

Crisis y Futuro del Sistema de Salud en Chile: Entre la Ineficiencia Pública, la Desconfianza en las Isapres y la Necesidad de un Seguro Universal

Introducción

El sistema de salud en Chile se encuentra tensionado por múltiples factores que han puesto en evidencia sus fragilidades estructurales: el colapso de las listas de espera en el sistema público, la crisis financiera y de legitimidad de las isapres, y el impacto creciente de fenómenos como el fraude en licencias médicas. Ante este escenario, se hace cada vez más evidente la necesidad de avanzar hacia un seguro universal de salud, que garantice cobertura a toda la población, permitiendo al mismo tiempo la libertad de elección entre los distintos prestadores.

El presente ensayo busca analizar críticamente las limitaciones actuales del modelo, evidenciar los problemas derivados tanto del sector público como del privado, y proponer lineamientos de reforma que permitan consolidar un sistema sostenible, equitativo y centrado en la persona.

I. El colapso del sistema público

El sistema público, a través de Fonasa y la red de hospitales, concentra cerca del 80% de la población usuaria, pero opera con un financiamiento per cápita inferior al destinado a los beneficiarios de isapres. Esta disparidad genera listas de espera que se prolongan por meses e incluso años, con consecuencias graves en diagnósticos tardíos, desmejoras en la calidad de vida y pérdida de confianza ciudadana.

La sobreventa de la atención pública, es decir, su incapacidad para absorber la demanda real, convierte al sistema en un espacio de frustración permanente. La burocracia, la mala gestión de los recursos y la escasa fiscalización profundizan un círculo vicioso donde la ineficiencia termina costando vidas.

II. La desconfianza en las isapres

Por otra parte, el sistema de isapres también atraviesa una crisis de legitimidad. Las alzas unilaterales de precios, comunicadas por carta certificada o correo electrónico, sin derecho a réplica por parte del afiliado, han creado una sensación de cautiverio. Los usuarios quedan atrapados en contratos que cambian sin negociación real, lo que vulnera principios básicos de equidad y transparencia.

Si bien las isapres han sido un alivio para sectores que pueden costearlas, su rol no puede confundirse con el de garante universal. La evidencia muestra que en la práctica se transformaron en seguros segmentados, con sesgo hacia quienes representan menor riesgo de gasto. El negocio terminó por imponerse sobre la lógica de servicio, debilitando la confianza en el sistema privado.

III. El impacto del fraude en licencias médicas

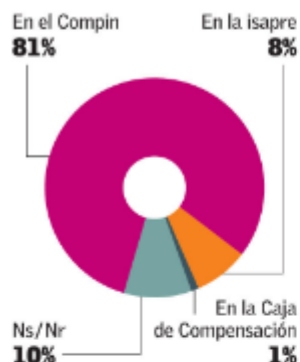
Uno de los fenómenos más graves que ha tensionado las arcas del sistema de salud es el fraude en licencias médicas. El escándalo conocido como “Caso Licencias Médicas” reveló que más de 25.000 funcionarios públicos viajaron al extranjero mientras se encontraban con licencia médica, lo que llevó a 6.600 sumarios administrativos y más de 1.100 renunciaciones (El País, 2025).

Aún más preocupante, se descubrió que algunos médicos emitían hasta 1.600 licencias fraudulentas al año, mientras el promedio nacional de un facultativo apenas bordea las 140. Esto significó pérdidas superiores a 2.700 millones de pesos chilenos, equivalentes a 98.000 días laborales perdidos (Eunamed, 2025).

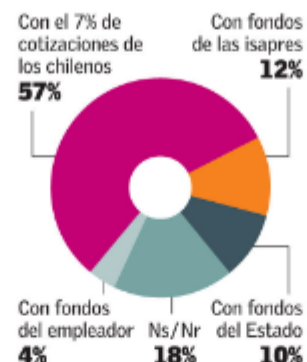
Uso y abuso de licencias médicas en Chile

Encuesta de percepción 2019

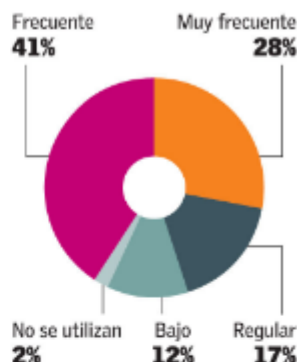
¿Sabe dónde apelar su licencia si fue rechazada o reducida?



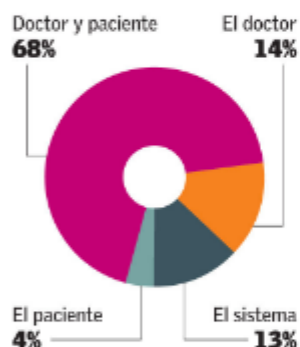
¿Sabe cómo se financia el pago de las licencias médicas?



El uso de licencias médicas injustificadas es...



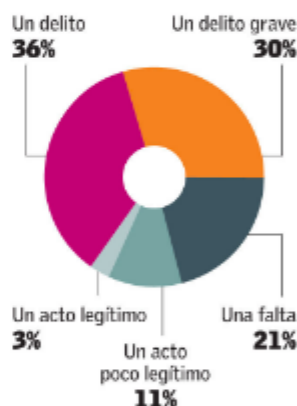
A su juicio, ¿quién o quiénes son los responsables de una licencia médica injustificada?



¿Qué cree que sienten las personas cuando presentan en sus trabajos este tipo de licencias?



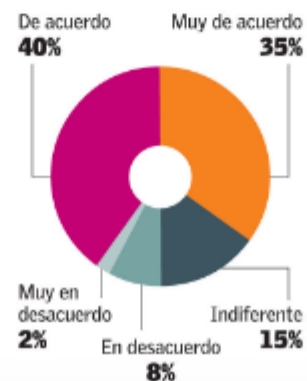
¿Cómo calificaría el uso de una licencia médica injustificada?



¿Está de acuerdo o en desacuerdo con que existan duras penas contra pacientes que presenten licencias injustificadas?



¿Está de acuerdo o en desacuerdo con que existan duras penas contra médicos que emitan licencias sin justificación médica?



¿Qué sentiría usted al presentar en su trabajo una licencia médica injustificada?



Para enfrentar esta crisis, se promulgó la Ley N° 21.746 (julio 2025), que establece sanciones más severas, incluyendo penas de cárcel y multas de hasta 1.000 UTM, además de la inhabilitación profesional para médicos infractores (Minsal, 2025). Sin embargo, la verdadera solución exige más que sanciones: requiere digitalización de procesos, auditorías preventivas y un cambio cultural que devuelva la ética al centro de la profesión médica y la gestión pública.

IV. Hacia un seguro universal con libertad de elección

La clave no está en eliminar a las isapres ni en blindar de manera exclusiva al sistema público. Ambos modelos, tal como han funcionado, presentan falencias profundas. El desafío es diseñar un seguro universal de salud que:

1. Garantice cobertura básica y equitativa para todos los ciudadanos, financiada principalmente con impuestos generales.
2. Permita la libre elección entre prestadores públicos y privados, evitando monopolios que inevitablemente dañan al usuario.
3. Establezca regulación efectiva, que limite abusos en precios, prevenga la sobreventa del sistema público y promueva la competencia sana.
4. Integre la salud mental como prioridad transversal, en concordancia con el proyecto de Ley Integral de Salud Mental (Boletín 17.003-11).
5. Combata la burocracia mediante procesos digitales, auditorías independientes y mayor descentralización en la gestión de recursos.

El dilema de la salud en Chile no puede seguir interpretándose como una disputa entre público y privado. Ambos sectores han mostrado deficiencias que erosionan la confianza ciudadana. Lo que se necesita es un sistema universal, regulado con firmeza, que garantice acceso equitativo y permita a los usuarios ejercer su derecho de elegir.

La crisis de las licencias médicas falsas expuso crudamente la magnitud del mal uso de recursos y la fragilidad de los controles estatales. Del mismo modo, el cautiverio de los afiliados en las isapres evidenció la necesidad de una regulación que proteja al usuario, no a las utilidades de las aseguradoras.

En definitiva, la solución está en un seguro universal con libertad, transparencia y responsabilidad compartida. Solo así Chile podrá superar la crisis actual y avanzar hacia un sistema de salud que no sea ni privilegio ni condena, sino un derecho garantizado con dignidad y eficiencia.

Anexo:

Cobertura sanitaria universal (CSU)

Datos y cifras

- No se está avanzando al ritmo suficiente para alcanzar la cobertura sanitaria universal en 2030, que es la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En 2015 se empezó a observar un estancamiento en el aumento de la cobertura de los servicios de salud, y la proporción de la población que afronta niveles catastróficos de gasto directo en atención de salud no ha dejado de crecer desde el año 2000. Este patrón mundial se repite en todas las regiones y en la mayoría de los países.
- El índice de cobertura de servicios en el marco de la cobertura sanitaria universal pasó de 45 en 2000 a 68 en 2021. Sin embargo, los incrementos recientes de la cobertura se han ralentizado con respecto a los logrados antes de 2015, ya que dicho índice aumentó solo 3 puntos entre 2015 y 2021 y no ha variado desde 2019.
- El porcentaje de la población que no está cubierta por los servicios de salud esenciales se redujo aproximadamente en un 15% entre 2000 y 2021, pero desde 2015 se cosecharon muy pocos avances. Ello implica que, en 2021, unos 4500 millones de personas no estaban plenamente cubiertas por los servicios de salud esenciales.
- Casi 2000 millones de personas sufren dificultades económicas debido al gasto que hacen en atención de salud, de los que 1000 millones afrontan niveles catastróficos de gastos directos por ese motivo (indicador 3.8.2 de los ODS) y 344 millones se ven abocados a la pobreza extrema.
- En 2021, cuando llegó a su punto álgido, la pandemia de COVID-19 supuso un trastorno adicional para los servicios esenciales en el 92% de los países y, en 2022, el 84% de los países seguían refiriendo perturbaciones.
- Con el fin de reconstruir para mejorar, la OMS recomienda reorientar los sistemas de salud por medio de un enfoque basado en la atención primaria, que permitiría prestar la mayoría de las intervenciones esenciales aplicadas en el marco de la cobertura sanitaria universal (el 90%), lo que podría salvar la vida a 60 millones de personas y aumentar la esperanza de vida media en todo el mundo en 3,7 años para 2030.

Sinopsis

Se entiende por cobertura sanitaria universal que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten en el momento y el lugar

adecuados y sin sufrir dificultades económicas por ello. Es un concepto que abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida.

Estos servicios los debe prestar un conjunto de trabajadores de la salud y asistenciales con las competencias adecuadas en todos los niveles del sistema, que estén distribuidos de manera equitativa, reciban apoyo suficiente, puedan disponer de productos de calidad y trabajen en debidas condiciones.

Si se evita que las personas sufran consecuencias económicas por tener que pagar de su propio bolsillo los servicios de salud, correrán menos riesgo de que el costo de los servicios y tratamientos les obligue a utilizar los ahorros de toda una vida, a vender bienes o a recurrir a préstamos, lo cual les haría empobrecerse y echar por tierra su futuro y, a menudo, el de sus hijos.

Lograr la cobertura sanitaria universal es una de las metas que se fijaron las naciones cuando adoptaron en 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030. En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal, celebrada en 2019, los países reafirmaron que la salud es un requisito, a la vez que un resultado y un indicador, de las dimensiones social, económica y ambiental del desarrollo sostenible. Además, en el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS se fijó como objetivo que mil millones más de personas se beneficien de la cobertura sanitaria universal para 2025, así como alcanzar las metas de proteger mejor frente a las emergencias de salud a mil millones más de personas y de que mil millones más de personas gocen de más salud y bienestar.

Avances hacia la cobertura sanitaria universal

Antes de la pandemia de COVID-19, el ritmo de los progresos ya se estaba reduciendo con respecto a los espectaculares avances logrados hasta 2015. Desde ese año, el índice de cobertura sanitaria universal —que es el indicador 3.8.1 de los ODS— aumentó solo 3 puntos (hasta 68 en total) en 2019 y se estancó en este nivel hasta 2021. Ello implica que, en ese año, unos 4500 millones de personas no estaban plenamente cubiertas por los servicios de salud esenciales. La parte de la población que incurre en gastos directos catastróficos en atención de salud (ODS 3.8.2) se incrementó de forma continua entre 2000 y 2019 (del 9,6% al 13,5%) y superó los 1000 millones de personas. Además, ese gasto arrastró en 2019 a 344 millones de personas más a la pobreza extrema y a 1300 millones a la pobreza relativa. En total, en 2019, casi 2000 millones de personas afrontaron gastos catastróficos o empobrecedores (o ambos) en atención de salud.

A este incremento continuo de los gastos directos catastróficos en atención de salud se le suma el estancamiento reciente de los progresos en la cobertura de los servicios a nivel

mundial, que se repite en todas las regiones, todos los grupos de ingresos de los países y la mayoría de los países de todos los niveles de ingresos.

Las desigualdades siguen siendo un obstáculo importante en el camino hacia la cobertura sanitaria universal. Aun cuando se observan ciertos avances en la cobertura de los servicios en algunos países, los datos globales no permiten apreciar las desigualdades existentes dentro de cada país. Por ejemplo, la cobertura de los servicios de salud reproductiva, de la madre, el niño y el adolescente tiende a ser mayor entre las personas más ricas, con un mayor nivel de instrucción y que viven en zonas urbanas, especialmente en los países de ingreso bajo. En cuanto a las dificultades económicas, las personas de hogares donde viven personas de 60 años o más deben hacer frente a más gastos directos catastróficos. Además, quienes viven en zonas rurales o en hogares más pobres, o bien que conviven con familiares de 60 años o más tienen más probabilidades de verse abocados a la pobreza por tener que pagar la atención de salud de su propio bolsillo. Es fundamental conocer las desigualdades en materia de salud para saber cuáles son los grupos poblacionales desfavorecidas y hacerles un seguimiento a fin de proporcionar a las instancias decisorias una base científica para formular políticas, programas y prácticas más orientados a la equidad, con miras a lograr progresivamente la cobertura sanitaria universal. También es necesario disponer de mejores datos sobre los casos de desigualdad de género, las situaciones de desventaja socioeconómica y los problemas específicos a los que se enfrentan los pueblos indígenas y los refugiados y migrantes desplazados por conflictos y crisis económicas y medioambientales.

En 2021, en el momento álgido de la pandemia de COVID-19, el 92% de los países informaron de sus servicios esenciales sufrían perturbaciones y, en 2022, ese porcentaje era todavía del 84%. Otra consecuencia de la pandemia fue que, en 2021, unos 25 millones de niños menores de 5 años dejaron de recibir la vacunación sistemática. En cuanto al acceso a las vacunas contra la COVID-19, se han observado desigualdades ostensibles: mientras que casi el 73% de la población de los países de ingreso alto estaban vacunadas en junio de 2023, en los países de ingreso bajo esta proporción era solo del 34%. Lo mismo ocurrió con los servicios de atención de urgencias vitales, cuidados intensivos e intervenciones quirúrgicas vitales, que sufrieron más perturbaciones, lo que probablemente tendrá un impacto significativo a corto plazo en los resultados de salud.

La OMS recomienda basar los sistemas de salud en la atención primaria, como camino para llegar a la cobertura plena. La atención primaria es el enfoque más inclusivo, equitativo, costoeficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental y el bienestar social de las personas. Permite que todas ellas accedan a los servicios de salud lo más cerca posible de su entorno cotidiano y de forma integral, y ayuda a ofrecer toda la gama de servicios y productos de calidad que necesitan para mejorar su salud y su bienestar, de modo que se mejore la cobertura y la protección económica. La mayor parte de las intervenciones esenciales en el marco de la cobertura sanitaria universal (el 90%) pueden llevarse a cabo mediante el enfoque de la atención primaria, que reporta además ahorros importantes. Alrededor del 75% de los avances previstos en materia de salud gracias a los

ODS también podría lograrse mediante la atención primaria, entre ellos, salvar la vida a más de 60 millones de personas y aumentar la esperanza de vida media en todo el mundo en 3,7 años para 2030.

El fortalecimiento de los sistemas de salud sobre la base de la atención primaria debería tener un impacto mensurable en la salud de los países.

¿Se puede medir la cobertura sanitaria universal?

Sí.

La meta de los ODS relativa a la cobertura sanitaria universal da cuenta de la capacidad de los países para garantizar que todas las personas reciban la atención sanitaria que necesitan, cuando y donde la necesitan, sin tener que hacer frente a dificultades económicas, y abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, la protección, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida. Los avances en materia de cobertura sanitaria universal se miden a partir de dos indicadores:

- ▣ la cobertura de los servicios de salud esenciales (indicador 3.8.1 de los ODS) y
- ▣ el gasto catastrófico en salud (y los indicadores conexos) (indicador 3.8.2 de los ODS).

Más información en el documento de preguntas y respuestas, disponible [aquí](#), y en este [enlace](#) se pueden descargar los datos correspondientes a cada país.

En el [repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS](#) se pueden consultar datos detallados sobre la cobertura sanitaria universal.

A partir de estos datos, la OMS publica cada dos años informes mundiales sobre la cobertura sanitaria universal, que se pueden consultar [aquí](#).

Respuesta de la OMS

La cobertura sanitaria universal está sólidamente fundamentada en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se enuncia que la salud es un derecho humano fundamental y se adquiere el compromiso de garantizar los más altos niveles posibles de salud para todos.

Como base para la consecución de la cobertura sanitaria universal, la OMS recomienda reorientar los sistemas de salud hacia la atención primaria. La OMS presta asistencia técnica a los países con sistemas de salud poco desarrollados para crear instituciones nacionales que permitan prestar servicios para subsanar lagunas críticas en situaciones de emergencia. En cambio, en los lugares con unos sistemas de salud más sólidos, la OMS promueve que los resultados de los servicios públicos de salud permitan alcanzar la

cobertura asistencial para todos por medio de un diálogo normativo sobre los sistemas del futuro y de un apoyo estratégico destinado a mejorar el desempeño.

Ahora bien, la Organización no trabaja de forma aislada, sino que colabora con diferentes asociados en situaciones muy diversas y con distintos fines, a fin de promover la cobertura sanitaria universal en todo el mundo.

Entre las alianzas en las que participa la OMS cabe mencionar las siguientes:

- ❑ [la Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030 \(CSU2030\)](#)
- ❑ [la Alianza en pro de la cobertura sanitaria universal](#)
- ❑ [el Plan de Acción Mundial a favor de una Vida Sana y Bienestar para Todos \(Plan de Acción Mundial relativo al ODS3\)](#)
- ❑ [la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud](#)
- ❑ [la Red de Protección Social de la Salud \(Red P4H\)](#)