</sup> y llamó la atención sobre la desigualdad en el acceso en torno a grupos marginados.<sup>66</sup> En este espíritu, recomendó al Estado de Chile, entre otras disposiciones, “adoptar medidas para armonizar los sistemas de salud público y privado, con el fin último de establecer, a la postre, un amplio sistema público de salud que asegure una cobertura sanitaria universal a todas las personas de Chile”.<sup>67</sup>

Como veremos a continuación, algunas de estas recomendaciones reflejan correctamente el estado actual del sistema de salud chileno.

---

<sup>57</sup> Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *UPR of Chile- 4th Cycle, 46th Session: Thematic List of Recommendations*, 2024. <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/upr/cl-index>

<sup>58</sup> *Informe 2023*, p. 294.

<sup>59</sup> Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU), Recomendación 24.155 (Túnez), 24.254 (República Dominicana).

<sup>60</sup> Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU), Recomendación 24.150 (Tailandia).

<sup>61</sup> Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU), Recomendación 24.156 (Ecuador).

<sup>62</sup> Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU), Recomendación 24.254 (República Dominicana).

<sup>63</sup> Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU), Recomendación 24.157 (Perú).

<sup>64</sup> Consejo de Derechos Humanos, *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng: Visita a Chile, Al HRC/59/48/Add.1*, 59º período de sesiones, 16 de junio al 11 de julio de 2025, tema 3 de la agenda (Naciones Unidas, 2025), párr. 24.

<sup>65</sup> *Ibid.*, párr. 22.

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 1.

<sup>67</sup> *Ibid.*, párr. 98 d).

#### 4.1. Inequidad territorial y de financiamiento

La inequidad en salud no es nueva, ni tampoco exclusiva de nuestro país; terminar con ella es uno de los grandes objetivos de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible.<sup>68</sup> Existe bastante literatura sobre cómo se producen peores resultados de salud entre las personas de clase socioeconómica baja, que habitualmente presentan, además, un mayor número de intersecciones con grupos desaventajados.<sup>69</sup> En nuestro país esta realidad persiste con resultados alarmantes. “En términos de salud poblacional, el estudio SALURBAL muestra diferencias de hasta 9 años en la esperanza de vida en la ciudad de Santiago para hombres y 17,7 años para mujeres, con peores resultados en los sectores más vulnerables.<sup>70</sup> De acuerdo a estadísticas territoriales,<sup>71</sup> en Chile, en 2022, la tasa de años de vida potencialmente perdidos<sup>72</sup> en Vitacura es de 33,521, mientras que en San Bernardo es de 77,3 y en Lo Espejo es de 111,7. Cabieses et al., utilizando una encuesta nacional representativa, encontraron que existe una concentración significativa de salud general autoreportada como “buena” o “muy buena” entre aquellos que tienen los ingresos familiares más altos en el país.<sup>73</sup> Otros estudios han reportado desigualdad socioeconómica y de ingresos en una serie de resultados de salud, como en la salud bucal autopercibida entre adultos en Chile, o desigualdad relacionada con los ingresos en salud y utilización de atención médica en nuestro país.<sup>74</sup>

Los adultos mayores más desfavorecidos también tienen peores resultados de salud; la prevalencia e incidencia de limitación funcional

---

<sup>68</sup> Shepen Morton, David Pencheon, et. al., “Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y su implementación: Un marco nacional global para la salud, el desarrollo y la equidad requiere un enfoque sistémico en todos los niveles”, *British Medical Bulletin*, 2017, pp. 1-10.

<sup>69</sup> Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*. 1997; 18:341-78. doi: 10.1146/annurev.publhealth.18.1.341. PMID: 9143723

<sup>70</sup> Usama Bilal et al, “Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis”, *The Lancet Planetary Health*, vol. 3, núm. 12, 2020.

<sup>71</sup> Biblioteca del Congreso Nacional, Estadísticas Territoriales: <https://www.bcn.cl/siit/estadisticasterritoriales/tema?id=152>

<sup>72</sup> Definida como la “pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros, cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Tasa por cada 1.000 habitantes de ambos sexos.”

<sup>73</sup> Báltica Cabieses et al, “¿Disminuyó la desigualdad socioeconómica en la salud autopercibida en Chile tras la reforma de salud basada en la equidad de 2005? Un análisis de descomposición del índice de concentración”, *PLoS ONE*, 2015.

<sup>74</sup> Felipe Vásquez, Guillermo Paraje, et. al., “Desigualdad relacionada con el ingreso en salud y utilización de servicios de salud en Chile, 2000-2009”, *Rev Panam Salud Pública*, 2013, pp. 98-106.

sigue un claro gradiente socioeconómico en los mayores de 60 años.<sup>75</sup> Lo mismo ocurre al analizar resultados como la esperanza de vida o la esperanza de vida libre de discapacidad, donde se ha documentado que las personas con una mejor posición socioeconómica viven vidas más largas y saludables en comparación con la población más vulnerable.<sup>76</sup> Incluso enfermedades tan prevalentes como la diabetes mellitus II también siguen un “claro gradiente social en la prevalencia de DM2 según quintiles de ingreso del hogar y nivel educativo en la población adulta”.<sup>77</sup>

Respecto a la desigualdad territorial, estudios recientes de académicos<sup>78</sup> y agencias internacionales<sup>79</sup> señalan que el territorio donde nacemos puede definir recursos médicos disponibles, atención médica especializada, tiempos de espera y acceso a camas de adulto y pediátricas. A modo de ejemplo, este mapa de las desigualdades territoriales en salud:

La macrozona centro, que reúne los Servicios de Salud que componen la Región Metropolitana, concentra de forma importante el 51,2% de las camas UCI, el 41,1% de las camas UTI y el 44,6% de la oferta global (UCI + UTI). Si uno se pasa a un nivel regional, el escenario se complica. En Atacama, Arauco, Araucanía Norte, Chiloé y Aisén no existen camas UCI. De requerir este tipo de equipamiento, los pacientes y sus familias deberían ser conducidos a Servicios de Salud cercanos o donde se encuentre una cama disponible en la red. Las camas UTI están presentes en 28 de los Servicios de Salud, a excepción de Arauco. En consecuencia, la red hospitalaria pública donde existen camas UCI o UTI está compuesta solo por 41 establecimientos a lo largo del país, que tienen el equipamiento y el personal especializado para tratar los requerimientos pediátricos de mayor complejidad.<sup>80</sup>

---

<sup>75</sup> Pedro Olivares y Rosendo Zanga, “Socioeconomic Inequalities in Functional Health in Chilean Older Adults, Individual and Population Ageing, Age Structure”, *N-IUSSP*, 2023; Alejandra Fuentes-García et al., “Desigualdades socioeconómicas en el inicio y la progresión de la discapacidad en una cohorte de personas mayores en Santiago (Chile)”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 27, pp. 226-232.

<sup>76</sup> Ximena Moreno et al., “Desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida y la esperanza de vida libre de discapacidad en adultos mayores chilenos: evidencia de un estudio longitudinal”, *BMC Geriatrics*, 2021.

<sup>77</sup> Báltica Cabieses et al, “Disentangling socioeconomic inequalities of type 2 diabetes mellitus in Chile: A population-based analysis”, *PLoS One*, 2020. (traducción propia).

<sup>78</sup> Manuel Fuenzalida, *Desigualdades territoriales en salud*, Santiago, Universidad Alberto Hurtado, 2023.

<sup>79</sup> PNUD, *Desigualdad Regional en Chile: Ingresos, salud y educación en perspectiva territorial* (Primera edición), 2018, pp. 61-74.

<sup>80</sup> El Mostrador: “El mapa de las desigualdades territoriales en salud”, 5 de septiembre de 2023.

El sistema ha tratado de dar respuesta a estas inequidades con políticas de fortalecimiento al Atención Primaria de Salud (APS), cuya gestión fue transferida en su mayoría a los municipios, bajo el marco legal de la Ley 19.378, lo que implica que las comunas administran recursos, personal e infraestructura sanitaria. Esto ha devenido en una “administración heterogénea”, donde existen “enormes diferencias en la calidad de los servicios según la capacidad financiera y de gestión de cada municipio”.<sup>81</sup>

De acuerdo con un informe de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP), solo cerca del 50 % de los beneficiarios de FONASA accede efectivamente a la APS, a pesar de estar inscritos, lo que refleja una cobertura efectiva limitada.<sup>82</sup> El mismo informe señala que los referentes internacionales recomiendan tasas de cobertura superiores al 65 %, lo que evidencia que la cobertura efectiva de la APS en Chile se encuentra significativamente por debajo de los estándares deseables.<sup>83</sup> Para ampliar dicha cobertura, se propone implementar estrategias de detección temprana;<sup>84</sup> sin embargo, ello resulta especialmente complejo en el contexto chileno, donde incluso los procesos de tamizaje enfrentan altos niveles de rezago, reflejados en las extensas listas de espera. Se estima que al menos 6 millones de personas que se encuentran inscritas en APS, no registran ningún tipo de atención, ni en el nivel primario ni vía Modalidad de Libre Elección, MLE.<sup>85</sup>

Lo anterior cobra particular relevancia, considerando que “cada peso invertido en APS podría ahorrar entre \$5 y \$10 de gasto en salud producto de prevención enfermedades, tratamiento temprano de enfermedades crónicas (tamizaje) y reducción de hospitalización”.<sup>86</sup> En definitiva, invertir en la atención primaria no sólo responde a un imperativo de equidad, sino también de eficiencia, ya que parece ser el camino más adecuado para garantizar la sostenibilidad económica del sistema de salud. La situación resulta aún más preocupante si se observa en perspectiva comparada: Chile

---

<sup>81</sup> Camilo Bass Del Campo, “Universalización de Atención Primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva”, *Cuadernos Médico Sociales*, vol. 65, 2025, p. 55.

<sup>82</sup> Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, *Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud* (APS), 2022, p. 23.

<sup>83</sup> *Ibid.*

<sup>84</sup> *Ibid.*

<sup>85</sup> Emol: “CNEP y Atención Primaria de Salud: Se requiere alza de 77% en personal médico y medidas por US\$600 millones anuales”, 29 de junio de 2022.

<sup>86</sup> Presentación “Gasto público en salud” de directora de Presupuestos Javiera Martínez Fariña, 17 de diciembre de 2024. [https://www.dipres.gob.cl/598/articles-355318\\_doc\\_pdf1.pdf](https://www.dipres.gob.cl/598/articles-355318_doc_pdf1.pdf)

destinó en 2023 un 10,1% de su PIB al gasto en salud, mientras que el promedio de los países de la OCDE alcanzó el 12,86% en 2022.<sup>87</sup>

La principal razón detrás del acceso limitado a la Atención Primaria de Salud (APS) radica en el déficit de recursos humanos disponibles para atender a la población beneficiaria. Según estimaciones presentadas por Rodrigo Krell, secretario ejecutivo de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP), en promedio existe un médico de APS por cada 2.600 personas inscritas. Esta cifra varía significativamente según la comuna: en algunas, la proporción llega a un médico por cada 4.000 personas, mientras que, en otras, más favorecidas, se reduce a un médico por cada 1.900 o, en el mejor de los casos, a 1.500 personas.<sup>88</sup> La atención primaria de salud (APS) requeriría aumentar en un 77 % la dotación de profesionales médicos para cerrar la brecha que existe en comparación con otros sistemas de salud primaria que figuran como referentes.<sup>89</sup>

A pesar de ello, se han comenzado a realizar esfuerzos para la universalización de la APS. El Ministerio de Salud puso en marcha, en 2023, la propuesta de Atención Primaria de Salud Universal (APS-U), con el propósito de “garantizar acceso equitativo a la salud mediante una estrategia de cobertura ampliada, organizada territorialmente y centrada en la atención integral”.<sup>90</sup> Este diseño comenzó con siete comunas, y se expandió a catorce durante el año 2024.<sup>91</sup> En esta línea se encuentra la aprobación de un préstamo del Banco Mundial en diciembre de 2023, por US \$200 millones para fortalecer el programa de atención primaria universal en Chile, con el propósito de mejorar la accesibilidad, resiliencia y eficiencia del sistema.<sup>92</sup> Este programa tiene como objetivo beneficiar progresivamente a 187 comunas hasta 2027, y algunas de sus innovaciones son la gratuidad universal en APS, sin importar si la persona está en FONASA o ISAPRE; la expansión de la atención vía telemedicina, la creación de nuevos centros en zonas rurales, y la utilización de inteligencia artificial para mejorar la gestión de la demanda de servicios de APS.<sup>93</sup>

---

<sup>87</sup> World Bank, Health expenditure, current health expenditure (% of GDP), datos para Chile (2023) y promedio de miembros de la OCDE (2022), 25 de agosto 2025.

<sup>88</sup> Ibid.

<sup>89</sup> Ibid.

<sup>90</sup> Camilo Bass Del Campo, “Universalización de Atención Primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva”, *Cuadernos Médico Sociales*, vol. 65, 2025, p. 55.

<sup>91</sup> Ibid.

<sup>92</sup> Banco Mundial: “Comunicado de Prensa, Chile avanza hacia una cobertura de salud primaria universal y resiliente con apoyo del Banco Mundial”, 6 de diciembre de 2023.

<sup>93</sup> Ibid.

No obstante, el diseño adoptado para la universalización de la APS ha sido objeto de importantes críticas, al ser considerada una política regresiva y, por ende, potencialmente ineficaz para reducir las inequidades existentes en el sistema de salud. Entre los principales problemas, se identifica el establecimiento de “un subsidio cruzado hacia las aseguradoras privadas”,<sup>94</sup> al sostenerse el modelo en un “sistema tributario altamente regresivo, donde el IVA, principal fuente de recaudación fiscal, impone una carga desproporcionada sobre los sectores más pobres, quienes terminan subvencionando la atención de quienes tienen mejor salud y previsión privada”.<sup>95</sup> Por otra parte, se critica fuertemente la municipalización de la atención primaria, al ser “un modelo que ha demostrado generar disparidades territoriales en la calidad de la atención y una gestión deficiente de los recursos según la capacidad administrativa de cada comuna”.<sup>96</sup>

Esta crítica no es meramente teórica; se refleja con claridad en las condiciones materiales que enfrentan las personas en distintas comunas del país, poniendo en evidencia un acceso profundamente desigual al derecho a la salud. Un ejemplo ilustrativo es la comparación entre las comunas de Vitacura y San Bernardo, donde la primera simboliza la alta disponibilidad de recursos y programas complementarios en salud, mientras la segunda refleja la vulnerabilidad social y las severas limitaciones de su infraestructura sanitaria. Este contraste muestra cómo el lugar de residencia determina el acceso real y equitativo al derecho a la salud en Chile.

Se puede ver en detalle: en 2024, Vitacura devengó M\$ 9.452.699 en salud y financió con recursos municipales propios M\$ 2.575.000 (27,2% del total; \$26.533 per cápita),<sup>97</sup> mientras que San Bernardo devengó M\$ 36.440.149 y aportó M\$ 5.067.937 (13,9%; \$14.536 per cápita).<sup>98</sup> El lugar de residencia determina no solo la disponibilidad de programas complementarios y apoyos locales, sino también la intensidad del financiamiento municipal por persona. Además, en afiliación a Isapre, a fines de 2022 Vitacura registró aproximadamente 76.700 beneficiarios (cotizantes más cargas)<sup>99</sup> versus 43.200 en San Bernardo, y el porcentaje

---

<sup>94</sup> Camilo Bass Del Campo, op. cit., p. 55.

<sup>95</sup> Ibid.

<sup>96</sup> Ibid.

<sup>97</sup> Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), “Impresión Ficha Comunal: Vitacura”, última actualización 25 de abril de 2025, consultado el 25 de agosto de 2025.

<sup>98</sup> Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), “Impresión Ficha Comunal: San Bernardo”, última actualización 25 de abril de 2025, consultado el 25 de agosto de 2025.

<sup>99</sup> Superintendencia de Salud (Gobierno de Chile), “Estadística anual de cartera de beneficiarios del sistema Isapre a nivel comunal — diciembre 2022”, Biblioteca Digital de la Superintendencia de Salud, 24 de enero de 2023.

de personas inscritas en la salud municipal en Vitacura es de 18,6% y en San Bernardo 71,8%.<sup>100</sup> Estos últimos datos, pese a que San Bernardo tiene una población por lo menos cuatro veces mayor que Vitacura, lo cual refuerza el enorme contraste en acceso y vías de atención.

En la comuna de Vitacura, una persona que requiere atención médica puede acceder a múltiples prestaciones complementarias proporcionadas por el municipio para el derecho a la salud. Por ejemplo, si necesita trasladarse al CESFAM y tiene movilidad reducida o se encuentra en situación de dependencia, puede solicitar transporte gratuito financiado por la comuna.<sup>101</sup> Si cumple funciones de cuidador, o requiere de apoyo para el cuidado de otra persona, o requiere cuidados para sí mismo, puede utilizar el servicio “Vitacuidados” para aliviar la carga dos veces por semana con un equipo multidisciplinario compuesto por terapeuta ocupacional, psicólogo, kinesióloga, enfermera, fonoaudióloga y podóloga clínica.<sup>102</sup> Asimismo, si el problema es de salud mental, podrá ser atendido en el COSAM,<sup>103</sup> y si requiere de medicamentos los podrá comprar a precios rebajados en “Vitabotica”.<sup>104</sup> Si la persona no quiere ir al CESFAM, puede acceder a servicios y agendar su hora a través de “telesalud”;<sup>105</sup> y si prefiere atención privada puede hacer uso de los varios convenios con establecimientos privados gracias a la tarjeta vecino. Por su parte, en la comuna de San Bernardo el primer paciente llegará a las 4:45 de la mañana, con la expectativa de lograr obtener un número para ser atendido durante el día.<sup>106</sup> A ello se le suma un entorno de inseguridad que agrava aún más la calidad de la atención. Por ejemplo, el CESFAM Raúl Brañes Farmer, ha debido instalar puertas blindadas, cámaras de vigilancia, láminas de seguridad y otras medidas excepcionales tras múltiples episodios de violencia, incluyendo amenazas armadas y agresiones contra funcionarios.<sup>107</sup> Algo similar, en este plano, se ha registrado en otros sectores de la comuna –como el Hospital El Pino, que debió ser rodeado con alambres de púas– y

---

<sup>100</sup> SIIT, Estadísticas Territoriales, población inscrita validada en Servicios de Salud Municipal (FONASA), 2022.

<sup>101</sup> Municipalidad de Vitacura, “Conoce aquí el servicio de traslado de Cesfam”. <https://www.youtube.com/watch?v=yCuOqmyHUd0&t=78s>

<sup>102</sup> Municipalidad de Vitacura, “Vitacuidados” <https://vitacura.cl/salud/vitacuidados/>

<sup>103</sup> Municipalidad de Vitacura, Vitacuidados ¿Quiénes somos? <https://vitacura.cl/salud/cosam/quienes-somos/>

<sup>104</sup> Municipalidad de Vitacura, Vitacuidados: Vitabotica. <https://vitacura.cl/salud/vitabotica/vitabotica/>

<sup>105</sup> Municipalidad de Vitacura, Vitacuidados: Telesalud. <https://vitacura.cl/salud/telesalud/>

<sup>106</sup> BioBioChile Televisión: “Primera persona llegó a las 4:45: adulto mayor relata larga espera para agendar hora en consultorio”, 17 de abril de 2025

<sup>107</sup> Senado de la República de Chile: “Presidente del Senado visitó Cesfam de San Bernardo: ‘no es normal que los funcionarios de salud municipal teman por su vida’”, 28 de junio de 2025.

también en otras comunas de Santiago como, por ejemplo, el Hospital Padre Hurtado que llegó a convertirse en el primer centro asistencial blindado de Latinoamérica.<sup>108</sup>

A partir de los antecedentes revisados, es posible concluir que los esfuerzos recientes para avanzar hacia una Atención Primaria de Salud Universal (APS-U) en Chile representan un paso significativo en el fortalecimiento del derecho a la salud. La expansión progresiva de la cobertura, y la eliminación de barreras económicas para el acceso a la atención primaria reflejan un compromiso importante con la equidad en salud. Sin embargo, estas iniciativas resultan insuficientes si no van acompañadas de una transformación estructural del modelo de financiamiento del sistema sanitario. Como se ha advertido en diversas críticas y análisis al respecto, un diseño de política que universaliza la APS sin revisar el régimen tributario regresivo sobre el que se sostiene, ni abordar la segmentación entre aseguradoras públicas y privadas, puede incluso reforzar las desigualdades existentes. Asimismo, mantener la municipalización sin corregir las brechas en capacidades administrativas perpetúa las disparidades territoriales en el acceso y calidad de la atención. Por ello, una reforma profunda del sistema de salud no puede limitarse a garantizar que el acceso no dependa de la capacidad de pago de las personas, sino que debe necesariamente incorporar una revisión del sistema de financiamiento y de gestión.

## **5. GRAN MIGRACIÓN DE AFILIADOS A ISAPRES Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA PÚBLICO**

Conforme a los datos recibidos por Transparencia, entre los años 2020 y 2025, se observa una evolución significativa en la afiliación al Fondo Nacional de Salud (FONASA). A partir de los datos entregados por transparencia, es posible constatar una tendencia sostenida al alza tanto en el número absoluto de beneficiarios como en su proporción respecto al total de la población. En 2020, FONASA contaba con 15.142.528 beneficiarios, lo que representaba el 77,83% de la población nacional. Para 2025, la cifra asciende a 16.884.526 beneficiarios, lo que equivale al 83,55% de la población. Esto implica un aumento de 1.741.998 personas y un crecimiento porcentual de 5,72 puntos en la proporción de afiliación. Esta tendencia revela una consolidación de FONASA como el principal asegurador en el sistema de salud chileno.<sup>109</sup>

<sup>108</sup> *Emol.cl*: “Una noche en urgencias: las huellas de la inseguridad en la red de salud”, 10 de diciembre de 2024.

<sup>109</sup> Aunque el año 2021 presenta una leve baja en la proporción de población afiliada (77,41%), este descenso fue puntual y revertido rápidamente, lo que refuerza la idea de un crecimiento estructural y no meramente coyuntural.

**Tabla N°1: Evolución de población afiliada a FONASA 2020-2025.**

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Total de población afiliada</b>	15.142.528	15.233.814	15.613.584	16.229.898	16.752.189	16.884.526
<b>Porcentaje de total de población</b>	77,83%	77,41%	78,82%	81,31%	83,39%	83,55%

Fuente: elaboración propia de acuerdo a datos entregados por Fonasa.

Sin embargo, este aumento sostenido de beneficiarios no ha ido acompañado de un incremento sustantivo de los recursos disponibles, lo que profundiza las brechas en el acceso efectivo al derecho a la salud, teniendo en consideración especialmente que el gasto per cápita en salud de Chile está muy por debajo del gasto per cápita en salud promedio de países miembros de la OCDE. En 2022, los países de la OCDE registraron un gasto público en salud per cápita de **US\$ 3.578,43**, mientras que en Chile la cifra alcanzó US\$ 862,2 en 2023. Asimismo, el gasto de bolsillo en salud representó en Chile un 35,46% del gasto total en 2022, en contraste con el promedio de los países de la OCDE, que fue de 13,07%.<sup>110</sup>

**Tabla N°2: Gasto del gobierno general en salud per cápita en Chile (dólares estadounidenses corrientes)**

<b>Año</b>	<b>Gasto per cápita (dólares estadounidenses corrientes)</b>
2018	733,1
2019	691,55
2020	718,23
2021	846,1
2022	780,28
2023	862,2

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos de Organización Mundial de la Salud, actualizada al 7 de abril de 2023.

El aumento en la afiliación a FONASA puede explicarse por una combinación de factores, entre los que destaca la profunda crisis de las

<sup>110</sup> Banco Mundial: “Gasto nacional en salud, total (% del PIB), Indicadores de Desarrollo Mundial”, accedido el 25 de agosto de 2025.

Isapres, marcada por una masiva judicialización por alzas unilaterales en los planes; la amenaza de colapso financiero y la falta de soluciones estructurales. Estos elementos han generado un clima de desconfianza y desafección<sup>111</sup> hacia el sistema privado, intensificado tras la pandemia de COVID-19, que dejó en evidencia limitaciones en la cobertura. Paralelamente, el sistema público ha mejorado su oferta y capacidad de respuesta, destacando la implementación de la Ley Copago Cero,<sup>112</sup> que eliminó los costos para los tramos C y D en la red pública, lo que ha reforzado la percepción de mayor equidad, accesibilidad y estabilidad en FONASA, frente a los altos costos y la incertidumbre que persisten en el sistema privado.

No obstante, esta migración a FONASA presenta importantes desafíos de sostenibilidad para el sistema. De hecho, el aumento de afiliados a FONASA fue una de las dimensiones que consideró la Ley Corta de Isapres, creando una nueva modalidad, denominada Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), que representa un nuevo modelo de atención dentro de FONASA dirigido a las personas afiliadas de los tramos B, C y D que hayan cotizado en salud en los últimos seis meses.<sup>113</sup> Esta modalidad es voluntaria y permite acceder a prestaciones ambulatorias y hospitalarias en una red de prestadores definida, bajo un arancel específico y con una cobertura financiera adicional otorgada por una compañía de seguros. Para ello, las personas afiliadas deben pagar una prima complementaria adicional a la cotización obligatoria del 7%. Además, incluye un seguro catastrófico, que cubre automáticamente todos los copagos que excedan un deducible anual por un mismo problema de salud. La prima será igual para todas las personas inscritas, sin distinción por edad, sexo o condición de salud.

La MCC busca ampliar el acceso a prestaciones privadas con menor copago, sin reemplazar la cobertura general de FONASA, sino complementándola mediante mecanismos de licitación y supervisión regulados por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud. Así, permitirá a los cotizantes de FONASA acceder a una red de prestadores determinados con una protección financiera adicional. A su vez, esta nueva modalidad ha sido caracterizada como una “etapa de transición” hacia un Fondo Universal de Salud, ya que sus objetivos son fortalecer la mancomunidad solidaria de fondos, aumentar la recaudación y reducir el

---

<sup>111</sup> Futuro.cl: “Activa Research: ‘Más del 80 % de la población desconfía de las Isapres’”, 30 de mayo de 2023.

<sup>112</sup> *Informe 2023*, pp. 279-324.

<sup>113</sup> Ley 21.674, Biblioteca del Congreso Nacional.

gasto de bolsillo, y permitir una gestión y asignación eficiente y regulada de recursos hacia una red pública y privada articulada.<sup>114</sup>

No obstante lo anterior, el proceso de licitación pública convocado por FONASA para adjudicar la cobertura financiera complementaria fue declarado desierto en marzo de 2025, al no presentarse ninguna aseguradora interesada.<sup>115</sup> Esta falta de oferentes plantea desafíos relevantes para la implementación efectiva de la modalidad, especialmente en lo que respecta a la operatividad del modelo, la resistencia del sector privado, y potencialmente la necesidad de ajustes en la convocatoria para que la próxima sea exitosa.

Que la licitación pública convocada por FONASA haya sido declarada desierta, no solo debe entenderse como un problema nacional de capacidad de respuesta del sistema privado de salud, sino que plantea interrogantes sobre la capacidad del Estado de cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derecho a la salud. Conforme al PIDESC y a la Observación General N° 14, este derecho exige garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (AAAQ) de los servicios, utilizando el máximo de los recursos disponibles, lo que incluye el deber de regular y fiscalizar tanto a prestadores públicos como privados. La jurisprudencia interamericana –en casos como *Poblete Vilches y Vera Rojas vs. Chile*– ha reiterado que la delegación de funciones a actores privados no libera al Estado de su responsabilidad internacional, de modo que la ausencia de oferentes no exime sus obligaciones inmediatas de asegurar el acceso equitativo, oportuno y no discriminatorio. Antes bien, refuerza la necesidad de adoptar medidas normativas y presupuestarias alternativas que eviten un incumplimiento de sus compromisos jurídicos internacionales por omisión.

El crecimiento sostenido de la afiliación tensiona la capacidad de respuesta de FONASA. Desde la perspectiva de los estándares internacionales del derecho a la salud están particularmente comprometidos los componentes de accesibilidad y calidad definidos por el marco del AAAQ. Esto, dado que el aumento sostenido de afiliados sin una inversión equivalente en infraestructura, personal sanitario, financiamiento y tecnologías pone en entredicho la provisión adecuada de servicios. Las extensas listas de espera son una expresión concreta de esta tensión, pues revelan fallas en la

---

<sup>114</sup> Camilo Cid, “Fondo Nacional de Salud: Rol de Fonasa en el financiamiento del Sistema de Salud.”, *Fórum Internacional de Fondos Públicos de Saúde*, Brasilia, agosto de 2024 <https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/5.-CHILE-Camilo-Cid-Pedraza.pdf>

<sup>115</sup> Senado República de Chile: “Licitación desierta del seguro complementario: Comisión de Salud cita a sesión especial”, 25 de junio de 2025.

disponibilidad oportuna y en la continuidad de la atención, afectando en especial a los grupos más vulnerables que no pueden recurrir a mecanismos de financiamiento alternativos. En este escenario, la implementación del MCC aparece como una respuesta orientada a derivar parte de la presión hacia el sector privado, lo que sugiere una estrategia de contención más que de transformación estructural. Este enfoque, si bien podría ofrecer un alivio transitorio, corre el riesgo de profundizar las desigualdades en el acceso a la salud al depender de la capacidad de pago de los usuarios, en lugar de fortalecer de manera sostenible la red pública como garante universal del derecho a la salud.

## **6. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE ATENCIÓN EN LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA GES Y NO-GES**

La lista de espera es aquella “lista de enfermos a los que el médico u otro profesional habilitado ha indicado una intervención de cualquier tipo y que, por razones ajenas a la voluntad del enfermo, tienen que esperar para ser atendidos”.<sup>116</sup> Así, es necesario distinguir entre diferentes tipos de listas de espera, ya que reciben un tratamiento legal y administrativo distinto. La distinción primaria es entre problemas de salud GES y no GES. Las listas de espera GES, como vimos previamente, consideran un conjunto de problemas de salud priorizados en torno a un análisis sanitario de la población que se actualiza cada 3 años. Que una patología sea catalogada como GES, le otorga a los usuarios una serie de garantías legales, entre ellas, la garantía de oportunidad, que establece plazos máximos para el otorgamiento de la prestación de salud.

Si el plazo GES no se cumple, la persona usuaria (o su representante) puede reclamar ante FONASA o su ISAPRE. Si reclama dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del plazo, la institución tiene 2 días para designar un segundo prestador; si reclama después de 30 días, la institución dispone de 15 días para esa designación. El segundo prestador debe atender en un máximo de 10 días corridos. Si FONASA/ISAPRE no designa al segundo prestador o este tampoco cumple, la persona debe reclamar ante la Superintendencia de Salud, solicitando la designación de un tercer prestador.<sup>117</sup>

En cambio, en listas de espera no GES no existe una garantía legal de oportunidad idéntica, de manera que la priorización y derivación se rige

<sup>116</sup> Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile, “¿Qué pasa si un prestador de la Red GES no cumple con los plazos para atender a un paciente?”, Consultas frecuentes. Consultado el 25 de agosto de 2025.

<sup>117</sup> Ibid.

por normas técnicas y registros administrativos (Norma técnica N°118 y el Sistema de gestión de los tiempos de espera, SIGTE), criterios de priorización clínica local, derivaciones a prestadores con convenio, entre otros.

Al respecto, es importante mencionar que durante 2025 se presentó una modificación al sistema de priorización de los problemas de salud no GES, que se revisará bajo el acápite: “Avances recientes en el derecho a salud en Chile”. Con todo, este nuevo sistema es muy reciente, por lo que todavía no es posible evaluar su efectividad ni su impacto real en la reducción de tiempos de espera. Su origen, sin embargo, responde a un diagnóstico claro: la persistencia de las listas de espera tanto en GES como en no GES durante los años previos, con aumentos sostenidos y brechas territoriales relevantes, provocó una situación que fue diagnosticada como “emergencia nacional” por la Comisión Investigadora de Listas de Espera de la Cámara de Diputados y Diputadas de Chile.<sup>118</sup>

Además de los sistemas de priorización, la Comisión Investigadora detectó serios problemas de registro y administración de las listas de espera. Sólo por nombrar algunos que reflejan la envergadura del problema, podemos mencionar: “se registraron egresos de la Lista de Espera No GES por fallecimiento antes de la defunción del paciente”; “se registraron egresos de la Lista de Espera No GES por fallecimiento de pacientes que no habían fallecido”; y “se verificaron pacientes con patologías GES que estaban incluidos en la Lista de Espera No GES”.<sup>119</sup>

De acuerdo con el informe “Retrasos en las prestaciones del sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)” del CIPS-UDD, en el período entre diciembre de 2019 y diciembre de 2024, ha existido un aumento significativo y permanente de los retrasos en las prestaciones del sistema GES. En particular, se pasó de 7.944 prestaciones retrasadas en 2019, a 77.107 prestaciones retrasadas en 2024, implicando un aumento del 870,6%. El incremento más significativo se registra entre 2019 y 2020, cuando los casos pasaron de 7.944 a 52.526, en el contexto del fuerte impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la capacidad de respuesta del sistema de salud. El crecimiento sostenido de retrasos evidencia una falla estructural del sistema en garantizar el cumplimiento efectivo de las prestaciones GES, y no existen evidencias de mejoras sustantivas, al menos considerando el volumen de los casos. Dicho esto, no pudimos hallar datos que permitan dilucidar en qué medida los problemas se generaron por la

---

<sup>118</sup> Cámara de Diputados y Diputadas, Informe de la Comisión Especial Investigadora encargada de reunir antecedentes sobre las listas de espera en el sistema público de salud, CI 63/-2025.

<sup>119</sup> Ibid.

pandemia y en qué medida por la migración de personas aseguradas desde Isapre a Fonasa.

**Tabla N°3: Prestaciones retrasadas GES 2019-2024 (cuarto trimestre de cada año)**

Año	Total de prestaciones retrasadas
2019	7.944
2020	52.526
2021	54.333
2022	61.191
2023	70.440
2024	77.107

Fuente: Informe “Retrasos en las prestaciones del sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)” del CIPS-UDD, p. 4.

Durante 2024, los principales problemas de salud con mayores niveles de retraso fueron la diabetes mellitus tipo 2 (15.237 casos), las cataratas (10.129 casos) y la retinopatía diabética (5.571 casos), que concentran casi la mitad del total de casos. A esto se suma una proporción significativa de retrasos en condiciones oncológicas, especialmente cáncer de mama (4.610 casos), colorrectal (3.285 casos) y cervicouterino (2.842). En cuanto a los tiempos de espera, el 29% de las prestaciones atrasadas ha esperado menos de 30 días, el 25% ha esperado más de 6 meses, y el 9% ha esperado más de un año. Los tiempos de espera evidencian una ruptura de la oportunidad de atención que debiese ser garantizada por el sistema.

**Tabla N°4: Top 10 problemas de salud con más prestaciones retrasadas. Cuarto trimestre 2024**

Problema de salud	Total de atrasos
Diabetes mellitus tipo 2	15.237
Cataratas	10.129
Retinopatía diabética	5.571
Vicios de refracción	5.375
Hipoacusia adulto	4.838
Ayudas técnicas	4.684
Cáncer de mama	4.610
Cáncer colorrectal	3.285

Cáncer cervicouterino	2.842
Colecistectomía preventiva	1.923

Fuente: Informe “Retrasos en las prestaciones del sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)” del CIPS-UDD, p.5.

La distribución de las tasas de atrasos en prestaciones GES por región revela un panorama de inequidades en el acceso efectivo a las garantías de salud desde una perspectiva territorial. El promedio nacional se sitúa en torno a 401 atrasos por cada 100.000 habitantes, pero existen fuertes contrastes. En el extremo inferior destacan Arica y Parinacota (38,2), Ñuble (60,0), Atacama (135,3) y Antofagasta (202,6), todas muy por debajo del promedio. En un nivel intermedio se encuentran la Región Metropolitana (288,1), Coquimbo (338,0) y Biobío (408,7), cuyos valores se acercan más a la media. En el otro extremo, varias regiones superan con creces el promedio, como Maule (458,3), Los Lagos (477,1), Valparaíso (488,7), Aysén (504,0) y Araucanía (610,6); mientras que las cifras más críticas se registran en Tarapacá (591,0), Magallanes (674,5) y, especialmente, O’Higgins (755,1), que lidera el ranking nacional. Este patrón refleja una concentración significativa de retrasos en las regiones del centro-sur y sur, en marcado contraste con los territorios del norte grande y algunas regiones intermedias que exhiben tasas considerablemente más bajas.

**Tabla N°5: Tasa de atrasos en prestaciones GES por Región (por cada 100.000 habitantes)**

Región	Tasa de atrasos por cada 100 mil habitantes
Antofagasta	202,6
Araucanía	610,6
Arica y Parinacota	38,2
Atacama	135,3
Aysén	504,0
Biobío	408,7
Coquimbo	338,0
Los Lagos	477,1
Los Ríos	565,9
Magallanes	674,5
Maule	458,3

<b>Región</b>	<b>Tasa de atrasos por cada 100 mil habitantes</b>
Metropolitana	288,1
Ñuble	60,0
O'Higgins	755,1
Tarapacá	591,0
Valparaíso	488,7

Fuente: Informe “Retrasos en las prestaciones del sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)” del CIPS-UDD, p.7.

La magnitud de estas diferencias se hace evidente al comparar los extremos: mientras que en Arica y Parinacota la tasa alcanza apenas 38,2 atrasos por cada 100.000 habitantes, en O'Higgins la cifra asciende a 755,1, lo que implica una brecha de casi veinte veces entre ambos extremos. Este rango tan amplio muestra que la garantía universal del GES se experimenta de manera muy distinta según el territorio en el que resida la persona.

En cuanto a la oportunidad de atención en torno a prestaciones no-GES, el panorama es un poco distinto. En relación con la cantidad de pacientes en lista de espera por prestaciones no GES en el sistema público –ya sea para una consulta nueva de especialidad o para una intervención quirúrgica–, puede concluirse que, si bien los números siguen siendo elevados, a abril de 2025 se observa una reducción significativa en los tiempos de espera, tanto en cirugías no GES como en consultas nuevas con especialistas. Sin embargo, dicha reducción ha sido más marcada en las cirugías que en las consultas, lo que podría explicarse por la mayor urgencia clínica asociada a los procedimientos quirúrgicos.

En efecto, la media de espera para intervenciones quirúrgicas – que incluyen tanto cirugía mayor como menor– ha disminuido en aproximadamente un 46%, pasando de 549 días en enero de 2022 a 295 días en abril de 2025. En contraste, la media de espera para consultas nuevas de especialidad médica y odontológica ha disminuido en menor proporción, desde 350 días en enero de 2022 a 266 días en marzo de 2025, lo que representa una reducción cercana al 24%. Esta diferencia da cuenta de una priorización relativa en la gestión de listas de espera, probablemente orientada a resolver casos de mayor complejidad y urgencia quirúrgica.

Al observar los tiempos de espera por especialidad, se advierten importantes diferencias. En el caso de cirugía mayor, las especialidades con más tiempos de espera son traumatología, con 454 días y un total de 83.025 casos; cirugía cardiovascular, con 411 días y 17.388 casos; y

neurocirugía, con 351 días y 19.665 casos. Estas cifras son el reflejo de una alta demanda, así como de la complejidad y las limitaciones de capacidad resolutoria en dichas áreas.

En cuanto a cirugía menor, traumatología nuevamente presenta la mayor espera, con 400 días para un total de 8.184 casos. Le siguen cirugía digestiva con 387 días (152 casos) y cirugía plástica y reparadora con 359 días (1.488 casos), lo que muestra que incluso intervenciones de menor complejidad pueden acumular retrasos significativos.

Respecto de las consultas nuevas de especialidad médica, cirugía digestiva lidera los tiempos de espera (con una media de 380 días y 30.111 casos), seguida por cardiología (280 días, 73.173 casos) y cirugía general (274 días, 128.961 casos). Estos datos reflejan una alta presión sobre las especialidades que atienden condiciones prevalentes y de alto impacto en salud pública.

Finalmente, en las consultas odontológicas, la mayor demora se presenta en ortodoncia y ortopedia dentomaxilofacial, con 511 días de espera y 114.829 casos acumulados. Le siguen los trastornos temporomandibulares y dolor orofacial con 282 días (22.007 casos) e implantología bucomaxilofacial con 274 días (16.609 casos). Estas cifras dan cuenta de una significativa deuda en salud bucal, especialmente en áreas que requieren tratamientos prolongados y especializados. En resumen, si bien los tiempos de espera han disminuido en términos generales, persisten brechas relevantes por especialidad, particularmente en áreas quirúrgicas complejas y en atención odontológica.

A partir del análisis de las listas de espera en cirugía mayor y menor en Chile, hasta febrero de 2025, se desprenden diversas conclusiones relevantes desde una perspectiva de gestión sanitaria y de equidad territorial en el acceso a la salud. Se observan inequidades significativas y no se visualizan mejoras en relación al panorama ya identificado durante 2023.

En primer lugar, se constata que las regiones con mayores volúmenes de pacientes en lista de espera para cirugía mayor y menor son la Región Metropolitana de Santiago, la Región del Biobío y la Región de Valparaíso. Esta concentración no es aleatoria, ya que presenta una correlación directa con la densidad poblacional.<sup>120</sup> Por ejemplo, solo la Región Metropolitana agrupa cerca de 80 mil personas esperando una cirugía mayor, mientras

---

<sup>120</sup> Instituto Nacional de Estadísticas: “Primeros resultados del Censo 2024: 18.480.432 personas fueron censadas en Chile, manteniéndose la tendencia de envejecimiento de la población”, 27 de marzo de 2025.

que en cirugía menor acumula más de 30 mil. El patrón se repite, aunque en menor escala, en Biobío (40.084 en cirugía mayor y 16.376 en menor) y Valparaíso (30.075 y 11.937, respectivamente). Esto sugiere que, si bien estas regiones cuentan con más establecimientos y servicios de salud, la presión asistencial derivada del tamaño de su población supera la capacidad instalada, generando cuellos de botella persistentes.

Por contraste, las regiones con menor densidad demográfica –Aysén, Magallanes y Atacama– presentan las cifras más bajas en listas de espera. En Aysén, por ejemplo, solo 1.556 personas esperan una cirugía mayor y 146 una menor. En estas regiones la oferta sanitaria es limitada y la dotación de especialistas extremadamente baja –Aysén concentra apenas el 0,44 % de los especialistas del país, con cerca de 1,8 por cada 1.000 habitantes–, lo que obliga a derivar casos complejos a otras regiones y reduce artificialmente el número de pacientes en lista local. Así, la aparente “menor presión” sobre el sistema no necesariamente refleja una mejor gestión, sino, a veces, una capacidad insuficiente para absorber la demanda en el territorio, lo que genera tiempos de espera prolongados y traslados frecuentes hacia centros de mayor complejidad en otras ciudades.

Desde una perspectiva evolutiva, los datos entre febrero de 2022 y febrero de 2025 muestran, en general, una estabilidad en la cantidad de pacientes en espera para cirugía mayor. No obstante, hay dinámicas regionales que escapan a esta estabilidad. En Antofagasta, por ejemplo, se observa un preocupante incremento del 56% en la lista de espera quirúrgica (de 3.919 a 6.119 personas), lo que podría deberse tanto a un deterioro en la capacidad resolutive como a un aumento poblacional no acompañado de una expansión del sistema de salud. En cambio, la Región de Los Ríos experimentó una disminución del 44% en su lista de espera (de 9.795 a 5.509 personas). No encontramos datos para determinar si esta reducción se debe a una migración de personas afiliadas desde el sistema privado hacia el público, a una mejora en la eficiencia y atención, o a un desplazamiento de la demanda hacia atenciones en otras regiones.

Además, la continuidad de estas tendencias desde 2022 sugiere que no ha existido una transformación estructural significativa en la distribución de recursos quirúrgicos. Aunque existen diferencias entre las distintas regiones, las desigualdades territoriales en el acceso a la atención especializada siguen siendo una característica persistente del sistema chileno de salud pública.

## 7. ISAPRES, HOLDINGS Y EL DEBER DEL ESTADO DE FISCALIZAR

La Ley Corta de Isapres, aprobada el 13 de mayo de 2024, tuvo como principal medida habilitar jurídicamente la devolución de los cobros excesivos ordenada por la Corte Suprema (estimados en cerca de US\$ 1.200 millones) y al mismo tiempo garantizar la viabilidad financiera del sistema privado para evitar su quiebra. Aquí analizamos dicha Ley desde la perspectiva del cumplimiento por parte del Estado –y de las empresas privadas– de sus obligaciones y responsabilidades, respectivamente, en lo relativo al derecho humano a la salud.

La intervención estatal en casos de crisis para dar protección a derechos fundamentales no es nueva. A nivel comparado se pueden encontrar ejemplos de crisis de diversa índole que han llevado a la intervención del Estado. Existen salvatajes y rescates estatales a compañías o grupos de compañías que, en el ejercicio de su actividad económica, participan en la garantía de derechos humanos o se encuentran ligadas al ejercicio de derechos humanos de la población. Estamos hablando de entidades cuya quiebra podría generar problemas graves a un Estado en la ejecución de sus funciones básicas. Así, por ejemplo, Estados Unidos y Francia participaron en el rescate de empresas privadas en la crisis subprime de 2008,<sup>121</sup> con el fin de proteger los derechos económicos de su población y no forzar a las personas a solventar todas las consecuencias de las quiebras e insolvencias del sistema bancario –más allá del esfuerzo sostenido por los ciudadanos al entrar en recesión. Los riesgos para la población durante esas crisis financieras eran el detrimento de sus ahorros, la reducción de los ahorros de pensión, la pérdida de sus viviendas financiadas con créditos de alto riesgo, y la cesantía de millones de personas.<sup>122 123 124</sup>

En los casos de salvataje antes mencionados existe un elemento común respecto al rescate, y es que en ambas circunstancias “el Estado fijó condiciones que debían cumplir las empresas al recibir el dinero, ya fuera reestructuraciones de la empresa, el establecimiento de garantías para la devolución del préstamo o limitaciones a la remuneración de los altos cargos.”<sup>125</sup> Esto da cuenta de una particularidad en la actuación del Estado

---

<sup>121</sup> Samuel Argüello Vernabaz, *Participación del Estado en el rescate a empresas privadas durante la crisis de 2008. Experiencia en Estados Unidos y Francia*, Biblioteca del Congreso Nacional, Asesoría Técnica Parlamentaria, mayo de 2020, p. 2.

<sup>122</sup> Ibid.

<sup>123</sup> Educa, Portal de la Educación Financiera: “La historia de la Crisis Subprime”. <https://www.cmfchile.cl/educa/621/w3-article-27142.html>

<sup>124</sup> IMF blog: “Efectos perdurables: La recuperación económica mundial a los 10 años de la crisis”, 3 de octubre de 2018.

<sup>125</sup> Ibid., p. 1.

en esta materia, y que se repite en el caso de las Isapres hoy: cuando existen derechos humanos de esta envergadura involucrados el Estado no puede actuar como lo haría con cualquier otra empresa que señala que está en riesgo de quiebra, dejándola quebrar con condiciones mínimas como son las responsabilidades hacia trabajadores y acreedores. En el rubro de la salud no parece factible permitir la quiebra de empresas sin considerar las consecuencias para los pacientes, aunque es evidente que el Estado tiene la potestad y el deber de poner límites y condiciones que justifiquen el rescate –incluso si no es la solución más aconsejable bajo criterios estrictamente económicos–, y que impidan que la situación que llevó a la crisis se repita. Sin más, el Estado es responsable de haber permitido la participación de los privados en la garantía de los derechos y no pierde esta responsabilidad de garantía del derecho.

Luego del inicio de la implementación de la Ley Corta las Isapres han visto una fuga de sus afiliados al sistema público. Aunque se desconoce cuál es el número de “punto de equilibrio” de afiliados que el sistema requiere para funcionar con solvencia, sí se ha advertido sobre los riesgos de no modificar en forma radical el modelo, considerando que la Ley Corta es una medida que únicamente mitiga el problema por un tiempo acotado. “Lo que estamos observando es una aparente estabilidad financiera que será de corto plazo, ya que la crisis del sistema volverá a aparecer con fuerza, dado que las causas que la han generado no han sido resueltas en su origen y solo se ha dado un alivio a la caja del sistema”, afirma el documento elaborado por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello. Y agrega que esto se da “a un costo muy elevado para los afiliados y para las mismas isapres”.<sup>126</sup>

La Ley Corta tampoco dejó conforme a los usuarios del sistema. Conforme a la información obtenida por Transparencia, entre 2020 y lo que va de 2025, las Isapres han experimentado una elevada carga de reclamos por parte de sus afiliados, revelando una serie de tensiones estructurales que han afectado la satisfacción y confianza en las aseguradoras. En términos globales, se observa una cifra relativamente estable de reclamos entre 2020 y 2021 (alrededor de 51.000 casos por año), un aumento explosivo en 2022, con más de 326.000 reclamos, y una posterior estabilización en niveles altos durante 2023 (57.023) y 2024 (66.427). En lo que va de 2025, ya se registran más de 16.500 reclamos, lo que anticipa una posible continuidad de esta tendencia.

---

<sup>126</sup> Unab.cl: “Informe UNAB señala que Ley Corta de Isapres ha agudizado la crisis y advierte riesgos para la Modalidad de Cobertura Complementaria”, 14 mayo de 2025.

En cuanto a los motivos que predominan, la “Adecuación o Alza del Precio Base” se mantiene como el principal motivo de reclamo en casi todos los años, alcanzando su punto más alto en 2022 (111.162 reclamos) y repitiéndose como motivo principal en 2023, 2024 y 2025. Cabe destacar que en 2022 el motivo más frecuente fue el “Reajuste del precio GES”, con más de 155.000 reclamos, coincidiendo con un contexto de reajustes masivos por parte de las aseguradoras.

Desde una perspectiva de género, los reclamos han sido presentados de forma relativamente equilibrada por hombres y mujeres, aunque en años recientes las mujeres han superado de manera leve en número a los hombres.

Respecto al impacto de la Ley Corta, los datos evidencian un aumento significativo en los reclamos vinculados específicamente a su implementación. Solo en 2024, más de 11.000 reclamos estuvieron asociados a trámites regulados por esta ley, representando el 16,6% del total anual. En 2025, esta proporción sube aproximadamente a un 19,6%, lo que indica que las nuevas regulaciones han generado un volumen considerable de disputas, especialmente en temas como la “disconformidad con el monto o forma de pago por Ley 21.674”, y las “solicitudes de revisión de bonificación”.

El Estado tomó la decisión de salvar a las Isapres a través del mecanismo de financiación de la Ley Corta, con la expectativa de no sobrecargar aún más al sistema de salud público de manera intempestiva. Tal como se advierte en la Introducción del *Informe 2024*, si bien el rescate incluyó ciertas condiciones –como la suspensión del pago de dividendos hasta saldar las deudas–,<sup>127</sup> estas resultaron insuficientes comparadas con los beneficios que recibieron las aseguradoras. Asimismo, el país no aprovechó la oportunidad para condicionar el rescate a la imposición de reformas estructurales de mayor envergadura a los privados, incluyendo medidas de transparencia, regulación de la integración vertical y mayores exigencias de gobernanza y rendición de cuentas.<sup>128</sup> Cabe preguntarse si las Isapres corresponden a la categoría de empresas too big to fail –o sea, que su colapso sería tan desastroso para el país que el Estado debe siempre procurar intervenir en su rescate–, o si no es momento de pensar en un sistema con renovadas obligaciones de fiscalización y regulación –que incluya a Isapres, prestadores, holdings y directorios–, o bien en un nuevo sistema mixto de salud que involucre a los privados y permita la elección (como señala la

---

<sup>127</sup> *Informe 2024*, p. 23.

<sup>128</sup> *Ibid.*, p. 24.

Constitución vigente), pero que tenga un agente distinto a las Isapres y sus actuales regulaciones. Lo que parece claro, según indica la evidencia, es que el sistema, tal como está concebido, no parece ser solvente ni sostenible a mediano y largo plazo.

Es importante señalar que el seguro de salud, ya sea público o privado, es distinto al proveedor o prestador de salud que son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultas privadas y otros, que atienden tanto a los afiliados a Isapre como a los cotizantes de Fonasa. Es relevante establecer esta diferencia, pues la quiebra o reemplazo del sistema de seguros privados no tendría porque obligatoriamente provocar el colapso del sistema de proveedores y prestadores de salud privados. Sin embargo, la crisis del sistema ha escalado a los prestadores y proveedores por dos situaciones: la primera, la deuda que las Isapres tienen con las clínicas por servicios prestados que no han sido pagados<sup>129</sup> y, en segundo lugar, por la integración vertical. Esto último, a pesar de que esa forma de integración se encuentra teóricamente prohibida desde la promulgación de la Ley N° 20.015, de 2005, donde se determinó que las Isapres tendrán “por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”.<sup>130</sup> En este sentido, las Isapres y las instituciones prestadoras de salud han utilizado la figura del “holding” para mantener una integración vertical *de facto*.<sup>131</sup> La literatura especializada define un *holding* de salud como “una empresa que es propietaria de una Isapre y un prestador, pero al no haber ninguna relación directa entre ambos no va en contra de la ley.”<sup>132</sup> La integración vertical *de facto* que se produce en estos casos ha sido estudiada por la Superintendencia de Salud,<sup>133</sup> entidad que lo ha identificado como una forma de propiedad no favorable para los afiliados.<sup>134</sup> Los esfuerzos

---

<sup>129</sup> Diario Financiero.cl: “Clínicas advierten que deuda de las ISAPRES creció 31% en un año a \$ 636 mil millones, mientras ajustan inversiones y acuden a los bancos”, 12 de marzo de 2024.

<sup>130</sup> BCN, Ley 20.015, Modifica la Ley N° 18.933 sobre instituciones de salud previsual, 3 de mayo de 2005, artículo 173.

<sup>131</sup> Ramiro de Elejalde, “¿Se debería prohibir la integración vertical entre Isapres y Clínicas?”, *Observatorio Económico FEN-UAH*, núm.119, 2017. El Mostrador.cl: “Lo que revelan los estados financieros de las isapres en los últimos 10 años”, 22 de junio de 2023.

<sup>132</sup> Universidad ahurtado.cl: “¿Se debería prohibir la integración vertical entre Isapres y Clínicas?”, 14 de octubre de 2017.

<sup>133</sup> Supersalud.gob.cl: “Dossier sobre integración vertical y efectos en el sector privado de salud”, 4 de diciembre de 2017.

<sup>134</sup> La Tercera.com: “Estudio revela que integración vertical de clínicas e isapres no favorece a sus afiliados”, 1 de diciembre de 2016.

legislativos para reforzar y hacer efectiva la prohibición de la integración vertical no han prosperado: el Boletín 12.798-11<sup>135</sup> aún no supera el primer trámite constitucional, mientras que el Boletín 9.914-11, si bien ha tenido más avances, ha sido rechazado en diversas ocasiones en Comisión Mixta por desacuerdos sobre las modificaciones.<sup>136</sup> Un ejemplo ilustrativo de la interdependencia entre aseguradoras y prestadores ocurrió en 2017, cuando la Isapre MasVida entró en una crisis –que finalmente la llevó a la quiebra– y colapsó también la Clínica Las Lilas, uno de sus principales actores relacionados.<sup>137</sup> Cualquiera sea la decisión estatal para enfrentar la crisis del sistema privado de salud, debe considerar esta realidad en que, por un fenómeno de integración vertical, la quiebra de una Isapre arrastra a determinados proveedores y prestadores de salud privados.

## **8. AVANCES RECIENTES EN EL DERECHO A SALUD EN CHILE**

A pesar de lo anterior, en los últimos años, Chile ha experimentado una serie de transformaciones normativas y administrativas relevantes en materia de salud, que evidencian un esfuerzo por avanzar hacia una mayor equidad, accesibilidad y protección de derechos en el sistema sanitario. Si bien persisten desafíos estructurales que limitan la realización plena del derecho a la salud, se pueden identificar iniciativas concretas que fortalecen su contenido desde una perspectiva de derechos humanos. Estas medidas no solo buscan aliviar barreras económicas, sino también responder a las necesidades específicas de grupos históricamente vulnerados, como mujeres, personas del espectro autista o el estigma en torno a personas que han sufrido cáncer. A continuación, se presentan algunos de los principales avances impulsados durante el actual periodo de gobierno.

### **8.1. Copago Cero**

Durante el Gobierno encabezado por el presidente Gabriel Boric se han registrado algunos avances significativos en materia de salud. Uno de los más relevantes es la implementación del Copago Cero, una medida administrativa<sup>138</sup> adoptada por el Ministerio de Salud, que extendió la

<sup>135</sup> Cámara de Diputados, Proyecto de Ley que modifica el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, y el Código Sanitario, para impedir la integración vertical entre prestadores de salud e isapres, y entre laboratorios y farmacias, Boletín 12798-11, 10 de julio de 2019.

<sup>136</sup> Cámara de Diputados, Proyecto de ley que modifica el Código Sanitario para regular los medicamentos bioequivalentes genéricos y evitar la integración vertical de laboratorios y farmacias, Boletín 9914-11, 10 de marzo de 2015.

<sup>137</sup> Ciperchile.cl: “Entran las clínicas a la crisis de las isapres”, 16 de marzo de 2023.

<sup>138</sup> Ministerio de Salud, Resolución Exenta 1.112, 29 de agosto de 2022.

gratuidad en la atención de salud a los tramos C y D de Fonasa, a partir de septiembre de 2022. Esta medida eliminó el copago del 10% y del 20% que debían cubrir, respectivamente, personas con ingresos mensuales entre aproximadamente \$410.000 y \$594.000 (tramo C), y aquellas con ingresos superiores a \$594.000 (tramo D).<sup>139</sup> Con ello, todas las personas afiliadas a Fonasa acceden hoy a atención gratuita en la red pública bajo la Modalidad de Atención Institucional. Desde el marco del derecho a la salud, esta medida fortalece en especial la accesibilidad económica, al eliminar una barrera financiera directa que históricamente restringía el acceso efectivo para sectores que, si bien no se encontraban en situación de pobreza, enfrentaban dificultades para asumir los costos asociados a la atención médica. La medida beneficia a más de 5 millones de personas,<sup>140</sup> lo que representa un avance concreto hacia una mayor equidad en el sistema de salud chileno.

## **8.2. Derecho al olvido oncológico**

Otra medida relevante es la aprobación de la Ley 21.656 –que modifica la Ley Nacional del Cáncer 21.258–, la cual incorpora el derecho al olvido oncológico.<sup>141</sup> Esta reforma, publicada en febrero de 2024, introduce el artículo 8° bis, donde se establece que serán nulas todas las cláusulas, condiciones más onerosas, exclusiones o restricciones impuestas a quienes hayan tenido una patología oncológica, cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaídas. Asimismo, se prohíbe solicitar información oncológica o exigir la declaración de antecedentes médicos del pasado en contratos o negocios jurídicos, y se impide que las aseguradoras consideren esos antecedentes para efectos de contratación. Desde la perspectiva del derecho a la salud y la no discriminación, la consagración del derecho al olvido oncológico permite eliminar una barrera estructural que ha excluido históricamente a personas sobrevivientes de cáncer del acceso igualitario a seguros y productos financieros, incluidas las Isapres. A su vez, contribuye a la aceptabilidad del derecho a la salud, al proteger la privacidad y la dignidad de las personas sobrevivientes de cáncer en su interacción con el sistema asegurador y financiero.

---

<sup>139</sup> Gobierno de Chile, “Preguntas frecuentes del copago cero”. <https://www.gob.cl/copagocero/preguntasfrecuentes/>

<sup>140</sup> Gobierno de Chile, “Preguntas frecuentes del copago cero”. <https://www.gob.cl/copagocero/preguntasfrecuentes/>

<sup>141</sup> Ley 21.656, modifica la Ley 21.258, para consagrar el derecho al olvido oncológico, 2024.

### 8.3. Ley TEA

Por otra parte, la promulgación de la Ley 21.545 (Ley TEA), es un “avance significativo en la protección de los derechos de las personas con TEA en el país”.<sup>142</sup> Esta ley establece un marco para la inclusión social, educativa y sanitaria de las personas con Trastornos del Espectro Autista, TEA, promoviendo su autonomía y la eliminación de barreras que dificultan su participación plena en la sociedad. Mandata al Estado a garantizar el acceso, la oportunidad y el tratamiento y los apoyos especializados –adecuados al diagnóstico–, reforzando así el principio de igualdad y no discriminación. A su vez, compromete al Ministerio de Salud a evaluar la incorporación de problemas de salud asociados al TEA al siguiente proceso de elaboración y definición de las Garantías Explícitas en Salud.<sup>143</sup>

## 9. AVANCES EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: INCLUSIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL AGUDA EN GES Y MODIFICACIONES AL REGLAMENTO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Entre los principales avances recientes en materia de derechos sexuales y reproductivos en Chile pueden destacarse tres hitos: la incorporación de la violencia sexual aguda al sistema GES, la modificación del reglamento sobre objeción de conciencia, y la presentación de un proyecto de ley de aborto legal con plazos.

En particular, la inclusión de la violencia sexual aguda en el GES constituye un paso relevante para garantizar una atención integral, oportuna y sin discriminación a las personas que han sido víctimas de agresiones sexuales recientes. Esta prestación cubre atenciones médicas inmediatas – como exámenes para la detección de infecciones de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia y atención médica general –, además de un seguimiento en salud mental que puede extenderse hasta por un año. La medida reconoce la violencia sexual como una urgencia sanitaria y asegura una respuesta clínica y psicosocial desde el sistema público de salud, avanzando así en la protección de la dignidad, la integridad personal y el derecho a la salud de las personas afectadas.

A su vez, podemos destacar la entrada en vigencia del Decreto N° 22, promulgado el 30 de mayo de 2025, que modifica el Reglamento sobre Objeción de Conciencia, en el contexto de la Ley 21.030 que regula

<sup>142</sup> Matías Irrarázaval Domínguez, “La Ley de Autismo en Chile: Desafíos para la implementación y el rol de los pediatras”, *Andes pediátrica*, vol. 94, núm. 4, 2023, pp. 419-420.

<sup>143</sup> Ley 21. 545, Establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con trastornos del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación, 2 de marzo de 2023.

la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.<sup>144</sup> Esta norma, que no había sido actualizada desde 2018, fue revisada por la Contraloría General de la República y entró plenamente en vigor el 26 de junio, tras vencer el plazo para impugnaciones constitucionales.<sup>145</sup>

Este nuevo Reglamento es una respuesta a los problemas de implementación de la Ley 21.030, particularmente, en lo referido a la existencia de altos índices de objetores de conciencia para el acceso a la IVE.<sup>146</sup> Representa un avance hacia el entendimiento de la interrupción del embarazo como una prestación de salud garantizada en la Ley. Entre sus principales innovaciones se encuentran medidas orientadas a garantizar el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud sexual y reproductiva. En particular, refuerza el derecho a recibir información suficiente, veraz y comprensible, estableciendo la obligación de que todos los establecimientos con servicios de ginecología y obstetricia exhiban visiblemente los derechos de las pacientes y los canales de denuncia ante incumplimientos. Además, la nueva normativa exige que los centros de salud elaboren listas internas de objetores de conciencia, destinadas, entre otros fines, a organizar los turnos de modo que siempre haya médicos no objetores disponibles. También impone la obligación de establecer protocolos con plazos máximos para las derivaciones –especialmente en casos de violación, causal que está sujeta a límites legales estrictos– y autoriza la contratación preferente de personal no objetor para garantizar la disponibilidad del servicio. Estas modificaciones representan un paso relevante hacia la garantía del derecho a la salud de las mujeres y personas gestantes, mediante la mejora de los mecanismos de acceso, oportunidad y transparencia en la provisión del aborto legal. No obstante, al tratarse de una norma de carácter reglamentario, su permanencia depende del gobierno de turno, lo que plantea desafíos para su estabilidad futura en un año marcado por elecciones presidenciales.

## **10. SISTEMA DE ACCESO PRIORIZADO DEL FONDO NACIONAL DE SALUD, FONASA**

Mediante la Ley 21.736, se creó el “Sistema de acceso priorizado del fondo nacional de salud” –SAP– que, de acuerdo al texto de la misma ley, tiene

---

<sup>144</sup> Ministerio de Salud, Decreto 22, 2025.

<sup>145</sup> Gob.cl: “Se publica reglamento para la correcta aplicación de la Ley de 3 causales”, 2 de julio de 2025.

<sup>146</sup> Radio.uchile.cl: “Feministas en alerta: 43% de los médicos obstetras son objetores de conciencia”, 28 de enero de 2023.

por objeto “gestionar de forma eficiente los tiempos de espera sanitarios”.<sup>147</sup> Las intervenciones cubiertas por esta nueva ley incluirán –además de la cirugía– los medicamentos, insumos, hospitalización, seguimiento post-operatorio y manejo de complicaciones.

El SAP opera a través de dos vías: (1) lista priorizada anual, en que FONASA ingresa de oficio y deriva –a quienes tienen mayor tiempo de espera, necesidad clínica y menos recursos– hacia prestadores en convenio –incluidas clínicas privadas– sin costo para el paciente, con plazos y sanciones al prestador; y (2) vía MLE con deducible único para quienes no entren en la lista, cubriendo FONASA todo lo que exceda.<sup>148</sup>

Las intervenciones prioritarias de salud se determinarán por un decreto expedido el último mes de cada año. El primero de estos decretos, cursado en mayo de 2025, determinó como intervenciones prioritarias priorizadas la “endoprótesis total de rodilla” y la “endoprótesis de cadera en personas menores de 65 años”.<sup>149</sup> De acuerdo al artículo 140 ter de la ley que creó el sistema, la fijación de las prioridades sanitarias deberá considerar: (1) propuestas de las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales enfocadas en problemas no cubiertos por GES; (2) un análisis cuantitativo de la capacidad resolutoria de la red pública y de sus tiempos de espera, incluyendo el uso eficiente de esa capacidad en horario regular; (3) un examen de FONASA sobre la oferta disponible en prestadores no pertenecientes al sistema público que tengan convenios vigentes; y (4) una estimación de costos y la proyección anual de presupuesto y volumen de intervenciones que el SAP puede financiar.<sup>150</sup>

A su vez, esta Ley incorpora una alternativa para las personas que no ingresen vía lista priorizada, quienes podrán pagar un único deducible según su tramo de Fonasa: B: 1,5 ingresos mínimos mensuales; C: 2 IMM; D: 3 IMM –y FONASA financia el excedente–; la persona elige un prestador en convenio (estas atenciones son en Modalidad de Libre Elección, MLE, y están limitadas al presupuesto del SAP).<sup>151</sup>

---

<sup>147</sup> Ley 21.736, Artículo 140 bis.

<sup>148</sup> T13.cl: “Hasta \$6 millones por cirugía: Fonasa cubrirá operaciones de cadera y rodilla gratis en 45 clínicas de todo Chile”, 20 de julio de 2025.

<sup>149</sup> Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, “Determina nómina de intervenciones sanitarias priorizadas otorgadas por Sistema de Acceso Priorizado para el año 2025 conforme a la Ley N.º 21.736”, Decreto Exento N.º 34, Santiago, 28 de mayo de 2025. En Diario Oficial de la República de Chile, N.º 44.182.

<sup>150</sup> Ley 21.736, que crea el sistema de acceso priorizado del Fondo Nacional de Salud, Artículo 140 ter.

<sup>151</sup> T13.cl: “Hasta \$6 millones por cirugía: Fonasa cubrirá operaciones de cadera y rodilla gratis en 45 clínicas de todo Chile”, 20 de julio de 2025.

## CONCLUSIONES

El Estado de Chile arrastra un problema evidente respecto a su sistema de salud, que fue parte central de las demandas del movimiento social en 2019<sup>152</sup> y se ha mantenido como una preocupación permanente de los chilenos en las encuestas. Casi una década de judicialización por alzas en los planes de Isapre, de medicación de alto costo, listas de espera y de falta de regulación en materia de fiscalización y supervigilancia culminó, como punto más álgido, con la sentencia de la Corte Suprema –en noviembre de 2022– que obligó a las Isapres a devolver los dineros indebidamente pagados a las administradoras por parte de los afiliados por el concepto de la aplicación de una tabla de factores inválida. Según cálculos del gremio de dicha industria, las Isapres estarían forzadas a reembolsar una cantidad de dinero de tal magnitud que se volverían insolventes.<sup>153</sup>

Como era de esperar, la crisis de las Isapres y la posterior Ley Corta trajo una migración significativa al sistema de FONASA. A causa de esto se han producido esfuerzos por solventar la nueva demanda del sistema público, como la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria. Todavía no es posible verificar si esta medida podrá mejorar la sostenibilidad del sistema FONASA, considerando, sobre todo, que la licitación para su ejecución fue declarada desierta. Como se señaló anteriormente, la MCC parece más un mecanismo paliativo frente a la sobrecarga de FONASA que una apuesta por transformaciones estructurales que fortalezcan al sistema público y generen una alternativa real de atención oportuna, accesible y de calidad. Por el contrario, tiende a perpetuar un modelo en que la capacidad económica de las personas sigue siendo el principal determinante para acceder a una buena atención en salud.

Por lo anterior, la demanda por un Seguro Único de Salud o un Plan Único de Salud sigue vigente para intentar resolver de verdad los problemas de inequidad aquí analizados. Una reforma orientada en esa dirección, como se ha planteado en *Informes* anteriores, permitiría ayudar a “superar problemas estructurales del sistema de salud chileno en materia de accesibilidad, como también las discriminaciones por sexo y edad, además de generar un grado mayor de solidaridad y protección para todas

---

<sup>152</sup> BBC News: “Protestas en Chile: ‘Si tú no tienes plata en este país, te mueres’, la dura realidad de la salud pública del país sudamericano”, 20 de noviembre de 2019.

<sup>153</sup> CNN Chile: “Superintendente de Salud califica como ‘insólita’ declaración de Isapres cuestionando ley corta”, 14 de mayo de 2024.

las personas, independientemente de su capacidad de pago y riesgo de salud”.<sup>154</sup>

A partir del análisis aquí planteado, podemos concluir que todavía no se ha producido una reforma estructural al sistema de salud chileno. Por el contrario, se han realizado reformas paliativas para salvaguardar el corazón del sistema mixto de salud en nuestro país. Expresión de ello es la Ley Corta, la cual requirió de grandes esfuerzos político-legislativos que tuvieron como propósito principal otorgarle un salvavidas directo a las Isapres. Esto no parece razonable, al menos en una primera instancia, considerando la importante diferencia de porcentaje de población inscrita en Fonasa e Isapre. Priorizar la estabilidad de un sector que atiende a una fracción reducida de la población pone en evidencia una lógica regresiva en la asignación de esfuerzos estatales y reproduce las desigualdades estructurales del sistema, en lugar de corregirlas.

Incluso valorando los esfuerzos que pretenden de manera efectiva enfrentar la salud desde un marco de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad –como el carácter transitorio de la Modalidad de Cobertura Complementaria en el camino hacia un Fondo Universal–, lo cierto es que para tener real éxito en el propósito de corregir desigualdad, se debe necesariamente pensar en cuál será el diseño financiero del sistema. Esto puede requerir reformas no sólo en el ámbito de la salud, sino que, también, en el plano tributario. Mientras la principal fuente de recaudación fiscal en Chile siga siendo el IVA –un impuesto regresivo que afecta desproporcionadamente a los sectores de menores ingresos–, será muy difícil que las políticas sociales adquieran un carácter verdaderamente redistributivo. Del mismo modo, mantener esquemas como la municipalización de la atención primaria sin introducir mecanismos de solidaridad municipal o de redistribución, perpetúa desigualdades territoriales en el acceso y la calidad de la atención, limitando el potencial transformador de cualquier reforma orientada a la universalización.

En relación a la Modalidad de Cobertura Complementaria, MCC, será necesario observar su desempeño una vez que haya comenzado a operar. Por ahora no tiene cuerpo suficiente para evaluar su eficacia como estado transitorio y, por lo mismo, será indispensable priorizar que la próxima licitación termine con un resultado favorable y no sea de nuevo declarada desierta. La MCC, efectivamente, podría convertirse en una vía indirecta para contribuir a la reducción de las listas de espera –al ampliar la red de prestadores y descongestionar la demanda en el sector público–, sin embargo, su implementación aún se encuentra en una etapa tan incipiente, que resulta

---

<sup>154</sup> Informe 2023, p. 324.

prematureo evaluar su impacto efectivo en esta materia. Por el momento, las listas de espera se han mantenido en el tiempo con algunas variaciones en términos de los lapsos de espera. En cualquier caso, es fundamental que los esfuerzos por contener y reducir las listas de espera no dependan exclusivamente de medidas transitorias, sino que se sustenten en estrategias integrales y sostenidas, con financiamiento adecuado y capacidad resolutive en todos los niveles de atención.

La atención primaria de salud en Chile constituye la puerta de entrada al sistema sanitario chileno, y el nivel con mayor potencial para reducir inequidades y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud. No obstante haber sido objeto de múltiples reformas que han ampliado sus recursos y cobertura, su desarrollo en el marco de la universalización enfrenta riesgos significativos: un financiamiento sustentado en mecanismos tributarios regresivos, la persistencia de la municipalización sin correctivos distributivos y la ausencia de una reforma estructural del sistema mixto. Estas debilidades no solo limitan su capacidad de expansión real, sino que pueden incluso profundizar desigualdades económicas y territoriales ya existentes. En consecuencia, la consolidación de la APS como eje del derecho a la salud exige un rediseño institucional y financiero –que garantice estándares de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad–, orientado a asegurar que su universalización se traduzca efectivamente en mayor equidad y no en una reproducción de las brechas históricas presentes en el sistema de salud chileno.

## **RECOMENDACIONES**

1. Avanzar hacia un Seguro Único o Plan Único de Salud, u otro sistema que sea solidario, que permita superar problemas estructurales del sistema chileno en materia de accesibilidad y corregir discriminaciones por sexo, edad y nivel socioeconómico, fortaleciendo la solidaridad y protección universal.
2. Revisar el diseño financiero del sistema de salud, considerando reformas tributarias para avanzar hacia un financiamiento más redistributivo de las políticas sociales.
3. Superar las limitaciones de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) mediante un diseño que garantice su sostenibilidad financiera y eficacia real en la reducción de las listas de espera, evitando que se limite a ser una medida paliativa.
4. Fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) como puerta de entrada al sistema, asegurando su universalización bajo criterios

de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, y previniendo medidas regresivas que profundicen desigualdades socioeconómicas y territoriales.

5. Evaluar la conveniencia de que la Atención Primaria de Salud continúe siendo gestionada por las municipalidades y fortalecer la fiscalización de los fondos que sustentan el sistema, con el fin de superar la inequidad territorial y socioeconómica derivada de los desiguales recursos disponibles entre comunas, así como prevenir que se convierta en un eventual foco de corrupción local.<sup>155</sup>
6. Fortalecer las facultades reguladoras y fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud respecto de las Isapres, con el fin de que esta entidad pueda definir los ajustes en los planes de salud y la tarifa GES, entre otras materias. Robustecer y extender las facultades del mecanismo de resolución de controversias de la Superintendencia, de tal forma que esté en condiciones de abordar ampliamente conflictos respecto a la cobertura de servicios de salud y, en particular, sobre la cobertura de nuevos tratamientos y medicamentos, de manera coherente y sistemática en coordinación con los órganos técnicos correspondientes.
7. Crear un nuevo organismo público de carácter técnico que decida cuáles debieran ser los problemas de salud cubiertos en un Seguro Único/ Plan Único y de qué forma se definen y priorizan —en cuanto al acceso, oportunidad, calidad y la protección financiera— dichas coberturas. Este organismo debiera estar gobernado por estándares de no discriminación, costo-efectividad, participación, transparencia y rendición de cuentas.
8. Transparentar el financiamiento de las Isapres y sus holdings para conocer su real estado financiero y evitar que la quiebra de una aseguradora arrastre a otras unidades del sistema de salud.
9. Regular el acceso a la información y prevenir la captura del Estado, incluso en los directorios que representan los intereses de sociedades anónimas o limitadas, cuyos integrantes responden ante la sociedad —y sus inversionistas— a la que pertenecen, y no necesariamente ante sus afiliados. Ello implica que, en caso de producirse intereses divergentes entre dueños y afiliados, las decisiones podrían favorecer a los primeros.<sup>156</sup>

---

<sup>155</sup> Ciper Chile: “Exfuncionaria municipal de Talca acusa que directora de Salud le ofreció horas extras para que donara a campaña del alcalde: grabó audio”, 2 de julio de 2025.

<sup>156</sup> *Informe 2022*, pp. 173-176; *Informe 2017*, pp. 99-102.