Reporte de la reunión de expertos ante la Comisión de Salud del Senado

Sistematización de las propuestas formuladas en la sesión del 17 de agosto de 2026, en el marco del seminario ¿Hacia dónde va la salud en Chile? Modernización y reformas pendientes

Eduardo Goldstein
egoldstein@bcn.cl

SUP N° 156465

I. Introducción

Objeto y alcance del reporte

A solicitud de la Comisión de Salud del Senado, este reporte sistematiza las propuestas formuladas o reiteradas por nueve expertos durante la sesión ordinaria del 17 de agosto de 2026. La reunión tuvo lugar después del seminario «¿Hacia dónde va la salud en Chile? Modernización y reformas pendientes», realizado el 10 de agosto de 2026 en una sesión especial de la Comisión.

El presente reporte busca relevar los asuntos más sensibles examinados en el seminario y aportar antecedentes para una eventual priorización de medidas de reforma susceptibles de ser impulsadas durante el período gubernamental en curso. La matriz no constituye una votación, no establece un orden de prioridad y no permite inferir desacuerdo a partir de la ausencia de una adhesión expresa.

La fuente primaria fue la transcripción de la sesión del 17 de agosto, proporcionada por la Comisión de Salud del Senado. Las presentaciones del 10 de agosto se utilizaron como fuentes secundarias únicamente para precisar el alcance, los instrumentos o los fundamentos de las propuestas reiteradas en la sesión posterior.”

Expositores invitados

Los nueve expertos convocados a la sesión del 17 de agosto corresponden a los invitados al seminario antes señalado, los que aquí se caracterizan de acuerdo con el programa oficial.

Expositores invitados

Sigla	Experto	Descripción según el programa
JM	**Jaime Mañalich**	Exministro de Salud.
LC	**Luis Castillo**	Consejo Nacional de Salud; exsubsecretario de Redes Asistenciales; decano de Medicina de la Universidad Autónoma.
AA	**Anamaria Arriagada**	Consejo Nacional de Salud; presidenta del Colegio Médico de Chile.
AE	**Álvaro Erazo**	Consejo Asesor de FONASA; exministro de Salud.
KR	**Karla Rubilar**	Exdiputada de la República, exintendenta de la Región Metropolitana y exministra Secretaría General de Gobierno y exministra de Desarrollo Social.
DP	**Daniela Paredes**	Consejo Asesor de FONASA; economista de la salud, *(UNAB; ISPOR)*
CB	**Cristian Baeza**	Consejo Asesor de FONASA; experto en sistemas de salud. Presidió el comité técnico de reforma, convocado por la Comisión en 2023-2024.
MI	**Manuel Inostroza**	Consejo Nacional de Salud; exsuperintendente de Salud.
RR	**Rodrigo Rocha**	Presidente de FENPRUSS e integrante de la Secretaría de Salud de la CUT.

Fuente: *Programa, Sesión especial de la Comisión de Salud del Senado: ¿Hacia dónde va la salud enChile? Modernización y reformas pendientes, 10 de agosto de 2026, pp. 1-3.*

Fuentes y criterios de sistematización

En lo que sigue, se incorporaron únicamente las propuestas formuladas o reiteradas en la sesión del 17 de agosto de 2026. Las intervenciones se integraron en una misma fila cuando compartían objetivo e instrumento, y se registraron separadamente cuando diferían en alcance o condiciones de implementación. En la última columna, la sigla en negrita identifica a quien formuló la propuesta; las demás siglas registran adhesiones o coincidencias expresas consignadas en la transcripción. La ausencia de una sigla no supone desacuerdo. Las denominaciones de los ámbitos y las síntesis posteriores son elaboración de la BCN

II. Matriz de medidas identificables

Para ordenar las propuestas, estas se agruparon por ámbito de problema o desafío. Las denominaciones de los ámbitos son elaboración de la BCN.

1. Listas de espera y acceso oportuno

ID	Medida identificable	Proponente y convergencias
1.1	Depurar y validar activamente las listas de espera mediante inteligencia artificial y otras tecnologías, eliminando registros que ya no corresponden y mejorando la gestión del stock.	**JM**
1.2	Priorizar las listas No-GES por severidad y necesidad clínica, y no solo por antigüedad, incorporando la variable de severidad en el sistema de gestión de tiempos de espera.	**JM**; LC
1.3	Establecer un estándar o tiempo máximo nacional de espera para patologías y procedimientos No-GES, con seguimiento sistemático de cumplimiento.	**LC**
1.4	Expandir prestaciones digitales, teleconsultas y modalidades remotas como herramientas permanentes de resolutividad y gestión de demanda.	**JM**
1.5	Reformar el Código Sanitario para ampliar atribuciones de profesiones no médicas y permitir delegación segura de funciones hoy reservadas a médicos.	**JM**; KR; MI
1.6	Gestionar la capacidad asistencial como red, incorporando derivación inteligente y articulación público-privada cuando ello permita resolver oportunamente la demanda.	**LC**; MI

Convergencias expresas registradas. Existe una convergencia clara en que la lista de espera no debe administrarse solo como un inventario de antigüedad. JM y LC coinciden en priorización y gestión activa; JM, KR y MI convergen en ampliar competencias profesionales mediante cambios al Código Sanitario; LC y MI comparten la necesidad de operar con lógica de red y no de establecimientos aislados.

Diferencias, matices y relaciones entre propuestas. Las medidas son complementarias, no sustitutivas. La priorización clínica redistribuye el orden dentro de una lista; el estándar nacional de espera fija una exigencia de oportunidad; la depuración mejora la calidad del registro; y la ampliación de competencias o la articulación público-privada aumentan capacidad resolutiva.

Fuentes complementarias utilizadas: Jaime Mañalich, Listas de espera en salud: ¿Qué hacer?, 10 de agosto de 2026, diapositivas 12-16; Luis Castillo, Algunas reflexiones sobre Lista de espera, diapositivas 2-4.

2. Gestión hospitalaria, productividad y empleo público

ID	Medida identificable	Proponente y convergencias
2.1	Auditar, transparentar y regular la contratación de prestaciones y personal mediante sociedades o empresas privadas al interior de hospitales públicos, identificando magnitud, resultados y eventuales distorsiones.	**JM**; RR
2.2	Revisar el régimen de hospitales autogestionados para determinar si cuentan con autonomía, potestades y responsabilidad efectivas, y ajustar su gobernanza cuando sea necesario.	**CB**; AA; LC
2.3	Revisar la Alta Dirección Pública en cargos hospitalarios y reforzar las potestades y la rendición de cuentas de directores y jefaturas por resultados asistenciales.	**CB**; AA; LC
2.4	Actualizar el Estatuto Administrativo y las leyes médicas y de personal de salud, incorporando mayor flexibilidad de organización del trabajo y vínculos explícitos entre remuneración, evaluación, productividad y resultados sanitarios.	**CB**; LC; MI; RR
2.5	Avanzar hacia un marco más unificado de empleo público en el sector salud centralizado, reduciendo la coexistencia de múltiples regímenes de contratación.	**RR**
2.6	Fortalecer la carrera funcionaria y revisar la relación entre titulares y contratas, incluyendo los efectos de la suspensión reiterada del artículo 10 del Estatuto Administrativo.	**RR**
2.7	Diseñar incentivos de desempeño asistencial que combinen producción, oportunidad, calidad, continuidad y cumplimiento de objetivos sanitarios.	**MI**; LC; RR
2.8	Incorporar explícitamente garantías de trabajo decente y derechos laborales en cualquier reforma de productividad, abordando abusos y excesos sin retroceder en protección funcionaria.	**RR**

Convergencias expresas registradas. La convergencia principal no está en un diseño único, sino en la necesidad de cambiar el marco de gestión: CB, AA y LC convergen en revisar autonomía y gobierno hospitalario; CB, LC, MI y RR coinciden en que las reglas laborales e incentivos deben actualizarse; MI, LC y RR convergen en conectar desempeño con resultados sanitarios.

Diferencias, matices y relaciones entre propuestas . El principal matiz proviene de RR: acepta revisar productividad e incentivos, pero fija como límite el no retroceso en derechos y garantías de trabajo decente En la contratación vía sociedades, JM pide primero una auditoría y trazabilidad suficientes antes de definir la solución regulatoria.

Fuentes complementarias utilizadas: Cristian Baeza, Reformas pendientes en el sector salud, 10 de agosto de 2026, diapositiva 10; Luis Castillo, Algunas reflexiones sobre Lista de espera, diapositivas 5-8; Rodrigo Rocha/FENPRUSS, La salud pública que Chile necesita se construye con quienes la sostienen, diapositivas 4-5.

3. Atención primaria y modelo de atención

ID	Medida identificable	Proponente y convergencias
3.1	Fortalecer la capacidad resolutiva de la atención primaria para disminuir derivaciones evitables y asumir un rol productivo dentro de la red asistencial.	**MI**; LC
3.2	Reemplazar progresivamente programas PRAPS fragmentados por financiamiento per cápita que refleje mejor las necesidades sanitarias de la población.	**AA**
3.3	Organizar la atención alrededor de trayectorias completas del paciente y de la red -APS, especialidad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento-, en lugar de prestaciones o listas aisladas.	**MI**; LC
3.4	Promover un modelo de médico o equipo de cabecera también en el sector privado, acercando el modelo de atención de la seguridad social privada a una lógica de continuidad y coordinación.	**MI**

Convergencias expresas registradas. Hay convergencia entre MI y LC en fortalecer resolutividad y continuidad asistencial. La propuesta de AA es consistente con ese objetivo, aunque actúa sobre el mecanismo de financiamiento y no sobre el diseño del modelo.

Diferencias, matices y relaciones entre propuestas. El principal matiz es de alcance: una reforma de APS pública puede avanzar mediante gestión y financiamiento sectorial, mientras que trasladar una lógica de médico cabecera al sector privado puede requerir discutir la regulación de aseguradores y prestadores.

Fuentes complementarias utilizadas: Luis Castillo, Algunas reflexiones sobre Lista de espera, 10 de agosto de 2026, diapositivas 3-4; Manuel Inostroza, Lo importante era partir y aún estamos a tiempo, diapositiva 21.

4. Medicamentos, gasto de bolsillo y protección farmacéutica

ID	Medida identificable	Proponente y convergencias
4.1	Actualizar la legislación de fármacos para corregir problemas persistentes de prescripción, dispensación, distribución, certificación y competencia.	**AE**
4.2	Implementar receta médica electrónica interoperable, con mecanismos seguros de validación de identidad, como base para trazabilidad, control de gasto y acceso.	**JM**; KR
4.3	Abrir una reforma tributaria específica para medicamentos, con IVA diferenciado o subsidio focalizado según prioridad sanitaria, costo-efectividad y existencia de alternativas bioequivalentes.	**AE**; JM
4.4	Orientar el financiamiento público y de seguros complementarios al valor terapéutico o precio de referencia, evitando que recursos de seguridad social financien sobreprecios de marca cuando exista alternativa equivalente.	**JM**; KR
4.5	Fortalecer la bioequivalencia, la intercambiabilidad terapéutica y el uso efectivo de genéricos, de modo que la política de equivalencia se traduzca en ahorro real para hogares y financiadores.	**AE**; JM; KR
4.6	Crear una cobertura garantizada o subsidio priorizado para medicamentos ambulatorios, con segundo dispensador en una red privada cuando el sistema público no pueda entregar el medicamento indicado.	**AE**
4.7	Incorporar la vulnerabilidad farmacéutica en el Registro Social de Hogares mediante información administrativa sobre necesidad terapéutica, gasto permanente y capacidad económica.	**KR**
4.8	Crear un navegador nacional de medicamentos y acceso que informe cobertura, disponibilidad, copago, plazos y estado del trámite, y permita iniciar o derivar gestiones de acceso.	**KR**
4.9	Modernizar el recetario magistral y la preparación farmacéutica hospitalaria, revisando las restricciones regulatorias y desarrollando una red escalonada de preparación.	**KR**
4.10	Fortalecer al ISP con plazos perentorios, trazabilidad pública de tiempos, mayor uso de confianza regulatoria con agencias de referencia y mecanismos de responsabilidad por demoras.	**KR**; AE
4.11	Integrar los observatorios existentes en un observatorio nacional de precios de medicamentos que incluya retail y compras públicas.	**KR**

Convergencias expresas registradas. Las convergencias más claras se producen en receta electrónica (JM-KR), bioequivalencia/genéricos (AE-JM-KR) y la idea de que el financiamiento público no debe premiar la marca por sobre el valor terapéutico (JM-KR). AE y JM también coinciden en abrir la discusión tributaria sobre medicamentos.

Diferencias, matices y relaciones entre propuestas. El matiz más importante está precisamente en el IVA: AE plantea una diferenciación gradual según prioridad sanitaria y costo-efectividad, mientras JM propone indexar el subsidio al valor del medicamento bioequivalente cuando exista alternativa equivalente. KR converge en la lógica de financiar valor terapéutico, pero no formula el mismo mecanismo tributario. La cobertura con “segundo dispensador” de AE es una propuesta más estructural que los instrumentos de información y navegación de KR.

Fuentes complementarias utilizadas: Álvaro Erazo, Gasto de bolsillo y gasto privado en medicamentos, 10 de agosto de 2026, diapositivas 6-8; Karla Rubilar, Medicamentos disponibles, pero todavía inaccesibles, diapositivas 3 y 10-13.

5. Medicamentos de alto costo, innovación, ETESA y oncología

ID	Medida identificable	Proponente y convergencias
5.1	Reactivar de inmediato el funcionamiento de la Ley Ricarte Soto y sus procesos de incorporación mientras se discute una reforma estructural de segunda generación.	**JM**; KR; AE
5.2	Reformar la gobernanza de medicamentos de alto costo, articulando Ley Ricarte Soto, GES y fármacos no cubiertos bajo decisiones transparentes, trazables y sostenibles.	**AE**; KR
5.3	Fortalecer capacidades de evaluación de tecnologías sanitarias y análisis multicriterio en comités de farmacia y prestadores (“ETESA mini”) para decisiones locales de compra e incorporación.	**DP**
5.4	Extender y dar certeza regulatoria a los acuerdos de riesgo compartido para que institutos de especialidad y hospitales de alta complejidad puedan utilizarlos en compras e innovación.	**DP**
5.5	Impulsar una política activa de biosimilares, actualizando la Norma 170 y reactivando la mesa de switching/intercambiabilidad con respaldo clínico.	**DP**
5.6	Desarrollar una estrategia nacional de biomarcadores, secuenciación y diagnóstico de precisión para asignar el tratamiento adecuado al paciente adecuado y corregir la trayectoria del gasto.	**DP**
5.7	Priorizar la Neoadyuvancia en cánceres seleccionados, trasladando gasto hacia estadios más precoces y vinculando la decisión a seguimiento de resultados y trayectoria futura del gasto.	**DP**

Convergencias expresas registradas. La principal convergencia es que el acceso a alto costo no puede resolverse solo ampliando cobertura caso a caso: JM, KR y AE coinciden en reactivar y ordenar la institucionalidad; DP aporta instrumentos para mejorar la calidad de decisión y el uso de recursos dentro de los prestadores.

Diferencias, matices y relaciones entre propuestas. Hay una diferencia de horizonte. JM enfatiza una salida administrativa inmediata para volver a operar la Ley Ricarte Soto; KR y AE apuntan a rediseño estructural y gobernanza. Las propuestas de DP no sustituyen esa reforma: buscan capturar eficiencia y resultados mientras se resuelve la arquitectura nacional. En particular, Neoadyuvancia debe entenderse como una estrategia selectiva por tipo de cáncer y evidencia, no como una ampliación indiferenciada de tratamientos.

Fuentes complementarias utilizadas: Karla Rubilar, Medicamentos disponibles, pero todavía inaccesibles, 10 de agosto de 2026, diapositivas 5-8; Álvaro Erazo, Gasto de bolsillo y gasto privado en medicamentos, diapositiva 8; Daniela Paredes, Gasto de bolsillo, medicamentos, MAC, diapositivas 2-6.

6. FONASA, MCC y seguros complementarios

ID	Medida identificable	Proponente y convergencias
6.1	Rediseñar FONASA para que ejerza efectivamente el rol de seguro público, con verdadera intermediación financiera, compra estratégica y capacidad de conducir incentivos del sistema.	**AE**; CB; MI
6.2	Fortalecer la gobernanza corporativa de FONASA mediante una estructura de dirección acorde con su tamaño y relevancia, definiendo con precisión su autonomía y relación con el Ministerio de Salud.	**CB**; AA
6.3	Dar a FONASA herramientas para contratar y pagar a servicios, hospitales y prestadores con incentivos de eficiencia y resultados, reduciendo duplicidades de compra y mejorando articulación público-privada.	**AE**; CB; MI
6.4	Definir y rediseñar la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), precisando su propósito sanitario, su relación con la MLE y su función en la articulación público-privada.	**CB**; AA
6.5	Regular la interacción entre el seguro primario -FONASA o ISAPRE- y los seguros complementarios, de modo que el aumento de acceso no induzca utilización innecesaria ni desalineación de incentivos.	**CB**
6.6	Exigir que los seguros complementarios cubran medicamentos en el punto de compra cuando corresponda, evitando barreras de acceso creadas por el reembolso posterior.	**KR**
6.7	Reexaminar los efectos de la Ley Corta de ISAPRE y verificar si los ahorros previstos por la ley se materializaron y son sostenibles.	**CB**

Convergencias expresas registradas. La convergencia más relevante es el fortalecimiento de FONASA como seguro público y comprador estratégico (AE-CB-MI). CB y AA comparten que la gobernanza de FONASA debe revisarse y que la MCC no puede quedar indefinida.

Diferencias, matices y relaciones entre propuestas. AA introduce un matiz de cautela política-institucional sobre autonomía y relación con MINSAL (un directorio más autónomo podría entrar en tensión con la conducción política del Ministerio si este sigue absorbido por la gestión cotidiana de las redes). Su planteamiento vincula, por tanto, la reforma de FONASA con la separación de funciones dentro del MINSAL. La MCC también presenta una diferencia de alcance: CB pide aclarar su destino; AA propone no abandonar su discusión; MI, en su presentación previa, la concibe como instrumento para introducir lógica sanitaria en la MLE.

Fuentes complementarias utilizadas: Manuel Inostroza, Lo importante era partir y aún estamos a tiempo, 10 de agosto de 2026, diapositivas 20-21; Cristian Baeza, Reformas pendientes en el sector salud, diapositiva 10.

7. Gobernanza, financiamiento sectorial, licencias médicas e integración de ISAPRE

ID	Medida identificable	Proponente y convergencias
7.1	Separar la conducción de las redes asistenciales de la función rectora del Ministerio de Salud, avanzando hacia una dirección nacional de servicios o estructura equivalente.	**AA**; LC
7.2	Reimpulsar los proyectos de ley pendientes de fortalecimiento de FONASA, Superintendencia de Salud y modernización de servicios, utilizando esos vehículos para incorporar acuerdos ya discutidos.	**AA**
7.3	Reimpulsar la reforma del Subsidio de Incapacidad Laboral y revisar sus incentivos, financiamiento, fiscalización y coordinación entre regímenes público y privado.	**AA**; CB; MI
7.4	Revisar la frontera entre salud común y salud laboral en licencias médicas, hoy crecientemente difusa y con efectos financieros y de gestión.	**CB**
7.5	Integrar definitivamente a las ISAPRE en un marco de seguridad social en salud, superando su excepcionalidad respecto de los principios comunes del sistema.	**MI**
7.6	Reactivar la reforma que elimina gradualmente preexistencias y cautividad y mejora la libre movilidad dentro del aseguramiento privado.	**MI**
7.7	Institucionalizar una relación MINSAL-DIPRES que evalúe el gasto sanitario también por su efecto de inversión en capital humano, productividad y costos fiscales de mediano plazo.	**JM**

Convergencias expresas registradas. Las convergencias principales se concentran en reactivar SIL (AA-CB-MI) y en separar rectoría y gestión de redes (AA-LC). La integración de ISAPRE a la seguridad social aparece con mayor nitidez en MI, mientras CB aborda un problema distinto pero relacionado: evaluar los efectos concretos de la Ley Corta.

Diferencias, matices y relaciones entre propuestas. No existe un único paquete institucional consensuado. MI propone una integración más estructural del aseguramiento privado, incluyendo el fin de preexistencias; CB se concentra en verificar resultados de la legislación vigente; JM abre un eje fiscal distinto, referido a la forma en que Hacienda valora el gasto sanitario.

Fuentes complementarias utilizadas: Manuel Inostroza, Lo importante era partir y aún estamos a tiempo, 10 de agosto de 2026, diapositivas 19-21.

Síntesis de iniciativas con cierta convergencia explicita

La revisión de las intervenciones permite identificar un conjunto relativamente acotado de iniciativas en torno a las cuales existe convergencia sustantiva entre varios expertos, aunque no necesariamente acuerdo respecto de todos sus instrumentos o modalidades de implementación.

Así, entre estas, cabe distinguir, por una parte lo que serían **reformas estructurales**, destinadas a modificar reglas, instituciones e incentivos que condicionan el funcionamiento del sistema; y, por otra, **medidas operativas o regulatorias de más rápida ejecución**, capaces de producir mejoras durante el actual período de gobierno mientras las reformas de mayor alcance son discutidas e implementadas.

Entre las **reformas estructurales**, la mayor convergencia se observa en la modernización de la gestión hospitalaria y del empleo público en salud. Cristian Baeza, Luis Castillo, Manuel Inostroza y Rodrigo Rocha coinciden, con distintos énfasis, en la necesidad de revisar las reglas laborales, los incentivos y su vinculación con resultados sanitarios; Baeza, Anamaria Arriagada y Castillo agregan la revisión de la autonomía, gobernanza y responsabilidad de los establecimientos y sus directivos. En este mismo nivel se sitúan el **fortalecimiento de FONASA** como verdadero seguro público y comprador estratégico, respaldado por Erazo, Baeza e Inostroza, junto con la revisión de su gobernanza y de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC); y la **reforma del Código** Sanitario para ampliar, con las debidas salvaguardas, las competencias de otros profesionales de la salud, propuesta en términos convergentes por Mañalich, Rubilar e Inostroza.

Un segundo núcleo estructural corresponde a la **protección financiera y acceso a medicamentos**. Las intervenciones convergen especialmente en fortalecer la bioequivalencia y el uso efectivo de genéricos, evitando que recursos públicos o de seguridad social financien sobreprecios de marca cuando existe una alternativa terapéuticamente equivalente; asimismo, existe coincidencia en la necesidad de recuperar el funcionamiento de la Ley Ricarte Soto y avanzar hacia una institucionalidad más ordenada y sostenible para los medicamentos de alto costo. A ello se suma, con distintos diseños, la discusión sobre una protección financiera más efectiva para medicamentos ambulatorios y el fortalecimiento de las capacidades de FONASA para realizar compra estratégica. En este sentido, el problema de medicamentos aparece no solo como una cuestión de precios, sino como un componente de la arquitectura de aseguramiento y protección social que requiere reformas legales e institucionales.

Junto con estas reformas, existe un conjunto de **medidas operativas susceptibles de avance inmediato**. Destacan la priorización de las listas de espera según severidad y necesidad clínica; la gestión de la capacidad asistencial con lógica de red y fortalecimiento de la resolutividad de la APS; la implementación de una receta electrónica interoperable; el impulso efectivo a la bioequivalencia; y la reactivación administrativa de los procesos de la Ley Ricarte Soto mientras se tramita una reforma de mayor alcance.

Referencias

SENADO. Comisión de Salud. Sesión del 10 de agosto de 2026. Disponible en https://www.senado.cl/actividad-legislativa/comisiones/195/22821

SENADO. Transcripción de la Sesión del 17 de agosto de 2026.(documento interno facilitado por la Comisión de Salud del Senado)

TV SENADO. Sesión de la Comisión de Salud del 17 de agosto de 2026 Disponible en https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2026-08-17/100655.html

PRESENTACION DE DIAPOSITIVAS en Sesión Especial de la Comisión de Salud del Senado *¿Hacia dónde va la salud en Chile? Modernización y reformas pendientes*.(10 agosto 2026) Disponible en https://www.senado.cl/actividad-legislativa/comisiones/195/22821

Baeza, C. C. (2026, 10 de agosto). *Reformas pendientes en el sector salud: ¿Por qué, cuáles son, y cómo abordarlas? La calma antes de repetir la tempestad*

Castillo, L. (2026, 10 de agosto). *Algunas reflexiones sobre lista de espera: Pasar a una política permanente de gestión de la demanda y de la capacidad resolutiva de la red pública-privada*

Erazo Latorre, Á. (2026, 10 de agosto). *Acceso y protección financiera en salud: Gasto de bolsillo y gasto privado en medicamentos. Las paradojas de las coberturas y el acceso que impactan a las familias chilenas*.

Inostroza Palma, M. (2026, 10 de agosto). *Lo importante era partir y aún estamos a tiempo*

Mañalich, J. (2026, 10 de agosto). *Listas de espera en salud: ¿Qué hacer?*

Paredes, D. (2026, 10 de agosto). *Gasto de bolsillo, medicamentos, MAC;* ISPOR Chile Chapter.

Rocha, R. (2026, 10 de agosto). *La salud pública que Chile necesita se construye con quienes la sostienen: Fortalecer a los equipos de salud para brindar una atención oportuna, segura y de calidad*

Rubilar Barahona, K. (2026, 10 de agosto). *Medicamentos disponibles, pero todavía inaccesibles: Comentario a la presentación del Dr. Álvaro Erazo Latorre ante la Comisión de Salud del Senado*

Nota Aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)