



PERIODO LEGISLATIVO 2026-2030

LEGISLATURA 374

Modifica el artículo 19 N° 8 de la Constitución Política de la República, para establecer la obligatoriedad de afiliación al Fondo Nacional de Salud de las altas autoridades del estado.

SESIÓN N° 33

☒ PRIMER TRÁMITE CONST.

FECHA 15-06-2026

☐ SEGUNDO TRÁMITE CONST. (S)

DESTINACIÓN

- ☐ 01.- AGRICULTURA, SILVICULTURA Y DESARROLLO RURAL
- ☐ 02.- DEFENSA NACIONAL
- ☐ 03.- ECONOMÍA, FOMENTO; MICRO, PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA PROTECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES Y TURISMO
- ☐ 04.- EDUCACIÓN
- ☐ 05.- HACIENDA
- ☐ 06.- GOBIERNO INTERIOR, NACIONALIDAD, CIUDADANÍA Y REGIONALIZACIÓN
- ☒ 07.- CONSTITUCIÓN, LEGISLACIÓN, JUSTICIA Y REGLAMENTO
- ☐ 08.- MINERÍA Y ENERGÍA
- ☐ 09.- OBRAS PÚBLICAS
- ☐ 10.- RELACIONES EXTERIORES, ASUNTOS INTERPARLAMENTARIOS E INTEGRACIÓN LATINOAMERICANA
- ☐ 11.- SALUD
- ☐ 12.- MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES
- ☐ 13.- TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
- ☐ 14.- VIVIENDA, DESARROLLO URBANO
- ☐ 15.- TRANSPORTES Y TELECOMUNICACIONES
- ☐ 16.- RÉGIMEN INTERNO Y ADMINISTRACIÓN
- ☐ 17.- DERECHOS HUMANOS Y PUEBLOS ORIGINARIOS
- ☐ 18.- LA FAMILIA
- ☐ 19.- CIENCIAS Y TECNOLOGÍA
- ☐ 20.- BIENES NACIONALES
- ☐ 21.- PESCA, ACUICULTURA E INTERESES MARÍTIMOS
- ☐ 22.- DE EMERGENCIA, DESASTRES Y BOMBEROS
- ☐ 24.- CULTURA, ARTES Y COMUNICACIONES
- ☐ 25.- SEGURIDAD CIUDADANA
- ☐ 27.- ZONAS EXTREMAS Y ANTÁRTICA CHILENA
- ☐ 29.- DEPORTES Y RECREACIÓN
- ☐ 31.- DESARROLLO SOCIAL, SUPERACIÓN DE LA POBREZA Y PLANIFICACIÓN
- ☐ 33.- RECURSOS HÍDRICOS Y DESERTIFICACIÓN
- ☐ 34.- MUJERES Y EQUIDAD DE GÉNERO
- ☐ COMISIÓN DE HACIENDA, EN LO PERTINENTE.
- ☐ COMISIÓN MIXTA.
- ☐ COMISIÓN ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS.
- ☐ EXCMA. CORTE SUPREMA, EN LO PERTINENTE.
- ☐ OTRA:

Reforma constitucional que modifica el artículo 19 N° 8 de la Constitución Política de la República, para establecer la obligatoriedad de afiliación al Fondo Nacional de Salud de las altas autoridades del estado.

I. FUNDAMENTOS

1. Chile y la desigualdad estructural en salud

Chile es un país profundamente desigual, y una de las expresiones más evidentes de dicha desigualdad se manifiesta en el acceso a la salud. A pesar de los avances institucionales y del desarrollo económico experimentado por el país durante las últimas décadas, el sistema sanitario chileno continúa estructurado sobre una lógica de segmentación social que reproduce y profundiza las diferencias socioeconómicas existentes.

Actualmente, Chile cuenta con un sistema de salud de carácter mixto, compuesto por un sistema público, representado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y un sistema privado, integrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Sin embargo, ambos subsistemas no operan bajo condiciones equivalentes ni integradas. Por el contrario, han evolucionado bajo criterios diferenciados de financiamiento, acceso y cobertura, generando profundas brechas entre quienes pueden acceder a prestaciones privadas y quienes dependen exclusivamente de la red pública de salud.

FONASA concentra actualmente a más del 80% de la población chilena, incluyendo a las personas de menores ingresos, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas y grupos que requieren mayores niveles de atención médica. No obstante, es precisamente el sistema que enfrenta mayores dificultades estructurales: listas de espera, sobrecarga hospitalaria, déficit de especialistas, insuficiencia de infraestructura y limitaciones permanentes de financiamiento.

En contraste, las ISAPRES concentran proporcionalmente a la población de mayores ingresos y menor riesgo sanitario. Aunque ofrecen mejores niveles de cobertura para ciertos sectores, el sistema privado tampoco ha estado exento de cuestionamientos, especialmente debido a mecanismos de discriminación por riesgo, aumentos unilaterales de planes y cobros excesivos que incluso han derivado en una de las mayores crisis institucionales y judiciales del sistema sanitario chileno.

Esta segmentación no constituye una situación accidental. Es consecuencia de un diseño institucional construido bajo lógicas de mercado aplicadas a un derecho esencial,



donde la capacidad económica termina condicionando el acceso efectivo a prestaciones oportunas y de calidad. De esta manera, la salud deja de funcionar plenamente como un derecho social garantizado y pasa a depender, en gran medida, de la posición socioeconómica de cada persona.

Las consecuencias de esta estructura han sido ampliamente visibles: desigualdad territorial en el acceso a especialistas, saturación de hospitales públicos, endeudamiento de familias producto de enfermedades graves y una creciente percepción de injusticia respecto del acceso a prestaciones sanitarias básicas. La crisis financiera y estructural que atraviesan las ISAPRES, junto con la presión permanente sobre la red pública, ha evidenciado además la fragilidad del actual modelo de salud y la necesidad de avanzar hacia transformaciones profundas.

2. El financiamiento de FONASA y la amenaza del ajuste fiscal

El Fondo Nacional de Salud constituye el principal sostén del sistema sanitario chileno. Su financiamiento proviene principalmente de dos fuentes: las cotizaciones obligatorias de las y los trabajadores, equivalentes al 7% de sus remuneraciones imponibles, y el aporte fiscal realizado por el Estado mediante la recaudación tributaria general.

Sin embargo, el componente fundamental del financiamiento de FONASA corresponde precisamente al aporte estatal. Actualmente, cerca del 74,6% de sus recursos provienen directamente del financiamiento fiscal, lo que demuestra que la sostenibilidad del sistema público depende de manera estructural de la prioridad política que el Estado otorgue al derecho a la salud.

En este contexto, resulta especialmente preocupante que el Poder Ejecutivo haya reducido el financiamiento destinado a la salud pública mediante mecanismos de ajuste fiscal. A través del Decreto N°333 del Ministerio de Hacienda, se ordenó una reducción presupuestaria al sector salud por un total de \$413.193 mil millones de pesos, siendo FONASA la institución más afectada, con un recorte superior a los \$259.512 mil millones.

Esta decisión no puede entenderse únicamente como una medida administrativa puntual. Sus efectos impactan directamente sobre la capacidad del sistema público para responder a las necesidades sanitarias de millones de personas. Menos recursos para FONASA implican menos capacidad de financiamiento para prestaciones médicas, mayor presión sobre hospitales y centros asistenciales, dificultades para disminuir listas de espera y un debilitamiento progresivo de la red pública sanitaria.

Más aún, este tipo de medidas evidencia la ausencia de garantías estructurales respecto del financiamiento de los derechos sociales en Chile. Mientras la salud continúe dependiendo de decisiones presupuestarias anuales sujetas a criterios de ajuste fiscal, el acceso efectivo a prestaciones sanitarias seguirá siendo vulnerable frente a contingencias económicas y definiciones políticas circunstanciales.



La situación resulta particularmente grave considerando que el sistema público ya opera bajo condiciones de alta presión asistencial y déficit estructural. En lugar de fortalecer las capacidades estatales para responder a dichas necesidades, los recortes presupuestarios profundizan las desigualdades existentes y trasladan el costo de la austeridad fiscal a quienes dependen exclusivamente de la salud pública.

3. El principio de solidaridad y la cotización como mecanismo redistributivo

Uno de los principios fundamentales sobre los cuales se estructura FONASA es el principio de solidaridad. A diferencia de los sistemas organizados exclusivamente bajo criterios de mercado, el modelo público funciona sobre la base de un fondo común: las cotizaciones obligatorias no se destinan únicamente al financiamiento individual de quien aporta, sino que financian las prestaciones de toda la población afiliada, independientemente de su edad, condición de salud o nivel de ingresos.

Este principio supone comprender la salud como una responsabilidad colectiva y no como un bien de consumo individual. Quienes tienen mayores ingresos o menor utilización del sistema contribuyen al financiamiento de quienes presentan mayores necesidades médicas o menores capacidades económicas. La lógica que sustenta este modelo es que el acceso a la salud debe depender de la necesidad sanitaria y no exclusivamente de la capacidad de pago de cada persona.

Las ISAPRES han operado históricamente bajo una lógica distinta. Mediante mecanismos de segmentación por riesgo, el sistema privado ha permitido concentrar a los sectores de mayores ingresos y menor carga sanitaria, debilitando progresivamente la capacidad redistributiva del sistema general de salud.

Sin embargo, aun cuando FONASA se funda en principios solidarios, el diseño actual del sistema sanitario limita severamente el alcance efectivo de dicha solidaridad. Ello ocurre porque quienes cotizan mayoritariamente en FONASA corresponden precisamente a trabajadores y trabajadoras de menores ingresos, mientras una parte importante de las rentas más altas del país destina sus cotizaciones al sistema privado.

Esta situación genera una contradicción estructural evidente: el sistema que atiende a la población con mayores necesidades sociales y sanitarias es, al mismo tiempo, aquel que dispone proporcionalmente de una base contributiva más limitada. La segmentación del financiamiento debilita la capacidad redistributiva de FONASA y profundiza las desigualdades entre el sistema público y el privado.

4. La responsabilidad política de las autoridades: cotizar donde gobierna la mayoría



En este contexto, resulta indispensable avanzar hacia medidas estructurales que permitan fortalecer de manera permanente y sostenible el financiamiento del sistema público de salud. La presente reforma constitucional busca precisamente establecer la obligación de que las altas autoridades del Estado destinen su cotización obligatoria de salud al Fondo Nacional de Salud, entendiendo que quienes ejercen funciones de dirección política del país tienen también un deber especial de contribuir al sostenimiento del sistema del cual depende la inmensa mayoría de la población chilena.

Esta propuesta responde, en primer lugar, a un principio básico de responsabilidad pública y coherencia institucional. Las altas autoridades del Estado toman decisiones que impactan directamente sobre la vida cotidiana de millones de personas usuarias de FONASA: definen presupuestos, impulsan reformas, establecen prioridades sanitarias y administran los recursos públicos destinados a salud. Sin embargo, muchas de dichas autoridades no forman parte del sistema público ni experimentan las condiciones reales bajo las cuales la ciudadanía accede diariamente a atención médica.

Esta desconexión no es únicamente simbólica. Cuando quienes gobiernan permanecen al margen del sistema que utiliza más del 80% de la población, se genera una distancia política y material que debilita la capacidad del Estado para comprender la urgencia de fortalecer la salud pública. Resulta difícil exigir confianza ciudadana en las instituciones cuando las decisiones sobre listas de espera, déficit hospitalario, falta de especialistas o recortes presupuestarios son adoptadas desde una realidad completamente distinta a la que enfrentan millones de personas.

Por ello, cotizar en FONASA constituye una exigencia mínima de responsabilidad política. Quienes ejercen las más altas funciones del Estado deben contribuir directamente al financiamiento del sistema público y compartir las condiciones estructurales del sistema que administran. Gobernar también implica asumir las consecuencias de las decisiones que se adoptan.

En segundo lugar, la propuesta se fundamenta en una necesidad urgente de fortalecer el financiamiento del sistema público de salud. Actualmente, FONASA sostiene la atención sanitaria de más de 15 millones de personas, incluyendo a quienes presentan mayores necesidades médicas, enfermedades crónicas, menor capacidad económica y una mayor dependencia de las prestaciones públicas. Sin embargo, lo hace enfrentando un escenario de presión financiera permanente y crecientes restricciones presupuestarias.

Esta situación se vuelve aún más grave considerando el reciente recorte aplicado al presupuesto de salud mediante el Decreto N°333 del Ministerio de Hacienda, el cual redujo en más de \$413 mil millones de pesos los recursos destinados al sector, afectando particularmente a FONASA con una disminución superior a los \$259 mil millones. Dicho ajuste presupuestario impacta directamente sobre la capacidad del sistema público para responder adecuadamente a las necesidades sanitarias de la población, profundizando problemas ya existentes como listas de espera, déficit hospitalario, falta de especialistas y sobrecarga de la red asistencial.



Frente a este escenario, resulta imperativo avanzar en mecanismos permanentes que permitan robustecer las fuentes de financiamiento del sistema público de salud. No resulta sostenible que el sistema del cual depende la mayoría de la población continúe operando bajo condiciones de insuficiencia estructural, mientras los sectores de mayores ingresos permanecen mayoritariamente fuera de su base contributiva.

Actualmente, mientras las rentas más altas concentran sus cotizaciones en sistemas privados, FONASA continúa financiándose principalmente mediante aportes de trabajadores y trabajadoras de ingresos medios y bajos, además del financiamiento fiscal estatal. Esta lógica reproduce una desigualdad estructural profundamente injusta: el sistema que atiende a quienes más necesitan apoyo es también aquel que cuenta proporcionalmente con menos recursos provenientes de cotizaciones de altos ingresos.

En ese contexto, la incorporación obligatoria de las altas autoridades del Estado a FONASA constituye una medida concreta de fortalecimiento financiero y solidaridad contributiva. Las altas autoridades perciben remuneraciones entre las más elevadas del país y, por tanto, sus cotizaciones representarían un aporte significativo al fondo común de salud pública. Si bien esta medida no resolverá por sí sola la crisis estructural del sistema sanitario, sí constituye una señal política clara respecto de la necesidad de distribuir de manera más justa las cargas del financiamiento de los derechos sociales.

No resulta razonable exigir solidaridad únicamente a quienes menos tienen, mientras quienes poseen mayores ingresos, incluyendo quienes conducen políticamente el país, permanecen fuera del sistema público del cual depende la inmensa mayoría de la población. Fortalecer FONASA requiere también avanzar hacia un modelo donde las autoridades contribuyan directamente al sostenimiento del sistema que administran y respecto del cual adoptan decisiones políticas y presupuestarias de enorme impacto social.

Finalmente, esta reforma responde también a un principio de legitimidad democrática. Las instituciones democráticas no solo se fortalecen mediante normas jurídicas o procesos electorales, sino también cuando quienes ejercen el poder comparten las condiciones materiales de vida de la población que representan.

En sociedades profundamente desiguales como la chilena, la fragmentación de los servicios públicos ha consolidado una separación entre quienes ejercen el poder y quienes dependen cotidianamente del Estado para satisfacer derechos fundamentales. Cuando las autoridades utilizan sistemas distintos a los de la mayoría de la población, disminuyen también los incentivos políticos para mejorar estructuralmente dichos servicios públicos.

Por el contrario, cuando quienes gobiernan forman parte del mismo sistema que utiliza la ciudadanía, existe una mayor presión política e institucional para garantizar estándares dignos de atención, financiamiento y funcionamiento. Que las altas autoridades del Estado coticen obligatoriamente en FONASA no constituye únicamente una medida administrativa o financiera. Es una definición política sobre el tipo de país que se busca construir: uno donde las autoridades no se sitúen al margen de las condiciones de vida de la mayoría, sino que asuman un compromiso real con el fortalecimiento de los servicios



públicos y con la construcción de un sistema de salud basado en principios de solidaridad, igualdad y responsabilidad compartida.

II. Idea matriz

La presente reforma constitucional tiene por objeto establecer la obligación de que las autoridades electas democráticamente y las altas autoridades del Estado destinen su cotización obligatoria de salud al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

III. Proyecto de ley

Artículo único.- Agréguese un nuevo inciso final al artículo 19 N°8 de la Constitución Política de la República, del siguiente tenor:

“El Presidente de la República, los Ministros de Estado, los Diputados y Senadores, los Subsecretarios, los Gobernadores Regionales, los Delegados Presidenciales Regionales, los Delegados Presidenciales Provinciales, los Ministros de los Tribunales Superiores de Justicia, los Ministros del Tribunal Constitucional, el Fiscal Nacional, el Contralor General de la República y los directores de servicios públicos deberán encontrarse afiliados al Fondo Nacional de Salud mientras se encuentren en ejercicio de sus funciones.”

Artículo transitorio.- Las autoridades señaladas en el inciso final del artículo 19 N°9 de la Constitución Política de la República que, al momento de entrada en vigencia de la presente reforma constitucional, se encuentren afiliadas a un sistema previsional de salud distinto al Fondo Nacional de Salud, tendrán un plazo máximo de seis meses para efectuar el cambio de afiliación y destinar su cotización obligatoria al Fondo Nacional de Salud.

Se exceptúan de lo dispuesto en el inciso anterior aquellas autoridades que, al momento de entrada en vigencia de esta reforma constitucional, se encuentren en tratamiento activo por enfermedades de alto costo, patologías crónicas complejas o condiciones de salud que requieran atención continua, seguimiento especializado o terapias periódicas que no puedan ser interrumpidas sin afectar la continuidad de su tratamiento. En tales casos, podrán postergar el cambio de régimen previsional de salud por un plazo máximo de seis meses contado desde el alta médica, la estabilización de su condición o el término del tratamiento, según corresponda.

Dicha circunstancia deberá acreditarse mediante certificado emitido por el profesional tratante.



Lo dispuesto en el inciso precedente será igualmente aplicable respecto de prestaciones vinculadas a salud sexual y reproductiva, control prenatal, embarazo, puerperio, medicina reproductiva, fertilidad, reproducción asistida y patologías ginecológicas que requieran continuidad diagnóstica, terapéutica o de seguimiento clínico.




FERNANDO GUSTAVO MONTI
N.D. MARIAS FERNANDEZ H.


FERNANDO GUSTAVO MONTI
H.D. CONSUELO VELOSO A.


FERNANDO GUSTAVO MONTI
H.D. FERNANDO ZAMORANO P.


FERNANDO GUSTAVO MONTI
H.D. FRANCISCA BELLO C.


FERNANDO GUSTAVO MONTI
H.D. CHRISTIAN MELLA A.


FERNANDO GUSTAVO MONTI
H.D. GUSTAVO GATICA V.

