



PROPUESTA DEL
COLEGIO MÉDICO DE CHILE
PARA LAS CANDIDATURAS
PRESIDENCIALES 2026-2030

OCTUBRE 2025



PROPUESTA DEL
COLEGIO MÉDICO DE CHILE
PARA LAS CANDIDATURAS
PRESIDENCIALES 2026-2030

Elaborado por:

Departamento de Trabajo Médico
Departamento de Políticas de Salud y Estudios

Aprobado por:

Honorable Consejo Nacional



COLEGIO MÉDICO DE CHILE

INTRODUCCIÓN

Este documento recoge el trabajo colectivo desarrollado en el marco del proceso participativo impulsado por el Colegio Médico de Chile, que convocó a representantes de los Consejos Regionales en seis mesas temáticas. Su objetivo fue generar propuestas concretas, relevantes y transformadoras en salud para ser presentadas a las candidaturas presidenciales 2025-2030, incorporando la visión crítica, propositiva y territorial de las y los médicos del país.

Las mesas de trabajo abordaron las siguientes dimensiones prioritarias: (I) Gestión de la espera y red asistencial; (II) Gobernanza, institucionalidad y rol del Estado; (III) Financiamiento, eficiencia e incentivos; (IV) Recursos humanos y condiciones laborales; (V) Tecnología, digitalización e innovación; (VI) Determinantes sociales, salud mental y equidad territorial. A partir de una dinámica participativa, cada grupo identificó desafíos clave, principios rectores y propuestas concretas a ser impulsadas por el Colegio Médico en el próximo ciclo político.

PROPUESTAS

POR EJE TEMÁTICO

I. GESTIÓN DE LA ESPERA Y RED ASISTENCIAL

La gestión de las listas de espera y el fortalecimiento de las redes asistenciales constituyen uno de los principales desafíos del sistema de salud chileno. El Colegio Médico, en su rol de actor técnico, ético y gremial, propone una estrategia integral que articule la continuidad del cuidado, aumente la eficiencia clínica y administrativa, y asegure un acceso oportuno y digno para toda la población.

1. Implementación de un Modelo Nacional de Trayectoria de Cuidado

Se propone el diseño e implementación de un modelo de trayectoria clínica nacional que defina con claridad los hitos clínicos esperados para cada problema de salud GES y no GES prioritario. Este modelo debe incluir plazos máximos entre la interconsulta y la atención de especialidad, indicadores de derivación y contrarreferencia efectiva, y protocolos de seguimiento postquirúrgico desde la APS. Adaptado a la realidad territorial, este modelo debe tener como eje articulador la continuidad del cuidado y debe ser una herramienta de planificación clínica y organizacional.

2. Sistema de Acompañamiento a Personas en Espera

Un sistema de navegación clínica y acompañamiento activo permitiría reducir la incertidumbre, mejorar la experiencia del paciente y aumentar la eficiencia del sistema. Este sistema debe entregar información clara y en lenguaje ciudadano sobre el estado de la solicitud, permitir intervenciones preventivas desde la APS durante el tiempo de espera, y ofrecer acceso a soporte psicosocial para personas en situaciones prolongadas o de alta carga emocional. La gestión de este acompañamiento debe estar integrada a la red asistencial mediante sistemas interoperables y equipos capacitados.

3. Integración efectiva de especialidades en APS

La resolutivez de la atención primaria debe fortalecerse mediante la integración efectiva de especialidades básicas, ya sea en modalidad rotativa, permanente o mediante dispositivos móviles. Esta medida es clave para responder a las necesidades de zonas rurales o de menor complejidad hospitalaria. El uso regular de telemedicina y teleinterconsulta debe ser parte estructural de la práctica clínica y no una solución de emergencia. Todo ello requiere articulación operativa, recursos humanos preparados y una política nacional de integración clínica.

4. Marco normativo y operativo para tiempos de espera máximos

El Colegio Médico plantea que el país debe contar con tiempos máximos de espera de-

finidos clínica y técnicamente para patologías prioritarias, según criterios de gravedad, riesgo de progresión y capacidad resolutoria local. Estos estándares deben ser exigibles jurídicamente, y acompañados de un sistema de seguimiento transparente, con fiscalización externa y participación de la sociedad civil. La garantía de oportunidad debe dejar de ser una promesa y transformarse en una obligación institucional.

5. Comisión Nacional Permanente de Gestión de la Espera

Se propone la creación de una Comisión Nacional Permanente de Gestión de la Espera, con participación del MINSAL, servicios de salud, organizaciones de pacientes y Colegio Médico. Esta comisión debe tener capacidades para monitorear el cumplimiento de metas, identificar cuellos de botella clínicos y administrativos, y recomendar medidas de integración público-privada. Su función debe tener un carácter técnico y deliberativo, con capacidad de adaptación regional.

6. Sistema Interoperable de Gestión de la Red Asistencial

La existencia de un sistema único y obligatorio de información clínica interoperable es fundamental para la trazabilidad de la atención. Este sistema debe integrar la ficha clínica electrónica, el estado de interconsultas y derivaciones, la programación de cirugías y procedimientos pendientes, y el seguimiento completo de la trayectoria clínica de cada paciente. Su uso debe ser transversal a todos los prestadores públicos y conveniados, bajo un marco de protección de datos sensibles.

7. Fortalecer estrategia de retención y disponibilidad de especialistas en red pública

La disponibilidad de especialistas en el sistema público requiere una estrategia nacional de retención que contemple incentivos diferenciados para zonas críticas, condiciones contractuales flexibles que favorezcan la permanencia, y la revisión de la carrera médica en hospitales de baja complejidad. Proponemos una plataforma nacional para la gestión de disponibilidad de especialistas que permita una asignación más eficiente y equitativa.

8. Fortalecimiento de la participación local y control social

Finalmente, el fortalecimiento de la participación ciudadana debe ser parte central de una red asistencial moderna. Se deben consolidar consejos de desarrollo local con atribuciones reales, avanzar hacia mecanismos de cogestión en la definición de agendas quirúrgicas y dispositivos de resolución, e incorporar organizaciones sociales en el seguimiento de indicadores de acceso, oportunidad y resolutoriedad. La gobernanza territorial debe ser una herramienta de transparencia, corresponsabilidad y legitimidad.

II. GOBERNANZA, INSTITUCIONALIDAD Y ROL DEL ESTADO

La gobernanza del sistema de salud chileno requiere una reconfiguración institucional profunda que permita separar funciones, modernizar los marcos regulatorios y garantizar transparencia, eficiencia y participación en todos los niveles. Desde una mirada gremial y de salud pública, el Colegio Médico plantea una serie de propuestas que buscan fortalecer la conducción estratégica del sistema, así como dotar de legitimidad y eficacia a las instituciones sanitarias.

1. Creación de una Dirección Nacional de Prestadores

El Colegio Médico propone la creación de una Dirección Nacional de Prestadores que concentre la función de administración de la red pública, actualmente dispersa entre múltiples actores. Esta entidad permitiría una conducción técnica y estratégica unificada, separada de las funciones de rectoría (MINSAL) y financiamiento (FONASA), favoreciendo la eficiencia operativa y el uso racional de los recursos. Esta dirección debería contar con autonomía técnica, presupuesto propio y un marco normativo robusto que defina sus atribuciones y mecanismos de rendición de cuentas.

2. Fortalecimiento de la Superintendencia de Salud como entidad fiscalizadora

Una pieza clave para asegurar transparencia y equidad en el sistema es fortalecer el rol de la Superintendencia de Salud. Se propone dotarla de mayores capacidades regulatorias y sancionatorias, especialmente frente al sistema privado y a las entidades que gestionan seguros y prestaciones. La Superintendencia debe contar con facultades efectivas para supervisar la calidad, el cumplimiento de garantías y la adecuación financiera de los actores del sistema, garantizando la protección de los derechos de las personas.

3. Consolidación de mecanismos de participación vinculante y cogestión territorial

La legitimidad de las decisiones sanitarias requiere una arquitectura participativa robusta. El Colegio Médico promueve la consolidación de consejos de desarrollo local y regional con atribuciones reales de cogestión y deliberación sobre prioridades locales de salud, presupuestos, programación de servicios y seguimiento de indicadores. Además, se propone formalizar instancias de diálogo entre servicios de salud, municipios y organizaciones sociales, integrando estas voces en la planificación y evaluación de políticas.

4. Marco normativo para la integración regulada público-privada

Dado el peso del sector privado en la provisión de servicios, resulta imprescindible establecer un marco normativo que ordene la relación público-privada, estableciendo

reglas claras para la compra de servicios, los mecanismos de integración y la evaluación de resultados. El Colegio Médico plantea avanzar hacia una integración regulada, que asegure calidad, eficiencia y equidad en el acceso, evitando la captura de decisiones públicas por intereses corporativos y restringiendo la integración vertical entre aseguradoras y prestadores.

5. Transparencia activa, rendición de cuentas y control ciudadano

La institucionalidad sanitaria debe estar sometida a mecanismos rigurosos de rendición de cuentas. Se propone establecer sistemas de transparencia activa obligatoria, auditorías periódicas independientes y plataformas de acceso ciudadano a información clave sobre gestión, presupuestos, metas asistenciales, listas de espera y cumplimiento de garantías. Asimismo, se plantea fortalecer los mecanismos de control ciudadano, estableciendo canales de denuncia, observatorios regionales y participación en la fiscalización.

6. Propuesta de marco postreforma ISAPRE, ordenamiento del sector privado y avance hacia un Seguro único

En el contexto del debate abierto por la crisis del modelo de ISAPRE y el fallo de la Corte Suprema, el Colegio Médico propone avanzar decididamente hacia un sistema de aseguramiento basado en los principios de la Seguridad Social. En particular, se propone el tránsito hacia un seguro único y universal de salud, de carácter público, solidario y sin discriminación por riesgo individual. Este seguro único debe cubrir las prestaciones definidas en un plan garantizado universal y asegurar el financiamiento mediante cotización obligatoria y aportes fiscales progresivos. Reconociendo la existencia de capacidades privadas en el sistema, se contempla la posibilidad de desarrollar seguros complementarios o “de segundo piso” para prestaciones adicionales o condiciones especiales, regulados estrictamente por la autoridad sanitaria y financiera. Este cambio debe ir acompañado de una transición ordenada, con protección de derechos adquiridos, diseño de un regulador robusto, y mecanismos que aseguren continuidad de atención y libre elección de prestadores dentro del sistema universal.

III. FINANCIAMIENTO, EFICIENCIA E INCENTIVOS

Una reforma estructural del financiamiento en salud es indispensable para garantizar un sistema más equitativo, eficiente y centrado en las necesidades reales de la población. El Colegio Médico propone una serie de medidas que permitan superar los

problemas históricos de fragmentación, inequidad y rigidez del actual modelo de financiamiento, orientando los recursos hacia resultados en salud y atención de calidad.

1. Pago capitado ajustado por riesgo y variables sociales

Proponemos reemplazar el actual modelo de financiamiento de la atención primaria basado en un per cápita plano, por un pago capitado ajustado según factores de riesgo epidemiológico, determinantes sociales y dispersión geográfica. Esta fórmula permitiría asignar recursos en función de las necesidades reales de salud de cada territorio, incentivando intervenciones preventivas, enfoque comunitario y trabajo en equipo. La incorporación de variables sociales permitiría un enfoque redistributivo, con mayor asignación en zonas de alta vulnerabilidad.

2. Presupuesto hospitalario basado en grupos relacionados de diagnóstico (GRD)

El Colegio Médico impulsa el fortalecimiento de modelos de presupuestación hospitalaria basados en GRD, que permiten una asignación más transparente y vinculada a resultados. Este modelo permite estimar necesidades reales de financiamiento según la complejidad de la atención prestada, ajustando la producción asistencial a estándares clínicos. No obstante, advertimos que su implementación debe ir acompañada de mecanismos de control para evitar distorsiones o incentivos perversos, y debe considerar ajustes por tamaño, rol y complejidad de cada hospital.

3. Rediseño del modelo de financiamiento per cápita en APS

Además de ajustar el valor del per cápita según riesgo, se debe rediseñar la estructura del financiamiento en atención primaria para favorecer la continuidad del cuidado, la coordinación con el nivel secundario y la mejora de resultados sanitarios. El financiamiento debe permitir la incorporación efectiva de prestaciones de salud mental, cuidados paliativos, atención domiciliaria y resolución de listas de espera, junto con asegurar recursos humanos suficientes y bien remunerados.

4. Incentivos institucionales a la eficiencia y calidad

Proponemos establecer un sistema nacional de incentivos institucionales que reconozca y premie a los establecimientos que logren avances comprobables en eficiencia, calidad de atención, satisfacción usuaria y resolución de brechas. Estos incentivos no deben limitarse a metas cuantitativas de producción, sino integrar indicadores de procesos clínicos, gestión de personas y gobernanza participativa. Un componente clave debe ser el uso eficiente y transparente del presupuesto público, con auditorías independientes y rendición de cuentas ciudadana.

5. Financiamiento público de servicios de salud mental

El Colegio Médico propone establecer un fondo específico y estable para el financiamiento de la red de salud mental pública, que supere el actual subfinanciamiento crónico. Este fondo debe contemplar recursos para fortalecer equipos comunitarios, unidades de hospitalización breve, centros de atención ambulatoria, así como infraestructura y formación de especialistas. Se requiere además garantizar la cobertura universal de prestaciones prioritarias en salud mental, incluyendo intervenciones psicológicas, farmacoterapia, rehabilitación y apoyo a cuidadores.

6. Regulación efectiva de la complementariedad público-privada

Finalmente, se requiere un marco regulatorio claro para la compra de servicios al sector privado, que asegure calidad, costo-efectividad y control público. Las compras deben responder a necesidades explícitas de la red pública y no convertirse en una vía de derivación estructural que debilite la capacidad resolutoria del sistema estatal. Se propone establecer tarifas únicas nacionales, mecanismos de licitación transparentes, indicadores de desempeño y rendición de cuentas de los prestadores privados conveniados. Esto permitirá una complementariedad virtuosa y no sustitutiva.

IV. RECURSOS HUMANOS Y CONDICIONES LABORALES

El fortalecimiento del recurso humano en salud requiere una mirada que conjugue planificación estratégica, condiciones laborales dignas, formación pertinente y reconocimiento del rol sanitario como eje central del sistema. El Colegio Médico plantea una serie de propuestas integradas que abordan estos desafíos de forma estructural y sostenible.

1. Formación profesional orientada a la resolución de necesidades sanitarias

El sistema de formación de médicos y médicas debe alinearse con las necesidades reales del sistema de salud, particularmente en el nivel primario de atención y en zonas rurales o desprovidas. Se propone fortalecer la formación en competencias clínicas esenciales, en capacidades de gestión territorial y en habilidades blandas vinculadas al trabajo en equipo y la comunicación. Además, es prioritario incorporar el uso de tecnologías sanitarias y herramientas digitales desde la formación de pregrado, permitiendo una inserción más efectiva en entornos de salud complejos y digitalizados.

2. Carrera médica y modernización del estatuto administrativo

El Colegio Médico propone avanzar hacia una carrera médica nacional, con tramos defi-

nidos por mérito, experiencia y formación, que asegure condiciones dignas, estabilidad laboral y oportunidades de desarrollo profesional a lo largo del ciclo laboral. Este enfoque requiere una modernización profunda del Estatuto Administrativo, incorporando criterios específicos para el personal médico, así como mecanismos de evaluación de desempeño pertinentes, justos y con foco en la mejora continua. Asimismo, se considera necesario revisar el vínculo contractual entre los médicos y los prestadores públicos, avanzando hacia esquemas más flexibles de jornada laboral que combinen tiempo presencial con horas orientadas a productividad clínica, resolución efectiva de problemas sanitarios o generación de valor en salud. Esta revisión implica una actualización sustantiva de las leyes médicas, de manera que se reconozca la especificidad del trabajo médico en el sector público y se fomente su permanencia, compromiso y desarrollo profesional dentro del sistema.

3. Profesionalización de la gestión sanitaria y selección de directivos

Se plantea establecer mecanismos claros y transparentes para la selección, evaluación y permanencia de directivos de establecimientos y servicios de salud. Esta tarea debe sustentarse en un perfil de competencias y en una estructura de gobernanza que privilegie el conocimiento sanitario y la capacidad de liderazgo colaborativo. El Colegio Médico promoverá la existencia de concursos públicos efectivos, con estándares de evaluación que permitan la participación de profesionales clínicos con formación en gestión. En particular, se considera que el sistema de Alta Dirección Pública (ADP) es un mecanismo adecuado para asegurar criterios técnicos, permanencia en los cargos y responsabilidad institucional, especialmente en el caso de directores y subdirectores médicos.

4. Condiciones laborales seguras y salud mental del equipo sanitario

Las condiciones laborales del equipo de salud deben ser revisadas integralmente, incluyendo jornada laboral, sistemas de turnos, derechos asociados al descanso, espacios de conciliación y desconexión digital. Se propone avanzar hacia la limitación efectiva de la jornada ordinaria y extraordinaria, implementar protocolos de prevención de riesgos psicosociales y promover políticas de salud mental ocupacional. Particularmente, se debe resguardar el derecho al autocuidado y prevenir el burnout, con foco en quienes ejercen funciones críticas o en entornos de alta demanda asistencial.

5. Regulación del teletrabajo y modalidades mixtas

La irrupción de la telemedicina y las nuevas modalidades de atención requieren una regulación clara del trabajo a distancia, garantizando condiciones laborales equitativas,

seguridad clínica y continuidad del cuidado. El Colegio Médico propone establecer un marco regulatorio para el teletrabajo médico, que defina tiempos, condiciones técnicas, resguardos éticos y límites razonables, reconociendo las diferencias entre especialidades y ámbitos de atención.

6. Reconocimiento de la salud laboral como política pública

Finalmente, se plantea que la salud laboral de los equipos sanitarios sea reconocida como una prioridad de política pública. Esto implica generar datos sistemáticos sobre condiciones de trabajo, enfermedades profesionales y accidentes laborales; fortalecer los Comités Paritarios en salud; y asegurar que las decisiones administrativas y presupuestarias consideren el bienestar físico y mental del equipo médico. Se propone impulsar una agenda nacional de salud laboral en el sector público, con participación del Colegio Médico en su diseño y monitoreo.

V. TECNOLOGÍA, DIGITALIZACIÓN E INNOVACIÓN

La transformación digital del sistema de salud no puede seguir siendo una promesa. Requiere voluntad política, inversiones sostenidas y una gobernanza clara que asegure estándares comunes, equidad territorial y resguardo ético. El Colegio Médico propone avanzar decididamente en una agenda digital que potencie la gestión clínica, la salud pública y la relación con los usuarios.

1. Hacia una ficha clínica electrónica única, interoperable y obligatoria

Se propone consolidar una ficha clínica electrónica única nacional, de carácter obligatorio para todos los prestadores públicos y privados que operan con fondos públicos. Esta ficha debe contar con módulos integrados de atención primaria, atención secundaria, salud mental, urgencias y hospitalización, permitiendo el seguimiento longitudinal del paciente a través de todo el sistema. El desarrollo de estándares de interoperabilidad será clave para asegurar la continuidad del cuidado y la calidad de los datos.

2. Sistemas de priorización y monitoreo inteligente de listas de espera

El Colegio Médico plantea incorporar algoritmos de priorización clínica para resolver listas de espera, basados en criterios de gravedad, carga de enfermedad y vulnerabilidad social. Estos sistemas deben complementarse con plataformas de monitoreo en tiempo real, accesibles a prestadores y a usuarios, que permitan conocer el estado de la solicitud y alertar sobre desvíos respecto a los plazos definidos por la normativa.

3. Inteligencia artificial para la gestión clínica y sanitaria

Se propone el uso progresivo de herramientas de inteligencia artificial (IA) para apoyar la gestión clínica (triage automatizado, apoyo al diagnóstico, seguimiento de tratamientos) y la gestión sanitaria (análisis de demanda, programación quirúrgica, modelamiento de oferta). El desarrollo e implementación de estas tecnologías debe incluir marcos éticos y de resguardo de datos personales, así como estrategias de capacitación continua para los equipos clínicos.

4. Innovación en salud pública digital y vigilancia epidemiológica

El Colegio Médico plantea avanzar en una estrategia nacional de salud pública digital, que modernice los sistemas de vigilancia, notificación y respuesta ante emergencias sanitarias. Esto incluye el fortalecimiento de plataformas de reporte obligatorio, la integración de fuentes de datos múltiples (clínicos, ambientales, sociales) y el desarrollo de sistemas de alerta temprana que utilicen herramientas de big data y georreferenciación.

5. Herramientas tecnológicas para la promoción y prevención en salud

La salud digital también debe orientarse hacia la promoción de estilos de vida saludables, educación sanitaria y empoderamiento ciudadano. Se propone desarrollar aplicaciones móviles, portales web y plataformas comunitarias que entreguen información personalizada, faciliten la navegación por el sistema y promuevan el autocuidado. Estas herramientas deben ser culturalmente pertinentes y accesibles para personas con distintas condiciones de alfabetización digital.

6. Equidad digital y acceso universal a tecnologías de salud

Toda política de transformación digital debe considerar activamente las brechas de acceso a tecnología. El Colegio Médico propone garantizar conectividad en todos los establecimientos del sistema público, asegurar dispositivos y formación digital básica en zonas rurales, y evaluar la cobertura de servicios digitales en los planes de salud. La equidad digital es una dimensión fundamental de la equidad sanitaria.

VI. DETERMINANTES SOCIALES, SALUD MENTAL Y EQUIDAD TERRITORIAL

La salud no puede entenderse ni abordarse aisladamente de los contextos sociales, culturales, económicos y territoriales que la condicionan. Esta mesa ha buscado integrar una visión amplia de la salud que considere las desigualdades sociales, el enfoque intercultural, la distribución territorial de recursos, la crisis climática y la creciente car-

ga de enfermedad mental. Desde esta mirada, el Colegio Médico de Chile propone las siguientes orientaciones prioritarias:

1. Reforzar la atención en salud mental desde un enfoque comunitario, integrado y con financiamiento acorde.

La salud mental requiere una red robusta que articule efectivamente a la atención primaria con la atención especializada, priorizando un modelo de atención comunitaria que incorpore a los equipos de salud mental en los territorios, reduzca la fragmentación y disminuya los tiempos de espera. Es urgente dotar a esta área de un financiamiento proporcional a su peso epidemiológico y garantizar prestaciones efectivas a lo largo del ciclo vital.

2. Incorporar los determinantes sociales en la planificación y priorización sanitaria.

Proponemos que las políticas de salud se articulen con intervenciones multisectoriales que aborden los factores estructurales que afectan la salud, tales como pobreza, vivienda inadecuada, transporte deficitario, inseguridad alimentaria, y empleo precario. Para ello, se deben establecer instancias de gobernanza intersectorial, con financiamiento y metas compartidas, fortaleciendo la rectoría del MINSAL en coordinación con otros ministerios y gobiernos locales.

3. Fortalecer un enfoque intercultural en salud con participación activa de comunidades y pueblos originarios.

Se requiere avanzar desde una lógica de “adaptación” hacia una verdadera interculturalidad en salud, que respete cosmovisiones, saberes tradicionales y prácticas propias, y que promueva servicios pertinentes cultural y lingüísticamente. Esto implica formar equipos con competencias interculturales, incluir facilitadores interculturales en la red y permitir la cogestión de servicios con participación de comunidades indígenas y migrantes.

4. Reducir brechas territoriales en salud a través de una política nacional de equidad territorial.

Las desigualdades en el acceso y calidad de atención entre zonas urbanas, rurales y aisladas deben abordarse de manera decidida, con políticas específicas de infraestructura, dotación profesional, conectividad y tecnologías de soporte para asegurar que el lugar de residencia no determine la salud. Se requiere una mirada redistributiva que priorice inversión en zonas postergadas.

5. Adaptar el sistema de salud a los desafíos del cambio climático y los desastres sanitarios.

Chile necesita contar con una política nacional de salud frente al cambio climático, que contemple mecanismos de vigilancia de riesgos ambientales, sistemas de alerta temprana, planes de adaptación del sistema de salud ante eventos extremos y estrategias de sostenibilidad institucional. Esta política debe articularse con la agenda global de desarrollo sostenible y adoptar un enfoque de “Una Salud” que reconozca la interdependencia entre salud humana, animal y ecosistémica.

6. Fortalecer los sistemas de información para monitorear desigualdades y orientar la acción.

Finalmente, es indispensable mejorar la calidad, desagregación y disponibilidad de datos sobre determinantes sociales, salud mental, interculturalidad y territorios. La evidencia generada debe orientar decisiones de política pública, focalización de recursos y evaluación de impacto de las intervenciones, y estar disponible para la ciudadanía en formatos comprensibles y oportunos.

7. Revertir la baja tasa de natalidad con medidas de conciliación, integración y apoyo a la infancia.

Ante la sostenida disminución de la natalidad en Chile, se propone una estrategia que promueva la conciliación entre trabajo y crianza, el fortalecimiento de la corresponsabilidad parental y el apoyo activo del Estado a la infancia. Esta debe incluir el avance hacia una sala cuna universal de carácter público, el reforzamiento de la integración de familias migrantes al sistema sanitario y educacional, una expansión efectiva de la cobertura de terapias de fertilización asistida para parejas con dificultades reproductivas, y el fortalecimiento de políticas de adopción y acogida como medidas para proteger y acompañar a la infancia en situación de vulnerabilidad.

8. Abordar de manera integral el Alzheimer y otras demencias con enfoque familiar y comunitario.

Frente al envejecimiento de la población y al aumento sostenido de las enfermedades neurodegenerativas, es indispensable una política pública que enfrente de manera integral el Alzheimer y otras demencias. Esta debe contemplar acciones de prevención, diagnóstico precoz, tratamientos interdisciplinarios y dispositivos de apoyo a cuidadores y familias, incluyendo programas de acompañamiento domiciliario, formación en autocuidado y articulación con redes comunitarias.

9. Relevar la educación en sexualidad como componente de salud pública y prevención

El Colegio Médico reafirma la necesidad de fortalecer la educación sexual en todos los niveles educativos, desde una perspectiva de derechos, equidad de género y promoción de la salud. Esta política debe contribuir a la prevención del embarazo adolescente, la reducción de infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH), y la promoción de relaciones afectivas respetuosas y libres de violencia. Asimismo, se deben asegurar servicios accesibles y amigables para jóvenes en salud sexual y reproductiva, con enfoque inclusivo y no discriminatorio.



CIERRE Y PRÓXIMAS ACCIONES

Este documento recoge el esfuerzo colectivo de los representantes regionales y nacionales del Colegio Médico de Chile, articulado en torno a seis ejes programáticos que representan prioridades urgentes para el fortalecimiento del sistema de salud. Su propósito es servir como insumo sustantivo en el diálogo con las candidaturas presidenciales 2025-2030, ofreciendo una visión gremial informada, técnica y comprometida con el derecho a la salud.

Posteriormente, con el documento armonizado, se avanzará en su presentación pública y entrega formal a las candidaturas presidenciales, junto con una estrategia comunicacional que permita visibilizar las prioridades del gremio médico y convocar al debate nacional sobre el futuro del sistema de salud en Chile.

Este proceso reafirma el compromiso del Colegio Médico con una salud pública de calidad, oportuna, equitativa y centrada en las personas, y busca proyectar dicho compromiso como un aporte concreto al desarrollo de políticas públicas transformadoras en el próximo ciclo político.
