PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Reformas en salud: análisis y propuestas para el diálogo

PAULA BENAVIDES
Escuela de Gobierno UC

DANIELA SUGG
Universidad Diego Portales

CAROLINA VELASCO
Universidad San Sebastián

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año **20** / Nº **186** / **Junio 2025**
ISSN 0718-9745

Reformas en salud: análisis y propuestas para el diálogo.

PAULA BENAVIDES
Escuela de Gobierno UC
DANIELA SUGG
Universidad Diego Portales
CAROLINA VELASCO
Universidad San Sebastián

Introducción[1]

El sistema de salud chileno enfrenta múltiples desafíos y se encuentra inmerso en un proceso dinámico de propuestas de reforma. Estas se orientan a generar transformaciones sustantivas que impacten en sus diversas instituciones y funciones, con el objetivo de mejorar la salud de la población. Si bien existe un amplio consenso respecto a la necesidad de fortalecer el sistema, persisten distintas visiones sobre su diseño óptimo a largo plazo, lo que ha dificultado históricamente el avance de reformas estructurales. Con todo, a 20 años de la última gran reforma –que reconfiguró la autoridad sanitaria y dio origen al régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)–, los poderes colegisladores se encuentran impulsando un nuevo ciclo de cambios en el sistema de salud, apoyados en el trabajo de comisiones transversales.

En ese marco, se han realizado acciones tendientes a ampliar la protección que otorga el esquema público, por ejemplo, mediante el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) y la eliminación del copago en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

A su vez, tras un intenso proceso de debate y negociación en el período 2022-2024, se aprobó la Ley Nº 21.674, de 2024, conocida como "Ley Corta de Isapres", que permitió viabilizar el cumplimiento de los fallos de la Corte Suprema respecto de dichas instituciones, resguardando la sostenibilidad financiera del sistema. Además, dicha ley introdujo un nuevo modelo de atención en Fonasa, la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), que busca otorgar cobertura complementaria a prestaciones ambulatorias y hospitalarias aranceladas en una red de prestadores determinada.

En ese contexto, se asumió el compromiso de agilizar algunos proyectos en trámite, lo que derivó en la aprobación en 2025 del Sistema de Acceso Priorizado (SAP), inspirado en el proyecto de seguro catastrófico de 2019 (Ley Nº 21.736). También se avanzó en una nueva legislación para fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y establecer nuevas sanciones ante el mal uso de licencias médicas (Ley Nº 21.746). Varias de estas medidas están iniciando su implementación, por lo que su impacto aún es incierto.

Asimismo, en la Ley Corta el Ejecutivo comprometió el envío de proyectos de ley relativos a reformas estructurales, tanto del sistema público como privado. En octubre de 2024, se ingresó al Congreso el proyecto que elimina la declaración de enfermedades preexistentes, prohíbe la discriminación por edad y sexo en los planes de salud, y crea un plan común de salud para las Isapres (Boletín 17147-11). Luego, en enero de 2025, ingresó el proyecto de modernización del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que fortalece a Fonasa, crea el Servicio de Salud Digital, y otorga nuevas atribuciones al Instituto de Salud Pública (ISP) y a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast) (Boletín 17.375-11); y, en marzo del mismo año, el que refuerza las competencias de la Superintendencia de Salud (SIS) (Boletín 17.397-11). Por último, se ha comprometido, para el primer semestre de 2025, una modificación al Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL).

Todas estas iniciativas abordan materias esenciales para mejorar el desempeño del sistema de salud y pre-

1 Agradecemos los valiosos comentarios de Carla Castillo L. y Harald Beyer B. a versiones previas de este trabajo. Las opiniones expresadas en este documento, así como eventuales errores, son de nuestra exclusiva responsabilidad.

pararlo para responder a los desafíos sanitarios de las próximas décadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) indica que un sistema de salud es el conjunto de organizaciones, personas y acciones destinadas a promover, restaurar o mantener la salud; asimismo, que la cobertura universal en salud (CUS)[2], entendida como el acceso universal a servicios de calidad, en el momento y lugar adecuados y sin dificultades económicas, es uno de sus principales compromisos. Así, importa quiénes están cubiertos, qué servicios se ofrecen, su calidad y el grado de protección financiera.

Con miras a este objetivo, este trabajo tiene como fin aportar una mirada técnica y pragmática respecto de las iniciativas mencionadas, enfocándose en aquellas referidas a transformaciones institucionales de entidades públicas, por considerar que son condición necesaria y habilitante para abordar un proceso de reformas. Ello no obsta a la necesidad de avanzar paralelamente en el rediseño del sistema privado, materia de un proyecto de ley que no es analizado en este trabajo.

En la sección 2 del documento, se revisa la estructura del sistema de salud y sus funciones, de acuerdo con un marco analítico sugerido por la OMS (OMS et al., 2022). Luego, en la sección 3, se analizan indicadores de salud, acceso, protección financiera y financiamiento, dimensiones que forman parte de la CUS; destacando las fortalezas existentes y las áreas que requieren mayor atención. También se describen las iniciativas en curso o en discusión. A partir del marco conceptual planteado, en la sección 4, se revisan los proyectos de ley relativos a la institucionalidad pública, que son objeto de este estudio. A su vez, se formulan recomendaciones concretas para mejorar su diseño e implementación y, con ello, hacerlo más eficiente y efectivo.

Finalmente, identificando los avances, desafíos y oportunidades, en la sección 5, se plantean recomendaciones para optimizar el proceso integral de reformas (incluyendo aspectos no abordados en las iniciativas revisadas), promoviendo un sistema de salud más integrado, equitativo y preparado para los desafíos sanitarios del futuro, en un contexto de restricciones fiscales y demandas crecientes.

2. Estructura del sistema de salud y marco conceptual

Este capítulo contextualiza la estructura del sistema de salud chileno y presenta un marco conceptual para el análisis de su desempeño y las propuestas de reforma.

2.1 Estructura del sistema de salud[3]

Los sistemas de salud se organizan en torno a cuatro funciones: gobernanza (rectoría, regulación y fiscalización), financiamiento (aseguramiento), generación de recursos y prestación de servicios. En Chile, el sistema está normado principalmente en el DFL 1 de Salud de 2005, del Ministerio de Salud (Minsal), donde el rol rector lo ejerce dicho ministerio. Este cuenta con dos subsecretarías, las que proponen a la autoridad políticas, normas, planes y programas, en las materias que se encuentran en el ámbito de sus funciones y velan por su cumplimiento.

A la Subsecretaría de Salud Pública (SSP) le corresponde proponer políticas, normas, planes y programas relativos a la promoción de salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a la población, y velar por su cumplimiento. Además, debe coordinar las acciones de Fonasa y del Instituto de Salud Pública (ISP), e impartirles instrucciones y administrar el financiamiento para las acciones de salud pública. Asimismo, es el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremi), de quienes depende la organización y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin).

La Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema (entidades dependientes de los Servicios de Salud, municipios y Minsal) y la regulación de la prestación de acciones de salud. Propone a la autoridad políticas, normas, planes y programas, vela por su cumplimiento y coordina su ejecución por los Servicios de Salud (SS) y demás establecimientos que integran el Sistema.

Del rol regulatorio y de fiscalización participan la Superintendencia de Salud, organismo descentralizado que se relaciona con el Presidente de la República a través del Minsal y que supervisa a prestadores y aseguradores; el ISP, en cuanto a laboratorios y medicamentos,

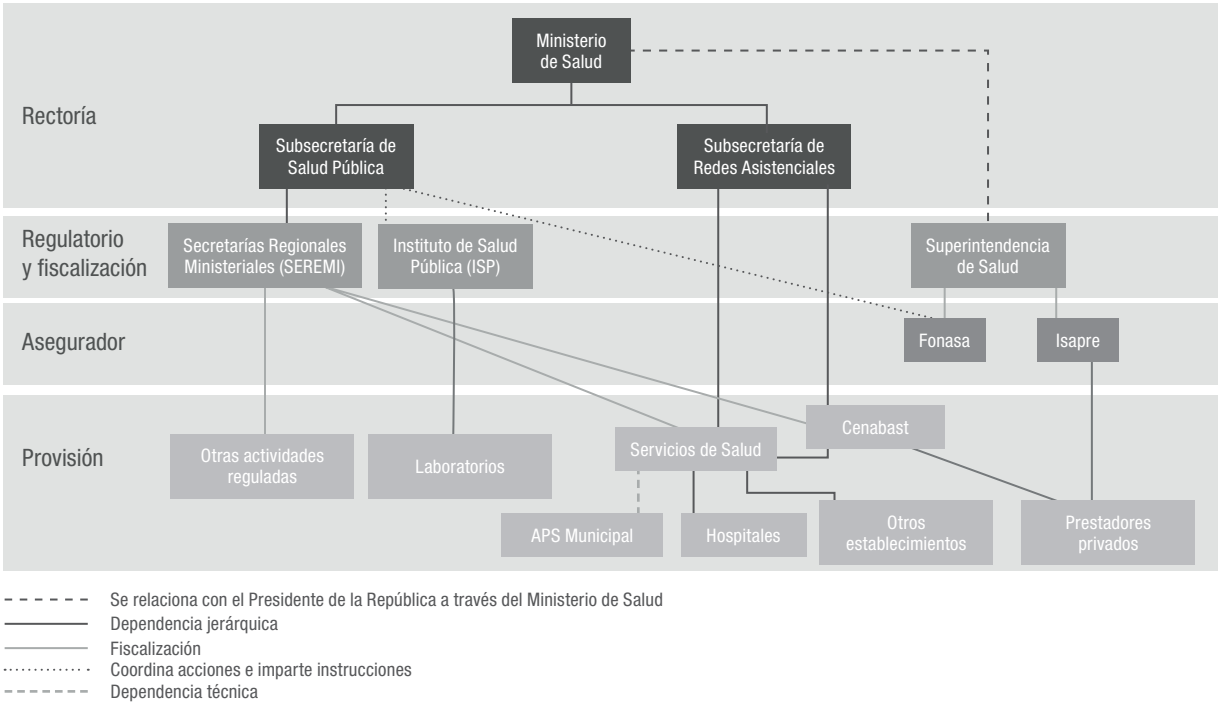
2 Indicador 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030 de Naciones Unidas: lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. 3.8 | Agenda 2030 en América Latina y el Caribe.

3 Descripción elaborada a partir de las normas del DFL Nº 1 del Ministerio de Salud, de 2005.

entre otros; y las Seremi, a cargo de la fiscalización de parte del Código Sanitario y de otorgar autorización sanitaria.

La función de aseguramiento (recolección, administración y mancomunación de recursos y pago a prestadores) es realizada por Fonasa y por las aseguradoras privadas llamadas instituciones de salud previsional o isapres. En la prestación de servicios, también participan entidades públicas y privadas. Las primeras se organizan en niveles de atención, siendo la atención primaria (la de menor complejidad) administrada principalmente por los municipios (consultorios, postas y centros de salud), y aquellas de mayor complejidad (nivel secundario y terciario), por los SS (hospitales y centros de especialidad), que, como se mencionó, están bajo la coordinación de la SRA del Minsal. La provisión privada incluye vacunatorios, centros médicos y odontológicos y clínicas, entre otros. Actualmente, la Red Asistencial del Sistema cuenta con 3.037 establecimientos y los no pertenecientes a dicha red totalizan 1.754[4]. La Cenabast se encarga de gestionar el abastecimiento de medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos para la red pública.

Figura 1. **Organigrama del sistema civil de salud**



Fuente: elaboración propia con base en Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (2019) y DFL N°1 del Ministerio de Salud de 2005.

4 Datos obtenidos de https://deis.minsal.cl/#datosabiertos.

En Chile, el derecho a la protección de la salud está establecido en la Constitución (Decreto 100 de 2005), lo que incluye tanto el acceso a las acciones como su garantía por parte del Estado, así como la posibilidad de elegir el sistema de salud (estatal o privado).

A su vez, las personas deben contribuir obligatoriamente con un 7% de su salario (en Fonasa o en las Instituciones de Salud Previsional - isapres) y, en el caso del esquema privado, el precio del plan de salud puede complementarse con cotizaciones voluntarias. Tanto Fonasa como las isapres deben ofrecer un plan de salud mínimo (listado de prestaciones aranceladas), donde un subgrupo de estas (asociado a un listado de condiciones de salud) cuenta desde la reforma de 2005 con Garantías Explícitas en Salud (GES) para su otorgamiento (en calidad, acceso, protección financiera y oportunidad). Además, el régimen obligatorio de prestaciones incluye el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), que sustituye la remuneración o renta del trabajador ante su incapacidad temporal para trabajar, al requerir reposo médico para recuperar su salud, certificado por una licencia médica. Los beneficiarios de Fonasa pueden atenderse gratuitamente en los prestadores estatales de salud desde 2022 (MAI) y aportando un copago en prestadores privados (Modalidad de Libre Elección o MLE).

Por su parte, el subsistema privado es administrado por las isapres. Este se encuentra organizado bajo una normativa que permite selección y tarificación por riesgo (regulada), una insuficiente competencia con multiplicidad de planes de salud difíciles de comparar (más de 55.000 planes vigentes y 1.250 en comercialización[5]), limitación a la movilidad de los beneficiarios (debido a cautividad por preexistencias), falta de incentivos a la contención de costos e integración vertical entre aseguradores y prestadores sin una regulación adecuada (Benavides et al., 2023) y una insuficiente redistribución de recursos según necesidades o compensación por riesgo (Velasco, Henríquez y Paolucci, 2018).

2.2. Esquema conceptual y lógica causal de las intervenciones

Para orientar políticas y evaluar reformas, los marcos analíticos son fundamentales. Este documento utiliza el esquema propuesto por la OMS (OMS et al., 2022), que organiza la revisión de las iniciativas desde una lógica causal, asumiendo que las funciones esenciales del sistema de salud y sus subfunciones generan condiciones para avanzar en la CUS, mejorando el acceso, la calidad y eficiencia, e impactando positivamente en la salud de la población y su protección financiera, y, a largo plazo, contribuyen al bienestar social y al desarrollo económico. Además, el enfoque enfatiza la necesidad de realizar cambios integrales que aborden simultáneamente diversos aspectos del sistema.

Este marco permite examinar si la organización del sistema de salud contribuye al cumplimiento del objetivo de la CUS, detectando fortalezas y debilidades y, según ello, verificar si las iniciativas en discusión abordan dichos déficits. Asimismo, al examinar el sistema y las propuestas de cambio en relación con las funciones y subfunciones, es posible identificar los atributos que impactan en el desempeño, y realizar análisis específicos por áreas de evaluación, según se muestra en Tabla 1. En este contexto, el análisis de la gobernanza adquiere un rol prioritario, abarcando tanto la general del sistema de salud, como la específica de cada función.

5 https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/estadistica-anual-de-planes-de-salud-del-sistema-isapre-a-enero-2024/

Tabla 1. **Funciones, subfunciones y áreas de evaluación**

Función	Subfunción	Áreas de evaluación
Gobernanza	Política y visión	Existencia en forma escrita y rastreable
		Calidad de la visión estratégica
		Colaboración multisectorial
		Calidad de la colaboración multisectorial
	Voz de las partes interesadas	Participación generalizada de partes interesadas
		Prioridad política de la participación para el gobierno
	Información e inteligencia	Recopilación de datos pertinentes
		Decisiones basadas en la evidencia
	Legislación y regulación	Capacidad para legislar
		Asegurar el cumplimiento de la legislación
Generación de recursos	Generación de personal de salud	Disponibilidad de personal
		Combinación/distribución de personal
		Educación del personal
	Infraestructura y equipos médicos	Disponibilidad de infraestructura y equipos médicos
		Combinación/distribución de infraestructura y equipos médicos
		Mantención de infraestructura y equipos médicos
	Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles	Disponibilidad de productos farmacéuticos y bienes fungibles
		Combinación/distribución de productos farmacéuticos y bienes fungibles
	Gobernanza de la función	Establecer normas de calidad
		Evaluar normas
		Planificación de recursos
Financiamiento	Recaudación	Fondos suficientes
		Fondos estables
		Recaudación equitativa de ingresos
	Mancomunación	Mancomunación equitativa
		Eficiencia administrativa
	Compra estratégica	Compras eficientes
		Asignación según la necesidad
	Gobernanza de la función	Cobertura integral
		Gestión del financiamiento público de calidad
Provisión de servicios	Salud pública	Cobertura de servicios
	Atención primaria	Cobertura de servicios
	Atención especializada	Cobertura de servicios
	Gobernanza de la función	Autoridad para la toma de decisiones
		Integración de servicios
		Mecanismos de garantía de la calidad

Fuente: elaboración propia con base en OMS et al., 2022.
Nota: las funciones de generación de recursos, financiamiento y provisión de servicios, además, presentan su propio eje de gobernanza general, lo cual no es definido como una subfunción, pero sí es parte del análisis para concluir sobre el desempeño de la función.

2.3 Desafíos del sistema de salud a la luz del marco conceptual

En esta subsección se examina brevemente el desempeño del sistema de salud, revisando cada función y subfunción, considerando la evidencia disponible y la reflexión de las autoras, para así identificar déficits y necesidades de mejora, obteniendo una base para el análisis de las iniciativas en discusión.

(i) Función de gobernanza general:

La gobernanza es la función central que sostiene a las demás funciones. Su calidad –como resultado del desempeño de sus subfunciones– se refleja en la existencia de instituciones adecuadas, y en la rendición de cuentas y transparencia, siendo entendidas como la disponibilidad de información pública para el escrutinio ciudadano.

En la práctica, el Minsal ejerce simultáneamente funciones de rectoría del sistema y de provisión, esto último mediante la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que debe articular y desarrollar la red y coordinar la ejecución de los SS y demás establecimientos; y también a través de áreas operativas ubicadas en el nivel rector, como las vinculadas con salud digital. Ello genera un conflicto estructural: el Minsal debe evaluarse a sí mismo, afectando el adecuado cumplimiento de su rol, como ha sido evidenciado por diversos informes técnicos, expertos, académicos y comisiones (Butelmann, Duarte y Nehme, 2014; Vergara, 2015; CEP y ESP, 2017; Comité Técnico de Reforma del Sector Salud, 2023; Comité de Expertos para la Reforma a la Salud, 2024).

El monitoreo del sistema en su conjunto es débil. El Minsal, que debería ejercerlo, no ha desarrollado plenamente mecanismos de evaluación de procesos, resultados y desempeño, tanto en el sector público como privado. Ejemplo de ello es que Chile no reporta la totalidad de los indicadores requeridos en comparaciones internacionales (OCDE, 2023), no se cuenta con una evaluación de efectividad del GES, ni con información detallada del gasto y morbilidad por persona, entre otros. Además, no se dispone de mecanismos de monitoreo consolidados, lo que dificulta la realización de acciones efectivas para abordar la baja productividad, las listas de espera y el uso ineficiente de recursos. Estas limitaciones impiden la ejecución adecuada de la mayoría de las subfunciones, tal como se analiza a continuación.

Política y visión. Se cuenta con planes estratégicos y objetivos para el sistema de salud (Minsal, 2022a), generales (para la década) y específicos, como el Plan Nacional de Cáncer (Minsal, 2022b), que contribuyen al desarrollo y avance de la política sanitaria, pero su ejecución y monitoreo son limitados. Por otro lado, existe colaboración interministerial y con organismos internacionales, pero no se analiza formalmente su efectividad.

Voz de las partes interesadas. Se han incorporado expertos, sociedad civil, comunidad científica y pacientes en el proceso de formulación de algunas políticas, mediante una participación consultiva, pero esta no es sistemática y no siempre ha resultado prioritaria. Aunque cabe destacar excepciones como la formulación y ejecución de la Ley Ricarte Soto (Ley Nº 20.850).

Información e inteligencia. Los avances en la sistematización de datos en la Superintendencia de Salud, Fonasa y diversas unidades del Minsal todavía son insuficientes para una toma de decisiones estratégica a nivel país, especialmente para la evaluación y planificación del sistema. Cada entidad recopila información según sus funciones, en forma fragmentada, sin interoperabilidad ni coordinación. Por ejemplo, a pesar del progreso que generaron las normas de registro de tiempos de espera y la creación del Sigte 2.0[6] (Minsal, 2025a), aún no se asegura un flujo de información oportuno, completo (sin información de procedimientos o exámenes), estandarizado ni integrado con el resto de los datos, ni con la suficiente desagregación.

Legislación y regulación. Los avances normativos han sido lentos y discretos[7], obstaculizados por la rotación frecuente de autoridades con diversas miradas políticas, e insertos en un sector de alta complejidad. Por su parte, en materia de fiscalización la SIS supervisa a las isapres, a Fonasa y los prestadores, pero no cuenta con las mismas atribuciones cuando se trata de uno u otro (sección 4.7). Además, el ISP (sección 4.5) y las Seremis de Salud tienen roles de fiscalización en sus ámbitos de competencia, pero persisten debilidades institucionales.

6 Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera.

7 Ejemplos de ello son la inacción legislativa luego del fallo del Tribunal Constitucional en 2010 (Rol N° 1.710-10), sobre tablas de factores y la creciente judicialización en salud.

(ii) Función de generación de recursos:

Esta función busca que el sistema de salud disponga de recursos humanos, físicos, técnicos y financieros para su funcionamiento, asegurando su sostenibilidad en el mediano y largo plazo. Incluye acciones como adquisiciones, planificación de la provisión, normas de calidad y autorregulación de proveedores.

Generación de personal, infraestructura y equipos. El personal de salud, principalmente de médicos y enfermeros, es bajo en relación con la población, al igual que el número de camas (OCDE, 2023) y su distribución geográfica y entre sectores es desigual (PNUD, 2018; Zanga, 2022). Por otra parte, no existe un plan con reglas transparentes ni con base en la evidencia, para la construcción y mejora de los centros de salud, ni para la adquisición de equipamiento médico, ni para su mantenimiento. Además, para materializarse, los proyectos de inversión requieren una coordinación y planificación interministerial robusta (por ejemplo, con el Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia). A su vez, la ejecución de obras de infraestructura es deficiente, con hospitales que demoran más de una década en abrir sus puertas[8], y grandes ineficiencias en costos y plazos en la ejecución directa del Minsal que no son corregidas ni evaluadas (Saint-Pierre y Sugg, 2023).

Productos farmacéuticos y bienes fungibles. Si bien la mayoría se comercializa en el mercado, su acceso puede estar limitado, ya sea porque no están cubiertos o no se encuentran disponibles en los centros de salud correspondientes, como es reportado por los pacientes (USS, 2018; CIPS UDD y Panel Ciudadano, 2022). Existen también algunos riesgos de desabastecimiento, derivados de falta de atribuciones, incentivos y gestión para el abastecimiento interno (Sugg y Lecourt, 2025).

Gobernanza de la función. Abarca tres áreas:

a) Establecimiento de normas de calidad para infraestructura, equipamiento y productos y bienes: no siempre están actualizadas (acreditación, protocolos y canastas de tratamientos) y existe un rezago, tanto en la regulación de dispositivos médicos (sección 4.5), como en la evaluación e incorporación de nuevas tecnologías, afectando la capacidad de respuesta.

b) Evaluación de estas normas: los mecanismos existentes son parciales y poco sistemáticos, limitando la identificación de brechas y la actualización de estándares.

c) Planificación de recursos: es débil, ya que no existe un mecanismo robusto que anticipe las necesidades de personal, infraestructura y equipamiento, permitiendo que los proyectos respondan a otros criterios, lo que dificulta la adaptación del sistema a tendencias demográficas y epidemiológicas.

(iii) Función de financiamiento:

El financiamiento articula la relación entre proveedores, aseguradores y la población, determinando el pago, lo que se financia y a quiénes, y las condiciones para recibirlo (como plazos y calidad de servicios). Por tanto, contribuye directamente a la CUS, fortaleciendo el acceso efectivo y protección financiera.

Recaudación. Si bien un 63% del gasto en salud en Chile proviene de cotizaciones e impuestos generales –que al depender del ingreso aportan en equidad– el gasto de bolsillo es cercano a 30%, mayor al promedio de los países pertenecientes a la OCDE de 18% (OCDE, 2023). Un ejemplo de esto es el creciente uso de la MLE, que entre 2010 y 2024 ha aumentado en promedio un 7% real, con un copago, que se ha estabilizado en torno a 55% entre 2020 y 2024[9]. Por otro lado, el asegurador estatal es financiado principalmente con impuestos generales (70% sobre la base de la ejecución presupuestaria 2023[10]), por lo que es más vulnerable a las restricciones fiscales, lo que impacta la planificación, operación y gestión presupuestaria de los centros de salud. En efecto, se observa una tendencia al alza de ejecutar más de lo que se aprueba en la Ley de Presupuestos (Dipres, 2024), lo que independiente de sus causas, ha generado los problemas antes descritos.

Mancomunación. Existe segmentación en el aseguramiento por tipo de asegurador y la solidaridad en la reunión de recursos de las isapres es limitada. En efecto, la parte del plan de salud con GES, cuenta con una prima igualitaria y un mecanismo acotado de redistribución de recursos entre las isapres. Para la prima asociada al resto del plan (no GES), se mantienen espacios de tarificación por riesgo y no existen mecanismos de compensación, lo

8 En promedio, el plazo total de un proyecto de inversión hospitalaria es de 12,83 años, siendo el tiempo de preparación (previo a licitación) de 7,15 años y de ejecución de la obra de 5,07 años (Saint-Pierre y Sugg, 2023).

9 Cálculos propios, con base en datos solicitados por Ley de Transparencia.

10 Cálculos propios, con base en datos de ejecución de Dipres y de estadísticas de la Suseso para ajustar por traspasos a CCAF.

que limita la equidad y eficiencia (Velasco, Henríquez y Paolucci, 2018; Benavides et al., 2023; comisiones asesoras del Senado de 2023)[11]. Por su parte, en el seguro público existe mancomunación, pero no hay compensación de riesgos entre aseguradores.

Compra estratégica. En el sector público se ha introducido la compra según costo-efectividad y a proveedores acreditados, mediante mecanismos de pago más eficientes. Pero la definición y actualización de los montos (precios y aranceles) carece de una institucionalidad robusta y transparente. Además, la forma de asignar los recursos a la red estatal en el presupuesto del Minsal no está articulada con los mecanismos de pago a prestadores. Todo ello dificulta la compra estratégica (Ahumada et al., 2016). En los aseguradores privados, la falta de competencia por precio y calidad ha incidido en mecanismos de pago menos efectivos, aunque las exigencias de la Ley Corta de Isapres sobre mecanismos de pago y la situación financiera del sector hacen prever una mayor eficiencia.

Gobernanza de la función. Abarca dos áreas:

a) Cobertura integral: el contenido del plan de beneficios de Fonasa está fragmentado, lo que dificulta su conocimiento y, además, está sujeto en su calidad y oportunidad a las disponibilidades presupuestarias. Por otro lado, la falta de un mecanismo transparente y robusto para la definición de un plan de salud integral, incluyendo la evaluación de nuevas tecnologías, ha llevado a un aumento de la judicialización de tratamientos de alto costo para conseguir su financiamiento, que a 2024 ha implicado un gasto para el Estado de más de MM $81.000 (Fonasa, 2025).

b) Gestión del financiamiento público de calidad: tanto Fonasa como las isapres enfrentan desafíos de eficiencia y sostenibilidad. Fonasa tiene una gobernanza débil e insuficientes atribuciones para asegurar la provisión de servicios, lo que limita su rendición de cuentas (Benítez y Velasco, 2020; Comité Técnico de Reforma del Sector Salud, 2023; Comité de Expertos para la Reforma a la Salud, 2024). Las isapres se desempeñan bajo un marco cuyas reglas no estimulan la calidad y eficiencia, pues no existe afiliación libre ni distribución de recursos según necesidades, ni un plan único comparable y las primas están asociadas al riesgo (Comisión Presidencial de Salud, 2010; Benavides et al., 2023; Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado, 2014; Velasco, Henríquez y Paolucci, 2018; Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del Boletín 15896-11, 202333).

(iv) Función de prestación de servicios:

La prestación de servicios, entendida como la combinación de insumos para producir intervenciones sanitarias (Murray y Frenk, 2000), tiene un impacto directo en acceso y calidad. Requiere de una definición clara de la autoridad, una integración efectiva de servicios y mecanismos de garantía de calidad.

Provisión de salud pública. Existen buenos resultados en ámbitos como la vacunación, control de enfermedades infecciosas y reducción de mortalidad, situándose entre los mejores de la región de las Américas (OCDE y Banco Mundial, 2023). Entre los desafíos actuales se encuentra el abordar la salud de poblaciones migrantes (Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017) y fortalecer estrategias de promoción y prevención para reducir la carga futura de enfermedad.

Atención primaria y especializada. La APS, que Chile define como el pilar del sistema de salud, tiene baja capacidad resolutiva (CNEP, 2022), sobrecargando la atención especializada, que presenta largas listas y tiempos de espera, especialmente para condiciones de salud sin GES (OCDE, 2023) y dificultando el abordaje de enfermedades (Sochisap, 2024), tales como las crónicas (Jorquera et al., 2024), cáncer (CIPS UDD, 2022), entre otras. Problemas emergentes como la polifarmacia no se enfrentan sistemáticamente en la APS (Jorquera et al., 2021; Observatorio Envejecimiento UC, 2021). Además, el déficit de médicos y especialistas en territorios perjudica áreas críticas como cáncer y cirugía (Minsal, 2024).

Gobernanza de la función. Esta considera tres áreas:

i) Autoridad para la toma de decisiones: está disgregada entre los niveles de administración, como los SS, hospitales y el propio Minsal (definición de dotaciones, salarios y evaluación de desempeño), sin delimitaciones claras de las responsabili-

11 Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del Boletín 15896-1 (2023); Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado (2023.)

dades, resultando en una baja autonomía de los prestadores respecto de sus recursos humanos. Por ejemplo, los directivos de hospitales carecen de control sobre la dotación y sus condiciones contractuales, los presupuestos y mecanismos de pago, limitando su capacidad de gestión estratégica y la exigencia de resultados. Además, su estrecha relación con el Minsal condiciona la selección y remoción de los directivos al ciclo político y, por tanto, también los objetivos de su gestión, limitando la planificación de largo plazo.

ii) Integración de servicios: es deficiente, tanto por la disgregación de atribuciones y responsabilidades, como porque no existen incentivos para coordinarse y otorgar atención continua y eficiente con foco en el paciente y "su viaje". Por ejemplo, los mecanismos de pago no promueven la resolución integral de los problemas de salud, como es el caso del pago per cápita en la APS, que favorece la derivación a especialistas (CEP y ESP, 2017; Vergara, Yarza y Gómez, 2020).

iii) Mecanismos de garantía de la calidad: si bien existen exigencias de certificación de calidad, no se mide ni monitorea el desempeño de los prestadores (Armijos y Núñez, 2020), ni existen protocolos y guías clínicas para toda la atención o no todos están actualizados[12] (Loezar et al., 2020). Este déficit se acrecienta por la falta de sistemas de información robustos (sección 4.7).

El análisis de las funciones del sistema de salud proporciona una comprensión del sector y su desempeño actual. Al visibilizar tanto los avances como las brechas, se evidencia que muchas de las limitaciones observadas no son aisladas, sino que reflejo de fallas estructurales en las instituciones y en la gobernanza (general y específica a cada función). Esta mirada sistémica refuerza la necesidad de impulsar transformaciones profundas e integrales, que aborden de forma coordinada las distintas funciones, con el objetivo de avanzar en la CUS de manera sostenible.

3. Indicadores del sistema de salud y proceso de reformas

Este capítulo presenta indicadores de desempeño, enfocándose en los temas más directamente relacionados con las principales iniciativas legales en implementación y discusión, las cuales se detallan en la subsección 3.2.

3.1 Indicadores del sistema de salud

A continuación, se presentan resultados para el sistema de salud en relación con su protección financiera, acceso a servicios de calidad y otros vinculados con el avance en la CUS. Según la OECD (2023), Chile muestra resultados positivos en la salud de su población, destacando en expectativa de vida y estado de salud autorreportado, ambos superiores al promedio de los países miembros. En factores de riesgo, los indicadores están en torno al promedio para el consumo de tabaco, alcohol y contaminación del aire, pero se tiene uno de los peores resultados en obesidad. La satisfacción con el acceso a atención de calidad alcanza solo 39%, frente a 66,8% en el promedio OCDE, y la protección financiera también es inferior (Tabla 2). En calidad de los servicios, se obtienen puntuaciones altas en la efectividad de la atención primaria y en torno al promedio para la secundaria, pero baja en prevención (Tabla 2).

12 El Minsal cuenta con un catálogo de las guías publicadas, las que mayoritariamente están construidas con la metodología GRADE (el estándar metodológico esperado), pero su actualización y generación es lenta. Por ejemplo, no se cumple con la obligación legal, vigente desde el año 2020, de actualizar cada dos años las asociadas a problemas oncológicos.

Tabla 2. **Indicadores seleccionados del sistema de salud (1)**

Área	Indicador	Chile	OECD
Estado de salud	Esperanza de vida al nacer (años)	81,0	80,3
	Mortalidad evitable (muertes por cada 100.000)	247 (2)	237
	Estado de salud autorreportado (% con mala salud respecto de la población de 15 años y más)	6,8	7,9
	Prevalencia de diabetes (% de adultos)	10,8	7,0
Acceso	Población cubierta (% elegible para los servicios)	94,3	97,9
	Población satisfecha con la disponibilidad de atención en salud de calidad (% de la población) 2022	39	66,8
Protección financiera	Gasto cubierto por prepago obligatorio (% del gasto total)	62,7	75,9
Calidad atención	Efectividad de la atención primaria (hospitalizaciones evitables por cada 100.000, estandarizado por edad y sexo)	220	463
	Efectividad del cuidado preventivo (mamografías en los últimos dos años, % de las mujeres 50-69)	35,8	55,1
	Efectividad atención secundaria, mortalidad a los 30 días tras un infarto agudo de miocardio (por cada 100 admisiones de personas de 45 años o más, estandarizada por edad y sexo)	7,2	6,8
Factores de riesgo	Obesidad (% de la población de 15 años y más con BMI>=30)	26,4	19,5

Fuente: elaboración propia con base en OECD (2023).
Notas: (1) cifras 2021, salvo cuando se indica otro año. (2) dato a 2020.

Recientemente, se han realizado modificaciones que apuntan a mejorar estos déficits, como la eliminación del copago en la MAI y las acciones para fortalecer la Atención Primaria de Salud, aumentando los recursos para este nivel[13] y avanzando en el programa de Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS-U), que busca transformar la APS en la principal estrategia de cuidados de salud, mejorando su calidad y ampliando su cobertura a toda la población, que ha alcanzado a 28 comunas en 2025[14].

Pero aún persisten retos para ampliar la cobertura, avanzar en su calidad y oportunidad y fortalecer la protección financiera. Las listas y tiempos de espera son un desafío fundamental. Si bien Fonasa debe otorgar prestaciones con GES a sus beneficiarios –83% de la población en 2024[15]– para 87 condiciones de salud, el número de garantías incumplidas ha crecido año a año, llegando a más de 77.000 en 2024 (Minsal, 2025c). Para el resto de los problemas de salud, existe falta de acceso, con listas de espera crecientes en cantidad y tiempos de espera que –aunque se han reducido en los últimos años– recién están retomando los niveles prepandemia (Figura 2), y que son elevados a nivel comparado. Por ejemplo, en Chile, la proporción de personas que espera más de tres meses para una cirugía de reemplazo de caderas (prestación no GES) es de 91%, mientras que el promedio para la OCDE es 58%. En cuanto a una intervención de cataratas (GES) estas cifras son de 49 y 42%, respectivamente (OCDE, 2023).

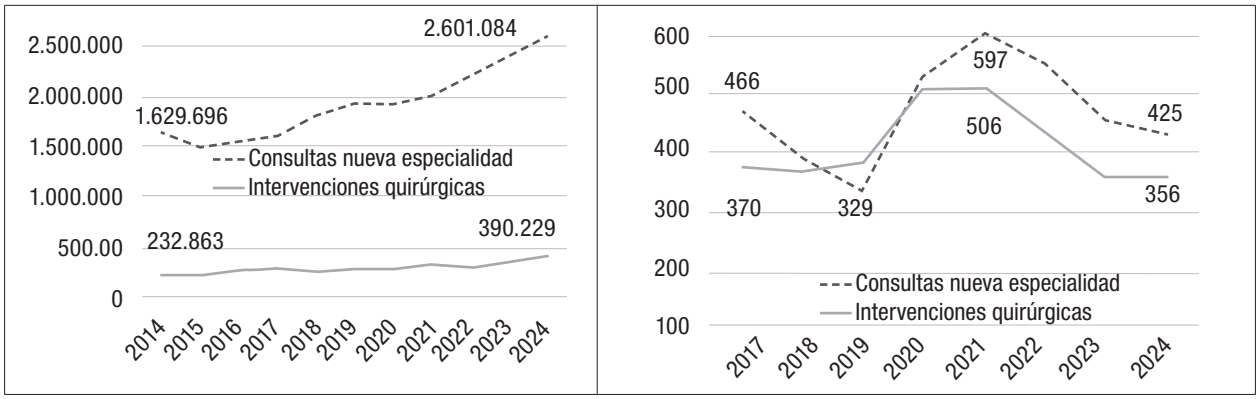
13 Presentación de la Dipres ante la Comisión de Salud del Senado, 6 de mayo de 2025. https://www.senado.cl/actividad-legislativa/comisiones/195/21426

14 Avanza agenda de transformación en salud: se suman siete nuevas comunas a la Universalización de la APS - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile.

15 Estimación en función de población beneficiaria de Fonasa y datos de población del INE base 2017.

Figura 2. **Evolución del número de casos y tiempo de espera en problemas de salud no GES**

Panel A. Cantidad de casos en espera **Panel B. Días de espera promedio**



Fuente: elaboración propia con base en los reportes del Ministerio de Salud al Congreso, comprometidos en las leyes de presupuesto de cada año[16].

Por su parte, en relación con la cobertura de servicios de calidad en la APS, existen recomendaciones para abordar los problemas de acceso y gestión (CNEP, 2022 y 2024a) y está comprometida una evaluación externa del programa de APS-U[17].

Respecto de la protección financiera, el gasto de bolsillo ha crecido desde 2,35% del PIB en 2012 a 3,52% en 2023 y, con relación al gasto total de salud, desde 33,4% a 35% en igual periodo (Minsal, 2025b). Los principales componentes son las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, copagos en las isapres y en la MLE (Minsal, 2025b). En 2024, la MLE registró un gasto de USD 1.895 millones, donde 55% corresponde al copago de los afiliados[18]. Se espera que, de no haber cambios en la red pública, se mantenga la expansión de los prestadores privados (MCC y MLE), cuya estructura no favorece la contención del el gasto (Sugg y Zamora, 2025).

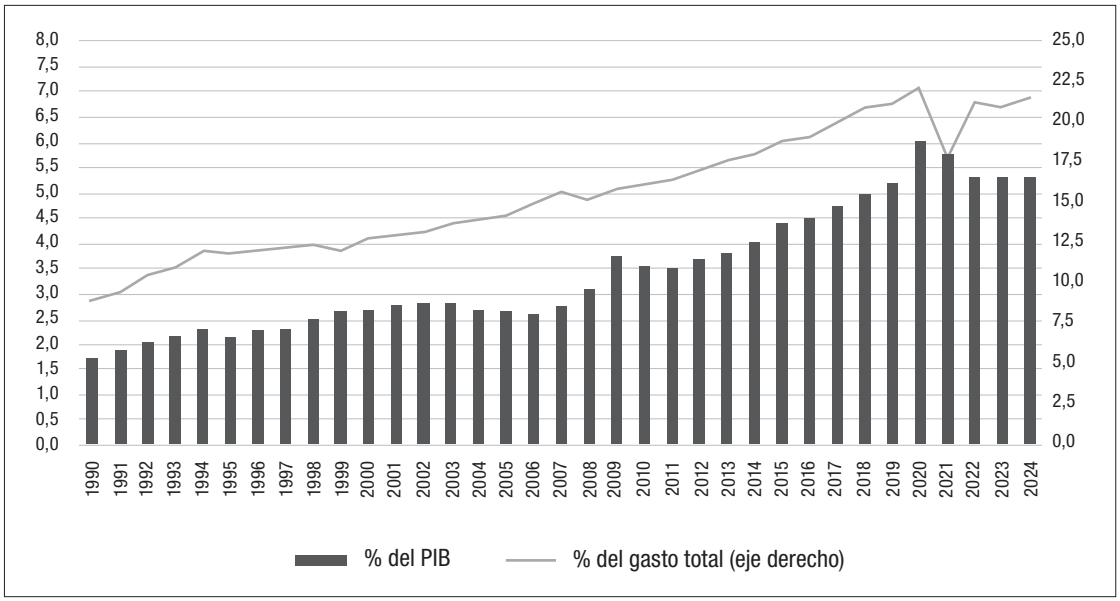
La sostenibilidad del financiamiento del sistema de salud es otro desafío. En el esquema público el gasto en salud ha crecido aceleradamente, desde 1,7% del PIB en 1990 a casi 6% en 2020 (por pandemia) y 5,3% en 2024. Entre 2005 y 2024, el crecimiento real promedio ha sido de 8%. Así, salud pasó de representar 14,2% del gasto total del gobierno central en 2005 a 21,5% en 2024, tensionando la financiación de otras necesidades de la población (Figura 3).

16 https://www.minsal.cl/publicaciones-institucionales-segun-ley-de-presupuesto/

17 https://www.dipres.gob.cl/597/articles-352503_doc_pdf.pdf

18 Cálculo propio en base a datos solicitados por ley de transparencia.

Figura 3. **Gasto público en salud 1990-2024, como % del PIB y del gasto total del gobierno central**



Fuente: elaboración propia con base en datos Dipres.

El creciente gasto en salud plantea desafíos para la continuidad de la operación y la gestión de los prestadores estatales, que históricamente han presentado diferencias significativas entre el presupuesto inicial y el ejecutado (Dipres, 2024). Este desequilibrio finalmente es cubierto con mayores recursos, lo que profundiza los débiles incentivos a una gestión eficiente.

Además, el gasto público en salud seguiría creciendo en las próximas décadas. Estimaciones a largo plazo lo sitúan en 6,8% del PIB en 2050, pudiendo llegar a 9,8% en escenarios alternativos (Benavides et al., 2013) y 8,9% en 2065 (BID, 2018). La literatura ha identificado factores de envejecimiento y otros no demográficos (ingreso, avances tecnológicos, productividad y políticas de salud), como fundamentos de este incremento (BID, 2018). En Chile, el gasto en personal es el principal componente de gasto del Minsal. En efecto, 48% de la dotación del sector público depende del Minsal (Dipres, 2024). No obstante, la caracterización de la dotación y su estudio son limitados (Sugg, Galleguillos y Caravantes, 2018; Goldstein y Castro, 2021), pero algunos trabajos permiten dar cuenta de su magnitud y del impacto que generan en el presupuesto de salud (Sugg y Urbina, 2021). Esta presión de gasto se da, además, en un contexto de elevado estrés fiscal del gobierno central, lo que ha advertido el Consejo Fiscal Autónomo (CFA, 2025).

Así, la combinación de falta de recursos en algunos ámbitos y los problemas de gestión en la prestación, dificultan el avance en acceso y protección financiera. A nivel regional, la ineficiencia explica en parte el gasto en salud y, por tanto, los países están llamados a analizar los espacios de mejora, gestionar sus recursos e invertir y desinvertir con base en evidencia (Marinho et al., 2025). Chile no es la excepción. Por tanto, urge abordar la baja efectividad y productividad del gasto en salud.

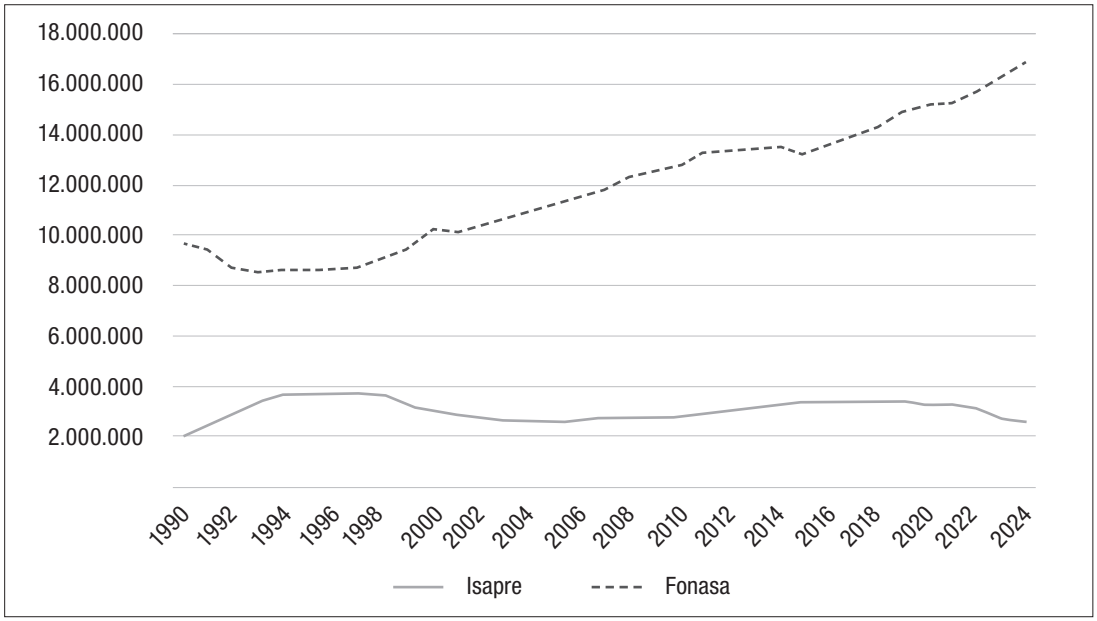
La Comisión Nacional de Productividad (CNEP) (2020) evidenció un amplio espacio de mejora en el caso de quirófanos electivos en los hospitales estatales, ofreciendo recomendaciones, algunas de las cuales ya se han puesto en marcha, como el pago a hospitales mediante el mecanismo de Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD). Respecto de la APS, la CNEP (2024a) revela que, de las sugerencias previas (CNEP, 2022), 13% han sido adoptadas, 52% no y el resto muestra avances parciales (36% de implementación); priorizando para el corto plazo 13 medidas que fortalezcan la gobernanza, infraestructura, uso de tecnologías digitales y sostenibilidad del financiamiento. A su vez, la CNEP (2024b) analizó las compras e inventarios en los hospitales públicos, destacando espacios para mejorar la eficiencia en los requerimientos, la gestión de compras de fármacos y dispositivos médicos, así como la

trazabilidad y operación logística. En 2025, un informe de la Contraloría General de la República[19] evidenció profundos problemas de fiscalización y gestión del subsidio por incapacidad laboral.

En el caso del componente privado de aseguramiento obligatorio, la Ley Corta de Isapres (sección 3.2), avanzó en algunos ámbitos, pero no resolvió los problemas estructurales que aquejan a dicho sector; manteniendo la posibilidad de rechazar beneficiarios y de tarificar los planes según riesgo (preexistencias, edad) y de ofrecer una multiplicidad de planes de salud no estandarizados. Esto alimenta la segmentación de personas entre los esquemas privado y público, obstaculiza la movilidad de quienes tienen un estado de salud deteriorado, de aquellos de mayor edad y bajos ingresos e impide una comparación efectiva de planes por parte de las personas. Lo anterior limita la competencia por precio y calidad, los incentivos para contener costos y los beneficios de la integración vertical (cuyos efectos en el caso de Chile no son claros).

Desde 2000, se observa un crecimiento sostenido de la población beneficiaria de Fonasa (Figura 4), tendencia acentuada entre 2022 y 2024, dada la importante migración desde las isapres, con lo que la cartera de Fonasa aumentó en 1.518.372 personas en dicho periodo. Esta tendencia podría continuar, debido a los futuros aumentos de precios de los planes de salud de isapres en el marco de la legislación, y al potencial impacto de la implementación de la MCC y el SAP que mejoran la cobertura en Fonasa (sección 3.2).

Figura 4. **Población beneficiaria en Fonasa e Isapre (Nº de personas a diciembre de cada año)**



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Superintendencia de Salud y del Fonasa.

19 https://www.contraloria.cl/portalweb/documents/451102/23218267/CIC+Licencias+Medicas/cf66912c-9a02-5466-bf65-997bf19cdb50

En síntesis, el sistema tiene buenos indicadores en varios ámbitos de su desempeño, pero también presenta importantes desafíos, que se han agudizado con el tiempo como, por ejemplo, las listas de espera, el financiamiento y espacios para mejorar la eficiencia. Lo anterior releva la necesidad de hacer cambios integrales y contar con una revisión global de las iniciativas en discusión.

3.2 Descripción de las iniciativas en fase de implementación o discusión

El sistema de salud está en un proceso de reforma para fortalecer sus instituciones, diseño y procesos. Los cambios se están materializando mediante leyes ya publicadas, y otros se encuentran en discusión en proyectos de ley (Tabla 2), cuyos principales contenidos se resumen en esta sección.

Entre las materias aprobadas está la Ley Nº 21.674, de mayo de 2024, Ley Corta de Isapres[20], que constituyó un marco para viabilizar la implementación de los fallos de la Corte Suprema de 2022 y 2023, resguardando la sostenibilidad financiera del sistema. Dicha norma incluyó la aplicación de la Tabla Única de Factores (TUF) y restitución de lo recibido en exceso por el uso de otras tablas en planes antiguos y la regulación de primas GES, cuya alza comunicada en 2022 fue dejada sin efecto.

En relación con las isapres dicha norma establece: (i) la obligación de ofrecer planes por al menos el 7% de la cotización de los afiliados, incluyendo un ajuste excepcional de los contratos vigentes con precios inferiores; (ii) el ajuste de todos los contratos a la TUF; (iii) la restitución a afiliados de lo percibido en exceso; (iv) la presentación de un plan de pago y ajustes (PPA); y (v) una prima extraordinaria por persona para cubrir los nuevos costos. Adicionalmente, prohíbe prohíbe a los dueños de las Isapre el retiro de utilidades o dividendos hasta el total pago de la deuda. En cuanto a la Superintendencia de Salud, la mandató a normar y fiscalizar el proceso, y creó un consejo consultivo sobre seguros previsionales de salud, para asesorarla en la presentación, evaluación y aprobación de los PPA de las isapres.

Finalmente, la ley corta creó la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) para afiliados de los grupos B, C y D del Fonasa. Esta otorga: (i) cobertura financiera a prestaciones ambulatorias y hospitalarias aranceladas en una red de prestadores determinada y (ii) un seguro catastrófico con deducible, que regirá luego de tres años. Para acceder, se paga una prima complementaria de igual monto por cada persona, adicional a la cotización legal. La cobertura financiera la otorgarán, mediante licitación, compañías de seguro privadas y será complementaria a la de Fonasa.

Por su parte, la Ley Nº 21.736 de abril de 2025, crea el Sistema de Acceso Priorizado (SAP) a determinadas intervenciones sanitarias, con el fin de hacer más eficiente la gestión de los tiempos de espera. Consiste en el acceso priorizado y protección financiera de intervenciones sanitarias no GES ni contenidas en la Ley Ricarte Soto[21], listadas en un decreto anual, según la disponibilidad presupuestaria y criterios sanitarios y financieros[22]. Las intervenciones deben incluir todos los elementos necesarios y los convenios con prestadores privados contendrán mecanismos de pago que financien soluciones a dichas intervenciones. Fonasa velará por su correcto funcionamiento y la SIS conocerá los reclamos de los afiliados.

La mitad de los recursos destinados al SAP será para beneficiarios del grupo A de Fonasa para atención en prestadores estatales sin costo y, la otra mitad, para los demás beneficiarios de Fonasa, quienes podrán elegir el prestador privado, entre aquellos en convenio, pagando un deducible por cada intervención.

Asimismo, en mayo de 2025 se promulgó la Ley Nº 21.743, de enfermedades poco frecuentes, raras o huérfanas, que tiene por objeto establecer un marco normativo para la planificación, el desarrollo y la ejecución de políticas públicas, programas y acciones relacionados con dichas enfermedades.

Por otro lado, recientemente fue publicada la Ley Nº 21.746, que modifica la Ley N° 20.585, sobre otor-

20 "Modifica el DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fonasa, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las instituciones de salud previsional".

21 Ley N° 20.850 de 2015 del Minsal que "Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos".

22 El decreto considera un estudio del Minsal de las intervenciones propuestas, de las capacidades de la red y tiempos de espera (dado un uso eficiente) y un análisis de Fonasa sobre la cantidad de oferta privada y su costo.

gamiento y uso de licencias médicas, con el objeto de fortalecer las facultades de los organismos reguladores y fiscalizadores y establecer nuevas sanciones administrativas y penales. Esta norma establece el requisito de estar inscrito y habilitado en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (Rnpis) para emitir licencias médicas y, en el caso de los médicos cirujanos que hayan obtenido o revalidado su título a partir del 19 de abril de 2009, deberán haber aprobado el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina. Además, se fortalecen las facultades de la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) para la fiscalización y regulación de la tramitación de licencias médicas electrónicas y, para investigar y sancionar la emisión de licencias sin fundamento médico. También se amplían las facultades de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin) para requerir antecedentes o informes complementarios.

En relación con las iniciativas en tramitación, descritas en la Tabla 3, la mayoría surge de lo establecido en la Ley Corta de Isapres, que mandata al Poder Ejecutivo a enviar una serie de iniciativas legales en determinados plazos[23], con excepción del proyecto relativo a salud mental. Como se mencionó previamente, este documento se enfoca en los proyectos relativos a la gobernanza de instituciones públicas.

Tabla 3. **Principales proyectos de ley y su etapa de tramitación**

Proyecto	Contenido	N° boletín / ingreso	Etapa trámite
Salud mental	Contiene acciones de los órganos del Estado para la promoción y protección de la salud mental, un nuevo marco institucional, incluyendo una Política Nacional y su Plan de Acción, un comité interministerial, atributos de los Servicios Asistenciales de Salud Mental dentro del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y otras modificaciones normativas.	17003-11 25/7/2024	Primera / Senado
Preexistencias y plan común en isapres[24]	Crea un plan común de salud (PCS) obligatorio y único (en beneficios y cobertura) en las isapres, definido cada tres años por decreto de los ministerios de Salud y Hacienda, asesorados por un Consejo Consultivo. Los copagos serán conocidos cuando se use la red preferente. Los beneficiarios pueden cambiarse de institución una vez al año y no podrán ser rechazados, ni requerirles información sobre preexistencias, ni establecer exclusiones o periodos de carencia. Anualmente se podrá cambiar la prima del plan (sujeto a cumplimiento de metas de prevención) y la red. Cada Isapre deberá contratar un reaseguro privado, para el riesgo de mayor gasto del plan (normado por la SIS).	17147-11 1/10/2024	Primera / Cámara de Diputados
Reforma a instituciones públicas de salud[25]	Modifica materias regulatorias, busca reasignar funciones y establecer otras nuevas en Fonasa, el ISP, la Cenabast y la red pública, y crea un Servicio de Salud Digital. ***El proyecto se analiza en las secciones siguientes.***	17375-11 31/1/2025	Primera / Senado
Fortalecimiento de la SIS[26]	Otorga nuevas facultades a la intendencia de prestadores, mejora el régimen de sanciones de la SIS, fortalece el sistema de acreditación y crea el Consejo de la Superintendencia. ***El proyecto se analiza en las secciones siguientes.***	17397-11 11/3/2025	Primera / Cámara de Diputados
Reforma al SIL	Reforma paramétrica al subsidio por incapacidad laboral	Pendiente ingreso	

Fuente: elaboración propia.

23 Artículo décimo transitorio de la Ley Nº 21.674.

24 Da cumplimiento al inciso segundo del artículo décimo transitorio de la Ley Nº 21.674; modifica el DFL Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica; pone fin a las enfermedades o condiciones preexistentes; elimina las discriminaciones por edad y sexo en los planes de salud; y crea el plan común de salud de las isapres.

25 Moderniza el Sistema Nacional de Servicios de la Salud; fortalece al Fondo Nacional de Salud; crea el Servicio Nacional de Salud Digital; otorga facultades al Instituto de Salud Pública de Chile y a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y modifica normas que indica.

26 Fortalece la Superintendencia de Salud y modifica normas que indica.

El conjunto de iniciativas antes descritas muestra un enfoque de fortalecimiento integral. A su vez, los desafíos del sistema de salud, tanto en el ámbito público como privado, realzan la urgencia de avanzar en esas distintas dimensiones.

4. Análisis y propuestas para un sistema de salud centrado en las personas

En esta sección se analizan los proyectos de ley que modifican las instituciones públicas de salud (boletines 17.375-11 y 17.397-11) y que buscan abordar varios de los déficits detectados en el sistema (secciones previas). Sin embargo, en vista de la magnitud de los desafíos del sector, es necesario complementar las iniciativas y abarcar nuevas áreas a través del proceso de diálogo propio de la tramitación legislativa, para alcanzar los impactos esperados y una mayor efectividad en la resolución de los problemas de salud de la población; y, con ello, avanzar en el objetivo de la cobertura universal.

Cabe señalar que hay materias importantes, como la formación de especialistas, que no son abordadas en los proyectos en discusión ni en este trabajo, dado que no se encuentran en el ámbito de la institucionalidad y gobernanza del sector público de salud, foco de este análisis. A su vez, respecto de las materias analizadas en este trabajo, hay áreas no tratadas en los proyectos, que se mencionan en la sección final. Por último, si bien no se profundiza en las reformas relacionadas con la Isapre, se considera necesario avanzar conjuntamente en ellas, como parte de una reforma integral.

4.1. Creación del Servicio Nacional de Salud Digital (SNSD)

El proyecto que reforma a las instituciones públicas (Boletín 17.375-11) propone crear un nuevo Servicio de Salud –SNSD– que incluye los actuales Departamento de Salud Digital y de Atención Remota de Salud y la Unidad de Gestión Centralizada de Casos. El SNSD debe fortalecer la Red Asistencial del Sistema, proveyendo servicios y sistemas, articulando, gestionando y desarrollando su propia red asistencial digital para la ejecución de acciones de salud. Además, debe desarrollar, coordinar y dar seguimiento al ecosistema de salud digital del país, y asesorar y proponer al Minsal los estándares tecnológicos, de seguridad e interoperabilidad, y las actualizaciones al modelo de salud digital.

El director del SNSD puede participar en los Consejos de Integración de la Red Asistencial del Sistema existentes (artículo 25 del DFL N° 1 de Salud de 2005), para asegurar la integración y coordinación, y celebrar convenios con personas naturales en ámbitos de telemedicina, teleinforme, orientación de salud, monitoreo de pacientes, herramientas tecnológicas y derivación de paciente crítico, entre otros. Los servicios profesionales convenidos serán retribuidos mediante honorarios y el máximo de médicos cirujanos a contratar será fijado por Ley de Presupuestos. Se otorga el plazo de un año desde la publicación de la ley, para fijar la planta del servicio mediante decreto con fuerza de ley (DFL).

Lógica del cambio. La iniciativa apunta a traspasar desde la SRA y el gabinete ministerial al SNSD aquellos programas que prestan servicios de salud digital, en coherencia con el marco conceptual propuesto, al avanzar en alejar del Minsal la función de prestación y con ello fortalecer su rol rector (Tabla 1). Ello mejora la función de gobernanza general analizada en el marco, contando con instituciones adecuadas para el ejercicio de sus funciones, organizando y estandarizando la prestación de servicios, optimizando el uso de recursos y apoyando la expansión de la telemedicina.

Comentarios. Considerando que la salud digital complementa acciones de los SS, que es dinámica y puede ser desarrollada a distancia, es positivo que la organización del nuevo Servicio sea flexible, facilitando un funcionamiento 24 horas y el alcance nacional. También, dada la experticia que adquirirá el SNSD en el desarrollo de prestaciones de salud digital, resulta adecuado que pueda asesorar y proponer al Minsal estándares y actualizaciones en las materias de su competencia, aunque se debe velar porque las funciones rectoras se fortalezcan y radiquen en el Minsal.

Sugerencias:

- **Definición y alcance del SNSD**. Precisar la definición de red asistencial del SNSD, explicitando su alcance y ejemplificar la oferta de prestaciones que realizaría (hospital digital, central telefónica, disponer plataformas para la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, plataformas y servicios para atención digital, entre otros). A su vez, explicitar el deber, en lugar de la facultad de coordinación de los servicios entregados por el SNSD con el resto de los otorgados en la red. Precisar que la atribución de "desarrollo, coordinación y seguimiento al ecosistema de salud digital" corresponde a la Red Asistencial del Sistema.

- **Estándares de calidad y requisitos para prestadores.** Incluir la obligación a los prestadores que integrarán el nuevo SNSD de cumplir los mismos requisitos de calidad (acreditación y certificación) que el resto de la red. Asimismo, se debe procurar que los servicios ofrecidos se ajusten a las capacidades digitales de las personas y su acceso a la tecnología.
- **Recursos y factibilidad financiera.** Realizar un análisis de la estructura óptima del SNSD para ejercer sus funciones, considerando hallazgos previos, como los del informe de monitoreo de Hospital Digital. Dicha revisión concluye que este adolece de criterios de focalización claros y objetivos que permitan definir la población a atender en el mediano plazo, necesario para determinar la capacidad de atención (Dipres y Subsecretaría de Evaluación Social, 2024). Además, se deben revisar los recursos previstos, de modo que sean adecuados para desarrollar las funciones planteadas y financiar los 34 nuevos cargos, dado que las cifras del Informe Financiero N° 47 de 2025 podrían subestimar el efecto.

4.2. Agrega a la Subsecretaria de Redes Asistenciales (SRA) la función de monitoreo y control de productividad de la red

El mismo boletín establece que la SRA deberá mantener el control de la productividad de la Red Asistencial del Sistema, con el fin de evaluar la política sanitaria y mejorar su implementación. Para ello, podrá desarrollar un sistema nacional de registro y evaluación de producción, calidad y satisfacción usuaria, regulado por resolución.

Lógica del cambio. Se busca reforzar el rol rector del Minsal, particularmente respecto de la información e inteligencia (Tabla 1), con deberes, atribuciones y herramientas explícitas para el monitoreo y evaluación de desempeño de prestadores, función esencial e inalienable a la entidad rectora (OPS, 2020), y requerida para la rendición de cuentas y el buen uso de los recursos.

Comentarios. Esta medida avanza en fortalecer la transparencia, evaluación de desempeño, rendición de cuentas y potencialmente la productividad. Hoy, la SRA alberga un departamento de estudio, innovación e información para la gestión, dentro de la división de gestión de la red, pero las capacidades y registros son insuficientes y no son interoperables con los hospitales, centros de salud primaria y otros del mismo ministerio. No obstante, ello no aborda el problema estructural relativo al doble rol del Minsal –rector y proveedor– y sus efectos en el desempeño y atención en salud (CEP y ESP, 2017; Comité Técnico de Reforma del Sector Salud, 2023; Comité de Expertos para la Reforma a la Salud, 2024).

Sugerencias:

- **Formalización de una unidad de estadística y definición del alcance de la información, su obligatoriedad e interoperabilidad.** Crear una unidad de estadística general en la SRA o fortalecer la actual, asegurando las capacidades adecuadas (registro, sistematización, análisis y gestión de datos de la red), incluyendo la APS. Explicitar los datos mínimos requeridos y su desagregación, para ejercer la nueva función, tales como costos, insumos, resultados y desempeño. Urge operacionalizar la obligatoriedad de interoperabilidad de sistemas, lo que debe ser exigido a cualquier nueva plataforma de datos, y potenciar las actuales.
- **Panel de expertos.** Convocar un panel de expertos en gestión, financiamiento, planificación y estadísticas en salud, que asesore al Minsal/SRA en los contenidos, indicadores, actualizaciones y lo relevante para la mejora continua de la función.
- **Transparencia.** Explicitar que la SRA deberá informar periódicamente, en sus medios digitales los indicadores y resultados del monitoreo de su red, para garantizar el correcto ejercicio de la nueva función y su transparencia.
- **Requerimiento y resguardo de información.** El Minsal y sus subsecretarías deben estar facultados para requerir, a organismos públicos y privados del sector, los datos personales e información necesarios para establecer el sistema, explicitando la obligación de confidencialidad para el personal a cargo. Las entidades estarán obligadas a entregarlos.
- **Planificación de la red a mediano plazo**. Establecer la obligación de la SRA de realizar una planificación de la inversión y producción de la red estatal al menos a cuatro años, con criterios técnicos, siendo así consistente con los plazos de la programación financiera en el sector público[27]. Actualmente, solo los hospitales autogestionados planifican, pero aisladamente, sin vinculación presupuestaria clara.

27 El programa financiero está normado en el DL N° 1.263 de 1975 y la Ley N° 20.128 de 2006.

4.3. Modificaciones al rol de Fonasa

4.3.1. Prohíbe a los SS y establecimientos comprar prestaciones previamente adquiridas por Fonasa, establecidas en resolución exenta. Se exceptúan los casos que tengan mejores condiciones de precio, sean compras necesarias para resguardar la continuidad asistencial y los autorizados por la autoridad por resolución fundada.

Lógica del cambio. Ordenar y fortalecer la función de compra de prestaciones del plan de salud por parte de Fonasa, explicitando que tiene un rol estratégico en la compra que permite una gestión del financiamiento público de calidad, en coherencia con las áreas de evaluación de la función de financiamiento (Tabla 1). Esto alinea a los prestadores con la mejor gestión de los recursos, al limitar compras hospitalarias menos eficientes y, con ello, contribuir a la cobertura y oportunidad de la atención.

Comentarios. Actualmente, la función de compra está disgregada entre diversos actores. Los hospitales pueden otorgar su cartera de prestaciones con producción interna y con compras externas, por ejemplo, para casos en listas de espera o servicios que escasean[28]. Además, las direcciones de SS pueden adquirir servicios desde terceros con convenios regulados en el DFL Nº 36 de 1980[29], los que entregan amplias facultades de compra. Asimismo, Fonasa tiene limitaciones para definir y aplicar mecanismos de pago eficientes a los prestadores. Todo ello debilita su rol de comprador estratégico y la eficiencia del gasto, y dificulta la planificación integral de la compra de servicios interna y externa. Por lo tanto, organizar las compras en el asegurador (Fonasa) avanza en la dirección buscada, pero es insuficiente para el cumplimiento de las subfunciones de compra estratégica y de asignación de recursos según necesidad.

Sugerencias:

- **Coordinación y planificación.** Explicitar que el catálogo de prestaciones que serán adquiridas por Fonasa considere la capacidad de atención de la red estatal y detalle tiempos y condiciones para su utilización.
- **Optimización de compras.** Alinear las etapas de definición del catálogo de prestaciones con el ciclo presupuestario (idealmente debería hacerse previo a la formulación presupuestaria), apuntar a la racionalidad de las compras e incentivar la buena gestión de los prestadores.
- **Mejora de información.** Considerar que los datos del nuevo registro de la SRA permitan a Fonasa planificar compras eficientemente. Además, la compra por parte de Fonasa requiere ser fundada, monitoreada y evaluada.
- **Especificar imputación de presupuesto.** Explicitar el presupuesto de imputación de las compras directas de Fonasa. Por ejemplo, si son acciones realizadas fuera del hospital, deberían ser parte del presupuesto de compras de Fonasa, mientras que, si se financian actividades internas, deberían ser gastos del establecimiento. Ello es fundamental al evaluar eficiencia y desempeño, manteniendo una mirada global de costos y producción de los establecimientos.
- **Resguardo de las excepciones de compra.** Se debe contar con mecanismos que resguarden que, cuando los establecimientos compren directamente las prestaciones prohibidas, no se afecte los beneficios globales derivados de la compra conjunta de Fonasa, por ello, siempre debieran ser autorizadas por este.

4.3.2. Faculta a Fonasa para celebrar acuerdos de gestión con los SS y la SRA, dentro del presupuesto autorizado, a efectos de establecer objetivos y metas sanitarias, que deberán incluir niveles de producción y valoración, y los procedimientos y demás condiciones para la ejecución de los planes y programas convenidos. Establece un monto para el financiamiento de equipos, complementando aquellos adquiridos en el contexto de los planes de inversión, en los establecimientos que cumplan los acuerdos de gestión.

Lógica del cambio. Fortalecer la función de compra estratégica de Fonasa (Tabla 1), haciendo un mejor uso de los recursos (compras eficientes), al exigir el cumplimiento de producción a los establecimientos. Permite a Fonasa garantizar el acceso de sus beneficiarios a las acciones de salud a las que tienen derecho.

28 Esquema de ejecución y compras de la Red Asistencial del Sistema en Figura A1 del anexo.

29 Establece normas que regulan los convenios que celebren los servicios de salud con otras entidades, relativos a las acciones de salud que a dichos servicios corresponde ejecutar.

Comentarios. Los Acuerdos de Gestión[30] y los de Programación[31], regulados en el DFL N°1 del Minsal de 2005, permiten organizar los recursos que Fonasa transfiere a los hospitales (definidos en la Ley de Presupuestos). Buscan coordinar a Fonasa, la SRA y los SS para alinear la asignación de recursos con los objetivos sanitarios y capacidades hospitalarias. Aunque son resoluciones, solo los de Gestión requieren toma de razón de Contraloría. Son instrumentos poco conocidos por los SS y, si bien Fonasa publica algunos indicadores del cumplimiento de estos desde 2024[32], no hay informes integrales que den cuenta de ello ni datos que permitan su monitoreo temporal. Esto le impide ejercer a cabalidad su rol de comprador estratégico y garante de sus beneficiarios (Comisión Presidencial de Salud, 2010; Sánchez e Inostroza, 2024a; CEP-ESP 2017; Benítez y Velasco, 2020; Comisión Técnica Asesora para la Comité Técnico de Reforma del Sector Salud, 2023.

Sugerencias:

- **Contenido:** indicar los ámbitos de acción de los acuerdos, incluyendo parámetros de producción, metas, mecanismos de control, transferencias específicas por actividad y medidas ante incumplimientos. Los mecanismos de pago deben alinear objetivos y mejorar la eficiencia.
- **Proceso para los acuerdos:** se sugiere normar un proceso secuencial y alineado con los tiempos presupuestarios y de planificación sanitaria (Cuadro A1 del anexo). Los aranceles de las prestaciones deben conocerse previo a la definición del acuerdo, el que debe ser coherente con la planificación financiera de la red a cuatro años.
- **Sistema de información en Fonasa:** Fonasa debería establecer un sistema integrado de datos para monitorear el cumplimiento de acuerdos, con atribuciones para solicitar información y capacidades para procesarla y luego publicar regularmente indicadores.
- **Equipamiento e incentivos.** Dado que los recursos para equipamiento considerados en el acuerdo de gestión son condicionados al cumplimiento de metas, la SRA debe garantizar el equipamiento básico, los planes de mantención y renovación según vida útil, en el programa de inversión. Así, estos recursos extraordinarios deben financiar acciones adicionales.

4.3.3. Permite a Fonasa designar un segundo prestador GES sin requerir que la persona lo solicite.

Lógica del cambio. Fortalecer el rol asegurador de Fonasa, adecuando gobernanza en la función de financiamiento (cobertura integral en Tabla 1), para garantizar la entrega del plan de salud, mejorando satisfacción y acceso oportuno a la atención.

Comentarios. En la actualidad, el proceso de segundo prestador depende en primera instancia del reclamo formal de parte del asegurado en el contexto de las GES. Por su parte, la derivación automática al segundo prestador ya es una posibilidad que está siendo aplicada por Fonasa, tal como señala el mensaje del proyecto de ley. El cambio normativo permitiría mantener la medida en el tiempo, sin depender de la voluntad de cada dirección.

Sugerencias:

- **Marco de derivación conocido y eficiente.** Establecer una organización explícita del flujo de derivación de casos por parte de Fonasa, con criterios para la priorización de ella (por ejemplo, oportunidad, ubicación y costos) e incluir a todos los prestadores de las diversas modalidades de atención para una mayor eficiencia.
- **Reforzar los incentivos del prestador principal para la resolución de casos.** El prestador que no cumple una garantía GES debe justificarlo. Si la prestación no otorgada era parte del acuerdo de producción (gestión) con Fonasa, se deben aplicar sanciones, como el pago parcial o

30 Estos contienen: (i) reglas generales de financiamiento; (ii) responsabilidades entre Fonasa, los SS y hospitales, (iii) los presupuestos de cada recinto, medios para evaluar su desempeño y transferir los recursos; (iv) fórmulas y criterios para calcular los pagos a los prestadores, sus responsabilidades en la calidad, acceso y eficiencia en la atención; (v) mecanismos para registrar y codificar las prestaciones.

31 Estos contienen: (i) compromisos de producción, indicadores de gestión y distribución de recursos de los programas, los componentes presupuestarios (medicamentos de alto costo, GES y no GES, atención domiciliaria, y "otros" innominados); (ii) metas de egresos hospitalarios, cirugías, consultas y procedimientos; (ii) indicadores de desempeño de eficiencia, calidad y acceso; (iii) medios de coordinación y seguimiento entre la SRA, Fonasa y el Servicio para cumplir los compromisos y metas.

32 https://public.tableau.com/views/TableroIndicadoresAcuerdosdeGestin2024/PropuestaIndicadores?:showVizHome=no#1

no pago de esa atención. Si es causado por una mayor demanda de la capacidad acordada, deberá costearlo Fonasa.

4.3.4. Otorga a Fonasa la función de control de licencias médicas.

Se traspasa la contraloría médica y el cálculo y pago de licencias médicas desde la Compin a Fonasa. En específico las funciones de: (i) conocer, evaluar y resolver las licencias médicas por enfermedad o accidente común, prórroga de medicina preventiva, patologías del embarazo y por licencias de descanso pre y postnatal y; (ii) calcular y pagar los subsidios de incapacidad laboral a que den lugar las licencias médicas, de conformidad al DFL Nº 44, de 1978. Se mantiene la norma que faculta a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF)[33] para administrar el Régimen de Subsidios por Incapacidad Laboral, en virtud de la cual calculan y pagan el SIL a los trabajadores cuyos empleadores se encuentren afiliados a una Caja. Por su parte, la Compin queda como instancia de reclamación frente a las resoluciones de Fonasa y, en segunda instancia, se debe apelar ante la Suseso.

Asimismo, se contempla un aumento en la dotación de Fonasa (contratación progresiva de hasta 55 cargos) y un traspaso parcial de funcionarios de las Compin de 32 cargos (Informe Financiero Nº 47, de 2025). También se contemplan recursos para inversión en tecnología y modernización. La reforma se implementará gradualmente por regiones, a partir de 13 meses hasta 25, desde la publicación del reglamento[34].

Lógica del cambio. Explicitar el rol de asegurador de Fonasa, tanto en relación con la cobertura integral de los servicios (en este caso pecuniarios) como con la administración y uso de los recursos de sus beneficiarios (ambos considerados en la dimensión de gobernanza del financiamiento en la Tabla 1). Ello, mediante la simplificación y agilización del sistema, mejor control del gasto y fiscalización oportuna del uso del subsidio.

Comentarios. Existe una alta fragmentación en la institucionalidad del SIL, particularmente para los afiliados al Fonasa, donde también intervienen las CCAF y la Compin (Benavides et al., 2011; Sánchez e Inostroza, 2024b; Hormazábal y Velasco, 2024). Para un afiliado a Isapre, el proceso es realizado en dichas entidades, con la posibilidad de reclamar ante la Compin y, en segunda instancia, ante la Suseso. Para afiliados a Fonasa, la licencia es remitida a la Compin y a la CCAF (si corresponde). La Compin es quien se pronuncia siempre y luego calcula y paga el beneficio para quienes no están afiliados a una CCAF, siendo esta la que realiza el cálculo y pago. Las apelaciones se realizan ante la misma Compin y, en segunda instancia, ante la Suseso.

Cabe señalar que existe un déficit de información respecto de la operación de las Compin. Por ejemplo, no hay detalles sobre su dotación, la que superaría los 800 funcionarios (Minsal, 2025d) ni de la cantidad de ellos que cumple cada función en la institución, tampoco sobre los procesos ni número ni tipo de atenciones realizadas. Según información solicitada por Ley de Transparencia, a marzo de 2025, 113 funcionarios desempeñan funciones de contralores médicos y 139 de cálculo de subsidios, mientras que el traspaso de funcionarios sería de 32 cargos. Si bien las Compin desarrollan otras funciones, como la certificación de discapacidad y la evaluación de salud irrecuperable, se desconoce su organización y distribución de tareas interna.

Por otro lado, el rol de las CCAF en el SIL se originó cuando no existían facilidades de pago como las que actualmente dispone Fonasa, por lo que hoy no se justificaría este rol. Además, genera costos de transacción extra al erario, al requerir traspasos y compensaciones. A ello se suma que la disgregación de funciones dificulta la fiscalización de los recursos públicos, con transacciones que además no quedan registradas en el presupuesto, lo que se corregiría al centralizar el proceso en Fonasa.

Si bien el cambio institucional propuesto puede contribuir a mejorar el control y fiscalización del uso de este instrumento, que hoy no se cumple adecuadamente en las Compin, el SIL requiere con urgencia una reforma más estructural.

Sugerencias:

- **Reforma estructural al SIL.** Abordar con urgencia una reforma estructural en el proyecto que está comprometido ingresar dentro del primer semestre de 2025, donde se equiparen las condiciones de trabajadores del sector público y privado, se considere un subsidio decreciente en el tiempo y un periodo de carencia que no distinga según

33 Artículo 19 N° 2 de la Ley N° 18.833.

34 Para la adecuación de los reglamentos, el plazo es de nueve meses desde la publicación de la ley.

la duración de la licencia. Además, incluir el establecimiento de un sistema de información para la fiscalización de licencias médicas, con obligación de entrega de datos por parte de las instituciones requeridas y y la definición clara de los deberes y responsabilidades de las entidades fiscalizadoras.

- **Institucionalidad del SIL en Fonasa.** Especificar una ubicación clara de esta nueva función en la estructura del Fonasa, estableciendo una unidad con independencia técnica, regida por normas de evaluación y con el deber de realizar informes de gestión. Esto evitaría que decisiones de carácter técnico, como el rol de contraloría médica, queden condicionadas a consideraciones coyunturales definidas por la autoridad de turno. Es esencial que los criterios sean objetivos y estables, permitiendo un adecuado control del gasto, a la vez que se garantiza la protección para la recuperación de la salud. Un modelo por considerar es el de las comisiones médicas del artículo 11 del Decreto Ley 3.500, de 1980, establecidas como organismos autónomos en cuanto al conocimiento y calificación de las invalideces.
- **Evaluación y transparencia en la Compin.** Se sugiere que la Dipres mandate una evaluación integral del funcionamiento y eficiencia de la Compin, que permita conocer la distribución de la dotación en las diferentes funciones, así como evaluar la eficiencia en el cumplimiento de estas, y con ello recomendar reformas a realizar, como el uso de tecnologías de la información. Ello permitiría mejorar la eficiencia y generar rendición de cuentas, considerando que no existen evaluaciones actualizadas de este organismo y entregar insumos para una adecuada estructuración de la nueva función en Fonasa.
- **Integración del rol de cálculo y pago en el Fonasa.** Se propone radicar el cálculo y pago del SIL en Fonasa, terminando con la fragmentación que se origina para trabajadores cuyos empleadores están afiliados a las CCAF, avanzando en transparencia, eficiencia y facilitando la fiscalización.

4.4. Modificaciones de las normas del personal médico

Se establece en un artículo transitorio, que se podrán modificar mediante decretos con fuerza de ley, tres instrumentos de incentivo al desempeño profesional en el sector salud: (i) la bonificación por desempeño colectivo (artículo 28 letra d y 37 de la Ley N° 19.664), que será reformulada; (ii) la bonificación por desempeño individual (artículo 28 letra c y 36 de la Ley N° 19.664), que será eliminada; y (iii) la asignación individual por cumplimiento de metas regulada en el artículo 12 de la Ley N° 20.707, que será modificada. El Presidente podrá definir las nuevas condiciones de acceso, mecanismos de evaluación y control, normas transitorias y su vigencia.

Lógica del cambio. Ordenar, simplificar y alinear los incentivos económicos del personal médico con los objetivos de mayor eficiencia y efectividad, estimulando una mayor productividad en la prestación de servicios y, con ello, la función de provisión y su gobernanza (Tabla 1).

Comentarios. La norma actual sobre remuneraciones e incentivos al personal de salud es heterogénea, dificultando la coherencia del esquema de estímulos con los objetivos asistenciales y con el desarrollo del recurso humano. Por ejemplo, las leyes médicas (Leyes N° 19.664 y N° 15.076) consideran asignaciones fijas y otras asociadas al desempeño individual y colectivo. Los directivos de hospitales de alta resolutividad y de SS con grado 10° o inferior, no cuentan con estímulos por desempeño[35]. El personal administrativo, técnico y auxiliar solo tiene incentivos por desempeño colectivo, y los profesionales y directivos de grados 11° a 17° los tienen por desempeño colectivo e individual y asignaciones fijas.

Asimismo, el esquema de incentivos no ha mostrado efectividad, entre otros, por el bajo componente que representa en las remuneraciones. En el caso de los médicos, las asignaciones por permanencia, responsabilidad y estímulo representan cerca de 27% de la renta, mientras que aquellas directamente asociadas al desempeño no superan el 2%, siendo el resto principalmente remuneraciones fijas (Eguiguren, 2025).

La propuesta no considera al resto de los trabajadores de la salud (demás profesionales, técnicos y administra-

35 Artículos 90 a 92 del DL N°1/2005.

tivos) ni el desempeño de las propias instituciones donde trabajan, por lo que el rediseño requiere ampliar su ámbito de acción.

Sugerencias:

- **Sistematizar y revisar todos los instrumentos de gestión aplicados tanto a personas como a instituciones en salud.** Se debe levantar un catastro de los instrumentos e indicadores vigentes y analizar sus incentivos. Luego, definir el objetivo de los incentivos para las personas e instituciones; homologar y simplificar instrumentos; incorporar más indicadores de gestión en red dentro de los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG)[36]; desarrollar medidas de desempeño diferenciadas por SS[37]; y actualizar las metas y su nivel de exigencia, tal como fue sugerido por Dipres (2025) en su análisis del PMG.

4.5. Regulación de dispositivos médicos y fortalecimiento del Instituto de Salud Pública (ISP)

El proyecto de ley define "dispositivos médicos" y establece que el ISP es la autoridad sanitaria encargada de su control y fiscalización de sus normas. Debe llevar el registro sanitario, autorizar y fiscalizar a entidades certificadoras de la calidad, inscribir y controlar a los importadores, fabricantes y distribuidores y a quienes realizan reproceso y reúso de los dispositivos, así como otorgar certificados de destinación aduanera y autorización de uso y disposición de estos productos; y encargar a las Seremis tareas de fiscalización y vigilancia, incluyendo inspección, allanamiento, entre otros, hasta clausura (al igual como lo realiza para fármacos).

Se faculta al ISP para exigir certificaciones en productos de riesgo moderado a alto[38] (ISP, 2018) y definir por resolución los requisitos para comercialización, producción, control de calidad, vigilancia y publicidad de dispositivos médicos. El plazo para dictar el reglamento con el detalle de la norma es de 18 meses, con aplicación diferenciada para fabricantes, dispositivos de riesgo moderado y alto, y el resto.

Finalmente, se faculta al instituto para aprobar sus prestaciones y fijar los aranceles por sus servicios.

Lógica del cambio. Se refuerza la institucionalidad asociada a la regulación de los dispositivos médicos, para mayor seguridad y calidad. Es un cambio sistémico que fortalece el rol regulador y fiscalizador en salud, tiene implicancias en la generación y gestión de recursos y particularmente en la calidad de la prestación de servicios (Tabla 1).

Comentarios. La incorporación de dispositivos médicos en la ley institucionaliza su regulación, dada la escasa normativa vigente y los riesgos sanitarios asociados. Su implementación efectiva requiere capacidades *ad hoc*, lo que se ve reflejado en el informe financiero del proyecto, que incluye recursos adicionales por $4.416 millones desde el año 1, que consideran 30 cargos para la institución y 22 cargos en las Seremi para fiscalizar y un cargo en la SSP, para apoyar la coordinación de fiscalización. No obstante, dicho fortalecimiento no se explicita en el proyecto de ley ni se detallan las funciones o cargos.

En la actualidad, el ISP presenta rezagos significativos en los tiempos de registro sanitario (24-36 meses en fármacos) (Fifarma, 2024) y carece de plataformas informáticas y de información pública sobre el estado de los procesos y estudios clínicos[39]. Además, su gestión se ha visto afectada por la alta rotación de autoridades, a pesar de estar bajo el Sistema de Alta Dirección Pública (SADP).

Sugerencias:

- **Explicitar fortalecimiento del ISP y Seremis.** Incluir en el proyecto de ley este fortalecimiento de su capacidad institucional y dotación. Se requiere analizar su estructura orgánica, funcio-

36 Los PMG surgen en la Ley N° 19.553 de 1998, y asocian el cumplimiento de objetivos de gestión a un incentivo de carácter monetario para los funcionarios. Cubre a 164 instituciones, formando parte de uno de los mecanismos de incentivo de remuneraciones de tipo institucional más importante aplicado en la administración pública de nuestro país.

37 Si bien los indicadores estratégicos utilizados por dicha entidad no siempre están vinculados directamente a la asignación de recursos, sí permiten establecer líneas base que alimentan los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG), los cuales sí tienen implicancias presupuestarias.

38 La clasificación de los dispositivos médicos se basa principalmente en el riesgo que representan para la salud del paciente y del usuario, considerando factores como el tiempo de uso, grado de invasividad y si interactúan con el cuerpo humano o sistemas vitales.

39 La página web del ISP presenta información diversa, con baja actualización e incluso con campos no visibles, como lo son los estudios clínicos en curso, bases de datos, registro de laboratorios, entre otros. https://www.ispch.gob.cl.

nes, cargas de trabajo, entre otros, para apoyar con evidencia la necesidad de mayores recursos.

- **Definición de plazos y riesgo**. Explicitar plazos máximos para los procesos del ISP y sanciones por incumplimiento; y definir los criterios generales para la calificación del nivel de riesgo de los productos.
- **Institucionalidad y transparencia en aranceles del ISP.** Establecer la necesidad de revisar y transparentar la forma de definición de los aranceles del ISP, dado su impacto en el mercado. Por tanto, debe tener como base metodologías claras y contar con la asesoría de comités técnicos, para evitar una carga monetaria que afecte el acceso y la competitividad.

4.6. Mejora en las compras públicas y gobernanza de la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast)

Se amplían sus facultades operativas, permitiéndole adquirir e intermediar dispositivos médicos, equipamiento y alimentos vinculados a programas ministeriales (además de medicamentos); así como solicitar registros sanitarios al ISP en situaciones de desabastecimiento; y se flexibilizan las condiciones para la importación de productos, autorizando el anticipo de pagos sin garantía en el comercio internacional. Se le permite adjudicar un mismo producto a múltiples proveedores en una misma licitación, para asegurar la continuidad del suministro y fomentar la diversidad de oferentes, bajo criterios de eficiencia, equidad y transparencia. Además, se le obliga a publicar los precios en su portal institucional. Se autorizan cinco nuevos cargos.

Lógica del cambio. Se fortalece y posiciona a la Cenabast en el rol de la intermediación y se actualiza en relación con las exigencias del mercado local e internacional. Ello refuerza la función de generación de recursos (Tabla 1), impactando positivamente en la calidad de la atención y también en la eficiencia.

Sugerencias:

- **Robustecer la institucionalidad de la Cenabast.** Obligación de transparentar los criterios utilizados para la fijación de aranceles y de asegurar que respondan a estándares técnicos, sean públicos y estén sujetos a mecanismos de revisión y control. La norma debe especificar estos mecanismos, como la conformación de comités de expertos *ad hoc* y remunerados por su función. Esto contribuiría no solo a la eficiencia del sistema, sino también a la confianza de los actores que participan en los procesos de abastecimiento. Dado el rol técnico y estratégico, la dirección de la institución debe ser estable y trascender los ciclos de gobierno, resguardando que su designación según SADP se mantenga como un proceso riguroso y profesional.

4.7. Modificaciones relativas a la Superintendencia de Salud (SIS)

Los contenidos del proyecto de reforma a la SIS se desarrollan en tres grandes ejes: (i) fortalecimiento institucional para optimizar su funcionamiento; (ii) mayor resguardo de los derechos de las personas en materia de salud, perfeccionando herramientas para ello; y (iii) modernización del sistema de acreditación de prestadores.

4.7.1. Fortalecimiento institucional

El proyecto crea un Consejo Asesor para la SIS, de carácter técnico, presidido por el Superintendente de Salud e integrado por cuatro otros consejeros elegidos por el Presidente de la República mediante el SADP, con experiencia en medicina, derecho, economía o salud pública. La duración en el cargo sería de seis años, con una posible renovación. Se contemplan las causales clásicas de cesación en el cargo[40] e incompatibilidades con otros cargos; y se establecen prohibiciones para ejercer determinados cargos privados hasta seis meses después de la cesación del cargo.

Le corresponde al Consejo: (i) aprobar el plan estratégico presentado por el Superintendente para seis años; (ii) monitorear su cumplimiento mediante informe anual; (iii) emitir informes técnicos solicitados por el superintendente; (iv) proponer al superintendente informes técnicos; (v) emitir opinión de informes elaborados a petición del Superintendente; (vi) aprobar la propuesta de cuenta pública; (vii) colaborar en metodologías y herramientas para mejorar la fiscalización; (viii) revisar indicadores de gestión institucional y realizar recomen-

40 Expiración del plazo del cargo, renuncia, fallecimiento, incurrir en causal de inhabilidad o incompatibilidad, incapacidad, incumplimiento grave de funciones o infracción grave de probidad.

daciones; y (ix) contribuir al diseño de planes de capacitación del personal[41].

Por otro lado, se otorgan nuevas facultades a la Intendencia de Prestadores de Salud (IP), como interpretar normas en su ámbito de competencia y dictar instrucciones, generando una mayor similitud con la Intendencia de Fondos y Seguros (IFS), por lo que se le aumenta la dotación y recursos para plataformas.

Lógica del cambio**.** Se busca optimizar la estructura y funcionamiento de la SIS para un desempeño más eficiente y efectivo en lo que le corresponde de rol regulador. Se persigue avanzar en una gobernanza que otorgue mayor legitimidad a las decisiones de la SIS y provea recomendaciones con base en criterios técnicos.

Comentarios. Fortalecer la SIS como regulador y fiscalizador del sistema se alinea con los desafíos y el marco conceptual antes descritos, donde asegurar el cumplimiento de la legislación es primordial en la función de gobernanza.

Respecto de la estructura del gobierno corporativo de la Superintendencia, en el contexto de reguladores independientes, se distinguen tres grandes modelos (OCDE, 2014): (i) Consejo, responsable de la supervisión, orientación estratégica y política operativa del regulador, con toma de decisiones regulatorias delegadas en gran medida; (ii) Comisión, donde el propio Consejo toma la mayoría de las decisiones regulatorias sustantivas; y (iii) Regulador unipersonal. También existen variantes entre (i) y (ii), según las definiciones regulatorias que se dejan al Consejo.

En general, los modelos de gobierno corporativo colegiados –opciones (i) y (ii)– resultan convenientes cuando: las decisiones regulatorias pueden conllevar impactos significativos ante eventos de riesgo, requieren juicio especializado (con diversidad de experticia / conocimientos y experiencias), necesitan orientación estratégica, mantener coherencia a largo plazo y garantizar mayor independencia frente a influencias externas[42]. Este es el caso de la SIS, donde se definen regulaciones tan relevantes como las alzas máximas de las primas de los planes de salud (GES y plan complementario), que requieren conocimiento especializado y afectan a todo el sector, incluyendo a los prestadores.

Por ello, el modelo colegiado puede contribuir a fortalecer decisiones informadas e independientes, con estabilidad de criterios en el tiempo y a robustecer la legitimidad y eficacia de la regulación. Para asegurar que ello ocurra y, considerando que las entidades públicas a supervisar están estrechamente relacionadas con el Minsal, es fundamental dotar a este Consejo de mayores atribuciones respecto de las decisiones estratégicas. Ello no implica necesariamente convertirlo en una Comisión, sino que en identificar qué decisiones deben ser ratificadas por esta entidad.

En cuanto al fortalecimiento de la Intendencia de Prestadores (IP), junto con entregarle mayores facultades y capacidades técnicas, se requiere promover una mayor eficiencia en la organización. En este sentido, pasar de la actual organización de la SIS según entidades reguladas a una por funciones permitiría una mayor especialización técnica, economías de ámbito, eficiencia en la gestión y estandarización de los procesos. Este es el modelo utilizado, por ejemplo, por la Superintendencia de Pensiones que cuenta con una intendencia de regulación de prestadores públicos y privados (que regula materias de pensiones y seguro de cesantía) y otra de fiscalización de prestadores públicos y privados. Una organización similar es la de la Comisión para el Mercado Financiero, que tiene cuatro direcciones generales: regulación prudencial, regulación de conducta de mercado, supervisión prudencial y supervisión de conducta de mercado.

Sugerencias:

- **Conformación Consejo**. Se sugiere que en el nombramiento del Consejo se considere la ratificación de otro poder del Estado, para fortalecer así la independencia del órgano propuesto.
- **Atribuciones y funciones Consejo**. Para obtener las ventajas de un modelo colegiado en el sector salud, se precisaría fortalecer las atribuciones propuestas para el Consejo, con un rol vinculante en otras definiciones estratégicas de la SIS, además del plan estratégico, como: la función de establecer políticas de planificación, organización, dirección, supervisión, coordinación y control de funcionamiento de la SIS, dictar las normas de carácter general y circulares, incluyendo los fun-

41 También se otorgan funciones al Superintendente en su calidad de presidente del Consejo, como ejecutar y cumplir los acuerdos del Consejo, citar y presidir reuniones y establecer materias a tratar.

42 Para un análisis detallado de mejores prácticas y gobernanza de reguladores, ver OCDE (2014).

damentos para su dictación y aprobar los reajustes de primas regulados en la normativa.

- **Organización por funciones**. Se recomienda considerar una organización por funciones de las intendencias de la SIS, distinguiendo aquellas regulatorias de las de fiscalización, más que una división por instituciones supervigiladas como la actual (aseguradores y prestadores).

4.7.2. Resguardo de los derechos de las personas en materia de salud

La iniciativa fortalece la difusión normativa y orientación, con foco en derechos de las personas y mecanismos para exigirlos. Faculta a la IP para: (i) acceder a antecedentes clínicos necesarios para resolver reclamos y realizar auditorías clínicas externas a prestadores institucionales a requerimiento del Minsal; (ii) resolver controversias como árbitro arbitrador, entre pacientes y prestadores de salud (contra esta decisión procede recurrir al Superintendente); y (iii) adoptar medidas provisorias mientras se resuelve.

Refuerza el régimen de sanciones de la SIS: (i) para los órganos públicos, la norma establece obligaciones específicas tanto para el Fonasa como para los prestadores estatales. En caso de infracción, se contempla la amonestación o sanción de multa de entre 10% y 50% de remuneración mensual del jefe o director de la entidad y establece criterios para determinarla (mismos que para privados). Si existen responsabilidades individuales en prestadores fuera de la Red Asistencial del Sistema, el superior jerárquico debe instruir sumario, con sanciones según el Estatuto Administrativo; (ii) se regula un procedimiento sancionatorio común, para lo que se actualizan sanciones y criterios para determinarlas, se elevan las multas a establecimientos privados ante incumplimientos GES y se eleva el tope de las multas a las isapres desde 1.000 UF a 10.000 UTM, entre otras medidas; y (iii) crea un registro público de prestadores de salud sancionados.

Lógica del cambio. Las adecuaciones impactan en la función de gobernanza general y en transparencia, en contar con instituciones adecuadas, y fortalecer la rendición de cuentas. Todo ello es necesario y urgente para adaptar el sistema de salud a los requerimientos actuales y futuros.

Comentario. Con objetivo de mejorar la protección de los derechos de las personas y la igualdad de condiciones, se avanza en homologar las funciones y atribuciones de la SIS entre prestadores y aseguradores, y entre prestadores públicos y privados. También se busca estandarizar el régimen de sanciones para avanzar en transparencia e igualación de criterios. En lo que respecta al sector público, se apunta a generar incentivos correctos para el buen desempeño de dichos prestadores y, con ello, resguardar los derechos de los pacientes en la atención de salud.

Sin embargo, todavía existen derechos que no están garantizados y que no forman parte de los ámbitos bajo fiscalización de la SIS. En efecto, la normativa respecto de Fonasa se centra en el resguardo de las GES, la Ley Ricarte Soto (Ley N° 20.850) y la Ley de Derechos y Deberes (Ley N° 20.584). Ello deja fuera la supervisión la atención de condiciones de salud no resguardadas por dichas leyes y, por otra parte, la de aspectos que influyen en la sostenibilidad financiera, como la definición de precios y aranceles.

Ampliar las facultades de la SIS respecto de Fonasa, permitiría avanzar en la protección de los derechos de los pacientes, transparencia respecto de los contenidos del plan de salud y reducir costos del sistema. Esto es esencial dado el aumento de afiliados en Fonasa, de prestadores en convenio, de las nuevas modalidades de atención –como la MCC y el SAP– y del plan común de salud que se busca crear con el proyecto del Boletín 17397-11. Esto también es consistente con el artículo 3 de la Ley N° 19.966 de 2006, que establece que el Minsal dictará las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones del Fonasa no contempladas en las GES, lo que debiera ser fiscalizado por la SIS.

Sugerencias:

- **Fortalecer el rol fiscalizador de la SIS respecto de Fonasa** en el cumplimiento de las prestaciones incluidas en la totalidad del Régimen de Prestaciones de Salud (Título II del DFL N°1 de 2005 de Salud), incluyendo las distintas modalidades y sistemas de atención que actualmente administra. Además, que cuente con un rol fiscalizador sobre la rendición de cuentas financieras de Fonasa, sobre la recaudación de cotizaciones y su uso. Lo anterior, sin perjuicio de las atribuciones de Contraloría y Dipres en sus ámbitos de competencia.
- **Normar e implementar un registro de información de calidad y satisfacción usuaria de**

prestadores a nivel de sistema, en el que se incluya el listado de prestadores sancionados, pero además información de calidad y precios para decisiones informadas. Este puede construirse accediendo a la información del nuevo sistema de registro de la SRA y complementarse por la SIS en el marco de sus funciones, para lo que se requiere establecer la obligación de prestadores y aseguradores de reportarle información y de la SIS de mantener actualizados los registros e indicadores en forma accesible a la población.

- **Revisar el marco legal y normativo** existente para la resolución de materias en las que exista desacuerdo entre los prestadores y aseguradores, con miras a evaluar su suficiencia y eficiencia.

4.7.3. Modernización al sistema de aseguramiento de la calidad

El proyecto establece que la IP definirá los plazos de los procesos de acreditación mediante instrucciones y el Minsal los aranceles mediante resolución. Se faculta a la IP a decretar apercibimiento de retirar o suspender la acreditación vigente si verifica que el prestador no ha mantenido el cumplimiento de los estándares de acreditación y de ejecutarlos, ante incumplimiento de medidas de plan de ajuste. Se faculta a la IP a realizar auditorías clínicas externas a prestadores institucionales.

Se crea una nueva regulación a entidades acreditadores y profesionales evaluadores que: (i) mejora el régimen de sanciones incluyendo la posibilidad de suspender la participación en procesos de acreditación hasta por un año, y (ii) faculta a la IP para sancionar a representantes legales, directores técnicos o profesionales evaluadores responsables de incumplimientos. Se exige a entidades acreditadoras entregar a la IP una garantía igual al arancel que corresponda, previo a todo proceso de acreditación.

Lógica del cambio. A casi 20 años de instalado el sistema de evaluación de la calidad en la SIS, y considerando la ampliación de facultades de fiscalización respecto de prestadores otorgadas por diversas leyes durante dicho periodo, el esquema actual es insuficiente para asegurar calidad, por lo que se plantea modificar y ampliar las atribuciones de la IP para que la fiscalización sea efectiva.

Comentarios. La transformación de la Superintendencia de Isapres a la de Salud, en 2005, buscó garantizar una mejor atención en salud de las personas ampliando su ámbito de acción hacia Fonasa y prestadores, y hacia el cumplimiento de las GES, que comenzaron a ser exigibles en igual periodo, salvo por la garantía de calidad que se ha ido implementando gradualmente.

Actualmente casi 900 centros de salud están acreditados (Superintendencia de Salud, 2024) y el último decreto GES (Decreto N° 72, de 2022) establece que 233 centros de salud primaria debían acreditarse entre noviembre de 2022 y el 1 de julio de 2025. Sin embargo, no es posible identificar la proporción de prestadores institucionales que cuenta con el certificado y, por tanto, el detalle de cuáles y en qué áreas no lo están, dado que ello no se encuentra sistematizado ni publicado[43]. Existe una brecha significativa en la acreditación de los establecimientos que otorgan prestaciones GES, tanto públicos como privados, lo que limita la garantía de calidad en la atención entregada por el sistema de salud.

Si bien es adecuado mejorar las exigencias y consecuencias a las entidades acreditadoras, para garantizar, legitimar y mejorar la confianza en este proceso, se debe revisar la forma de medición y evaluación de calidad. En este sentido, no solo es necesario cumplir con lo exigido, como acreditarse cada tres años, sino que deben revisarse las exigencias y estándares definidos por el Minsal. En el caso de prestadores institucionales, la acreditación verifica la existencia de procesos relativos a la seguridad en la atención de los usuarios –por ejemplo, la existencia y funcionamiento de un comité, de un encargado y una enfermera para el programa de infecciones–, pero no considera evaluar y monitorear los resultados de estos procesos ni metas asociadas a objetivos –como estándares mínimos de la cantidad esperable de infecciones, según el tipo de atención, pacientes y casos (DS N° 15 de 2007 del Minsal). En esta línea permitir auditorías clínicas avanza en la dirección adecuada, para conocer información relevante sobre calidad, como tasas de infecciones, reingresos y comparar si son los esperables, pero es una medida aún insuficiente.

43 De acuerdo con el Minsal (https://deis.minsal.cl/#datosabiertos) hay 794 prestadores públicos (602 centros de salud familiares y 192 hospitales), todos ellos prestadores GES de Fonasa, pero los acreditados son 312. Si a ello se agregan los servicios urbanos de urgencia, odontológicos, de salud mental, de diagnóstico terapéutico, de especialidades, de referencia, comunitarios y laboratorios clínicos, la cifra total es de 1.606 establecimientos. Si se realiza el mismo ejercicio, pero con los prestadores privados, el total es de cerca de 1.600, pero tan solo 562 cuentan con esta certificación.

Sugerencias:

- **Adicionar funciones a la SIS**. i) Deber de generar una ficha por prestador, que permita a los usuarios y tomadores de decisiones, conocer la situación de calidad de cada entidad y compararlas, la que debe estar actualizada y fácilmente accesible en la web. Deber de incorporar en el registro de calidad antes sugerido información de reclamos, satisfacción usuaria, desempeño, resultados de auditorías clínicas, entre otros; ii) obligación de reportar anualmente, las brechas de acreditación de todos los tipos de establecimientos y las medidas a adoptar.
- **Adicionar obligaciones al Minsal.** i) Revisar las exigencias y estándares de acreditación para incorporar medidas de resultados y metas para los indicadores; y ii) Evaluar las razones de la falta de acreditación de los establecimientos públicos, las necesidades de recursos, responsabilidades y de elaborar un plan para subsanar estas faltas.
- **Revisión periodo de acreditación.** Evaluar el actual plazo de tres años.

5. Comentarios finales

El sistema de salud chileno revela un escenario marcado por avances y resultados positivos en salud –como el aumento de la esperanza de vida– pero también por desafíos estructurales que limitan su eficiencia, equidad y sostenibilidad, los que han sido diagnosticados por diversas comisiones y expertos. Si bien se ha buscado avanzar con iniciativas pasadas y otras recientes, como la Ley Corta de Isapres y la creación del Sistema de Acceso Priorizado, persisten desafíos estructurales en la gobernanza del sistema, la generación de recursos, el financiamiento y acceso a servicios de calidad.

A partir de una mirada sistémica y de la revisión global del proceso de reformas, este trabajo se enfoca en el análisis de las modificaciones institucionales propuestas para las entidades públicas, considerando que esta es una condición necesaria y habilitante para abordar el conjunto de desafíos del sistema. Dado el alcance del trabajo, no se profundiza en una cuantificación de los impactos esperados de cada medida, lo que se espera motive otros análisis.

La serie de proyectos de ley, impulsados por el Congreso y el Ejecutivo, representan una oportunidad para modernizar y fortalecer en varios ámbitos la estructura institucional del sistema, su protección financiera y sostenibilidad y ampliar el acceso a servicios de calidad. Dichas iniciativas van en la dirección correcta y reflejan un compromiso por implementar cambios que aborden los desafíos del sector. Sin embargo, como se analiza en el trabajo, el esfuerzo puede tener un impacto limitado en los objetivos buscados, si no se abordan de forma integral y profunda las diferentes funciones y áreas de acción del sistema de salud. Es decir, se requiere profundizar las medidas propuestas, complementarlas y avanzar paralelamente en ellas.

Aunque las iniciativas de reforma están contenidas en diferentes proyectos de ley, es fundamental que se establezcan los objetivos esperados del conjunto de ellas, con relación al funcionamiento del sistema y a las condiciones para avanzar en cobertura universal. Contar con objetivos claros y compartidos permitiría orientar la discusión de los diferentes proyectos, abordándolos bajo un marco coherente e integral.

Con el objetivo de profundizar las medidas propuestas en los proyectos y analizadas en este trabajo, se plantearon las siguientes recomendaciones principales:

- **Fortalecer el rol de Fonasa como comprador estratégico**. Establecer un proceso para optimizar las compras en función de la capacidad de atención de la red estatal, alineando su planificación con el ciclo presupuestario, mejorando la información y resguardando que las excepciones de compra directa no debiliten su rol. Asimismo, los contratos con prestadores requieren contar con información de precios y producción del sistema previo a su definición, contener incentivos a la eficiencia y sanciones ante incumplimientos, y asegurar información para su monitoreo por Fonasa. La derivación a un segundo prestador debe ser sistematizada e incentivar al prestador original a evitar incumplimientos.
- **Contraloría médica y cálculo y pago del SIL en Fonasa**. Especificar una ubicación clara de esta función en Fonasa, en una unidad con independencia técnica, regida por normas de evaluación y con el deber de realizar informes de gestión. Realizar una evaluación integral de la organización de las Compin para su modernización e integrar el proceso de cálculo y pago en Fonasa para todos sus afiliados.

- **Monitoreo y control de productividad en la red**. Se sugiere formalizar una unidad de estadística y dotarla de las capacidades adecuadas, acompañándola de un panel asesor para la definición de sus contenidos, indicadores y actualizaciones.
- **Servicio Nacional de Salud Digital**. Definir en la ley aspectos esenciales de su organización y funcionamiento, así como de los prestadores y sus exigencias, y sobre la coordinación y complementariedad con el resto de la red, entre otros.
- **Incentivos.** Sistematizar y revisar más ampliamente los instrumentos de gestión e incentivos para personas e instituciones, así como las carreras funcionarias y la planificación de los recursos humanos y su integración con las tecnologías.
- **Explicitar el Fortalecimiento del ISP y las Seremis.** Precisar las normas legales en concordancia con el informe financiero y robustecer la institucionalidad para definir aranceles en el ISP y la Cenabast.
- **Fortalecimiento de la Superintendencia de Salud.** Revisar las atribuciones y nombramiento de su Consejo; reorganizar la SIS por funciones, evitando duplicidades e ineficiencias; fortalecer su rol fiscalizador de Fonasa con mayores atribuciones y sanciones; normar e implementar un registro público de calidad y satisfacción usuaria de prestadores; integrar medidas de resultado y metas; definir la obligación de la SIS de reportar brechas de acreditación y medidas a adoptar.

Además, persisten áreas críticas que no han sido tratadas en los proyectos y que consideramos necesarias para avanzar en el compromiso de cobertura universal en salud, como las mencionadas a continuación:

- **Establecer un plan común de salud explícito y exigible.** Este debe constituirse como la piedra angular del sistema al garantizar acceso equitativo y de calidad a la población. Debe contar con estándares definidos, considerar las necesidades en salud de las personas y la evaluación de tecnologías sanitarias. Considerar la sostenibilidad financiera como criterio para la inclusión de prestaciones y servicios.
- **Fortalecer la gobernanza y atribuciones del Fonasa.** Modificar la estructura actual unipersonal, que genera una alta dependencia del gobierno de turno, limitando su estabilidad institucional y la proyección estratégica sostenida en el tiempo. Incluir mayor autonomía para definir mecanismos de pago que mejoren la asignación, uso de los recursos, fomenten la atención integral y permitan avanzar en la incorporación de innovación con gestión de riesgos entre asegurador y proveedor. Junto con ello, institucionalizar métodos claros y transparentes para la definición de precios y aranceles.
- **Desarrollo de un plan de infraestructura y equipamiento**. El plan debe abordar las brechas estructurales, considerando las necesidades y el modelo de atención del sistema, para garantizar el acceso. Revisar el mecanismo de evaluación de inversiones y su vinculación con el presupuesto.
- **Fortalecimiento de prestadores de salud estatales.** Avanzar en la separación de la función de prestación de la rectoría, para lo cual existen varias propuestas que deben ser evaluadas[16]. El cambio debe asegurar que la toma de decisiones en la prestación sea técnica y con foco en los pacientes. Evaluar si las instituciones que hoy proveen los servicios de salud cuentan con una adecuada gobernanza y atribuciones para responsabilizarse por los resultados de sus establecimientos y que, con ello, rindan cuenta por su desempeño.

Por último, si bien el foco del análisis se ha centrado en la institucionalidad pública, se enfatiza la necesidad de avanzar paralelamente en el rediseño del sistema privado –eliminando la consideración de preexistencias, discriminaciones, creando un plan común de salud y contemplando mecanismos adecuados para su financiamiento. Además, abordar con urgencia una reforma estructural al Subsidio por Incapacidad Laboral, que equipare condiciones del sector público y privado, considere beneficios decrecientes en el tiempo y un periodo de carencia que no distinga según la duración de la licencia; y legislar el establecimiento de un sistema de información para la fiscalización de licencias médicas.

Una visión ampliamente compartida –que recoja las propuestas de las diferentes comisiones de los últimos años– junto a un compromiso sostenido y una implementación efectiva de las reformas, serán clave para transformar los desafíos en oportunidades y lograr un sistema de salud que responda a las necesidades de la población y a las demandas sanitarias futuras en un contexto de importantes restricciones fiscales.

Referencias

Ahumada, B., Lagos, P. y Sugg, D. (2016). Sobregasto operacional y deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Dirección de Presupuestos. https://www.dipres.gob.cl/598/articles-154339_doc_pdf.pdf

Armijos, P. y Núñez, R. (2020). Evaluación de las garantías explícitas en salud del cáncer en Chile: Lecciones y desafíos. *Revista Médica de Chile, 148*(5), 626–635. https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000500626

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2018). *Mejor gasto para mejores vidas: Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos* (A. Izquierdo, C. Pessino, y G. Vuletin, Eds.). BID. https://publications.iadb.org/es/publicacion/mejor-gasto-para-mejores-vidas

Benavides, P., González, L., Jones, I. y Sugg, D. (2011). *Subsidios por incapacidad laboral por enfermedad y medicina curativa: Estado actual y desafíos.* Dirección de Presupuestos. https://www.dipres.gob.cl/598/articles-84151_doc_pdf.pdf

Benavides, P., Castro, R. y Jones, I. (2013). *Sistema público de salud: Situación actual y proyecciones fiscales 2013–2050.* Dirección de Presupuestos. https://www.dipres.gob.cl/598/articles-117505_doc_pdf.pdf

Benavides, P., Bitrán, E., Engel, E., García, B. y Salinas, M. (2023). *Crisis de las Isapres: Vías de solución para un problema crónico.* Espacio Público. https://espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2023/05/INFOME-CRISIS-ISAPRES.pdf

Benítez M.A. y Velasco, C. (2020). *Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud.* Comisión Integral para una reforma a Fonasa. Colección Centro de Estudios Públicos: Santiago.

Butelmann, A., Duarte, F., Nehme, N. et al., (2014). Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno. *Informe de Políticas Públicas 04*, Espacio Público.

Cabieses, B., Bernales, M. y McIntyre, A.M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas.* https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la U. de Chile (CEP y ESP) (2017). *Propuesta de modernización de los prestadores de servicios de salud estatales.* Santiago: Centro de Estudios Públicos.

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS) UDD (2022). *Retrasos de Garantías Explícitas en Salud de cáncer.* Universidad del Desarrollo. https://gobierno.udd.cl/cips/files/2022/11/informe_cancer_nov.pdf

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS) UDD y Panel Ciudadano (2022). *Encuesta de gasto en medicamentos.* Universidad del Desarrollo. https://gobierno.udd.cl/cips/files/2022/12/gastos-en-medicamentos.pdf

Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud. (2014). I*nforme Final.* InformeSistemaPrivadoSalud.pdf

Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) (2020). Uso eficiente de quirófanos electivos y gestión de lista de espera quirúrgica no GES. https://cnep.cl/wp-content/uploads/2020/04/Uso-Eficiente-de-Quirofanos-Electivos.pdf

Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) (2022). Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). https://cnep.cl/wp-content/uploads/2022/06/Informe-final.pdf

Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) (2024a). Actualización y priorización de recomendaciones propuestas en el estudio Eficiencia en Gestión de Atención Primaria de Salud. https://cnep.cl/estudios-finalizados/eficiencia-en-gestion-de-atencion-primaria-de-la-salud-2/

Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) (2024b). Eficiencia en la gestión de compras y manejo de inventarios en hospitales. https://cnep.cl/wp-content/uploads/2024/11/Informe-CNEP-Gasto-Hospitalario.pdf

Comisión Presidencial de Salud (2010). *Informe Comisión Presidencial de Salud 2010.* Ministerio de Salud.

Comisión Técnica Asesora para la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del Boletín 15896-11 (2023). *Informe final.* https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/91288/1/INFORME%20FINAL%20COMISION%20TECNICA.pdf

Comité de Expertos para la Reforma a la Salud (2024). *Informe del Comité.* Comisión de Salud del Senado.

Comité Técnico de Reforma del Sector Salud (Convocado por la Comisión de Salud del Senado). (2023). Recomendaciones para reformas urgentes en el sistema de salud de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/91289/1/Informe%20del%20Comit%C3%A9%20T%C3%A9cnico%20de%20Reforma%20del%20Sector%20Salud.pdf

Consejo Fiscal Autónomo (CFA) (2025). Informe trimestral de balance estructural y nivel prudente de deuda: Estimaciones 2024–2029. https://cfachile.cl/noticias/cfa-pone-el-foco-en-el-mediano-plazo-alerta-sobre-persistencia-del-estres/informe-trimestral-de-balance-estructural-y-nivel-prudente-de-deuda-21-03-2025-

Dirección de Presupuestos (Dipres) (2024). Presentación de la Directora de Presupuestos ante la Comisión de Salud del Senado 14 de octubre de 2024. Senado de Chile. https://www.senado.cl/actividad-legislativa/comisiones/195/20794

Dirección de Presupuestos (Dipres) (2025). Incentivos y eficiencia del gasto: El caso del programa de mejoramiento de la gestión. https://www.dipres.gob.cl/598/articles-366421_doc_pdf.pdf

Dirección de Presupuestos (Dipres) y Subsecretaría de Evaluación Social (2024). Monitoreo y seguimiento oferta pública. Hospital Digital. Subsecretaría de Redes Asistencia-

les, Ministerio de Salud. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-338089_doc_pdf.pdf

Eguiguren, P. (2025). Funcionarios de la salud estatal: Una cadena de malos incentivos. Serie Informe Económico Nº 332. Libertad y Desarrollo. https://lyd.org/wp-content/uploads/2025/02/SIE-332-Funcionarios-de-la-salud-estatal-una-cadena-de-malos-incentivos-1.pdf

Fifarma (2024). Patient WAIT indicator 2023: Latin America final report. IQVIA. https://fifarma.org

Fondo Nacional de Salud (Fonasa) (2025). Oficio Ordinario N°2722/2025. Informe trimestral de Glosa 18. Partida 16, Minsal. Informe Sentencias Ejecutoriadas Tratamientos Enfermedades Medicamento Alto Costo. Cuarto Trimestre 2024.

Goldstein, E. y Castro, L. (2021). El recurso humano en el sector de la Salud en Chile: Categorías, magnitudes y remuneraciones en el sector público de salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32110/2/BCN_Aproximacion_al_recurso_humano_en_Salud_EG_Final_2.pdf

Hormazábal, S. y Velasco, C. (2024). Licencias médicas: Análisis crítico y propuestas de reforma. Horizontal e IPSUSS, Universidad San Sebastián. https://horizontalchile.cl/publicacion/licencias-medicas-analisis-critico-y-propuestas-de-reforma/

Instituto de Salud Pública (2018). Guía para la clasificación de dispositivos médicos según riesgo. https://www.ispch.cl

Jorquera, V., León, R. y Observatorio del Envejecimiento UC - Confuturo (2021). Uso de medicamentos y polifarmacia en personas mayores: Un desafío de salud pública para Chile. Observatorio del Envejecimiento UC - Confuturo. https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2021/08/Reporte-Observatorio-Uso-de-medicamentos-y-Polifarmacia-en-personas-mayores.pdf

Jorquera, V., León, R. y Observatorio del Envejecimiento UC - Confuturo (2024). Viviendo con enfermedades crónicas: Perspectivas desde la población mayor. Observatorio del Envejecimiento UC - Confuturo. https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2025/03/Reporte-Observatorio-Enfermedades-Cronicas.pdf

Loezar, C., Pérez-Bracchiglione, J., Arancibia, M., Meza, N., Vargas, M., Papuzinski, C., et al., (2020). Guidelines in Low and Middle Income Countries Paper 2: Quality assessment of Chilean guidelines: Need for improvement in rigor, applicability, updating, and patients' inclusion. Journal of Clinical Epidemiology, 127, pp. 177-183. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.07.018

Marinho, M. L., Sugg, D. y Farías, C. (2025). La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: Desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Serie Políticas Sociales, N° 247. CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/81427-la-sostenibilidad-financiera-sistemas-salud-america-latina-caribe-desafios

Ministerio de Salud (Minsal) (2022a). Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030.

Ministerio de Salud (Minsal) (2022b). Plan nacional de cáncer 2022–2027. https://leydelcancer.minsal.cl/documentos/Marco-general-del-Plan-Nacional-de-Cancer-2022-2027.pdf

Ministerio de Salud (Minsal) (2024). Oficio ORD N° 2528: Glosa 01, letra d, inciso 04 Institucional I semestre 2024. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/ORD-2528-Glosa-01-letra-d-inciso-04-Institucional-I-semestre-2024.pdf

Ministerio de Salud (Minsal) (2025a). *Presentación a la Comisión Investigadora de Listas de Espera* 21 de enero de 2025. [Presentación de PowerPoint]. Cámara de Diputadas y Diputados de Chile.

Ministerio de Salud (Minsal) Gasto de bolsillo en salud nacional: Actualización con la IX EPF 2022. *Boletín Economía y Salud, 18*(1).

Ministerio de Salud (Minsal) (2025c). *Glosa N°06 Lista de Espera No GES y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas.* Ley de Presupuesto N° 21.640.

Ministerio de Salud (Minsal) (2025d). Presentación a la Comisión de Salud del Senado de 11 de marzo de 2025.

Murray, C.J.L. y Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization, 78*(6), pp. 717-731.

OCDE (2014). *Best practice principles for regulatory policy: The governance of regulators.* OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9789264201808-en

OCDE (2020). *Waiting times for health services: Next in line.* OECD Health Policy Studies. https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en

OCDE (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators.* OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

OCDE y Banco Mundial (2023). *Health at a glance: Latin America and the Caribbean 2023.* OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en

Organización Mundial de la Salud (OMS), European Observatory on Health Systems and Policies, Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., et al., (2022). Health system performance assessment: A framework for policy analysis. Organización Mundial de la Salud.. https://iris.who.int/handle/10665/352686

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Resolución A58/REC/1.* https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_REC1-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action.* Ginebra: OMS. https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business----strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud.* https://iris.who.int/handle/10665/44222

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción.* Washington, DC: OPS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023). *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas.* Washington, DC: OPS. https://doi.org/10.37774/9789275326787

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s.f.). Indicadores básicos. https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2018). *Desigualdad regional en Chile: Ingresos, salud y educación en perspectiva territorial.* Santiago de Chile: PNUD. https://www.estudiospnud.cl/wp-content/uploads/2020/04/DesigualdadRegionalPDF.pdf

Saint-Pierre, E. y Sugg, D. (2023). *Evaluación comparativa en costos y plazos de proyectos de inversión de infraestructura hospitalaria mediante asociación público-privada y obra pública tradicional: El caso de Chile.* https://doi.org/10.18235/0005286

Sánchez, H. e Inostroza, M. (2024a). El desafío de la productividad hospitalaria y la atención de pacientes en el sistema de salud pública de Chile. *Informe de Políticas Públicas en Salud Nº 5.* Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello. https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2024/12/informe-5-PSP-c-GRD.pdf

Sánchez, H. e Inostroza, M. (2024b). Realidad y propuesta de mejoramiento del sistema de subsidio de incapacidad laboral Chileno. *Informe de Políticas Públicas en Salud* 4-2024. Instituto de Salud Pública UNAB.

Sociedad Chilena de Salud Pública (Sochisap) (2024). *APS en Chile, 1978–2023: Teoría, práctica y desafíos.* https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2024/05/APS-en-Chile-1978-2023-4.pdf

Sugg, D., Galleguillos, P. y Caravantes, R. (2018). *Caracterización del gasto en personal de los servicios de salud.* https://www.dipres.gob.cl/598/articles-171767_doc_pdf.pdf

Sugg, D. y Urbina, I. (2021). *Análisis de la eficiencia de los hospitales públicos de alta complejidad en Chile (2014–2018).* Dirección de Presupuestos. https://www.dipres.gob.cl/598/articles-232639_doc_pdf.pdf

Sugg, D. y Zamora, I. (2025). Análisis de la Modalidad Libre Elección del Fondo Nacional de Salud para los años 2018 a 2023 ¿En qué la utilizan los chilenos y cuánto están dispuestos a pagar?. Presentado en la Sociedad Chilena de Políticas Públicas. 14 de enero de 2025

Sugg, D. y Lecourt, F. (2025). *Panorama de la industria farmacéutica en Chile y experiencias internacionales de interés para su desarrollo.* CEPAL. https://www.cepal.org/es/publicaciones/81350-panorama-la-industria-farmaceutica-chile-experiencias-internacionales-interes-su

Superintendencia de Salud (2024). *Boletín N° 4 - 2024: Acreditación de prestadores institucionales de salud.* https://www.superdesalud.gob.cl/boletines/boletin-n4-2024-acreditacion-enero-diciembre-2024.pdf

Universidad San Sebastián (USS) (2018). *Encuesta sobre acceso a medicamentos.* https://resources.uss.cl/upload/sites/15/2018/05/Encuesta-sobre-Acceso-a-Medicamentos.pdf

Velasco, C., Henriquez, J. y Paolucci, F. (2018). Health Plan Payment in Chile. En T. McGuire y R. van Kleef (eds.), *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets Theory and Practice.* Academic Press. Elsevier:

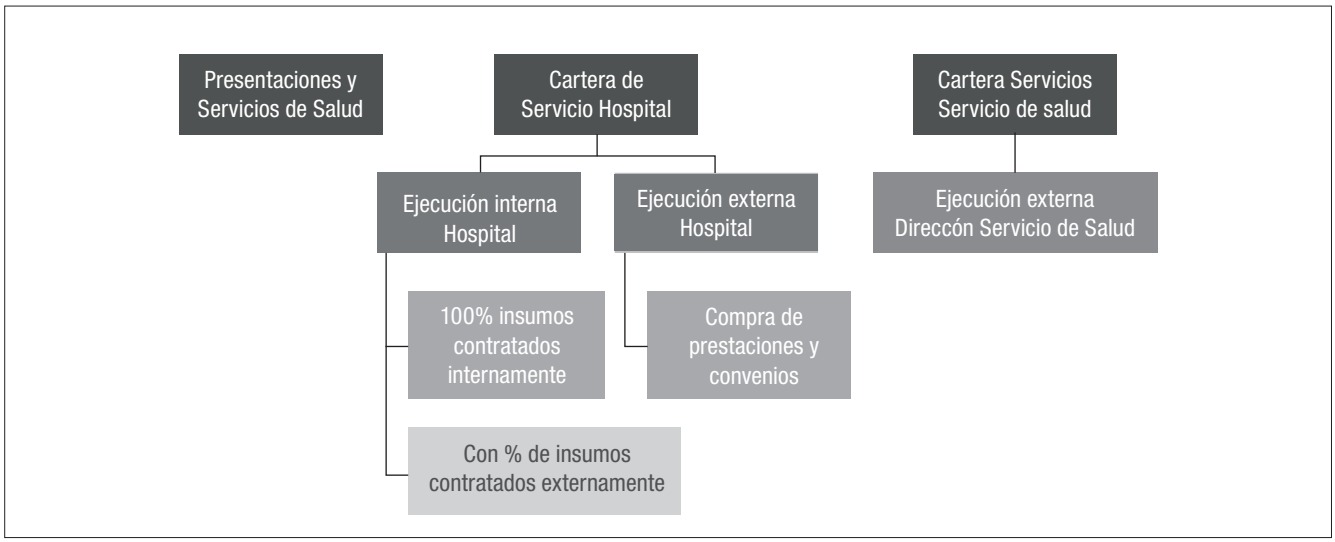
Vergara, M. (2015). Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile: fortaleciendo la opción pública. *Rev. méd. Chile 143*(2).

Vergara, M., Yarza, B., Gómez, M.I., et al., (2022). *Propuesta para la Provisión Pública de Servicios de Salud.* Imaginaccion.https://saludpublica.uchile.cl/dam/jcr:39dd1d93-33e5-4e79-914a-cd00fded7892/Libro%20Salud%20digital.pdf

Zanga, R. (2022). Caracterización de los profesionales de la salud en Chile 2021. Documento de Trabajo. Departamento de Estudios, Superintendencia de Salud.

Anexos

Figura A1: **Esquema de ejecución de prestaciones de salud de la Red Asistencial**



Fuente: elaboración propia.

Cuadro A1. **Ejemplo de etapas para el proceso de definición de los acuerdos de gestión**

1. En abril, los SS presentan a la SRA una propuesta según el plan de salud que debiera definirse, las necesidades y objetivos y, a la vez, Fonasa elabora su plan anual según demanda y resultados previos.
2. En mayo, la SRA presenta la propuesta consolidada a Fonasa.
3. En junio, se definen las actividades propias y compras.
4. En julio, el Minsal y Fonasa exponen sus planes al Ministerio de Hacienda.
5. En diciembre, se publican aranceles y precios GRD.
6. En enero del año siguiente, se formalizan y firman los acuerdos de producción.

Fuente: elaboración propia.

Abreviaciones

APS: atención primaria de salud

CCAF: Cajas de Compensación de Asignación Familiar

Cenabast: Central de Abastecimiento

Compin: Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

CUS: Cobertura Universal en Salud

DFL: Decreto con fuerza de ley

Fonasa: Fondo Nacional de Salud

GES: Garantías Explícitas en Salud

Isapres: instituciones de salud previsional

INE: Instituto Nacional de Estadísticas

ISP: Instituto de Salud Pública

Minsal: Ministerio de Salud

MAI: Modalidad de Atención Institucional

MCC: Modalidad de Cobertura Complementaria

MLE: Modalidad de Libre Elección

ODS: Objetivos para el Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

PCS: plan común de salud

PPA: plan de pago y ajustes

Rnpis: Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud

SAP: sistema de acceso priorizado

Seremi: Secretarías Regionales Ministeriales

SADP: Sistema de Alta Dirección Pública

Sigte: Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera

SIL: Subsidio por Incapacidad Laboral

SIS: Superintendencia de Salud

SPA: Subsecretaría de Salud Pública

SRA: Subsecretaría de Redes Asistenciales

SS: Servicios de Salud

SSP: Subsecretaría de Salud Pública

Suseso: Superintendencia de Seguridad Social

TUF: Tabla Única de Factores

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:
Benavides, P., Sugg, D. y Velasco, C. (2025). Reformas en salud: análisis y propuestas para el diálogo. *Temas de la Agenda Pública.* 20. (186), pp. 1-33. Centro de Políticas Públicas UC.

PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro UC
Políticas Públicas

www.politicaspublicas.uc.cl
politicaspublicas@uc.cl

SEDE CASA CENTRAL
Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.
Teléfono (56) 2 2354 6637.

SEDE EDIFICIO PATIO ALAMEDA
Av. Libertador Bernardo O'Higgins 440, piso 12, Santiago.
Teléfono (56) 2 2354 5658.