

# Reforma de salud en Chile, segmentación e inequidad: balance crítico de políticas sanitarias neoliberales (2000-2030)

---

Camilo Bass del Campo\*

---

## RESUMEN

Desde la década del 2000, las políticas sanitarias implementadas en Chile, particularmente el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE/GES) y las sucesivas estrategias nacionales, han sido presentadas como avances hacia la equidad y la universalización. Este estudio evalúa críticamente dichas reformas entre 2000 y 2020, junto con las orientaciones de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, desde la perspectiva de la salud colectiva y la epidemiología crítica. Se utilizó un diseño mixto secuencial explicativo que combinó análisis documental de políticas y evaluaciones oficiales con el examen de datos de las Encuestas Nacionales de Salud, con énfasis en brechas según nivel educacional. Los resultados evidencian cumplimiento limitado de metas sanitarias, aumento de retrocesos en 2011-2020 y persistencia (e incluso ampliación) de desigualdades en enfermedades crónicas y esperanza de vida. El AUGE/GES operó como mediación institucional que reorganizó provisión y financiamiento sin alterar la arquitectura dual público-privada, estabilizando la segmentación estructural bajo una gramática de garantías explícitas. La Atención Primaria de Salud, pese a su centralidad declarada, permaneció debilitada por financiamiento insuficiente, municipalización fragmentada y limitada longitudinalidad. Se concluye que la reforma no transformó la segmentación estructural del sistema y mantiene la lógica de inequidad y la transferencia sostenida de recursos hacia el sector privado. Superar la crisis del sistema sanitario chileno exige modificar las mediaciones institucionales que sostienen la segmentación y avanzar hacia un sistema universal, público y solidario, financiado progresivamente y con participación social vinculante.

**PALABRAS CLAVE:** reforma sanitaria; AUGE/GES; segmentación estructural; inequidades en salud; determinación social; atención primaria.

\* Profesor de la Universidad de Chile y de la Universidad de O'Higgins.  
Correo electrónico: camilobass@yahoo.com/ camilobass@gmail.com

**Fecha de recepción:** 17 de septiembre de 2025  
**Fecha de aceptación:** 18 de febrero de 2026

## Health Reform in Chile, Segmentation and Inequality: A Critical Assessment of Neoliberal Health Policies (2000–2030)

### ABSTRACT

Since the 2000s, health policies implemented in Chile (particularly the Explicit Health Guarantees Regime (AUGE/GES) and successive national health strategies) have been presented as steps toward equity and universalization. This study critically evaluates these reforms between 2000 and 2020, together with the guidelines of the 2021-2030 National Health Strategy, from the perspective of collective health and critical epidemiology. A sequential explanatory mixed-methods design was used, combining documentary analysis of policies and official evaluations with the examination of data from the National Health Surveys, with emphasis on educational-level disparities. The findings reveal limited fulfillment of health goals, an increase in setbacks during 2011-2020, and the persistence (and even widening) of inequalities in chronic diseases and life expectancy. AUGE/GES operated as an institutional mediation that reorganized service provision and financing without altering the public–private dual architecture of the system, thereby stabilizing structural segmentation under a framework of explicit guarantees. Primary Health Care, despite its declared centrality, remained weakened by insufficient funding, fragmented municipal administration, and limited longitudinal continuity of care. The study concludes that the reform did not transform the system's structural segmentation and continues to sustain a logic of inequality and ongoing transfer of public resources to the private sector. Overcoming the structural crisis of the Chilean health system requires transforming the institutional mediations that sustain segmentation and advancing toward a universal, public, and solidarity-based system financed through progressive taxation and supported by binding social participation.

**KEYWORDS:** health reform; AUGE/GES; structural segmentation; health inequalities; social determination of health; primary health care.

### Introducción

Durante las últimas décadas, el sistema de salud chileno ha estado marcado por un proceso de reforma que, si bien se ha presentado bajo la narrativa de garantizar derechos, mejorar la equidad y promover la salud, ha operado dentro de los marcos del modelo neoliberal instaurado durante la dictadura cívico-militar. Lejos de constituir una ruptura con la lógica mercantil, esta reforma ha

profundizado la segmentación estructural, perpetuando la desigualdad en el acceso y los resultados en salud, y subordinando el derecho a la salud a las reglas del mercado (Bass, 2021). Es importante subrayar que Chile exhibe buenos indicadores promedio de salud, que suelen ser presentados como evidencia de éxito. Sin embargo, estos promedios enmascaran profundas inequidades.

La implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), conocido originalmente como AUGE, en 2005, fue presentada como una medida innovadora para asegurar acceso universal, oportuno y de calidad a un conjunto acotado de patologías priorizadas (Lenz, 2007). Esta reforma se complementó con instrumentos estratégicos como los Objetivos Sanitarios Nacionales 2000-2010, el Plan Nacional de Salud 2011-2020 y la actual Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, los cuales declararon metas orientadas a reducir brechas y enfrentar las inequidades sociales en salud (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2002, 2010b, 2021).

Sin embargo, la evidencia acumulada indica que estas estrategias no han logrado alterar de manera sustantiva la matriz de desigualdad que organiza el sistema sanitario chileno. Por el contrario, el AUGE/GES ha operado como un mecanismo de priorización tecnocrática que, en lugar de fortalecer la capacidad resolutoria del sistema público, ha derivado en una canalización significativa de recursos al sector privado, consolidando un modelo dual, selectivo y gerencialista (Bass, 2025; Parada-Lezcano y Bass, 2020). Lejos de avanzar hacia la universalización integral del derecho a la salud, se ha institucionalizado un acceso diferenciado para ricos y pobres, determinado por el tipo de previsión de salud (FONASA o ISAPRE), el lugar de residencia, el nivel educativo y otras dimensiones de estratificación social.

La estructura segmentada del sistema (basada en un financiamiento dual y en la coexistencia de prestadores públicos y privados que compiten por recursos fiscales) ha generado profundas inequidades en la calidad y oportunidad de la atención. Mientras FONASA cubre al 84% de la población con menor poder adquisitivo, las ISAPRE

atienden a los sectores de mayores ingresos, garantizando prestaciones más expeditas. Esta segmentación se refleja en indicadores alarmantes: en Santiago, la diferencia en esperanza de vida entre mujeres de diferentes estratos socioeconómicos alcanza los 17,7 años (Bilal et al., 2019). Las enfermedades crónicas, la mortalidad prematura y los problemas de salud mental afectan desproporcionadamente a los sectores populares, revelando el fracaso estructural de las políticas para modificar la determinación social de la salud (Bass, 2025; Comisión Nacional de Productividad, 2022).

La Atención Primaria de Salud (APS), reconocida internacionalmente como la estrategia más costo-efectiva para mejorar indicadores poblacionales (OMS, 1978), ha sido debilitada en Chile en su rol estructurante. La municipalización, el bajo presupuesto per cápita, la precarización del trabajo sanitario y la ausencia de una política robusta de desarrollo del talento humano han limitado gravemente su capacidad de respuesta. La cobertura efectiva y la longitudinalidad de la atención están lejos de ser garantizadas, especialmente en los sectores más desfavorecidos, donde se concentran las mayores necesidades sanitarias (Bass, 2021, 2025).

El análisis de las políticas sanitarias en Chile se inscribe en un debate más amplio entre dos tradiciones conceptuales. Por un lado, el enfoque de los determinantes sociales de la salud promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), que reconoce la influencia de factores sociales y económicos en los perfiles epidemiológicos, pero tiende a desagregarlos en variables aisladas y a privilegiar respuestas tecnocráticas de gestión. Por otro lado, la tradición latinoamericana de la determinación social de la salud, desa-

rollada desde la medicina social y la epidemiología crítica, concibe la salud y la enfermedad como procesos históricos configurados por relaciones estructurales de poder. Breilh (2003, 2013), Laurell (2014, 2016) y Almeida-Filho (2006) han sostenido que las inequidades en salud no constituyen anomalías del sistema, sino expresiones estructurales de formas interdependientes de dominación de clase, género y etnia. Desde esta perspectiva, la reforma sanitaria chilena post-2000 debe analizarse en el marco de un modelo neoliberal que mercantiliza la salud y consolida la segmentación entre subsistemas, antes que como una simple secuencia de ajustes técnicos orientados a mejorar indicadores.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, las políticas públicas no constituyen variables externas ni meros instrumentos técnicos de gestión, sino mediaciones históricas e institucionales a través de las cuales se reproducen (o eventualmente se transforman) las relaciones sociales que producen enfermedad. En este sentido, los arreglos institucionales, los dispositivos de aseguramiento, los mecanismos de financiamiento, los sistemas de metas sanitarias y la organización del trabajo en salud operan como mediaciones concretas entre la estructura social y los perfiles epidemiológicos observados. El AUGE/GES, los Objetivos Sanitarios, los planes estratégicos nacionales y la municipalización de la Atención Primaria no son simplemente decisiones administrativas, sino formas institucionalizadas de gestionar la desigualdad. Analizar estas políticas como mediaciones permite comprender cómo la segmentación público-privada, la focalización por patologías y la orientación tecnocrática de la reforma, inciden en la reproducción de inequidades, aun cuando se presenten bajo el discurso de la equidad y la universalidad.

Desde una perspectiva de salud colectiva, estas falencias no son fallas técnicas o errores de implementación. Son expresión de una racionalidad política y económica que subordina la salud al capital, fragmenta la atención, medicaliza los problemas sociales y debilita el rol del Estado como garante de derechos. Esta mirada permite cuestionar el simulacro de universalismo que ha sostenido la reforma chilena, e interrogar críticamente los planes estratégicos que, aunque incorporan el lenguaje de los determinantes sociales, no logran incidir sobre sus causas estructurales (Bass, 2021; Parada-Lezcano y Bass, 2020).

Este artículo aporta en este análisis al integrar la evidencia acumulada de décadas de reforma sanitaria con un enfoque crítico de salud colectiva. A diferencia de una mera revisión documental, articula la determinación social de la salud con datos epidemiológicos nacionales, lo que permite develar los límites estructurales del modelo chileno y sus implicancias para la equidad en salud.

En este marco, el artículo se propone evaluar críticamente las políticas sanitarias implementadas en Chile desde el año 2000 y las proyecciones contenidas en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, con especial énfasis en el AUGE/GES, los Objetivos Sanitarios y los planes estratégicos nacionales, a partir de un enfoque ecosocial y emancipador. Se busca analizar la configuración estructural del sistema, evaluar el impacto de las garantías explícitas, examinar la efectividad de los planes estratégicos nacionales en modificar las condiciones de vida, contrastar el discurso de universalismo con las prácticas reales de atención, y finalmente proponer lineamientos para una transformación estructural del sistema de salud desde la salud colectiva. Con ello, se busca aportar a un debate académico y político informado sobre los

límites estructurales del modelo sanitario chileno y las posibilidades de transformación hacia esquemas más equitativos, solidarios y centrados en el derecho a la salud.

**Objetivo general:** Evaluar críticamente las políticas sanitarias implementadas en Chile entre 2000 y 2020, así como las orientaciones de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, desde una perspectiva de salud colectiva, analizando cómo han operado como mediaciones institucionales en la reproducción o transformación de la segmentación estructural del sistema, las inequidades en salud y el rol de la Atención Primaria.

**Objetivos específicos:**

1. Analizar la evolución del sistema de salud chileno desde el año 2000, identificando los mecanismos institucionales que han reproducido o modificado la segmentación público-privada.
2. Examinar cómo el AUGE/GES y de los planes estratégicos nacionales han incidido en la configuración de inequidades en salud, utilizando resultados oficiales y datos de las Encuestas Nacionales de Salud.
3. Analizar el rol de la Atención Primaria de Salud en las reformas post-2000, contrastando su función declarada con sus condiciones reales de financiamiento, talento humano y capacidad resolutive.

## Metodología

### *Diseño del estudio:*

Se adoptó un diseño mixto con enfoque secuencial explicativo, que combinó un componente cualita-

tivo de análisis crítico documental con una fase cuantitativa basada en datos secundarios. Este diseño permitió articular el estudio de las políticas sanitarias como mediaciones institucionales (en el sentido propuesto por la tradición latinoamericana de la determinación social de la salud) con el análisis empírico de sus efectos sobre los perfiles epidemiológicos y las brechas sociales en salud (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2013).

Desde esta perspectiva, las reformas sanitarias, los dispositivos de aseguramiento (AUGE/GES), los sistemas de metas y los mecanismos de financiamiento no fueron tratados como variables técnicas aisladas, sino como configuraciones institucionales a través de las cuales se reproducen o transforman las relaciones sociales que estructuran la desigualdad en salud. Esta aproximación retoma la noción de mediaciones institucionales desarrollada en la epidemiología crítica y la medicina social latinoamericana.

### *Fase cualitativa:*

La evaluación documental consistió en un análisis crítico de normativas oficiales, planes nacionales de salud, informes ministeriales de evaluación y documentos técnicos publicados entre 2000 y 2025. Se incluyeron leyes, decretos, estrategias nacionales, evaluaciones de cumplimiento de objetivos sanitarios y literatura académica indexada relevante para el período.

El análisis se orientó a identificar las principales mediaciones institucionales del modelo sanitario chileno, tales como: el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE/GES); los Objetivos Sanitarios 2000-2010 y 2011-2020; la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030; los mecanismos de financiamiento y compra de servicios; y la organización y municipalización de la Atención Pri-

maria. Estas dimensiones fueron examinadas en relación con su capacidad de reproducir o modificar la segmentación público–privada del sistema y las inequidades estructurales en salud.

### ***Fase cuantitativa:***

Se utilizaron datos secundarios provenientes de informes oficiales de evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 y 2011-2020, así como de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) 2003, 2010 y 2017.

Se analizaron indicadores de prevalencia de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad, síndrome metabólico) y riesgo cardiovascular global, desagregados por nivel educacional, utilizado como proxy de estratificación socioeconómica. Se calcularon diferencias absolutas de prevalencia entre grupos de educación básica y educación superior, con el fin de estimar la magnitud y evolución temporal de las brechas sociales en salud.

Desde el marco de la determinación social (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2013), estos indicadores fueron interpretados como expresiones epidemiológicas de las mediaciones institucionales previamente analizadas, más que como resultados individuales o conductuales.

### ***Integración de resultados:***

La integración se realizó bajo el paradigma de la determinación social de la salud, permitiendo comprender los cambios en prevalencias, esperanza de vida y brechas educacionales no solo como tendencias epidemiológicas, sino como efectos históricamente situados de arreglos institucionales específicos. De este modo, el estudio

articuló estructura social, mediaciones institucionales (políticas sanitarias) y resultados sanitarios observados (Iriart *et. al*, 2002; Waitzkin *et. al*, 2005).

**Consideraciones éticas:** El estudio se basó exclusivamente en fuentes secundarias de acceso público y bases de datos anonimizadas, por lo que no requirió evaluación por comité de ética.

## **Resultados**

### ***Orígenes y objetivos declarados de la reforma AUGE-GES:***

La Reforma de Salud implementada en Chile en la década del 2000, cuyo núcleo fue el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), luego Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyó la transformación sanitaria más relevante del período postdictatorial. Impulsada durante el gobierno de Ricardo Lagos, buscó responder a los desafíos sanitarios de la década 2000-2010 y mitigar la histórica segmentación entre FONASA e ISAPRE, conciliando demandas de equidad con la mantención de los principios estructurales del modelo neoliberal vigente (Lenz, 2007; Valdivieso y Montero, 2010).

Los Objetivos Sanitarios 2000–2010 definieron cuatro ejes: mejorar logros del siglo XX, disminuir inequidades, enfrentar el envejecimiento y adecuar la oferta a nuevas expectativas (MINSAL, 2002). En este marco se instauró el Plan AUGE con cuatro garantías exigibles judicialmente: acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (Diario Oficial de la República de Chile, 2004). Entre 2005 y 2007 el listado se amplió progresivamente hasta 56 patologías (Lenz, 2007). En el plano normativo, el esquema de “garantías

explícitas” introdujo un lenguaje de derechos en un sistema estructuralmente fragmentado (Valdivieso y Montero, 2010).

No obstante, la evaluación final de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 evidenció cumplimiento parcial y heterogéneo (MINSAL, 2011a). Solo el 35,6% de los objetivos fue plenamente cumplido, mientras casi un 30% mostró retroceso o no cumplimiento y un 18,8% resultó no evaluable (Tabla 1). El propio informe ministerial reconoció persistencia de desigualdades según nivel socioeconómico y territoriales, así como reducción parcial de brechas en indicadores clave.

**Tabla 1: Grado de cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 en Chile**

| Grado de Cumplimiento | Total | %     |
|-----------------------|-------|-------|
| Cumplido              | 36    | 35,64 |
| Con avance importante | 9     | 8,91  |
| Con avance discreto   | 6     | 5,94  |
| No cumplido           | 21    | 20,79 |
| Con retroceso         | 10    | 9,90  |
| No evaluable          | 19    | 18,81 |
| Total                 | 101   | 100   |

Nota. Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud de Chile (2011).

En términos de diseño, el AUGE/GES se estructuró sobre una lógica focalizada y protocolizada, centrada en un conjunto acotado de patologías. Este enfoque biomédico-operacional introdujo “mínimos garantizados”, pero no abordó las condiciones estructurales que producen enfermedad ni modificó sustantivamente la segmentación social del sistema (Bass, 2021; Román y Muñoz,

2008). La propia evaluación ministerial reconoció que, pese a avances en cobertura, las desigualdades en acceso persistieron (MINSAL, 2011a).

La garantía de oportunidad mostró cumplimiento parcial en el sector público debido a restricciones en oferta hospitalaria y disponibilidad de especialistas, generando competencia por recursos entre patologías GES y no-GES. En materia de calidad, las brechas territoriales y el déficit de recursos humanos limitaron su concreción, particularmente en Atención Primaria (Montero *et. al*, 2010). La protección financiera redujo parcialmente el gasto de bolsillo en patologías cubiertas, pero la provisión irregular de medicamentos y la coexistencia de regímenes diferenciados mantuvieron la mediación del mercado.

La situación de la Atención Primaria fue especialmente tensionada. Aunque discursivamente presentada como eje del sistema, concentró cerca del 80% de las actividades asociadas al plan sin que se resolvieran déficits estructurales de financiamiento, recursos humanos y gobernanza. Entre 2002 y 2009 el presupuesto de APS aumentó del 19% al 26% del gasto público en salud; sin embargo, evaluaciones técnicas estimaron brechas de financiamiento de 44%-52% para cubrir la canasta básica, y más de la mitad del per cápita se destinó a prestaciones AUGE, desplazando acciones de promoción y prevención (Montero *et. al*, 2008, 2010). Persistió además un déficit de especialistas en medicina familiar, mientras la municipalización profundizó heterogeneidades territoriales y limitó la capacidad resolutoria del nivel primario (Borrell *et. al*, 2008; Román y Muñoz, 2008).

En resumen, el período 2000-2010 introdujo mejoras parciales en cobertura y protección financiera, pero no alteró las bases estructurales de un sis-

tema segmentado. La priorización de patologías garantizadas produjo avances puntuales y, simultáneamente, nuevas inequidades al postergar condiciones no incluidas, restringiendo la integralidad y reforzando la fragmentación del sistema (Lenz, 2007; Román y Muñoz, 2008).

### Segundo periodo de análisis: Plan Nacional de Salud (2011-2020):

La segunda década estuvo marcada por la continuidad del régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), complementado por el Plan Nacional de Salud 2011-2020. La Estrategia Nacional de Salud definió como objetivos macro mejorar la salud poblacional, reducir desigualdades, elevar la satisfacción usuaria y asegurar calidad en las intervenciones (MINSAL, 2010b, 2021a). Se anunció el fortalecimiento de la APS, el cierre de brechas de recursos humanos y la incorporación del enfoque de determinantes sociales y “Salud en Todas las Políticas” (MINSAL, 2011a, 2016).

Durante este período, los problemas de salud garantizados aumentaron de 69 a 80 (MINSAL, 2010b; Parada *et. al*, 2014), consolidando el modelo focalizado iniciado en la década anterior. No obstante, la evaluación final mostró un deterioro en el cumplimiento de metas: mientras en 2000-2010 el 35,6% de los objetivos fue cumplido, en 2011-2020 la cifra descendió a 27,9%. Los objetivos con retroceso aumentaron a 22,1% y casi un tercio resultó no evaluable (29,4%) (MINSAL, 2021, 2022a), como se observa en la Tabla 2.

**Tabla 2: Grado de cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 en Chile**

| Grado de Cumplimiento | Total | %     |
|-----------------------|-------|-------|
| Cumplido              | 19    | 27,94 |
| Con avance importante | 7     | 10,29 |
| Con avance discreto   | 7     | 10,29 |
| Con retroceso         | 15    | 22,06 |
| No evaluable          | 20    | 29,41 |
| Total                 | 68    | 100   |

Nota. Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud de Chile (2021).

La incapacidad de sostener mejoras cuestiona la efectividad del Plan como instrumento de política pública. El eje de Equidad y Salud en Todas las Políticas mostró bajo cumplimiento, múltiples metas no evaluadas y debilidad en el monitoreo, lo que limitó su potencial transformador (MINSAL, 2022a; Peña *et. al*, 2016). La distancia entre el discurso de determinantes sociales y su priorización efectiva fue evidente.

Los informes oficiales reconocieron explícitamente la persistencia (e incluso ampliación) de inequidades sociales y territoriales. El MINSAL advirtió que los grupos con menor escolaridad continuaban concentrando mayor carga de enfermedad crónica y menor acceso oportuno (2017), y que las brechas en enfermedades crónicas por nivel educacional aumentaron durante la década (2022a). Asimismo, señaló que las mejoras promedio en esperanza de vida ocultaban diferencias críticas entre grupos socioeconómicos.

El análisis de las Encuestas Nacionales de Salud (2003, 2010 y 2017) confirma este patrón regresivo. Entre 2003 y 2017, las brechas entre nivel educacional alto y bajo aumentaron significativa-

mente: hipertensión (de 27% a 41,8%), diabetes (de 9,7% a 17,3%) y síndrome metabólico (de 7% a 29,3%). El riesgo cardiovascular alto pasó de 25,9% en 2010 a 37,1% en 2017 (Bass, 2025; MINSAL, 2003, 2010a, 2017). Lejos de reducirse, las desigualdades epidemiológicas se ampliaron (Figura 1).

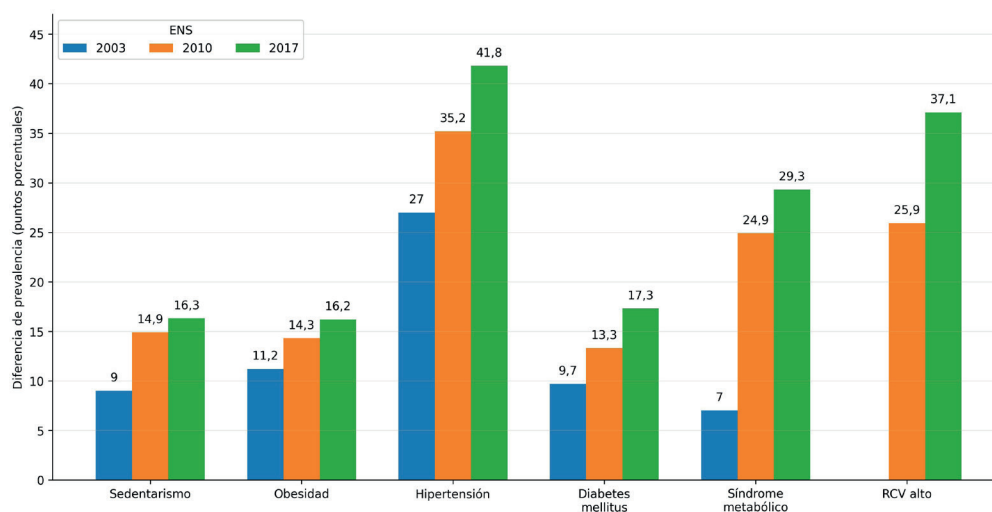
En el plano asistencial, persistieron brechas relevantes en el cumplimiento de garantías. Por ejemplo, en Valparaíso solo el 36% de las garantías se cumplía en plazo, mientras las listas de espera no-GES crecían sostenidamente; en 2014, el 78% de los pacientes esperaba más de 120 días y más de la mitad superaba un año (Parada *et. al*, 2014). La protección financiera mostró límites estructurales, especialmente por el peso del gasto en medicamentos, mientras los traspasos al sector privado continuaron aumentando.

La estructura dual se mantuvo intacta: las ISAPRE concentraban cerca de la mitad de los recursos financieros atendiendo a aproximadamente 17% de la población, mientras el sistema público cubría a cerca del 80% con recursos proporcionalmente inferiores (Tetelboin, 2015). El modelo consolidó así una distribución regresiva del financiamiento.

La Atención Primaria de Salud, declarada eje articulador, continuó debilitada por la municipalización, la precariedad de recursos y la gestión fragmentada por metas. El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) no logró consolidarse como estructura organizadora, persistiendo déficit de médicos/as de familia y desigualdades laborales que limitaron su capacidad resolutoria (Bass, 2018).

Comparativamente, si en 2000-2010 el 50,5% de los indicadores mostró algún nivel de avance, en

**Figura 1. Aumento en el Tiempo de las Brechas de Prevalencias de Condiciones y Patologías Crónicas por Nivel Educacional/Socioeconómico (comparación entre NSE alto y bajo).**



Prevalencias de Nivel Educacional/Socioeconómico Alto llevadas a 0, para establecer comparación temporal.

Fuente: Elaboración propia con información de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS), según Bass C. Universalización de Atención Primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva. Cuad Méd Soc. 2025;65(1):9-18.

2011-2020 esta proporción descendió a 48,5%, con mayor peso de retrocesos y metas no evaluadas (51,5%) (Figura 2). El segundo período no corrigió las limitaciones del primero, sino que consolidó una tendencia de estancamiento estructural.

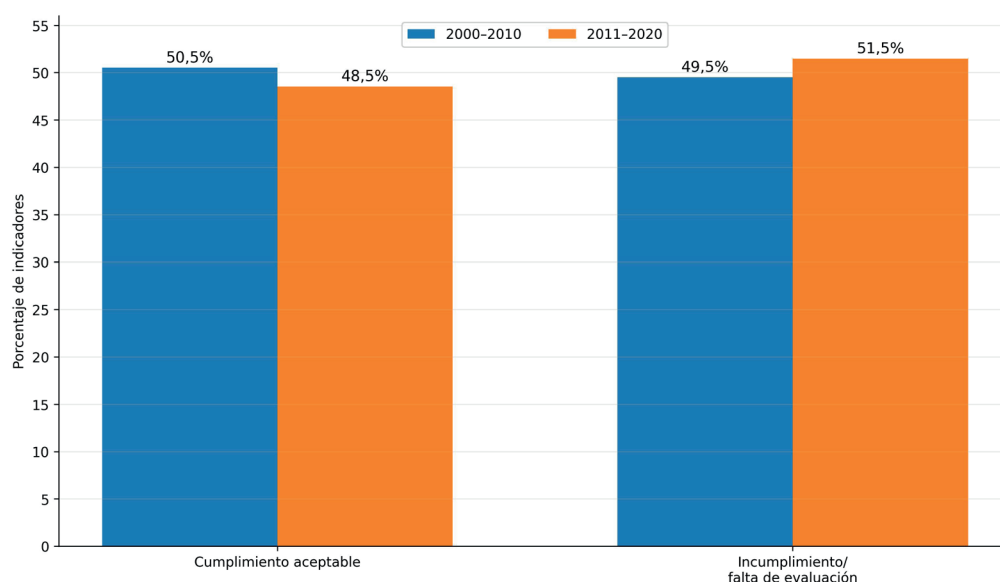
En síntesis, el período 2011-2020 profundizó la continuidad del modelo focalizado y segmentado. Pese al aumento de patologías garantizadas y al discurso de equidad, no se lograron mejoras sostenidas en reducción de brechas. La lógica de garantías explícitas reprodujo la segmentación estructural y la mercantilización del sistema, mientras la APS permaneció subordinada y financieramente insuficiente. La ausencia de transformaciones estructurales configuró un escenario de ineffectividad persistente, en el cual la equidad continuó siendo una promesa no materializada.

### Último período: Estrategia Nacional de Salud 2021-2030:

La Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 se inscribe en la continuidad del modelo dual público-privado consolidado desde la reforma AUGE/GES. Dos décadas después, este mecanismo no ha revertido la inequidad estructural: las ISAPRE siguen concentrando recursos para una minoría, mientras FONASA absorbe la mayor carga de morbilidad con financiamiento insuficiente y fragilidad institucional (Bass, 2021; Tetelboin, 2023).

Aunque la Estrategia declara metas de equidad, eficiencia y calidad e incorpora el lenguaje de los determinantes sociales, lo hace en un marco tecnocrático que no despliega herramientas intersectoriales con capacidad redistributiva efectiva. En

**Figura 2. Evaluación comparativa del cumplimiento de los objetivos sanitarios en Chile por periodos (2000-2010 y 2011-2020).**



Nota. Elaboración propia a partir de información del Ministerio de Salud de Chile sobre la evaluación de los objetivos sanitarios en los periodos 2000-2010 y 2011-2020.

consecuencia, se mantiene un esquema que privilegia la lógica de mercado por sobre la garantía sustantiva del derecho a la salud (Bass, 2025).

Las GES continúan como principal mecanismo de aseguramiento, con un listado acotado de 90 patologías, reforzando la focalización y la dependencia de compra de servicios al sector privado, debilitando progresivamente la red pública (Bass, 2021; Tetelboin, 2023). En paralelo, persisten desigualdades sanitarias significativas, incluyendo brechas de esperanza de vida de 17,7 años en mujeres y 8,9 en hombres según nivel socioeconómico (Bilal *et. al*, 2019), y otras asociaciones entre vulnerabilidad socioeconómica y mortalidad prematura, como por ejemplo en cáncer colorrectal (Guerrero-Nancuante *et. al*, 2024).

Este escenario se articula con una estructura distributiva altamente desigual: el 1% más rico controla el 49,8% de la riqueza nacional (Fundación SOL, 2024). Asimismo, el gasto de bolsillo se mantiene elevado (32% del gasto total en salud), con predominio de medicamentos, generando impacto catastrófico en hogares de ingresos bajos y medios (Bass, 2021). La actualización de la medición de pobreza sugiere un aumento potencial importante de la pobreza por ingresos (Comisión Asesora Presidencial para la Actualización de la Medición de la Pobreza, 2025), y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2023-2024 reporta deterioro de bienestar emocional, especialmente en mujeres, junto con aumento de percepciones de aislamiento e inseguridad barrial (2025).

La Universalización de la APS (APS-U), implementada en 2023, se presentó como innovación, pero mantuvo la municipalización, la cobertura acotada y la omisión de la longitudinalidad como eje organizador. La precariedad laboral, la sobre-

carga asistencial y la escasez de médicos/as de familia (menos del 1% de la dotación nacional) limitan su capacidad resolutoria (Bass, 2025). Persisten, además, problemas de evaluación: indicadores como el Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS) muestran altos niveles de cumplimiento formal sin mejoras sustantivas (Comisión Nacional de Productividad, 2022), mientras el gasto público en salud sigue bajo estándares internacionales (Bass, 2021). En este marco, se verifica la ley de cuidados inversos: quienes más necesitan reciben menos (Bass, 2025).

Por lo tanto, la Estrategia 2021-2030, pese a su retórica de derechos y equidad, mantiene la continuidad del modelo subsidiario neoliberal. Sin transformaciones estructurales basadas en universalidad, solidaridad, equidad, gratuidad y ausencia de lucro, las políticas actuales reproducen un ciclo de promesas incumplidas (Bass, 2018, 2021, 2025; Tetelboin, 2023).

### **Crisis sociopolítica y límites estructurales del modelo sanitario (2019-2023):**

Los patrones de avances parciales y brechas persistentes descritos se expresaron con mayor nitidez durante el ciclo 2019-2023.

El estallido social de octubre de 2019 evidenció una impugnación a la mercantilización de derechos sociales, incluida la salud, cuestionando la segmentación FONASA/ISAPRE y las barreras de acceso que afectan a los sectores de menores ingresos.

La pandemia por COVID-19 (2020-2022) profundizó estas tensiones: pese a capacidades técnicas como la vacunación, expuso brechas territoriales en infraestructura, desigual exposición al riesgo y una APS sobrecargada. La pandemia no creó las

**Tabla 3. Comparación de resultados de las estrategias sanitarias en Chile**

| <b>Dimensión</b>             | <b>2000-2010 (Objetivos Sanitarios / AUGE-GES)</b>                                    | <b>2011-2020 (Plan Nacional de Salud / GES ampliado)</b>                                     | <b>2021-2030 (Estrategia Nacional de Salud / APS-U)</b>                                                  |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| % de metas cumplidas         | 35,6% (36 de 101)                                                                     | 27,9% (19 de 68)                                                                             | En curso, tendencia a bajo cumplimiento.                                                                 |
| % de retrocesos              | 9,9%                                                                                  | 22,1%                                                                                        | Persistencia de brechas y retrocesos en AP, salud mental y equidad                                       |
| Objetivos no evaluables      | 18,8%                                                                                 | 29,4%                                                                                        | Persisten problemas de trazabilidad y monitoreo                                                          |
| Brechas sociales en salud    | Desigualdades persistentes; inequidad en acceso según previsión de salud y territorio | Aumento de brechas en hipertensión, diabetes y riesgo cardiovascular según nivel educacional | Brechas de esperanza de vida (17,7 años en mujeres; 8,9 en hombres según NSE)                            |
| Atención Primaria            | Sobrecarga con 80% de actividades AUGE; financiamiento insuficiente (déficits 44-52%) | No logra consolidar el MAIS; déficit de médicos/as de familia y equipos de salud             | APS-U con baja cobertura efectiva, menos del 1% de médicos de familia, inequidad territorial             |
| Modelo de política sanitaria | Focalizado, biomédico y tecnocrático                                                  | Continuidad focalizada, con ampliación de patologías y más mercantilización                  | Continuidad neoliberal, inequidad estructural, retórica de los determinantes sociales sin cambios reales |

Nota. Elaboración propia con base en información de MINSAL (2011a, 2017, 2021, 2022a, 2022b), Bass (2018, 2021, 2025), Parada *et. al.* (2014), Tetelboin (2015, 2023), entre otros.

inequidades, pero las amplificó, haciendo visible la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención.

El proceso constituyente abierto tras el plebiscito de 2020 instaló el debate sobre el derecho a la salud y la superación del aseguramiento dual. Aunque no culminó en una nueva Constitución, reforzó la comprensión de la organización sanitaria como problema político estructural.

Finalmente, la crisis financiera y regulatoria de las ISAPRE (2022-2023), tras fallos judiciales que obligaron a ajustes y devoluciones, expuso la fragilidad de un esquema basado en selección de riesgos y competencia segmentada, tensionando el debate sobre su sostenibilidad.

En conjunto, estos procesos actuaron como eventos reveladores que tensionaron las mediaciones institucionales del modelo, mostrando que las políticas sanitarias operan en un entramado de relaciones sociales y de poder que condiciona su alcance transformador.

## **Discusión**

### ***Segmentación persistente y mediaciones institucionales:***

La discusión de los hallazgos permite trascender una lectura cronológica de reformas y metas sanitarias para interpretar las políticas implementadas en Chile desde el 2000 al 2030 como mediaciones institucionales que han configurado (y en gran

medida estabilizado) la segmentación estructural del sistema de salud. Desde la perspectiva de la salud colectiva y la epidemiología crítica latinoamericana (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2003, 2013; Iriart *et. al*, 2002; Waitzkin *et. al*, 2005), las políticas sanitarias no constituyen instrumentos técnicos neutrales, sino arreglos históricos a través de los cuales se organizan flujos de financiamiento, jerarquías de atención y prioridades sanitarias.

Los resultados empíricos analizados (evaluaciones oficiales de cumplimiento de objetivos sanitarios (MINSAL, 2011a, 2022a) y evolución de brechas en las Encuestas Nacionales de Salud (MINSAL, 2003, 2010a, 2017) muestran un patrón persistente de bajo cumplimiento de metas, aumento de retrocesos y ampliación de brechas según nivel educacional. Este comportamiento se repite en los períodos estudiados y sugiere la existencia de una dinámica estructural más que fallas coyunturales de implementación.

Las propias evaluaciones ministeriales reconocen la persistencia de desigualdades sociales y territoriales, así como retrocesos en indicadores clave durante la década 2011-2020 (MINSAL, 2017, 2022a). Esta constatación oficial refuerza la hipótesis de que la reforma ha operado como dispositivo de gestión de la desigualdad más que como mecanismo de redistribución estructural (Bass, 2018, 2021, 2025).

### **El AUGES/GES como mediación estabilizadora del sistema dual:**

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966) fue presentado como una innovación normativa orientada a garantizar acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto priorizado de problemas de salud

(Diario Oficial de la República de Chile, 2004; Lenz, 2007; Valdivieso y Montero, 2010). En el plano discursivo, se configuró como un avance hacia la universalización de derechos en un sistema históricamente segmentado. Sin embargo, el análisis desarrollado en este estudio sugiere que el AUGES/GES operó como una mediación institucional que reorganizó el funcionamiento del sistema sin alterar su arquitectura estructural.

Al priorizar un listado acotado de patologías garantizadas, las GES introdujeron un esquema de “mínimos explícitos” que reordenó flujos de financiamiento y prioridades asistenciales. Esta focalización generó competencia por recursos entre prestaciones GES y no-GES, tensionó la red pública y estimuló la compra de servicios al sector privado, reforzando la dependencia de la provisión pública respecto de prestadores externos (Bass, 2021; Montero *et. al*, 2010; Parada *et. al*, 2014). Si bien hubo avances parciales en cobertura, las evaluaciones oficiales muestran un cumplimiento limitado de metas (35,6% en 2000-2010 y 27,9% en 2011-2020), junto con un incremento sostenido de retrocesos y una elevada proporción de objetivos no evaluables (MINSAL, 2011a, 2022a). Este deterioro no puede atribuirse únicamente a problemas de gestión, sino que revela los límites estructurales de un modelo focalizado incapaz de modificar la base distributiva del sistema sanitario.

En términos institucionales, las GES no integraron los subsistemas existentes ni avanzaron hacia un fondo solidario único. Las ISAPRE continuaron concentrando población de mayores ingresos y menor riesgo sanitario, mientras FONASA absorbió la mayor carga de morbilidad con financiamiento insuficiente (Laurell, 2016; Tetelboin, 2015, 2023). Así, el régimen GES operó sobre una estructura dual preexistente sin transformar-

la, reproduciendo la segmentación público–privada bajo un nuevo marco normativo.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2003, 2013), el AUGE/GES puede comprenderse como una mediación que reorganiza la provisión sanitaria sin alterar las relaciones de poder que estructuran la desigual distribución del riesgo y de los recursos. No se trató de un instrumento neutral de mejora técnica, sino de un dispositivo que hizo administrable la desigualdad dentro de los márgenes del modelo neoliberal heredado de las reformas estructurales de la dictadura, que consagraron la competencia entre subsistemas como principio organizador (Tetelboin, 2015, 2023).

En este sentido, el AUGE/GES, lejos de revertir la lógica mercantil y segmentada del sistema sanitario chileno, la reordenó bajo una gramática de garantías explícitas que estabilizó la segmentación sin alterar la arquitectura dual público–privada. Más que un mecanismo de universalización sustantiva del derecho a la salud, operó como una mediación institucional que dotó de legitimidad normativa a un sistema estructuralmente desigual, gestionando sus tensiones sin modificar sus fundamentos (Bass, 2021; Laurell, 2016).

### ***Brechas sociales y expresión epidemiológica de la segmentación:***

El análisis de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS 2003, 2010 y 2017) confirma que las brechas en prevalencia de enfermedades crónicas entre niveles educacionales alto y bajo no solo no se redujeron, sino que se ampliaron durante el período estudiado (MINSAL, 2003, 2010b, 2017). La hipertensión, la diabetes, el síndrome metabólico y el riesgo cardiovascular global mostraron incrementos más pronunciados en los grupos de menor

escolaridad, reforzando una trayectoria epidemiológica diferencial.

Estas tendencias se articulan con las desigualdades en esperanza de vida documentadas para Santiago, donde las brechas alcanzan hasta 17,7 años en mujeres y 8,9 años en hombres según nivel socioeconómico (Bilal *et. al*, 2019), así como con la asociación entre vulnerabilidad socioeconómica y mortalidad prematura, como el ejemplo del cáncer colorrectal (Guerrero-Nancuante *et. al*, 2024). La persistencia (e incluso ampliación) de estas desigualdades en un contexto de múltiples planes estratégicos orientados declarativamente a la equidad, cuestiona la capacidad transformadora de las políticas implementadas.

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica latinoamericana, estas desigualdades no pueden interpretarse como resultado de decisiones individuales o conductas aisladas, sino como expresión de relaciones sociales estructuradas por clase, género y territorio (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2003, 2013; Morales-Borrero *et. al*, 2013). El contraste entre el enfoque de determinantes sociales promovido por la OMS (OMS, 2008) y la perspectiva latinoamericana de determinación social resulta aquí particularmente relevante. Mientras el primero tiende a fragmentar factores y privilegiar respuestas tecnocráticas, la segunda permite comprender la enfermedad como resultado de procesos históricos de acumulación, exclusión y mercantilización (Iriart *et. al*, 2002; Waitzkin *et. al*, 2005).

En este contexto, los indicadores promedio nacionales pueden operar también como mediaciones tecnocráticas que legitiman el modelo al destacar avances agregados, mientras invisibilizan desigualdades profundas. Las brechas en prevalencias de enfermedades crónicas por diferencias

educacionales indican que las políticas analizadas no modificaron las condiciones estructurales que producen exposición diferencial al riesgo ni acceso desigual a recursos protectores.

### ***Mercantilización, financiamiento y concentración de recursos:***

El mantenimiento de un gasto de bolsillo cercano al 30-32% del gasto total en salud constituye otro indicador de la persistencia de la mercantilización del sistema. La alta proporción destinada a medicamentos, señalada reiteradamente en informes nacionales, genera impacto catastrófico en hogares de ingresos bajos y medios y refuerza la privatización del cuidado (Bass, 2021).

Esta dinámica se inserta en un contexto de extrema concentración de la riqueza: el 1% más rico concentra el 49,8% del patrimonio nacional (Fundación SOL, 2024). Tal estructura distributiva condiciona los márgenes de acción de la política sanitaria, que opera dentro de una matriz tributaria regresiva y de fuerte influencia de intereses financieros (Tetelboin, 2015).

Las crisis recurrentes del sistema ISAPRE, intensificadas tras fallos judiciales por discriminación según sexo y edad (Tetelboin, 2023), no constituyen anomalías coyunturales, sino manifestaciones de las tensiones internas de un esquema basado en selección de riesgos y competencia segmentada. La judicialización masiva evidenció la incompatibilidad entre la lógica del lucro y la garantía de derechos universales.

Desde esta perspectiva, la mercantilización no aparece como un efecto secundario de las reformas, sino como un componente constitutivo del modelo sanitario chileno desde su reconfiguración neoliberal. El AUGE/GES, lejos de revertir

esa lógica, la reordenó bajo una gramática de garantías explícitas, manteniendo intacta la arquitectura dual (Bass, 2021; Laurell, 2016).

### ***La Atención Primaria como mediación crítica no resuelta:***

Uno de los hallazgos más consistentes del análisis es la posición ambivalente asignada a la Atención Primaria de Salud (APS) a lo largo de las décadas examinadas. En el plano discursivo, la APS fue reiteradamente definida como eje estructurante del sistema y estrategia privilegiada para reducir inequidades, en consonancia con la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) y con el renovado llamado a fortalecer la atención primaria (OMS, 2008). Sin embargo, en la práctica operó como una mediación institucional subordinada a un modelo centrado en garantías focalizadas y en la compra de servicios.

Durante la implementación inicial del AUGE/GES, la APS concentró aproximadamente el 80% de las actividades asociadas al plan, sin que se resolvieran brechas estructurales de financiamiento ni de recursos humanos (Montero *et. al*, 2008, 2010). El modelo per cápita mostró limitaciones en su capacidad redistributiva, y la expansión de prestaciones garantizadas tensionó la oferta sin modificar las condiciones estructurales del nivel primario. La formación orientada hacia APS, si bien promovida en documentos regionales (Borrell *et. al*, 2008), no logró traducirse en una masa crítica de médicos/as de familia capaz de consolidar longitudinalidad y resolutiveidad (Montero *et. al*, 2009).

En el período 2011–2020, pese al despliegue del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) y al discurso de “Sa-

lud en Todas las Políticas” (MINSAL, 2016; Peña *et. al*, 2016), persistieron déficits estructurales de dotación, alta rotación de equipos y una gestión fragmentada por metas. La evaluación final de la década reconoció retrocesos y elevada proporción de objetivos no evaluables (MINSAL, 2022a), lo que pone en cuestión la capacidad del sistema para sostener procesos de mejora.

La denominada Universalización de la APS (APS-U), implementada en 2023, ha sido presentada como un intento de ampliar cobertura; sin embargo, su diseño mantiene la administración municipal, la asignación per cápita insuficiente y la ausencia de longitudinalidad como eje organizador (Bass, 2025). Estudios previos ya habían advertido las tensiones entre el modelo familiar chileno y su capacidad resolutive real (Bass, 2012, 2018). En este sentido, la APS ha funcionado más como dispositivo de absorción de demanda en un sistema segmentado que como espacio de transformación estructural de la determinación social de la salud.

Desde el enfoque de mediaciones institucionales, la municipalización constituye un mecanismo central de reproducción de inequidades territoriales. La heterogeneidad administrativa, la desigual capacidad de gestión y la dependencia de ingresos municipales generan brechas intercomunales que afectan acceso, continuidad y calidad del cuidado. Así, el nivel primario (llamado a reducir desigualdades) termina operando dentro de una estructura que las reproduce.

### ***Crisis sociopolítica (2019–2023) como revelación de límites estructurales:***

Los patrones de avances parciales y brechas persistentes descritos en los períodos anteriores se

expresaron con mayor nitidez cuando el país entró en un ciclo de crisis sociopolítica y sanitaria entre 2019 y 2023.

El estallido social de octubre de 2019 puso en el centro del debate la mercantilización de derechos sociales, incluida la salud. Las demandas por un sistema universal y solidario evidenciaron que la segmentación sanitario-previsional no era percibida como un problema técnico, sino como una fractura estructural del modelo de desarrollo. Desde la determinación social, este proceso puede interpretarse como expresión histórica de tensiones acumuladas por mediaciones institucionales incapaces de garantizar protección equitativa (Breilh, 2013; Iriart *et. al*, 2002).

La pandemia por COVID-19 tensionó aún más estas contradicciones. Si bien Chile mostró capacidad técnica en vacunación y vigilancia epidemiológica, la crisis reveló brechas territoriales en infraestructura, desigual exposición laboral al riesgo y una APS sobrecargada. Las diferencias en condiciones de vivienda y empleo informal confirmaron que el proceso salud-enfermedad-atención está estructurado por desigualdades sociales preexistentes. La pandemia no creó la inequidad, sino que amplificó mediaciones ya consolidadas.

El proceso constituyente abierto tras el plebiscito de 2020 incorporó explícitamente la discusión sobre el derecho a la salud y la superación del aseguramiento dual. Aunque no culminó en un nuevo texto constitucional, evidenció que la organización sanitaria es una cuestión política estructural. Finalmente, la crisis financiera y regulatoria de las ISAPRE, agudizada entre 2022 y 2023, mostró la fragilidad de un modelo basado en selección de riesgos y competencia segmentada (Tetelboin, 2023).

En conjunto, estos procesos no son fenómenos externos al análisis, sino momentos históricos que confirman los límites estructurales del modelo sanitario identificado.

### ***Límites del estudio:***

El presente estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se basó en fuentes secundarias y datos agregados, lo que restringe la posibilidad de establecer relaciones causales directas entre decisiones específicas de política y variaciones epidemiológicas puntuales. En segundo lugar, el uso del nivel educacional como proxy de estratificación socioeconómica, aunque ampliamente validado en estudios poblacionales, no capta completamente desigualdades territoriales, étnicas o laborales. En tercer lugar, el período 2021-2030 se encuentra en curso, por lo que su análisis tiene un carácter necesariamente preliminar. No obstante, la consistencia del patrón observado a lo largo de estas décadas fortalece la interpretación estructural propuesta.

### ***Horizonte estructural y político:***

Los hallazgos sugieren que la superación de la inequidad sanitaria en Chile no depende exclusivamente de ampliar listados de patologías garantizadas ni de mejorar indicadores de gestión. Requiere modificar las mediaciones institucionales que sostienen la segmentación estructural.

Desde la salud colectiva latinoamericana, ello implica avanzar hacia un sistema universal, público y solidario financiado con impuestos generales progresivos, integrando a la población bajo un fondo único y reduciendo la lógica de competencia segmentada (Laurell, 2014, 2016; Parada-Lezcano y Bass, 2020). Supone también fortalecer la red pública prestadora, garantizar

longitudinalidad del cuidado y profesionalizar el talento humano en APS (Bass, 2018).

La participación comunitaria vinculante, la gobernanza democrática y la incorporación de perspectivas interculturales y ecosociales constituyen mediaciones necesarias para redistribuir poder en la definición de prioridades sanitarias (Almeida-Filho, 2006; Breilh, 2011; Feo Istúriz *et. al*, 2012).

La trayectoria 2000-2030 muestra avances parciales y retrocesos crecientes que no pueden explicarse como errores aislados de implementación, sino como expresión de un modelo sanitario cuya racionalidad central continúa siendo subsidiaria y segmentada. Mientras no se transformen las mediaciones institucionales que sostienen esa arquitectura (financiamiento dual, competencia por riesgos, municipalización fragmentada y focalización por patologías) las metas tecnocráticas seguirán produciendo efectos limitados sobre las desigualdades estructurales.

Desde esta perspectiva, la discusión no se agota en evaluar instrumentos específicos, sino que interpela el fundamento político del sistema. La construcción de un sistema universal de derecho a la salud constituye, más que una opción técnica, un desafío ético, estructural y democrático para la sociedad chilena.

### **Conclusiones**

El análisis histórico-crítico de las políticas sanitarias implementadas en Chile entre 2000 y 2020, junto con las orientaciones de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, permite concluir que, pese a los discursos de equidad, universalización y modernización, la reforma no transformó la segmentación estructural del sistema, sino

que operó como una mediación institucional que contribuyó a estabilizarla y hacerla políticamente administrable.

Las evaluaciones oficiales muestran cumplimiento limitado de metas, incremento de retrocesos y persistencia de brechas educacionales en enfermedades crónicas. Estos resultados no pueden explicarse únicamente como fallas de implementación, sino como expresión de los límites estructurales de un modelo subsidiario que gestiona la desigualdad sin modificar sus bases distributivas.

En este contexto, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE/GES) se consolidó como el principal dispositivo reformista, pero también como una mediación estabilizadora del sistema dual. Al introducir garantías focalizadas sin integrar los subsistemas ni establecer un fondo solidario único, reordenó la segmentación bajo una gramática de derechos explícitos que mantuvo intacta la competencia por riesgos y la transferencia sostenida de recursos hacia el sector privado. Más que revertir la mercantilización, la hizo administrable dentro del marco institucional vigente.

La Atención Primaria de Salud, aunque declarada eje estructurante de la reforma, operó como una mediación institucional subordinada, tensionada por financiamiento insuficiente, fragmentación municipal y por la precarización de las condiciones laborales del talento humano, lo que limitó su capacidad transformadora sobre las inequidades.

La persistencia de brechas en enfermedades crónicas y esperanza de vida confirma que los promedios nacionales pueden ocultar desigualdades profundas. Desde la salud colectiva y la epidemiología crítica, estos hallazgos expresan procesos históricos de acumulación, exclusión y con-

centración de poder que configuran exposiciones diferenciales al riesgo y acceso desigual a recursos protectores.

Aunque basado en fuentes secundarias, este estudio aporta una lectura estructural que articula políticas, financiamiento, organización institucional y resultados epidemiológicos desde la determinación social de la salud, desplazando el foco desde la eficiencia técnica hacia las relaciones de poder que estructuran el sistema.

Superar la crisis estructural del sistema sanitario chileno no depende exclusivamente de ampliar coberturas o perfeccionar metas, sino de transformar las mediaciones que sostienen la segmentación: financiamiento dual, competencia por riesgos, municipalización fragmentada y focalización por patologías. Ello implica avanzar hacia un sistema universal, público y solidario financiado progresivamente, fortalecer estructuralmente la Atención Primaria de Salud (superando su fragmentación municipal y garantizando longitudinalidad efectiva, financiamiento suficiente y capacidad resolutive) y establecer mecanismos de gobernanza democrática con participación vinculante.

En última instancia, la construcción de un sistema universal de derecho a la salud no es solo una decisión técnica, sino un desafío político y ético que interpela el modelo de desarrollo y la distribución del poder en la sociedad chilena.

Nota: En la preparación de este manuscrito se utilizó asistencia de inteligencia artificial (OpenAI) para apoyo en la organización y revisión de estilo. El análisis, la interpretación y las conclusiones corresponden exclusivamente al autor.

## Referencias bibliográficas

- ALMEIDA-FILHO, N. (2006). “Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones”, *Salud Colectiva*, 2(2): 123-146.
- BASS DEL CAMPO, C. (2012). “Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary?”, *Medwave*, 12(11): e5571.
- BASS DEL CAMPO, C. (2018). “Atención primaria fuerte: historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile”, *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3): 137-141.
- BASS DEL CAMPO, C. (2021). “La crisis neoliberal del sistema de salud de Chile”. En: CLACSO (coord.) *Refundación de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: CLACSO, 99-121.
- BASS DEL CAMPO, C. (2025). “Universalización de atención primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva”, *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1): 53-65.
- BILAL, U.; ALAZRAQUI, M.; CAIAFFA, W. T.; LOPEZ-OLMEDO, N.; MARTINEZ-FOLGAR, K.; MIRANDA, J. J.; RODRIGUEZ, D. A.; VIVES, A. y DIEZ-ROUX, A. V. (2019). “Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis”, *The Lancet Planetary Health*, 3(12): e503-e510.
- BORRELL, R. M.; GODUE, C. y GARCÍA DIEGUEZ, M. (2008). *La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud*. Washington D.C.: OPS, 71 págs.
- BREILH, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BREILH, J. (2011). “Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud”. En: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco y Asociación Latinoamericana de Medicina Social (coord.) *Determinación social de la salud y acción emancipadora*. México: UAM-Xochimilco/ALAMES.
- BREILH, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl. 1): S13-S27.
- COMISIÓN ASESORA PRESIDENCIAL DE EXPERTOS Y EXPERTAS PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA POBREZA (2025). *Informe final de recomendaciones*. Santiago: Gobierno de Chile.
- COMISIÓN NACIONAL DE PRODUCTIVIDAD (2022). *Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud (APS)*. Santiago: Comisión Nacional de Productividad.
- DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE CHILE 3 de septiembre de 2004: Ley N.º 19.966: Establece un Régimen de Garantías en Salud.
- DURÁN, G. y KREMERMAN, M. (2024). *Salarios al Límite: desposesión salarial en Chile*. Santiago: Fundación SOL.
- FEO ISTÚRIZ, O.; FEO ACEVEDO, C. y JIMÉNEZ, P. (2012). “Pensamiento contrahegemónico en salud”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4): 602-613.
- GUERRERO-NANCUANTE, C.; EGUIGUREN, P.; BASS, C. y GARMENDIA, M. L. (2024). “Socio-economic factors related to premature death from colorectal cancer in Santiago de Chile, 2014–2018: a cross-sectional study”, *Public Health*, vol. 231: 1-6.
- IRIART, C.; WAITZKIN, H.; BREILH, J.; ESTRADA, A. y MERHY, E. (2002). “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, (2): 128-136.

- LAURELL, A. C. (2014). “¿Cobertura universal en salud en América Latina?”, *Medicina Social*, 9(1): 60-61.
- LAURELL, A. C. (2016). “Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2): 293-314.
- LENZ, R. (2007). *Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política*. Santiago: CIEPLAN.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2002). *Objetivos sanitarios para la década 2000-2010*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2010a). *Encuesta Nacional de Salud 2009-2010*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2010b). *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2011a). *Objetivos sanitarios de la década 2000-2010: evaluación final del período*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2011b). *Diseño e implementación de una metodología de evaluación, seguimiento y acompañamiento de la reforma de la salud de Chile. Resumen ejecutivo*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2016). *Plan nacional de salud para los Objetivos Sanitarios al 2020*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2021). *Orientaciones para la planificación y programación en red 2021*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2022a). *Evaluación de final de la década: Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011-2020*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2022b). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE (2025). *Informe de principales resultados. Cuarta versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2023-2024*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- MONTERO, J.; POBLETE, F.; TORCHE, A. y VARGAS, V. (2008). “Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per-cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención”. En: *Camino al Bicentenario: propuestas para Chile*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 73-94.
- MONTERO, J.; ROJAS, M. P.; CASTEL, J.; MUÑOZ, M.; BRUNNER, A.; SÁEZ, Y. y SCHARARGER, J. (2009). “Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile”, *Revista Médica de Chile*, 137(1): 1561-1568.
- MONTERO, J.; TÉLLEZ, A. y HERRERA, C. (2010). *Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos*. Santiago: Centro de Políticas Públicas UC.
- MORALES-BORRERO, C.; BORDE, E.; ESLAVA-CASTAÑEDA, J. C. y CONCHA-SÁNCHEZ, S. C. (2013). “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”, *Revista de Salud Pública*, 15(6): 797-808.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- PARADA, M.; REYES, C.; CUEVAS, K.; ÁVILA, A.; LÓPEZ, P.; CARRASCO, V.; MORAGA, F.; GONZÁLEZ, J. F.; RIQUELME, P. y LLANCA-PICHUN, L. (2014). “Transformaciones del Sistema de Salud Público post Reforma AUGE-GES en Valparaíso”, *Revista Chilena de Salud Pública*, 18 (2): 127-139.
- PARADA-LEZCANO, M. y BASS DEL CAMPO, C. (2020). “Servicio Nacional de Salud para garantizar el Derecho a la Salud”, *Cuadernos Médico Sociales*, 60(3): 79-84.
- PEÑA, S.; SIERRALTA, P.; DEL ÁGUILA, R. y CABIESES, B. (2016). “Vulnerabilidad social y salud en todas las políticas en Chile”. En: CABIESES, B.; BERNALES, M.; OBACH, A. y PEDRERO, V. (eds.) *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: Universidad del Desarrollo, 455-473.
- ROMÁN, O. y MUÑOZ, F. (2008). “Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos”, *Revista Médica de Chile*, 136(1): 1599-1603.
- TETELBOIN, C. (2015). “Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional”. En: TETELBOIN, C. y LAURELL, A. C. (coord.) *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Buenos Aires: CLACSO, 75-96.
- TETELBOIN, C. (2023). “La salud pública chilena 50 años después”, *Cuadernos Médico Sociales*, 63(3): 23-32.
- VALDIVIESO, V. D. y MONTERO, J. L. (2010). “El plan AUGE: 2005 al 2009”, *Revista Médica de Chile*, 138(8): 1040-1046.
- WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A. y LAMADRID, S. (2001). “Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups”, *The Lancet*, 358(1): 315-323.