

# Gasto público en la Atención Primaria: 35 años de gobiernos democráticos

Public Spending on Primary Care: 35 years of democratic governments

Patricio Lagos Araya<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

El presente estudio abordara los conceptos de gasto público en APS: Aporte Ley N.º 19.378; PRAPS y Programas de Bienes Públicos de Salud. Estos programas están asociados al gasto directo en atenciones de salud a la población. En el caso de la inversión sectorial en APS, en el corto plazo, requiere de una investigación más profunda de los planes de inversión en cada periodo de gobierno y las decisiones presupuestarias asociadas al financiamiento y a la ejecución devengada del gasto en la cartera de proyectos identificada para cada año presupuestario. Construir una serie de 35 años de la inversión pública en APS resulta, de suyo, una materia de mayor complejidad. Las fuentes de información que serán citadas en el artículo provienen de documentos y estadísticas del MINSAL; FONASA; DIPRES y publicaciones académicas de universidades<sup>2</sup>.

*Palabras clave:* Gasto público, atención primaria de salud, per cápita, financiamiento, presupuesto fiscal, salud pública.

## ABSTRACT

---

This study will address the concepts of public spending in PHC: Contribution Law No. 19,378; PRAPS and Public Health Goods Programs. These programs are associated with direct spending on health care for the population. In the case of sectoral investment in PHC, in the short term, it requires a more in-depth investigation of the investment plans in each government period and the budgetary decisions associated with the financing and accrued execution of the expenditure in the portfolio of projects identified for each budget year. Constructing a 35-year series of public investment in PHC is a matter of greater complexity. The sources of information that will be cited in the article come from documents and statistics from MINSAL; FONASA; DIPRES and academic publications from universities.

*Keywords:* Public spending, primary health care, per capita, financing, fiscal budget, public health

## INTRODUCCIÓN

---

Todas las personas, en todas partes, tienen derecho a alcanzar el máximo nivel posible de salud. Esta es la premisa fundamental de la atención primaria de salud (APS).

La atención primaria de salud es un enfoque que abarca a toda la sociedad para organizar y fortalecer

---

1 Consultor en Financiamiento Público y Gestión Financiera Pública en Salud en proyectos de la OIT, OPS y Banco Mundial, ex asesor de la Dirección de Presupuestos y del Fondo Nacional de Salud y ex Jefe de Presupuestos e Inversiones del Ministerio de Salud. Docente y consultor de la Escuela de Salud Pública y en la FEN de la U. de Chile. Correspondencia a: [mp.lagos@gmail.com](mailto:mp.lagos@gmail.com)  
2 El presente estudio se realizó con la invaluable colaboración de las economistas de la salud Ing. Tania Morales y Econ. Soledad Zuleta.

eficazmente los sistemas nacionales de salud y acercar los servicios de salud y bienestar a las comunidades. Tiene tres componentes:

- Servicios de salud integrados para satisfacer las necesidades de salud de las personas a lo largo de su vida.
- Abordar los determinantes más amplios de la salud mediante políticas y acciones multisectoriales.
- Empoderar a las personas, las familias y las comunidades para que se hagan cargo de su propia salud.

La atención primaria de salud permite a los sistemas de salud respaldar las necesidades de salud de una persona, desde la promoción de la salud hasta la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos y más. Esta estrategia también garantiza que la atención de salud se preste de una manera que se centre en las necesidades de las personas y respete sus preferencias.

La atención primaria de salud se considera ampliamente como la forma más inclusiva, equitativa y rentable de lograr la cobertura sanitaria universal. También es clave para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud para prepararse, responder y recuperarse de las crisis y los shocks (World Health Organization, 2024).

Desde una perspectiva más amplia que el solo enfoque tradicional de la atención de salud centrada en la enfermedad, más que en sus factores generadores, los principales avances en la discusión en los últimos decenios, a nivel global, sobre los sistemas de salud con acceso universal, es expandir la visión hacia los factores determinantes de la salud, los factores de riesgos, habitabilidad, educación, medio ambiente, actividad social y de integración de las personas en el cuidado de su estado de salud. “Salud en todas las Políticas” es una estrategia que se consolida en la Declaración de Helsinki en el 2013.

### **Construyendo nuestro legado, mirando hacia el futuro**

La octava Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud se celebró en Helsinki (Finlandia) del 10 al 14 de junio de 2013. La reunión se basó en un rico legado de ideas, acciones y evidencias inspiradas originalmente

en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978) y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). En ellas se identificó la acción intersectorial y las políticas públicas saludables como elementos centrales para la promoción de la salud, el logro de la equidad en materia de salud y la realización de la salud como un derecho humano. Las conferencias mundiales de promoción de la salud posteriores de la OMS<sup>3</sup> consolidaron los principios clave para la acción de promoción de la salud. Estos principios se han reforzado en la Declaración Política de Río de 2011 sobre los Determinantes Sociales de la Salud, la Declaración Política de 2011 de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y el Documento Final de Río+20 de 2012 (el futuro que queremos). También se reflejan en muchos otros marcos, estrategias y resoluciones de la OMS, y contribuyen a la formulación de los objetivos de desarrollo posteriores a 2015.

Todos los antecedentes mencionados son la base para lo que, en la actualidad, se ha formulado que uno de los pilares fundamentales para avanzar hacia el Acceso Universal a la Salud y a la salud como un derecho que los estados deben proponerse garantizar, son sistemas de salud basados en un fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud en redes integradas de servicios sobre a base de un plan universal de salud garantizado centrado en las personas.

### **La APS como principal vehículo para lograr la cobertura sanitaria universal y los ODS (World Health Organization & UNICEF, 2022)<sup>4</sup>.**

La atención primaria de salud (APS), como se describe en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y nuevamente 40 años después en el documento de 2018 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): Una visión de la atención primaria de salud en el siglo XXI: hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, es un enfoque de salud que abarca a todo el gobierno y toda la sociedad y que combina tres componentes básicos: políticas y acciones multisectoriales; personas y comunidades empoderadas; y atención primaria y funciones esenciales de salud pública como

<sup>3</sup> Se celebraron conferencias posteriores en Adelaida (1988); Sundsvall (1991); Yakarta (1997); Ciudad de México (2000); Bangkok (2005); Nairobi (2009).

<sup>4</sup> ODS: Objetivos Desarrollo Sostenible.

núcleo de los servicios de salud integrados. Al reunir estos tres componentes, la APS crea las bases para el logro de la cobertura sanitaria universal (CSU)<sup>5</sup> y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud.

Un enfoque de atención primaria de salud puede ayudar a los países a maximizar de manera equitativa el nivel y la distribución de la salud y el bienestar al centrarse en las necesidades y preferencias de las personas (tanto como individuos como comunidades) lo antes posible a lo largo del continuo de atención, desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y lo más cerca posible de los entornos cotidianos de las personas.

En 2019, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de fortalecer la atención primaria de salud con miras a lograr la salud para todos sin distinción de ningún tipo mediante la Declaración de Astaná, adoptada en la 72.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud mediante la resolución WHA72.2 sobre atención primaria de salud, y reafirmaron esto en la Declaración Política de 2019 de la Reunión de Alto Nivel sobre Cobertura Sanitaria Universal (3-5). Los acontecimientos más recientes han ejercido presiones aún mayores sobre los países para que respondan rápidamente a una pandemia mundial sin dejar de proteger la salud y el bienestar de sus habitantes, lo que pone de relieve aún más la necesidad de invertir en el fortalecimiento de sistemas de salud resilientes basados en una base de atención primaria de salud.

Además, la atención primaria de salud acelera el progreso hacia los objetivos y prioridades actuales de la OMS, entre ellos: el Decimotercer Programa General de Trabajo 2019-2023 de la OMS y su correspondiente marco de resultados, centrado en su triple objetivo de promover la salud, mantener un mundo seguro y atender a los vulnerables; el plan de acción mundial para una vida sana y bienestar para todos, incluido el “acelerador” de la atención primaria de salud; el marco de la OMS sobre servicios de salud integrados y centrados en las personas; y el marco de acción de la OMS para fortalecer los sistemas de salud a fin de mejorar los resultados en materia de salud y sus seis componentes básicos.

### Recuadro 1. Salud Universal

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. (OPS, 2025; OMS, 2025).

La diferencia entre acceso universal a la salud y cobertura universal a la salud radica en el enfoque y alcance de cada concepto:

1. **Acceso Universal a la Salud:** Se refiere a la capacidad de todas las personas para obtener los servicios de salud necesarios cuando los necesitan. Implica eliminar barreras físicas, económicas, geográficas y culturales que puedan impedir que las personas reciban atención médica. Es un concepto más amplio que incluye la disponibilidad de servicios y la capacidad de las personas para llegar a ellos.
2. **Cobertura Universal a la Salud:** Se refiere a un sistema en el que todos los ciudadanos tienen protección financiera para los servicios de salud, es decir, que todos tienen un seguro de salud o algún tipo de protección económica que cubra los costos de atención médica. En otras palabras, busca asegurar que todos tengan un acceso equitativo a los servicios de salud sin enfrentar dificultades económicas.

En resumen, el acceso universal se centra en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, mientras que la cobertura universal se enfoca en la protección financiera para acceder a esos servicios. Ambos son componentes esenciales para un sistema de salud equitativo y eficaz.

<sup>5</sup> Ver Recuadro 1.

### Alcances Metodológicos

Para la elaboración de una serie histórica desde 1990 al año 2025 que permitiera contar con una serie estadística del gasto público devengado en la atención primaria de salud, en el presente estudio se consolidaron diversas fuentes de información tanto documentales como de estadísticas de gasto (Benavides, 2014).

Las categorías de gasto público en atención primaria de salud se pueden clasificar en:

- Financiamiento de las atenciones de salud (desde 1994 el aporte fiscal del per cápita basal y sus correctores por comuna de acuerdo con la Ley N°19.378) (Ministerio de Salud, 1995)<sup>6</sup>.
- Programas de reforzamiento para la atención primaria de salud (PRAPS).
- Programas de Bienes de Salud Pública: Programa Nacional de Alimentación Complementaria; Plan Nacional de Inmunizaciones (PNI) y Plan Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).
- Programa de Promoción de Salud de la Subsecretaría de Salud Pública
- Programa de Inversión Sectorial en Salud para APS.

El presente estudio abordara los conceptos de gasto público en APS: Aporte Ley N.º 19.378; PRAPS y Programas de Bienes Públicos de Salud. Estos programas están asociados al gasto directo en atenciones de salud a la población.

En el caso de la inversión sectorial en APS, en el corto plazo, requiere de una investigación más profunda de los planes de inversión en cada periodo de gobierno y las decisiones presupuestarias asociadas al financiamiento y a la ejecución devengada del gasto en la cartera de proyectos identificada para cada año presupuestario. Construir una serie de 35 años de la inversión pública en APS resulta, de suyo, una materia de mayor complejidad.

Las fuentes de información que serán citadas en el artículo provienen de documentos y estadísticas del MINSAL; FONASA; DIPRES y publicaciones académicas de universidades.

En cuanto a las serie estadísticas se aplicaron las siguientes reglas:

- Se construyó la serie desde 1990 en valores en pesos de cada año.
- Para efectos de comparación los valores de cada año se corrigieron a valores de pesos constantes del año 2024. Para el efecto se aplicó un factor de ajuste con las variaciones del Índice de Precios al Consumidor del mes de junio de cada año respecto al mes de junio de 2024.
- En específico, los valores del año 2025 contenidos en la Ley de Presupuestos del Sector Público 2025 están deflactados a valores 2024.
- Los valores del per cápita basal se obtuvieron de los decretos anuales que el Ministerio de Salud en las que establece el valor del per cápita basal para el año respectivo y los valores e instrucciones para la aplicación de los correctores a cada comuna para determinar el valor total por la población inscrita y validada por cada comuna.

### La transformación del mecanismo de financiamiento de la APS en los 90<sup>7</sup>

En el contexto de las reformas ocurridas a inicios de la década de los 80<sup>8</sup> (Ministerio del Interior, 1980), se realizaron cambios a los mecanismos de asignación de recursos, los que teniendo como base los presupuestos históricos retrospectivos, fueron reemplazados por sistemas de facturación en relación a las atenciones otorgadas, denominado FAP (Facturación por Atenciones Prestadas) en el caso de las transferencias hacia los Servicios de Salud, y FAPEM (Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales), en el caso de la atención primaria traspasada a los municipios.

Hasta junio de 1994, el sistema de asignación de recursos caracterizado por el pago de las atenciones prestadas (FAPEM). Dicho mecanismo, operaba sobre la determinación de techos comunales, discrecionalmente definidos por la autoridad regional, inicialmente, el sistema operó sin límites a la facturación, posteriormente se fijaron montos máximos por comuna (techos FAPEM).

Considerando las deficiencias que implicaba un

6 La Ley 19.378 de Chile establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Esta ley fue promulgada el 24 de marzo de 1995 y publicada el 13 de abril de 1995.

7 Estudio Sobre la Revisión del Per Cápita Basal para la Atención Primaria de Salud, los Indexadores, Plan de Salud Familiar y Comunitario. Escuela de Salud Pública U de Chile. Informe Final (DIPRES, 2015).

8 El DFL 1-3 de 1980 del Ministerio del Interior materializa el traspaso de los establecimientos de nivel primario a las municipalidades y cuyos objetivos están planteados en el punto anterior. En 1981 y mediante convenios de traspasos suscritos entre el Ministerio de Salud y los municipios se concreta la implementación de la política de descentralización.

mecanismo como el FAPEM, dado los efectos hacia el mayor gasto y a la inequidad, a partir de julio de 1994, se implementó un nuevo mecanismo de pago, denominado per cápita destinado a la atención primaria municipalizada. Este modelo de capitación tuvo como eje superar las ineficiencias detectadas en el esquema FAPEM, además, de contribuir al logro de la equidad en la asignación de recursos.

En términos generales, el sistema de capitación se basó en una canasta de prestaciones de salud (PSF), costado de acuerdo a parámetros de base técnica. El monto a pagar se vinculaba por cada beneficiario inscrito en cada establecimiento de salud. El tercer componente del modelo contemplaba la suscripción de compromisos de gestión entre los Servicios de Salud y los respectivos municipios, los cuales estaban destinados a introducir las necesarias modificaciones en la programación de actividades de acuerdo a la heterogeneidad de situaciones que es posible observar en los espacios locales.

### **El mecanismo de financiamiento del Per Cápita<sup>9</sup>**

El plan de salud familiar (PSF) consiste en una canasta de prestaciones establecidas en los distintos programas de salud, tales como: salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente, e incluye también las garantías explícitas en salud (GES) otorgadas por el nivel primario de atención. A su vez, cada una de las actividades sanitarias contenidas en el PSF considera su grupo objetivo y coberturas. Para el 2011 el PSF incluye un total de 96 prestaciones.

El cálculo del PSF, se elabora en relación a una población tipo de 10.000 habitantes, representativo de la población chilena, según perfil demográfico y epidemiológico, de acuerdo a parámetros de cobertura esperados y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabajan en los distintos establecimientos de la atención primaria. Representa el conjunto de prestaciones que se le ofrece a la población beneficiaria a través de la red de establecimientos de nivel primario.

Para el cálculo del costo de este plan, se considera la dotación necesaria de acuerdo a parámetros y normas Ministeriales, tomándose como referencia las normas contenidas en la ley No 19.378 - Estatuto de Atención Primaria, para su valoración.

Finalmente se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración del establecimiento, administración municipal,

de farmacia y de operación. Con todos los anteriores costos, se establece una tarifa homogénea por individuo, denominada per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria. Para ello, se considera a la población certificada (inscrita y validada) por comuna, definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto que establece los aportes correspondientes.

### **Los criterios de incremento e indexadores**

De acuerdo al artículo 49 de la Ley 19.378, los criterios de incremento del per cápita basal, consideran:

- Nivel socioeconómico de la población: en este punto se incluye el criterio de pobreza, y la población potencialmente beneficiaria de 65 y más años de las comunas adscritas al sistema. Adicionalmente la Ley establece que se pueden considerar las características de la población beneficiaria de la comuna y sus características epidemiológicas. Indexadores de Pobreza y Riesgo asociado a la edad.
- El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna. Convenios de gestión.
- Ruralidad y dificultad para prestar atenciones de salud. Indexador de Ruralidad.
- La dificultad para acceder a las atenciones de salud. Indexador Desempeño Difícil.
- Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

### **Una mirada al gasto público en APS 1990 – 2025**

El foco del análisis del gasto público en atención primaria de salud se centrará en diversas dimensiones del gasto. La primera, en la perspectiva más general, se muestra la serie de 1990 a 2025, lo referido al gasto contenido en la ejecución presupuestaria de los establecimientos municipalizados regidos por la Ley N.º 19.378 y, asimismo, de los dependientes de los Servicios de Salud. En ambos casos, en la actualidad se consolida en el Programa de Atención Primaria de FONASA<sup>10</sup>.

En la Ley de Presupuestos año 2025 están dispuestos para financiamiento de la atención primaria de salud \$3.490.413 millones, de los cuales, \$298.715 millones<sup>11</sup> destinados al financiamiento

9 Financiamiento de la atención primaria de salud municipal (Ministerio de Salud, 2011).

10 Programa 16 02 02 de la Ley de Presupuestos año 2025.

11 Glosa 01 del Programa 16 02 02 de Atención Primaria.

de la atención primaria desarrollada en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y para el financiamiento de los convenios DFL N°36, de 1980, del Ministerio de Salud. En la glosa 02 se disponen \$3.191.698 millones para la aplicación de la Ley N.º 19.378 que establece estatuto de atención primaria de salud municipal. Incluye recursos para el financiamiento previsto en los artículos 49 y 56 de dicha ley y para la aplicación de las Leyes Nos 19.813, 20.157 y 20.250. Los recursos para programas de reforzamiento se asignarán, sobre la base de los convenios suscritos por los Servicios de Salud con las respectivas entidades administradoras

de salud municipal de acuerdo a las instrucciones del Ministerio de Salud<sup>12</sup>.

En la Tabla 1 se muestra una visión general del gasto público total en salud y en atención primaria, con algunos indicadores de participación del gasto público en APS en el gasto público sectorial de salud. A su vez, se presenta para la serie de años el porcentaje de ambas dimensiones respecto al Producto Interno Bruto (PIB) de cada año. En los Gráficos 1, 2 y 3 se observa las tendencias crecientes que se han logrado en el gasto público en salud y en APS en todos los gobiernos desde 1990, inicio de la recuperación de la democracia en nuestro país.

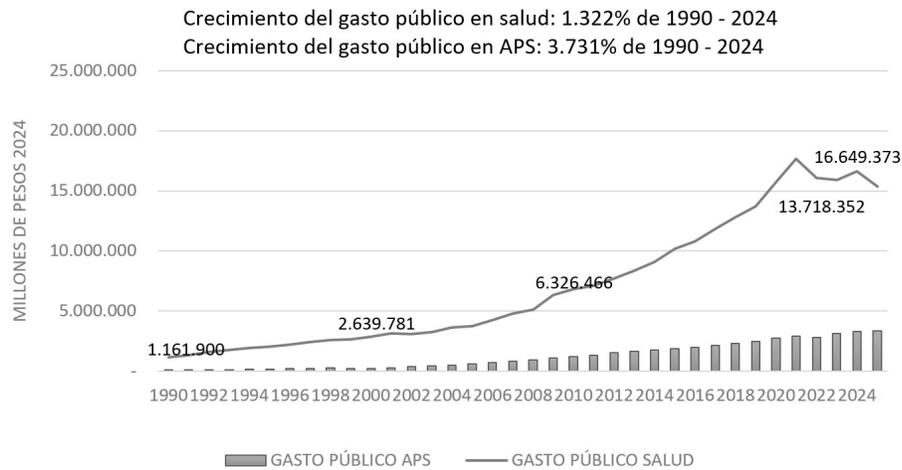
**Tabla 1.** Análisis Gasto Público en MINSAL y APS (Base Ejecución Presupuestaria) 1990 - 2024 y Ley Inicial 2025 (en pesos constantes 2024).

Año	Gasto Público APS	Gasto Público Salud	% del gasto APS en gasto total público de salud	% gasto público en Salud / PIB	% gasto público en APS / PIB
1990	89,629	1,161,900	7.7%	1.6%	0.1%
1991	108,333	1,328,131	8.2%	1.7%	0.1%
1992	120,586	1,598,642	7.5%	1.8%	0.1%
1993	122,713	1,754,149	7.0%	1.9%	0.1%
1994	147,001	1,929,841	7.6%	2.0%	0.2%
1995	175,507	2,054,927	8.5%	1.9%	0.2%
1996	208,395	2,226,260	9.4%	1.9%	0.2%
1997	213,915	2,408,018	8.9%	2.0%	0.2%
1998	252,064	2,574,299	9.8%	2.0%	0.2%
1999	238,306	2,639,781	9.0%	2.1%	0.2%
2000	246,591	2,891,564	8.5%	2.2%	0.2%
2001	298,681	3,129,803	9.5%	2.3%	0.2%
2002	380,665	3,067,796	12.4%	2.2%	0.3%
2003	438,717	3,226,985	13.6%	2.3%	0.3%
2004	492,098	3,629,587	13.6%	2.4%	0.3%
2005	608,395	3,774,216	16.1%	2.3%	0.4%
2006	697,919	4,243,784	16.4%	2.5%	0.4%
2007	812,427	4,767,383	17.0%	2.6%	0.4%
2008	909,808	5,129,198	17.7%	2.8%	0.5%
2009	1,080,861	6,326,466	17.1%	3.4%	0.6%
2010	1,208,688	6,841,194	17.7%	3.5%	0.6%
2011	1,342,442	7,127,858	18.8%	3.4%	0.6%
2012	1,517,569	7,727,799	19.6%	3.5%	0.7%
2013	1,637,974	8,363,067	19.6%	3.7%	0.7%
2014	1,749,297	9,066,245	19.3%	3.9%	0.8%
2015	1,880,396	10,198,719	18.4%	4.3%	0.8%
2016	2,006,605	10,801,507	18.6%	4.5%	0.8%
2017	2,159,904	11,832,259	18.3%	4.7%	0.9%
2018	2,321,968	12,851,363	18.1%	4.9%	0.9%
2019	2,458,685	13,718,352	17.9%	5.2%	0.9%
2020	2,742,784	15,731,923	17.4%	6.0%	1.0%
2021	2,896,751	17,675,374	16.4%	5.9%	1.0%
2022	2,828,589	16,069,629	17.6%	5.4%	1.0%
2023	3,155,866	15,913,890	19.8%	5.4%	1.1%
2024	3,294,913	16,649,373	19.8%	5.5%	1.1%
2025	3,343,816	15,362,134	21.8%		

Fuente: Elaboración propia basada en estudios y estadísticas DIPRES y Banco Central.

12 Glosa 02 del Programa 16 02 02 de Atención Primaria.

**Gráfico 1:** Evolución Gasto Público en Salud y en APS 1990 - 2024 y Ley de Presupuesto 2025. (mm\$2024).



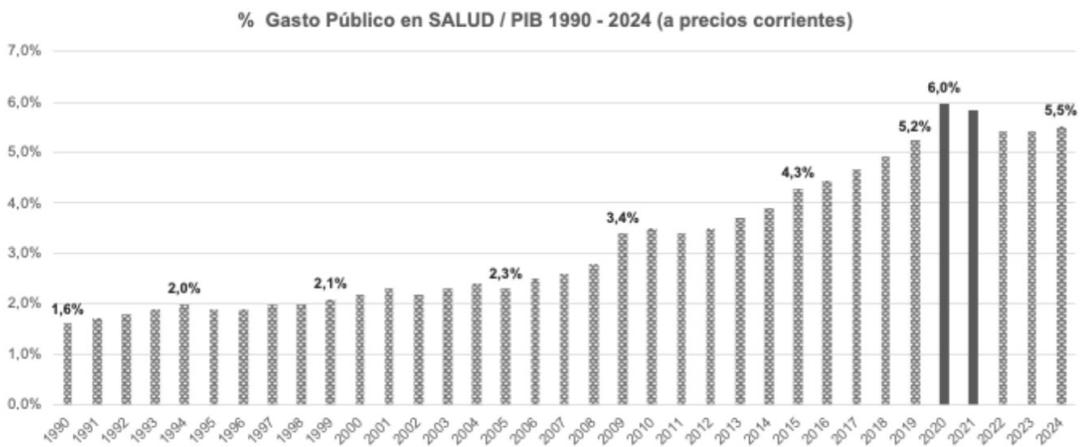
Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 2.**



Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 3.**



Fuente: Elaboración propia.

En la primera década hasta el año 2000 muestra la herencia de la desinversión pública en el sistema de salud alcanzando el gasto público en salud solo a 1,6% del PIB. El esfuerzo de los gobiernos de la Concertación se concentra en ordenar la gobernanza y las prioridades sanitarias desde el Ministerio de Salud. La década de los 2000 marca un hito con el proceso de Reforma de la Salud que culmina con las leyes de Garantías Explícitas de Salud y de Autoridad Sanitaria en el año 2004 y 2005. Esta reforma no habría sido posible, sin que, durante los años 90 se hubieran desarrollado gran parte de los estudios de diseño para una reforma integral del sistema de salud. En 1995, el FONASA formula y sistematiza la propuesta de Reforma Financiera de Salud dentro de la cual, en el segundo semestre de 1994, se inicia el proceso de transformación del mecanismo de financiamiento público para la APS, que posteriormente en 2002 se identifica en la Ley de Presupuestario con la apertura de un programa presupuestario propio.

Hacia fines de la década de los 2000, los consecutivos gobiernos habían sostenido una política fiscal favorable a ampliar el espacio fiscal y la priorización del sector salud en el gasto público total. El gasto público en salud en el periodo 1990 – 2009 había crecido 4,5 veces y, particularmente, el gasto público en APS experimentó, en el mismo periodo, un crecimiento de 7 veces. (ver Tabla 2)

**Tabla 2.** Variación Real del Gasto Público en Salud y APS por decenios 1990 – 2024.

Periodo de años	Gasto Público en Salud	Gasto Público en APS Ley 19.378
1990 - 1999	227%	266%
2000 - 2009	219%	438%
2010 - 2019	201%	203%
2020 - 2024	98%	122%

Fuente: *Elaboración propia.*

El pilar estructural del mecanismo de financiamiento de la APS es el per cápita basal<sup>13</sup>, los valores que se presentan en este estudio comprenden la serie de años desde 1977 a 2025, suficientemente

representativo del comportamiento de la valoración del plan de salud familiar y sus correcciones por precios y población.<sup>14</sup> En la Tabla 3 y Gráfico 4 se muestra, en valores de pesos 2024, el valor del per cápita basal en el periodo señalado.

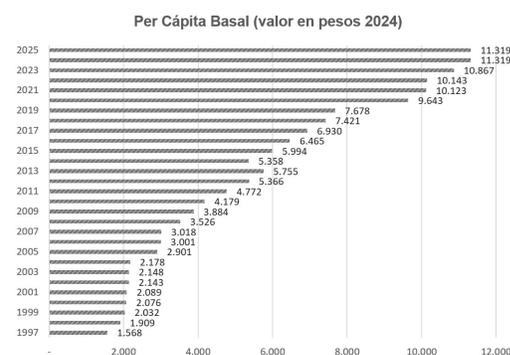
**Tabla 3.** Evolución valor del per cápita basal APS Ley 19.378 1977 – 2025 (\$2024).

Año	Per Cápita Basal	Año	Per Cápita Basal	Año	Per Cápita Basal
1997	1,568	2007	3,018	2017	6,930
1998	1,909	2008	3,526	2018	7,421
1999	2,032	2009	3,884	2019	7,678
2000	2,076	2010	4,179	2020	9,643
2001	2,089	2011	4,772	2021	10,123
2002	2,143	2012	5,366	2022	10,143
2003	2,148	2013	5,755	2023	10,867
2004	2,178	2014	5,358	2024	11,319
2005	2,901	2015	5,994	2025	11,319
2006	3,001	2016	6,465		

*Nota: El valor en pesos 2025 del per cápita basal alcanza a \$11.794 (Ley de Presupuestos).*

*Fuente: Elaboración propia basado en estadísticas y decretos del MINSAL.*

**Gráfico 4.**



Fuente: *Elaboración propia.*

En los últimos 15 años, de acuerdo con los datos precedentes el valor del per cápita basal para la APS municipal se ha triplicado en un porcentaje real del orden de 291,4% y, desde 1977 a la fecha el crecimiento es de 721,9% real. En consecuencia,

13 La fórmula del cálculo del valor del per cápita basal se compone de la ecuación que suma (Gasto calculado del plan de salud familiar que incluye las GES que tiene un componente histórico del gasto en salud + variación de precios (inflación) + ajuste por crecimiento de población + tasa esperada de mejora de eficiencia) / población total.

14 En este estudio no se profundiza sobre los componentes del plan de salud familiar, los costos GES en APS y la metodología para la revisión del plan de salud familiar, actualización de la canasta de prestaciones y su actualización epidemiológica, demográfica e incidencia de los factores determinantes de salud en ámbito población/territorio.

desde 1990 post dictadura, sin calificar, si el gasto real observado responde a requerimientos sanitarios de la población, acceso, calidad y oportunidad de la atención y, sin considerar los factores de eficiencia en el uso de los recursos públicos y en los resultados e impacto sanitario: el nivel de gasto, y por ende el financiamiento, público ha tenido un aumento sostenido y creciente a lo largo de 35 años de gobiernos democráticos en Chile.

Desde la perspectiva de la variable población beneficiaria de la APS pública, el mayor nivel de recursos públicos destinados al gasto de la APS del sistema público de salud está determinado, entre otras variables, por el crecimiento de la población validada según lo dispone la Ley N.º 19.378. Entre 1990 y 2024 la población beneficiaria del FONASA ha aumentado en un 172%, En los años 2020 y 2024 la población inscrita y validada por FONASA<sup>15</sup> alcanza a un 91,7% del total de beneficiarios del FONASA. En la Tabla 4 se muestra para algunos años desde 1990 la evolución de la población beneficiaria total y de la APS para el seguro público de salud.

**Tabla 4.** Población Beneficiaria del FONASA y de los EAPS 1990 – 2024.

Año	Personas	% Población nacional	Inscritos EAPS	% del total FONASA
1990	9,729,020	73.1%	8,756,118	90%
2000	10,157,686	65.6%	9,141,917	90%
2010	12,731,506	74.1%	11,458,355	90%
2020	15,142,528	77.0%	13,885,509	91.7%
2024	16,708,971	82.0%	15,321,638	91.7%

Fuente. *Elaboración propia basado en Boletines Estadísticos y Datos Abiertos del FONASA.*

### Los programas de bienes públicos de Salud

Los programas de salud pública son aquellos que proporcionan prestaciones a la población sin distinción de su situación previsional o condición socioeconómica, el programa nacional de inmunizaciones es que por su naturaleza tiene características de acceso universal. Hay programas de salud pública a los cuales, para su acceso, se establecen condiciones para su otorgamiento: edad; sexo; focalización en poblaciones calificadas por segmento de ingresos, por ej. El 60% de la población de más bajos ingresos según la calificación del Registro Social de Hogares.

Estos programas son gestionados técnica y presupuestariamente por la Subsecretaría de Salud Pública. En la ley de presupuestos de cada año se asignan los recursos financieros para la ejecución de estos programas<sup>16</sup>.

En el caso de los programas de salud pública se ha construido una serie desde el año 2000 al 2025. Si bien, la composición programática presente algunos programas que tienen una vigencia menor a la serie se han mantenido en el total por su menor incidencia presupuestaria, por ej. Programa Nacional de Hemofilia hasta 2004.

La serie de gasto se compone fundamentalmente de:

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).
- Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).
- Programa de Enfermedades Emergentes.
- Programas Especiales, Atención Primaria.

En la Tabla 5 siguiente se muestra la evolución nominal y real consolidada de los programas de salud pública, la comparación real establece la diferencia en los montos presupuestarios en los años 2021 y 2022 por efectos de los recursos extraordinarios del Fondo de Emergencia Transitorio (FET)<sup>17</sup> COVID 19, en cuanto al programa nacional de inmunizaciones.

Los fondos extraordinarios para la campaña de vacunación extraordinaria en los años 2021 y 2022 alcanzaron a \$429.715 millones y \$379.341 millones respectivamente.

En el periodo 2002 – 2025 los programas de salud pública han crecido en términos reales en un 374%, sin considerar los recursos extraordinarios para la emergencia de la pandemia COVID 19.

En 10 años, desde el año 2000 al 2009 los programas de salud pública experimentaron un crecimiento real de 196%, es decir, casi duplicando el gasto real. En el periodo 2010 – 2019 crece en un 39% real y, entre 2019 y 2025 un aumento de un 37% real.

15 La población inscrita y validada por el Fonasa al mes de octubre de cada año es la que se informa para el cálculo del monto presupuestario que multiplicada por el valor del per cápita basal y sus correctores se consigna en la ley de presupuesto de cada año.

16 Programa 16 09 01 Subsecretaría de Salud Pública Subtítulo 24 Ítem 03 y 04.

17 Durante la crisis del Covid-19, el gobierno impulsó una serie de medidas para enfrentar sus efectos. Estas medidas estaban contenidas en el Plan Económico de Emergencia (PEE) y en el Acuerdo COVID, que se ejecutó a través del Fondo de Emergencia Transitorio (FET COVID 19).

**Tabla 5.** Programas de Salud Pública 2000 – 2025 (\$ de cada año y \$2024).

Año	Programas de Salud Pública MM\$	Programas de Salud Pública MM\$ sin FET	Programas de Salud Pública MM\$ 2024	Programas de Salud Pública MM\$ 2024 sin FET
2000	25,201	25,201	61,415	61,415
2001	24,806	24,806	58,369	58,369
2002	40,980	40,980	94,582	94,582
2003	41,243	41,243	91,807	91,807
2004	43,658	43,658	96,179	96,179
2005	50,988	50,988	109,420	109,420
2006	51,201	51,201	105,730	105,730
2007	54,285	54,285	108,624	108,624
2008	58,542	58,542	106,956	106,956
2009	67,058	67,058	120,302	120,302
2010	81,467	81,467	144,522	144,522
2011	96,122	96,122	164,849	164,849
2012	93,997	93,997	157,069	157,069
2013	98,161	98,161	160,984	160,984
2014	86,521	86,521	135,405	135,405
2015	105,405	105,405	158,002	158,002
2016	102,269	102,269	147,063	147,063
2017	103,341	103,341	146,124	146,124
2018	109,121	109,121	150,478	150,478
2019	124,477	124,477	167,173	167,173
2020	199,906	199,906	261,677	261,677
2021	600,881	171,166	757,711	215,840
2022	518,171	139,835	580,870	156,755
2023	220,314	220,314	229,567	229,567
2024	264,252	264,252	264,252	264,252
2025	239,538	239,538	229,477	229,477

Fuente: Elaboración propia basada en Estados de Ejecución Presupuestaria anual. DIPRES

**Gráfico 5.**

Programas de Salud Pública con y sin FET (mm\$2024)



Fuente: Elaboración propia.

**Estructura de Financiamiento Público y Programa de Universalización de la Atención Primaria de Salud**

Para el año 2024 el total del gasto ejecutado en la Atención Primaria de Salud se presenta en dos grandes bloques de gasto: los establecimientos dependientes de los servicios de salud que representaron el 9% del gasto público en APS. A su vez, los establecimientos municipales de la APS afectos a la Ley N.º 19.378 alcanza al 91%.

A su vez, el gasto devengado de la APS municipal se estructura por el mecanismo del per cápita, lo que ha representado en promedio un 75% del gasto total y, por lo tanto, los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS) que gestiona la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través de la División de Atención Primaria (DIVAP) representa el 25% del gasto.

En la Tabla 6 se muestra, sobre la base del gasto devengado del Programa de Atención Primaria del año 2024 la aplicación de los porcentajes de participación en el gasto.

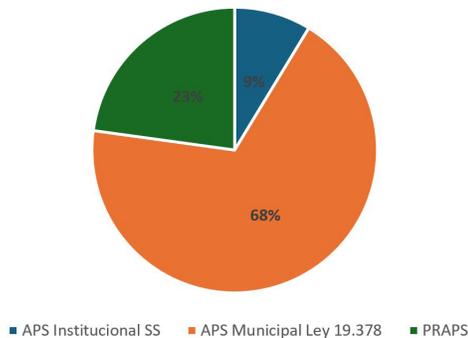
**Tabla 6.** Estructura del Gasto Devengado APS año 2024.

	Gasto APS	% del Gasto
APS Institucional SS	286,661	9%
APS Municipal Ley 19.378	2,256,219	68%
PRAPS	752,073	23%
Gasto Total APS	3,294,953	100%

Fuente: Ejecución Presupuestaria año 2024 DIPRES.

**Gráfico 6.**

Gasto Ejecutado APS 2024 (MM\$)



Fuente: Elaboración propia basada en ejecución presupuestaria 2024 DIPRES.

**Tabla 7.** Programas de Reforzamiento APS año 2024.

Nº	Nombre Programa
1	Acompañamiento a Niños/As en Riesgo Psicosocial Aps
2	Adultos Autovalentes
3	Apoyo a la Gestión Dep. Ss
4	Apoyo a la Gestión Local
5	Aps Universal
6	Participación Social en Atención Primaria (Buenas Practicas)
7	Capacitación Funcionaria
8	Capital Humano
9	Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf)
10	Chile Crece Contigo
11	Continuidad Cuidados Preventivos
12	Cuidados Paliativos Universales
13	Demencia
14	Desarrollo Rrhh
15	Deteccion, Intervencion y Referencia Asistida de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas (Dir)
16	Espacios Amigables para Adolescentes
17	Fenaps (Foreaps)
18	Fondo de Farmacia
19	Fortalecimiento de las Capacidades
20	Fortalecimiento de Recursos Humanos en Aps
21	Imágenes Diagnósticas
22	Jornadas Programaticas
23	Mantenimiento Infraestructura Aps
24	Mejoramiento Acceso a Atención Odontológica
25	Migrantes
26	Modelo de Atención Integral de Salud (Mais)
27	Odontológico Ges
28	Odontológico Integral
29	Ong
30	Pago Fármacos
31	Perfeccionamiento en el Extranjero
32	Piloto Salud Escolar
33	Plan Araucanía
34	Rehabilitación Covid-19
35	Rehabilitación Integral con Base Comunitaria
36	Resolutividad en Aps
37	Salud Mental
38	Salud Rural
39	Sembrando Sonrisas
40	Sename
41	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (Sapu)
42	Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (Sar)
43	Servicio Urgencia Rural (Sur)
44	Telecardiografias
45	Transtorno del Espectro Autista (Tea)
46	Vida Sana

### Programa de Universalización de la Atención Primaria de Salud

Con el objetivo de alcanzar el acceso y cobertura universal en salud y teniendo como base la Atención Primaria de Salud (APS), durante el año 2023, el Ministerio de Salud comenzó el trabajo progresivo de implementación, un importante paso para la Universalización de la Atención Primaria en Salud. Esto, a través de lo que se denominó como «comunidades pioneras» en las que se implementaron algunas actividades contenidas en las líneas estratégicas. Se espera que, de manera progresiva, nuevas comunas se vayan incorporando.

Las estrategias se pueden clasificar según tres componentes generales<sup>18</sup>:

- **Componente 1:** Ampliación de la cobertura y acceso efectivo a través de la optimización de la APS<sup>19</sup>.
- **Componente 2:** Habilitadores para facilitar el acceso a los servicios esenciales de la APS<sup>20</sup>.
- **Componente 3:** Estrategia de participación para la identificación de las barreras de aceptabilidad de los servicios de APS<sup>21</sup>.

En la Ley de Presupuestos del año 2024 en el Programa de Atención Primaria, Glosa 09, se formalizó legalmente el Programa de Universalización de la Atención Primaria iniciado en la práctica el año 2023 con las primeras “comunidades pioneras”. Desde el punto de vista presupuestario las asignaciones de recursos para su implementación se asocian a la estimación de recursos del per cápita adicional por la mayor población que se agrega al porcentaje de población inscrita beneficiarios de Fonasa.

**Tabla 8.** Recursos asignados para la APS Universal (MM\$ cada año).

Año	Número de Comunas	Presupuesto Asignado (MM\$ de cada año)	% del Presupuesto APS Ley 19.378
2023	7	7,354	0.3%
2024	14	11,289	0.4%
2025	7	7,588	0.2%

Fuente: Elaboración propia basado en información DIPRES.

18 Ministerio de Salud (2024).

19 Inscripción universal; Servicios de Atención Primaria; Extensión horaria y optimización de los procesos administrativos.

20 Atención extramuros; Sistema de gestión remota de la demanda; Estrategia de cuidados integrales centrada en la persona (ECICEP); Gestión de la experiencia usuaria.

21 Diálogos ciudadanos; Cartografía de recursos comunitarios.

Entre los años 2023 y 2025 el monto total de recursos asignados para las comunas pioneras asciende a \$26.231 millones que representa, estimativamente, un 0,8% del presupuesto inicial para la atención primaria municipal

**Tabla 9.** Comunas pioneras del Programa de APS Universal.

Año	Comunas	Región
2023	Canela	Coquimbo
	Alhué	RM
	Renca	RM
	La Cruz	Valparaíso
	Coltauco	O'Higgins
	Linares	Maule
	Perquenco	La Araucanía
2024	Arica	Arica y Parinacota
	Alto Hospicio	Tarapacá
	Tocopilla	Antofagasta
	Caldera	Atacama
	Illapel	Coquimbo
	Quilpué	Valparaíso
	Chillán Viejo	Ñuble
	Curanilahue	Bio bio
	Angol	La Araucanía
	Valdivia	Los Ríos
	Puerto Varas	Los Lagos
	Aysén	Aysén
Puerto Natales	Magallanes	
2025	La Pintana	RM
	La Cisterna	RM
	Quellón	Los Lagos
	Conchalí	RM
	Quillota	Valparaíso
	Chiguayante	Bio bio
	Constitución	Maule
Putendo	Valparaíso	

Fuente. Elaboración propia basado en información MINSAL.

## REFLEXIONES FINALES

El éxito de una política pública, además de la calidad de su diseño, depende de la calidad de su implementación. La Reforma de Salud del 2005 es un ejemplo de una construcción en que diseño

e implementación requieren para su desarrollo de una institucionalidad política y de gobernanza para que garantice cambios en los aspectos estructurales de los sistemas de salud al mismo tiempo que se avanza hacia objetivos nacionales de largo plazo, en el caso de Salud, consolidar Salud como un derecho que el Estado debe garantizar, para aquello el acceso universal y la protección financiera de la población con equidad y eficiencia social. Para aquello, el aumento sostenido del gasto público en Chile a lo largo de 35 años a partir de 1990 no ha sido suficiente.

Si bien, no es propósito del artículo, este año se cumplen 20 años desde los inicios del Régimen GES y de la implementación de una institucionalidad de autoridad sanitaria que profundice en la separación de funciones y en la modernización del financiamiento para la salud universal y la provisión de servicios integrada en redes asistenciales (RISS). En el caso de Chile, se debe agregar, además, una efectiva complementariedad con la provisión privada, especialmente, en la cobertura sanitaria de problemas de salud como cáncer, salud mental, sistema de cuidados, atención socio sanitaria, adulto mayor y salud integral de niñas, niños y adolescentes.

La lección de la Reforma de Salud del 2005 es la necesidad urgente de romper con los paradigmas enquistados en los marcos ideológicos de cada gobierno. Si bien en 2005 se logran acuerdos políticos que dieron forma al GES y su avance a lo largo de 20 años, junto a soluciones de acceso universal en el sistema público, tales como, La Ley “Ricarte Soto”; programa de medicamentos de alto costo; programa de drogas oncológicas de alto costo, VIH, entre otros. En estos 20 años subsiste la segmentación en el financiamiento del sistema de salud y la falta de un “plan universal de salud” que proyecte en el mediano y largo plazo el financiamiento fiscal estructural del sistema público de salud, en un concepto equivalente al “balance estructural de ingresos y gastos permanentes” de la política fiscal.

El Ministerio de Salud en el documento “Reforma a la Salud. Una agenda de transformaciones” (2024) aborda en una propuesta integral de fundamentos, estrategias, objetivos y acciones una agenda que debe transformarse en la base de desarrollo institucional del sistema de salud en Chile y el marco programático para la formulación de una política fiscal que contemple un presupuesto estructural plurianual.

Al respecto, el Programa de Universalización de la Atención Primaria que como se muestra en

este artículo está en una etapa “de prueba” con 28 comunas pilotos y un aumento marginal de recursos para su implementación. Es necesario, que este plan se transforme en una estrategia de largo plazo que fije un horizonte de tiempo, con objetivos y acciones intermedias que se incorporen sucesivamente en las leyes de presupuestos de los siguientes años, que den elementos para una discusión política y pública sobre algunos aspectos claves:

- Para los próximos 10 años ¿Cuál es el costo fiscal de universalizar la atención primaria en un nuevo modelo de atención de salud familiar y comunitaria?
- ¿Cuántos puntos porcentuales del PIB supone el aumento de recursos fiscales para la APS?
- Desarrollar el plan de inversiones en infraestructura para dotar de una red de establecimientos de APS con mayor resolutiveidad y complejidad ambulatoria?
- Plan nacional de desarrollo de competencias certificadas para el personal de salud y la dotación de personal para los próximos 20 años.
- Catastro de toda la capacidad instalada en infraestructura de salud en el Estado, por ej. FFAA y de Orden de Seguridad, Universidades
- Catastro de la infraestructura en el sector privado de salud que pueda complementarse con la red pública y optimización “país” de los recursos de salud.

La universalización y fortalecimiento de la atención primaria de salud es un pilar fundamental para la disminución del gasto de bolsillo, entendido como un factor empobrecedor de los hogares de ingresos medios y bajos, a mayor cobertura integral en el primer nivel de atención, mayor es la protección financiera de la población.

## REFERENCIAS

- Benavides P, Castro R., Jones I.(2014). Sistema Público de Salud. Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013 – 2050. Serie de Estudios de Finanzas Públicas, DIPRES. En: [https://www.dipres.gob.cl/598/articles-117505\\_doc\\_pdf.pdf](https://www.dipres.gob.cl/598/articles-117505_doc_pdf.pdf)
- DIPRES, Ministerio de Hacienda (2015). Estudio Sobre la Revisión del Per Cápita Basal para la Atención Primaria de Salud,

- los Indexadores, Plan de Salud Familiar y Comunitario. Escuela de Salud Pública U de Chile. Informe Final. Investigadores Dr. Hugo Sánchez y Econ. Soledad Zuleta.
- Ministerio del Interior (1980). DFL 1-3063 Reglamenta Aplicación Inciso Segundo del Artículo 38° Del DL. N° 3.063, De 1979. Gobierno de Chile. En: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=3389>
  - Ministerio de Salud (2024). Universalización de la Atención Primaria de Salud. En: <https://saludresponde.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>
  - Ministerio de Salud (1995). Ley 19378 Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Gobierno de Chile. En: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30745>
  - Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2011). Financiamiento de la atención primaria de salud municipal evaluación de indexadores del per cápita basal. Gobierno de Chile. En: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/802?show=full>
  - OMS (2025). The Global Health Observatory: Achieve universal health coverage (UHC). En: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>
  - OPS, OMS (2025). Salud Universal. En: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
  - World Health Organization (2024). Primary health care. En: [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1)
  - World Health Organization & UNICEF (2022). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. En: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>