

Financiamiento de la salud en Chile: análisis histórico y de largo plazo del sistema segmentado, 1981–2024

Long-Term health financing in Chile: a historical
analysis of the segmented system, 1981–2024

Mauricio Matus-López¹
Camilo Cid Pedraza²

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar los resultados de la reconstrucción de la serie histórica del gasto en salud en Chile desde la creación del modelo segmentado en 1981 hasta 2024, y analizar brevemente su evolución en contexto histórico. Para ello, se recopilaron y digitalizaron datos de fuentes primarias: Boletines Estadísticos y Cuentas Públicas de FONASA (1989–2016; 2020–2024), Series Estadísticas del Sistema Isapre (SUPER, 1990–2024) y Estadísticas de Finanzas Públicas (DIPRES, 2004–2025). Los resultados muestran un crecimiento acelerado del gasto privado hasta los años 1990, seguido por un incremento sostenido del gasto público asociado a mayores aportes fiscales y cotizaciones obligatorias. Sin embargo, el análisis de largo plazo evidencia períodos de ralentización del gasto público coincidentes con la expansión de infraestructura privada, revelando la persistencia de un financiamiento segmentado y desigual. La trayectoria del gasto en salud chileno presenta variaciones significativas en proporciones y ritmos, condicionadas por contextos políticos y económicos. Junto a este análisis, ponemos a disposición de investigadores, la serie completa utilizadas, en acceso abierto.

Palabras clave: gasto en salud, financiamiento en salud, gasto público, sistema segmentado, cobertura universal, seguros privados, evolución histórica.

ABSTRACT

The objective of this article is to present the results of reconstructing the historical series of health expenditure in Chile from the creation of the segmented model in 1981 to 2024 and to briefly analyze its evolution in a historical context. To achieve this, data were collected and digitized from primary sources: Statistical Bulletins and Public Accounts of FONASA (1989–2016; 2020–2024), Statistical Series of the Isapre System (SUPER, 1990–2024), and Public Finance Statistics (DIPRES, 2004–2025). The results show accelerated growth in private spending until the 1990s, followed by a sustained increase in public health expenditure associated with higher fiscal contributions and mandatory contributions. However, the long-term analysis reveals periods of slowdown in public spending coinciding with the expansion of private infrastructure, highlighting the persistence of segmented and unequal financing. The trajectory of health expenditure in Chile presents significant variations in proportions and rhythms, conditioned by political

Recibido el 26 de diciembre de 2025. Aceptado el 03 de marzo de 2026.

1 Profesor Titular de Universidad. Dpto. de Economía, Mét. Cuantitativos e Hª Económica). Universidad Pablo de Olavide. España. Correspondencia a: mmatlop@upo.es

2 PhD en economía por la Universität Duisburg-Essen de Alemania, actualmente es director del Fondo Nacional de Salud. Chile

and economic contexts. Alongside this analysis, we provide researchers with open access to the complete series used in this study.

Keyword: health expenditure, health financing, public spending, segmented system, universal coverage, private health insurance, historical evolution.

INTRODUCCIÓN

¿Cómo ha evolucionado en el tiempo el gasto público en salud? La respuesta de determinar este gasto no es sencilla, y se complica aún más al analizar la evolución histórica. Esto ocurre porque los sistemas de salud evolucionan en respuesta a los cambios continuos en los patrones demográficos y epidemiológicos, los avances tecnológicos y los mecanismos de atención y de financiamiento y, por supuesto, debido a que el sector salud ha sido foco de reformas que a su vez responden a periodos políticos e históricos definidos.

La ausencia de un modelo único de financiamiento hace que las definiciones varíen entre países y periodos. Incluso en sistemas con información robusta, estimar el gasto público antes de la creación de los servicios nacionales de salud no es trivial.

En América Latina, la situación es aún más compleja, incluso en la actualidad. Cuando se intenta clasificar a los sistemas latinoamericanos con la lógica internacional de servicios de salud o seguros de salud, las categorías no encajan con las realidades de esta región (Carvalho, Schmid, y Fischer, 2022). Como respuesta, se han propuesto otras clasificaciones y criterios mixtos (Mesa-Lago, 2005; Matus-López, 2023), que muestran las particularidades de una región que lucha contra los escasez de recursos para construir sistemas de salud de cobertura universal (Matus-López y Fernández, 2023; Fernández y Matus-López, 2024). La existencia de los sistemas de cuentas de salud, que presentan desarrollos diversos y ha sido un gran esfuerzo de los países desde hace al menos una década, no logra mitigar del todo estos inconvenientes.

Chile constituye un caso relevante por dos razones. Primero, el actual sistema de salud fue desarrollado e implementado en dictadura, con la discrecionalidad que ello implica (Tetelboin y Salinas, 1984; Tetelboin, 2003). Segundo, fue un

adelanto temprano y más radical, a las políticas de mercado que se aplicarían en el resto del mundo desde fines de los años ochenta hasta la actualidad (Cid y Matus-López, 2022; Molina, 2010; Urriola et al., 2009; Ilabaca, 2004).

El modelo, bautizado como Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), reemplazó al anterior Servicio Nacional de Salud (1952-1981) y ha sido blanco de críticas desde su creación. La principal, aún vigente, es la desigualdad de acceso y atención entre quienes tiene más recursos económicos y quienes tiene menos (Aedo, 2001; Guerrero-Nancuante et al., 2023). Pese a las críticas, el modelo se ha mantenido en lo esencial durante la democracia. En el programa de gobierno del retorno a la democracia en 1990, se planteó aumentar el gasto fiscal en el seguro público, pero no una reforma estructural³. Aunque existen abundantes críticas a los primeros gobiernos democráticos (Montoya 2013; González 2008), lo cierto es que, desde un inicio, no existió una propuesta real de una reforma significativa. No solo en salud, la crítica también se puede hacer al sistema de pensiones.

Se tendría que esperar hasta 2005 para una reforma de mayor calado en salud. En el programa de gobierno de Ricardo Lagos, en 1999, existía el compromiso de crear un conjunto de servicios asociados a patologías, con las mismas garantías de acceso, oportunidad y calidad para afiliados al seguro público y de los seguros privados, así como la creación de Fondo Solidario con aportes de todas las personas y del Estado, para financiar esta canasta⁴. La primera parte fue aprobada, la segunda no (Matus-López, 2025). En su lugar, se creó un fondo de compensación entre seguros privados, que redistribuyó fondos entre ellos según su cartera de riesgo, pero muy reducido y sin transferencias al fondo público.

Las evaluaciones de la reforma, conocida como AUGE o GES, fueron positivas (Urriola, et al. 2016, Zúñiga, 2007, Frenz et al., 2014). Sin embargo, las expectativas ciudadanas no parecen haberse resuelto. Ejemplo de ello es que, en el estallido social de 2019, las demandas por cambios en el sistema de salud fueron una de las reivindicaciones más importantes (Artaza y Méndez, 2020; Dragnic y Saavedra 2025). Pasados 45 años desde la creación del SNSS, salud seguía siendo el segundo problema más importante para la población,

3 Programa de Gobierno de Patricio Aylwin (1989). Biblioteca Nacional de Chile. Recuperado de <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-61814.html>

4 Programa de Gobierno de Ricardo Lagos: Para crecer con igualdad (1999). Archivo Chile. https://archivochile.com/Gobiernos/gob_rlagos/de/GOBdelagos0002.pdf

solo por detrás de inseguridad y delincuencia⁵.

En esta trayectoria histórica, el modelo chileno de salud ha impulsado reformas orientadas a ampliar la cobertura financiera y el acceso, aunque persisten debates sobre sus efectos reales. Como hemos visto, existe abundante literatura sobre estos avances, aunque existe una carencia en la visión completa del modelo, desde su creación hace casi 45 años. Los motivos son varios, principalmente la falta de series continuas, pero también las diferentes clasificaciones de gasto, por señalar sólo los aspectos técnicos.

En esa línea, el objetivo de este trabajo es reconstruir la serie de gasto en salud del modelo chileno desde su creación en 1981 hasta 2024, y analizar brevemente su evolución en el contexto histórico. Nuestra hipótesis es que el sector privado creció aceleradamente hasta los años 1990s y a partir entonces, se incrementó el gasto público en salud, asociado a un contexto de voluntad política en los presupuestos del gasto fiscal, así como por el aumento de la recaudación de las cotizaciones obligatorias en el marco de alto crecimiento económico y de masa salarial⁶. Asimismo, que, en el nuevo siglo, junto a la desaceleración económica, se mantiene esta tendencia, aunque con menor velocidad.

El aporte de este estudio es ofrecer series históricas de gasto en salud comparables que permitan pasar de análisis coyunturales a estudios de largo plazo, evaluando reformas y cambios políticos en la trayectoria hacia la cobertura universal. Para ello, ponemos todas las series reconstruidas en acceso abierto.

El modelo chileno (1981-2024)

El eje financiero del modelo chileno de salud descansa en el seguro público del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y los seguros privados ISAPRES, ya que ambos esquemas reúnen a más del 95% de la población. Además, existen los esquemas especiales de la Fuerzas Armadas y de Orden, como la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) y la Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA).

El eje normativo y regulador es el Ministerio de Salud, con una Secretaría de Salud Pública y otra de Redes Asistenciales. Dependen de este, en calidad de servicios autónomos con patrimonio propio, además de FONASA, el Instituto de Salud Pública (IPS), la Central de Abastecimiento

(CENABAST) y la Superintendencia de Salud (SUPER; denominada de ISAPRES hasta 2005).

La provisión pública se coordina territorialmente a través de 29 Servicios de Salud que operan los hospitales y el nivel secundario y que, aunque en última instancia dependen del Ministerio, son autónomos y reciben financiación a través de FONASA. En cuanto a la atención primaria, en su mayor parte, se encuentra descentralizada en los municipios desde 1980 y, aunque reciben la financiación desde el FONASA, puede complementar sus presupuestos con aportes propios (Lagos 2025; Riquelme et al. 2017). Por otra parte, el seguro de accidentes de trabajo se canaliza aparte, a través de las mutualidades y el Instituto de Salud Previsional (ISP) y en lo que respecta al gasto público, su presupuesto no opera a través del sector salud.

Algunos ejemplos de cómo se estructuran estas instituciones y los seguros se pueden ver en Gattini (2018) y anteriormente, en Becerril-Montekio & Reyes (2011). Aunque hay cambios en el tiempo, el origen principal de recursos y canales de asignación es más o menos el mismo.

El flujo de recursos proviene de cinco fuentes principales. Primero, de los aportes que realiza el fisco, que a su vez se alimentan principalmente de impuestos directos e indirectos. En segundo lugar, de las cotizaciones obligatorias que los trabajadores deben pagar, situada en el 7% de sus salarios (no hay aporte del empleador). La cotización puede ser gestionada por el FONASA o por una ISAPRE, según elección del trabajador y viabilidad del seguro privado. En tercer lugar, el resto de los gastos familiares. Estos financian compra de medicamentos, compra directa de servicios médicos y de laboratorio (que están no están cubiertos por los planes de salud), copagos para atención en centros privados, dentro de sus planes de salud en ISAPRE y en la libre elección de FONASA (que les permite a los afiliados al seguro público, atenderse en la red privada, a través de copagos) y seguros voluntarios, principalmente. La mayor parte de este gasto se conoce como gasto de bolsillo, excluyendo las primas prepagadas por el aseguramiento complementario, que se estima en encuestas de presupuestos familiares. En cuarto lugar, y aunque son marginales, están los aportes patronales voluntarios, normalmente en negociación con los trabajadores, que van a financiar

5 Encuesta Centro de Estudios Públicos. Mayo-junio 2025. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/encuesta/encuesta-cep-n-94-mayo-junio-2025-issp-orientaciones-laborales/>

6 La cotización de salud (7%) se incorpora al presupuesto del FONASA como ingresos de operación a contar del año 2003, antes de eso se imputaba como transferencia del INP (actual IPS) que funcionaba como recaudador de las cotizaciones obligatorias.

complementariamente los planes de salud de las ISAPRES. Finalmente, y fuera del presupuesto de salud, están los aportes obligatorios para el financiamiento del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Por último, cabe mencionar los ingresos propios que generan las propias instituciones, por servicios específicos, rentabilidad de sus inversiones o ventas de activos propios, principalmente.

Gasto en salud según fuentes. Una comparación

La revisión de la literatura científica y de los informes oficiales difieren en las dimensiones del gasto en salud y del gasto público en salud. El motivo es doble. Por una parte, porque existe más o menos información según cada componente y nivel de agregación del gasto. Por otra parte, porque las definiciones de partida de series y estudios suelen ser diferentes.

Por ejemplo, comparamos datos a precios corrientes de cinco publicaciones para un mismo año; 2023 (Tabla 1). En primer lugar, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), el gasto total en salud en Chile fue de 28.678 mil millones de pesos (MM\$). De estos, por fuente de financiación, MM\$ 11.654 provinieron de transferencias del gobierno, MM\$ 3.144 de contribuciones al seguro social, MM\$ 2.202 de prepagos obligatorios, MM\$ 1.694 de prepagos voluntarios y MM\$ 9.981 de gasto de bolsillo.

En segundo lugar, según el presupuesto devengado del Ministerio de Salud (MINSAL), el gasto público en salud fue de MM\$ 12.779 ese año (DIPRES 2024). La cifra resulta de la suma de MM\$ 8.927 como aporte fiscal del Estado a FONASA más MM\$ 1.823 de cotizaciones pagadas a FONASA. La diferencia de MM\$ 2.029 se debe a partidas de programas específicos.

En tercer lugar, el Fondo Nacional de Salud (FONASA 2024), en su última cuenta pública,

cifró en MM\$ 13.445 sus ingresos, de los que MM\$2.671 provenían de contribuciones obligatorias, MM\$ 10.473 de aporte fiscal y el resto de otros ingresos.

En cuarto lugar, la Superintendencia de Salud (2024) entrega los gastos de las ISAPRES, que en ese año fueron casi el 100% de sus MM\$ 4.068 de ingresos. De estos, MM\$ 2.793 provenían de cotizaciones obligatorias, MM\$ 1.189 voluntarias y MM\$ 84 por aportes adicionales y compensación entre seguros privados.

En quinto lugar, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, en sus estadísticas fiscales, atribuye un gasto de MM\$ 14.926 en salud en 2023 (DIPRES, 2024). Incluye el gasto devengado por el Ministerio de Salud ejecutado por las entidades dependientes y FONASA, más los de los servicios de salud de las Fuerzas Armadas (sin desagregar).

Como se puede ver en la Tabla 1, hay diferencias. La primera son las categorías. La OMS presenta la información por esquema de financiación y por fuente de financiación. Usamos la segunda porque la primera no desagrega el aporte fiscal. En esta segunda clasificación, los componentes se agrupan principalmente en transferencias del gobierno, aportes al seguro social y prepagos (obligatorios y voluntarios). Las otras tres son presupuestarias, con sus propias categorías. Las Estadísticas de las Finanzas Públicas de DIPRES para salud, se presentan según funciones (hospitalización, servicios de salud pública, pacientes externos a prestadores privados y otros), la de MINSAL y FONASA por programas, y la de DIPRES, por tipo de ingresos (cotizaciones obligatorias, voluntarias y otros). La comparación, por tanto, no es lineal. La segunda diferencia es de tratamiento de moneda. Las cifras presupuestarias se ven afectadas por las actualizaciones monetarias que se realizan en el Ministerio de Hacienda, que utiliza guarismos diferentes a la inflación.

Tabla 1: Resumen de fuentes y datos de gasto para el año 2023. Sin gasto de bolsillo

	OMS	MINSAL	FONASA	ISAPRE	DIPRES
Total	18.223	12.779	13.445	4.068	14.926
Componentes	Transferencias del gobierno, Contribuciones al seguro social, prepagos voluntarios y obligatorios y otros como gasto de bolsillo.	Aporte fiscal; Cotizaciones a FONASA; Otros programas	Aporte fiscal; Cotizaciones a FONASA; Otros ingresos	Cotizaciones obligatorias y voluntarias	Aporte fiscal; Cotizaciones obligatorias a FONASA y Fuerzas Armadas y Carabineros

Fuente: Elaboración propia.

La suma de las cifras de DIPRES e ISAPRE son complementarias y resultan en una cifra similar a la de la OMS. Captan la mayor parte de las fuentes de financiación del sistema de salud chileno. Queda sin considerar el gasto de los seguros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que se contabilizan en protección social, con cerca de MM\$ 1.226 (SUSESO, 2024), y una parte menor del gasto en atención primaria, que es financiado con impuestos municipales e ingresos propios de estas, cercano a MM\$ 243, ambos, para 2023 (SUBDERE, 2025).

Los problemas comienzan cuando se requiere reconstruir la serie para la década de los 80 y 90, por la disponibilidad de datos y cambios de metodologías de clasificación de las cuentas de ingresos y gastos o, cuando se quiere desagregar por origen de los fondos. Por ejemplo, FONASA publicaba un boletín estadístico detallado de los ingresos y gastos desde 1990, pero cambió su metodología en 2006⁷. La Superintendencia, por su parte, presenta los estados financieros de las ISAPRES en sus Series Estadísticas desde 1990, con un cambio de metodología en 2012⁸. Por su parte, las Estadísticas de las Finanzas Públicas de la DIPRES no desagregan según origen de los fondos. Todos estos inconvenientes han hecho que las series más extensas de gasto, en distintos estudios, varíen.

La base de datos de OMS (2025) desagrega 2000-2024 por fuentes, y el trabajo de Lenz y Páez (2021) presenta la serie 2000-2018 según FONASA e ISAPRES. Ambos prácticamente coinciden, una vez ajustados a valores corrientes. Otros trabajos que logran ampliar la serie hasta 1990, lo hacen para el componente público. Este es el caso de los datos de CEPAL sobre gasto del gobierno central para 1990-2023, y los de gasto del Ministerio de Salud de Benavides, Castro, y Jones (2013) para 1990-2012 y Lagos (2025) para 1990-2024. Estos dos últimos trabajos muestran valores similares, muy cercanos a la serie que recaba el Boletín de FONASA del año 2005, y se sitúan un 21% por encima de la serie de gobierno central de CEPAL (2024).

Encontrar series continuas para la primera

etapa del modelo del SNSS que va desde 1981 a 1990, se hace más difícil y, que presente la desagregación por componentes, más aún. Por ello, es conveniente definir qué consideramos gasto sanitario y gasto público, y qué partidas son posibles de reconstruir y cuáles no, así como delimitar explícitamente cuáles son las limitaciones de las exclusiones.

METODOLOGÍA

Tratándose de la construcción de una serie de largo plazo es imprescindible determinar un mínimo común de conceptos a utilizar y por eso necesitamos unas fuentes determinadas y definiciones para el caso, en el contexto de las cuentas de salud, en su clasificación de fuentes de ingreso y de esquemas, pero que al agregarlas no necesariamente coinciden con las denominaciones de los manuales.

Es decir, nuestras clasificaciones son ad-hoc, y están condicionadas por la disponibilidad de desagregación según cada fuente longitudinal. Solo de esta forma podemos reconstruir todo el periodo, y a la vez, abrir la posibilidad de comparar estas series con la evolución de periodos previos, en futuros trabajos.

Fuentes

Las series se obtuvieron a partir de fuentes primarias de información: los Boletines Estadísticos y las Cuentas Públicas del seguro público (FONASA, 1989-2016; 2020-2024), las Series Estadísticas del Sistema Isapre de la Superintendencia de Salud (SUPER, 1990-2024) y las Estadísticas de Finanzas Públicas de la DIPRES (2004-2025). Se descargaron las bases de datos y documentos disponibles en las plataformas oficiales de estas instituciones, y se recabaron y digitalizaron informes provenientes de archivos históricos para los años anteriores.

Definiciones

Definimos cinco variables de gasto en salud según fuentes y esquemas de financiamiento (Esquema 1):

7 Las series no son compatibles por dos motivos. Primero, el nuevo agregado de gasto fiscal, rebautizado como aporte directo, incorpora todo lo que va al Ministerio de Salud, el aporte de las fuerzas armadas, una partida de gasto del Ministerio de Educación, sin especificar, y el aporte municipal a salud. Como resultado, los valores, en precios corrientes, son en promedio mayores en los años de solapamiento con la serie antigua (1990-2005). Asimismo, ya no está disponible la desagregación de ingresos por cotizaciones a FONASA y otros ingresos, sino que se encuentran incluidos en el agregado denominado Aporte Indirecto. Este último, se define como: “la cotización obligatoria al seguro público y privado de salud (incluye aporte de empleadores), se descuenta aporte de la cotización al SIL. También incluye ingreso operacional de las Mutualidades de Seguridad, descontando subsidios, pensiones e indemnización” (FONASA, 2008).

8 El cambio de metodología no afecta las estadísticas de ingresos que utilizamos en este trabajo.

- Gasto Público, corresponde al financiamiento mediante aporte fiscal y cotizaciones del seguro público FONASA y de los esquemas de FFAA y Carabineros⁹.
- Gasto Obligatorio de las ISAPRES, corresponde a aquel financiado con cotizaciones obligatorias gestionadas por los seguros privados.
- Gasto Privado de ISAPRES, corresponde a la diferencia entre el gasto total de las ISAPRES y el financiado con cotizaciones obligatorias. Es decir, aquel financiado principalmente con aportes voluntarios. A partir de estos tres componentes, se construyen los dos siguientes agregados.
- Gasto Fiscal y Obligatorio, corresponde a aquel que se financia con aportes fiscales y cotizaciones obligatorias (en el seguro público como en ISAPRES).
- Gasto Sanitario, corresponde a la suma del Gasto Fiscal y Obligatorio y del Gasto Privado de ISAPRES. Se diferencia del denominado tradicionalmente como Gasto Total en Salud, debido a la imposibilidad de agregar de forma continua y a largo plazo el gasto de bolsillo (Cid y Prieto, 2012; Palacios y Leal, 2014).

Esquema 1. Definiciones de Gasto

$$\begin{aligned}
 & \text{Gasto Público} \\
 + & \text{Gasto Obligatorio de las ISAPRES} \\
 = & \text{Gasto Fiscal y Obligatorio} \\
 + & \text{Gasto Privado de ISAPRES} \\
 = & \text{Gasto Sanitario}
 \end{aligned}$$

No hay discusión acerca de considerar el aporte fiscal al seguro público como parte del gasto público en salud. Tampoco con considerar las cotizaciones obligatorias de FONASA y Fuerzas Armadas y Carabineros.

Donde hay algo de discusión es en considerar si todo el gasto privado lo es, ya que una parte de los ingresos de las ISAPRES son cotizaciones obligatorias de quienes han decidido que sus aportes vayan a uno de estos seguros, en lugar de

a FONASA. Es lo que la OMS clasifica como *compulsory contributions*.

La discusión es conceptual. Las contribuciones obligatorias tienen una naturaleza similar a los impuestos específicos. Es decir, con independencia de quien gestione estos recursos, las personas deben pagar una tasa fija con respecto a su salario, y no puede ser destinada a otro gasto que no sea salud.

Algunos autores han considerado el modelo como uno de tipo *opt out*, en que las personas voluntariamente optan por salir del aseguramiento público representado por FONASA para afiliarse a una ISAPRE (Cid et al, 2014)¹⁰. El esquema de cuentas de salud vigente a nivel internacional, SHA 2011, admite la existencia de esta controversia y junto con proponer una forma de clasificación de los esquemas de financiamiento, deja a la libertad de los investigadores la inclusión o no de este componente en definiciones propias de gasto público.

En este trabajo, para evitar confusiones, hemos llamado Gasto Fiscal y Obligatorio, al compuesto por el Gasto Público (fiscal y contribuciones) y el Gasto Obligatorio de las ISAPRES (contribuciones obligatorias gestionadas por ISAPRES).

Datos abiertos

Las series completas, en moneda corriente, real y porcentajes las hemos puesto disponibles en acceso abierto en Zenodo: <http://doi.org/10.5281/zenodo.18036717>

RESULTADOS

Las series reconstruyen los principales indicadores de gasto en salud desde la creación del SNSS chileno en 1981. Realizamos un análisis de estas series en tres partes: evolución del Gasto Sanitario Total; evolución del Gasto Fiscal y Obligatorio según Gasto del Fondo Público y según Gasto Obligatorio de las Isapre; y evolución del Gasto Privado en ISAPRES (otros gastos, como seguros voluntarios).

En primer lugar, desde el inicio del sistema, el Gasto Sanitario muestra una tendencia creciente, con aceleración marcada tras el retorno a la democracia y el dinamismo económico de la década de

⁹ Sigue el criterio de las finanzas públicas. Incluye todos los componentes públicos, como define DIPRES: todos los gastos hospitalarios de los Servicios de Salud, de Fuerzas Armadas y Carabineros, transferencias públicas para atención en centros privados (convenios), Central Nacional de Abastecimiento, Subsecretarías del Ministerio de Salud, FONASA, Superintendencia de Salud, bono auge y venta electrónica de bonos, programas de alimentación complementaria, programa de inmunizaciones, programa de prevención de alcoholismo y salud mental, y otras ayudas económicas y pagos preventivos del Ministerio de Salud. No incluye Subsidio de Reposo Preventivo, Subsidio de Enfermedad y Medicina Curativa, y Subsidios de Reposo Maternal, Artículo 196 Código del Trabajo, que se clasifican como Protección Social en las finanzas públicas. El detalle de cada partida se puede encontrar en: DIPRES. (2004–2025).

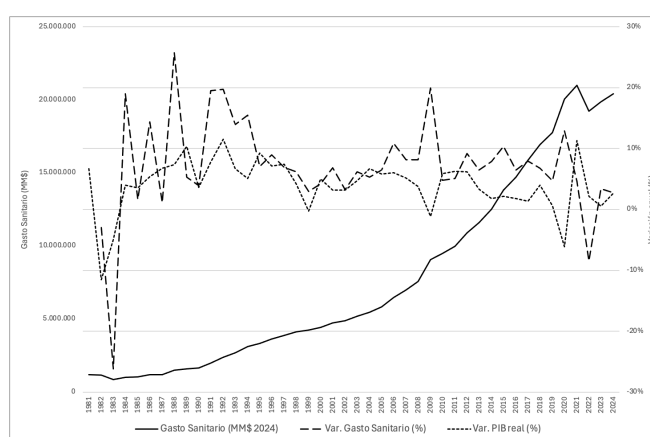
¹⁰ El término *opt out* se refiere a la autoexclusión voluntaria. En el estudio citado, se utiliza el término *opt out* u *opting out* como *optar por no participar*. Es decir, renunciar o excluirse voluntariamente del seguro público de salud.

1990 (Graf. 1). En términos reales, el gasto sanitario se multiplicó por 17 en 44 años, reflejando un proceso sostenido de expansión financiera del sistema.

El período inicial estuvo marcado por retrocesos en el gasto real durante la crisis económica de 1981-1983, seguido de una recuperación significativa en 1984 (+19%), atribuible, en parte, a la compensación de los recortes previos. El máximo crecimiento anual de esta década se registró en 1988 (+25,7%), coincidiendo con el plebiscito sobre la continuidad de la dictadura. La década de 1990 representó una fase de expansión acelerada de la economía, y del financiamiento en salud, con

incrementos superiores al 19 % en 1991 y 1992, en un contexto de reformas y aumento del gasto social. En los años 2000, el crecimiento se mantuvo estable, aunque más moderado, con un repunte excepcional en 2009, año en que la pandemia de influenza afectó al país. A partir de 2010, el gasto recuperó tasas similares a las de décadas anteriores, con un impulso relevante en 2020 (+12,9%) debido a la pandemia del COVID. Sin embargo, este aumento fue seguido por un ajuste en 2022, con una caída del 8 %, para luego estabilizarse en los dos años siguientes, con un crecimiento real cercano al 3 % anual.

Gráfico 1: Gasto Sanitario y PIB. Chile. 1981-2024. Miles de millones de pesos reales de 2024 y variación anual.

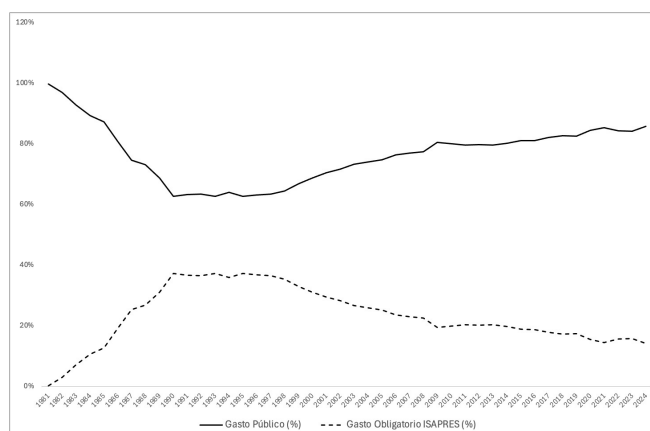


Fuente: Elaboración propia. Disponibles en: <http://10.5281/zenodo.18036717>

En segundo lugar, como se explicó en la sección metodológica, el Gasto Fiscal y Obligatorio incluye aquel financiado con aportes fiscales directos y las cotizaciones obligatorias establecidas por ley. La particularidad del caso chileno es que parte de

esas cotizaciones obligatorias son gestionadas por los seguros privados ISAPRES. Por ello, analizamos este en sus componentes de Gasto Público y Gasto Obligatorio de ISAPRES (Gráfico 2).

Gráfico 2: Gasto Fiscal y Obligatorio, según Gasto Público y Gasto Obligatorio de ISAPRES. Porcentajes. Chile. 1981-2024.

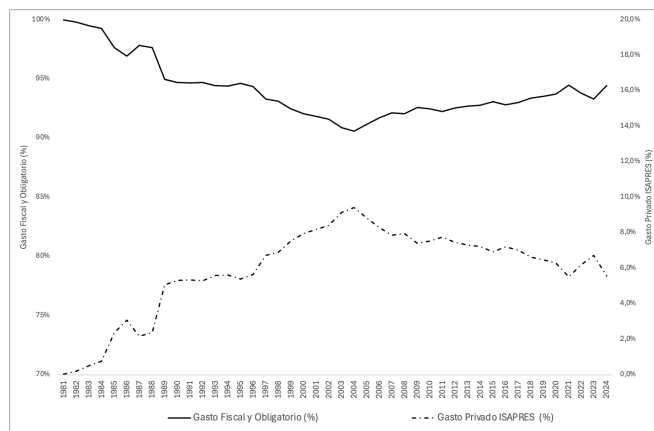


Fuente: Elaboración propia. Disponibles en: <http://10.5281/zenodo.18036717>

Entre 1981 y 2024, el peso relativo de ambos componentes mostró una marcada transformación. En los primeros años, el sector público gestionaba casi la totalidad de estos recursos, pero durante la década de los años 1980s se observa un cambio radical. Entre 1990 y 1997, las ISAPRES alcanzaron a gestionar más del 36% del total, lo que refleja el auge de la opción del seguro privado en ese período. A partir de los años 2000, la tendencia se revirtió, principalmente porque

FONASA recuperó protagonismo, especialmente tras la reforma AUGÉ de 2005, reduciendo el peso de las ISAPRES a niveles menores del 20% en 2009. En 2021, con la pandemia de COVID-19, el seguro público absorbió más recursos que nunca, consolidando un sistema donde este volvió a ser el principal gestor del financiamiento, con más del 85% de todos los recursos, fiscales y cotizaciones obligatorias.

Gráfico 3: Gasto Privado de las ISAPRES y Gasto Fiscal y Obligatorio. Chile 1981-2024. Porcentajes del Gasto Sanitario Total.



Fuente: Elaboración propia. Disponibles en: <http://10.5281/zenodo.18036717>

Esto muestra que el gasto privado ISAPRE es menor en el conjunto de recursos. En ningún momento de estos 44 años llegó a superar el 10%; el grueso de la financiación de las ISAPRES proviene de la obligación legal de cotizar de los trabajadores. En cuanto al punto de cambio de tendencia, 2004, no llegamos a realizar un análisis de causalidad, que requiere una metodología específica, pero resulta relevante mencionar que coincide con la reforma AUGÉ (2005).

DISCUSIÓN

Nuestros resultados confirman la hipótesis planteada: el sector privado creció acerbamente hasta los años 1990s y a partir entonces se observa un incremento sostenido del gasto público en salud, asociado tanto al aumento de los aportes fiscales como al crecimiento de las cotizaciones obligatorias en un contexto de expansión económica y mayor masa salarial. Sin embargo, nuestros datos aportan evidencia adicional sobre el comportamiento en el largo plazo.

Cuando se considera solo la categoría Gasto Público, aparece un periodo ralentizado que coincide con el de mayor acumulación y crecimiento

de la atención e infraestructura privada en Chile, promovido por la desproporción del monto de cotizaciones destinadas al sector ISAPRE, apareciendo lo primordial del sistema segmentado: un gasto altamente diferenciado entre usuarios de uno y otro subsistema de aseguramiento.

Los años 1980s son de nacimiento y desarrollo del SNSS. Cabe comentar al menos dos cuestiones del periodo. Primero, que el inicio del modelo está fuertemente determinado por la crisis de 1981-1983. Varios estudios de la época sitúan entre un 19% y un 27% la reducción del gasto público entre 1981 y 1984, que afectó particularmente al sector salud (Montoya y Marchant; 1994; Musgrove 1987). Es decir, no es solo el inicio de la gestión privada de cotizaciones obligatorias por las ISAPRES, sino que se hace en un contexto de una fuerte reducción de gasto fiscal. En segundo lugar, es curioso ver que, en el fin de la dictadura, concretamente el periodo previo al plebiscito 1986-1987, aumentó el gasto público a través de emisión monetaria, llegando con cierto repunte inflacionario al año del referéndum (Boeninger, 1997; CEPAL, 1988).

En los años 1990s el modelo se estabiliza. El contexto es positivo. Este periodo es de excepcional crecimiento económico y recuperación de la recaudación fiscal (Fazio, 1996). Las ISAPRES lograron incrementos patrimoniales del 25% (Bitrán y Almarza, 2000) y el gasto puramente privado (excluyendo cotizaciones obligatorias de las ISAPRES) creció por encima del 37%.

En la década del 2000 esto cambió. Comenzó una suave pero constante disminución de la participación de la gestión privada (ISAPRES) en el total de gasto público. La tendencia se fue consolidando con los años, incluyendo el periodo después de la reforma de 2005. Los años de la reforma AUGE 2003-2005 son el punto de cambio de tendencia del gasto público en salud, que dejó de disminuir en términos relativos al privado, y comenzó a aumentar de forma sostenida, principalmente por los mayores recursos fiscales al seguro público (Lenz y Páez, 2021; Urriola 2010).

Por decirlo de una manera simple, desde fines de los años 1990s el volumen relativo de recursos gestionado por el sector privado de salud ha ido disminuyendo, y el aumento del peso de la gestión pública se ha acelerado. La última reforma de salud parece mostrar una consolidación de esa tendencia y sugiere que, más allá de los problemas coyunturales que tuvieron las ISAPRES en 2024 y 2025, hay problemas estructurales profundos que debilitan la capacidad de crecimiento y viabilidad de estos seguros (Schüller, 2025). Estos son la reducción de la cartera, que debilita la distribución del riesgo en los seguros, por distintas razones como el aumento de la población adulta mayor, con pensiones menores que salarios y mayor coste esperado de uso de servicios de salud, las diferencias en la evolución de salarios reales y costes sanitarios, la caída de la natalidad y la población joven, entre otros.

Por último, es importante subrayar que este análisis se refiere únicamente a la gestión y al volumen de los recursos financieros, no a la provisión de servicios. Las estadísticas sobre producción privada muestran un incremento sostenido, que se intensifica tras la reforma AUGE de 2005 (Matus-López, 2025). Esto se explica porque el aumento del gasto público, incluso el correspondiente al seguro público, se destina en parte a financiar prestaciones contratadas en centros privados, lo que evidencia la interdependencia entre financiamiento público y provisión privada.

CONCLUSIÓN

En investigación, muchas veces es necesario poner las luces altas y mirar el largo plazo. Este es el caso del análisis de un modelo de salud que comienza en dictadura, con medidas neoliberales de privatización que dudosamente podrían haber sido llevadas a ese extremo en democracia (Edwards, 2023), pero que se mantienen en lo fundamental una vez que se alcanza esta¹¹. Este trabajo de reconstrucción de evidencia cuantitativa muestra que la perspectiva más amplia no permite hacer aseveraciones permanentes en el tiempo. El peso de los esfuerzos financieros ha tenido cambios con los años. Las proporciones y trayectorias no han sido uniformes. Considerar el largo plazo y sus contextos es esencial para comprender el real funcionamiento de los sistemas de salud y esperamos haber aportado con nuestro trabajo en este sentido.

El gasto público en salud ha dependido fuertemente de los ciclos económicos positivos para el empleo, por el peso de las cotizaciones basadas en salarios. Pero también políticos, a través de incrementos en el aporte fiscal, ya que, en la práctica, este incremento depende de la discusión política y de las prioridades del gobierno.

Cuando se excluyen las cotizaciones obligatorias destinadas al sector privado, las tendencias se mantienen, pero de manera menos acentuada y el auge de crecimiento del gasto público en salud se ve mitigado.

REFERENCIAS

- Aedo, C. (2001). Las reformas en la salud en Chile. En F. Larraín y R. Vergara (Eds.), *La transformación económica de Chile* (pp. 605–640). Centro de Estudios Públicos.
- Artaza, O., y Méndez, C. (2020). Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e16. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16>
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J., y Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(0), 530–539.
- Benavides, P., Castro, R., y Jones, I. (2013). Sistema público de salud: Situación actual y proyecciones fiscales 2013–2050. DIPRES, Ministerio de Hacienda. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.dipres.gob.cl/handle/11626/8665>

11 Edwards (2023) se refiere al conjunto de políticas neoliberales “a neoliberal revolution of this magnitude could not have been possible under a democratic regime.” (p. 23)

- Bitrán, R., y Almarza, F. X. (2000). Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile. En D. Titelman y A. Uthoff (Eds.), *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia* (Vol. II, pp. 463–570). Fondo de Cultura Económica.
- Boeninger, E. (1997). Democracia en Chile: lecciones para la gobernabilidad (1ª ed.). Santiago, Chile: Andrés Bello
- Carvalho, G., Schmid, A., y Fischer, J. (2021). Classifications of health care systems: Do existing typologies reflect the particularities of the Global South? *Global Social Policy*, 21(2), 278–300. <https://doi.org/10.1177/1468018120969315>
- CEPAL. (1988). Estudio económico de América Latina y el Caribe 1987: Chile.
- CEPAL. (2024). *CEPALSTAT: Base de datos portal de indicadores socioeconómicos*. Recuperado de https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicador_id=3127yarea_id=411ylang=es
- Cid, C., y Uthoff, A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e170. doi: 10.26633/RPSP.2017.170
- Cid, C., y Matus-López, M. (2022). El modelo de salud chileno en el contexto de América Latina: 40 años de crisis económicas, políticas de gasto y reformas. En J. A. de F. Sestelo, L. Bahía, y E. Levcovitz (Eds.), *Crise global e sistemas de saúde na América Latina*. Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Cid, C., y Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: El caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(4), 310–316. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000400007>
- DIPRES. (2004–2025). *Estadísticas de las finanzas públicas*. Ministerio de Hacienda. Recuperado de: <https://www.dipres.gob.cl/598/w3-propertyvalue-15407.html>
- DIPRES. (2024). *Estadísticas de gasto público: Ministerio de Salud, presupuesto devengado*. Recuperado de <https://www.dipres.gob.cl/597/w3-multipropertyvalues-14626-35324.html>
- Dragnic, L., y Saavedra, M. (2025). Persistencia en la inequidad: El sistema de salud en Chile. En Centro de Derechos Humanos (Ed.), *Informe anual de derechos humanos en Chile 2025* (pp. 251–295). Universidad Diego Portales.
- Edwards, S. (2023). *The Chile Project: The story of the Chicago Boys and the downfall of neoliberalism*. Princeton University Press.
- Fazio, H. (1996). *El programa abandonado: Balance económico social del gobierno de Aylwin*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Fernández, P., y Matus-López, M. (2024). Hospital systems in Latin America: Transformation and change, 1960s–2020s. En P. Fernández Pérez (Ed.), *Business history of hospitals in the 20th century: Entrepreneurship, organization, and finances*. Frontiers in Economic History, pp. 163–176. Springer Nature.
- FONASA. (1989–2018). *Boletines estadísticos*. Impresos hasta 1999. Desde el año 2000 Recuperado de: <https://datosabiertos.fonasa.cl/boletines-estadisticos>
- FONASA. (2019–2024). *Cuenta pública participativa*. Recuperado de: <https://datosabiertos.fonasa.cl/biblioteca-cuenta-publica>
- Frenz, P., Delgado, I., Kaufman, J. S., y Harper, S. (2014). Achieving effective universal health coverage with equity: Evidence from Chile. *Health Policy and Planning*, 29(6), 717–731. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt054>
- Gattini, C. (2018). *El sistema de salud en Chile*. Observatorio Chileno de Salud Pública. Recuperado de: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/Sistema_Salud_Chile_Gattini_2018.pdf
- González, J. (2008). *El efecto de la ambigüedad en la transición chilena*. RIL Editores.
- Guerrero-Nancuante, C., Melo, A., Gundelach, P., y Fuster, N. (2023). Participación social en el sistema de salud de Chile: Aportes reflexivos desde la bioética. *Salud Colectiva*, 19(5), 4486. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4486>
- Ilabaca, V. (2004). Estructura y funcionamiento del sistema sanitario chileno. En G. González, M. Vega, y S. Romero (Eds.), *Los sistemas de salud en Iberoamérica, de cara al siglo XXI* (pp. 125–134). Universidad de Guadalajara.
- INE. (2023). *Informe de principales resultados IX Encuesta de Presupuestos Familiares*. Recuperado de: <https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/encuesta-de-presupuestos-familiares/publicaciones-y-anuarios/ix-epf-%28octubre-2021---septiembre-2022%29/informe-de-principales-resultados-ix-epf.pdf>
- Lagos, P. (2025). Gasto público en la atención primaria: 35 años de gobiernos democráticos.

- Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 29–42. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n.1.2025.2278>
- Lenz, R., y Páez, L. (2021). Evolución del gasto de la seguridad social de salud en Chile: Revisión de agregados financieros entre 2000 y 2018. *Medwave*, 21(1), e8117. <https://doi.org/10.5867/MEDWAVE.2021.01.8117>
 - Matus-López, M. (2023). La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: Avanzar hacia la salud universal en América Latina. CEPAL. <https://hdl.handle.net/11362/48772>
 - Matus-López, M. (2025). Sistema de salud y utilización hospitalaria en Chile, 1952–2020: Tendencias, reformas y puntos de inflexión. *Pan American Journal of Public Health*, 49.
 - Matus-López, M., y Fernández, P. (2023). Transformations in Latin American healthcare: A retrospective analysis of hospital beds, medical doctors, and nurses from 1960 to 2022. *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 8(2), 248–288. <https://doi.org/10.1344/jesb2023.8.2.42709>
 - Mesa-Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3888>
 - Molina, C. (2010). *Institucionalidad sanitaria chilena 1889–1989*. LOM Ediciones.
 - Montoya, C. (2013). *La salud dividida: Chile 1990–2010*. CEIBO Ediciones.
 - Montoya, C., y Marchant, L. (1994). The effect of economic changes on health care and health in Chile. *The International Journal of Health Planning and Management*, 9(4), 279–294. <https://doi.org/10.1002/hpm.4740090403>
 - Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*, 17(3), 411–441. <https://doi.org/10.2190/7EC9-PM6N-6LLJ-X2PC>
 - OECD, Eurostat, y WHO. (2017). A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
 - OMS (2025). *Global Health Expenditure Database*. Recuperado de <https://apps.who.int/nha/database>
 - Palacios, A., y Leal, R. (2014). Gasto de bolsillo en salud: Metodología y resultados. Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud de Chile. Recuperado de: <http://desal.minsal.cl>
 - Riquelme, C., Haase, J., Lavanderos, S., y Morales, A. (2017). Desigualdad en recursos financieros de la atención primaria de salud municipal en Chile, 2001–2013. *Revista Médica de Chile*, 145(6), 723–733. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000600723>
 - Schüller, P. (2025, 14 de mayo). Estudio del Instituto de Salud Pública de la UNAB alerta que la crisis de las ISAPRES sigue. *La Nación*. Recuperado de: <https://www.lanacion.cl/estudio-del-instituto-de-salud-publica-de-la-unab-alerta-que-la-crisis-de-las-isapres-sigue>
 - SUBDERE. (2025). *Evolución presupuestaria municipal*. Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Recuperado de https://datos.sinim.gov.cl/evolucion_presupuestaria.php
 - Superintendencia de Salud. (2000). *Serie estadísticas anuales del sistema Isapre: 1981–1999*. Santiago.
 - Superintendencia de Salud. (2024). *Estadísticas financieras del sistema Isapre*. Recuperado de: <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-biblioteca-digital/estadisticas-3724/estadisticas-por-tema-3741/>
 - SUSESO. (2024). *Informe de gestión económica y financiera mutualidades de la Ley 16.744, año 2023*. Recuperado de: https://www.suseso.cl/609/articles-765115_archivo_01.pdf
 - Tetelboin, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud: Chile 1973–1990: Reformas de primera generación*. Universidad Autónoma Metropolitana.
 - Tetelboin, C., y Salinas, D. (1984). Estado y políticas de salud en Chile: El proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973–1979. *Estudios Sociológicos*, 2(5), 351–385.
 - Urriola, C., Infante, A., Aguilera, I., y Ormeño, H. (2016). La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública de México*, 58(5), 514–521. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>
 - Urriola, R., Massardo, J., Molina, C., y Monasterio Irzoque, H. (2009). *Historia de la protección social de la salud en Chile* (1ª ed.). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
 - Zúñiga, A. (2007). Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. *Acta Bioethica*, 13, 237–245. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2007000200012>