



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarria S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475
RFC: ATI120618V12*

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: XIII Número: 2 Artículo no.:52 Período: 1 de enero del 2026 al 30 de abril del 2026

TÍTULO: Desarrollo humano y gasto social en salud en Chile.

AUTORES:

1. Máster. Olga Ledesma Polo.
2. Dra. Norma Baca Tavira.
3. Dr. Juan Monroy García.

RESUMEN: Este artículo perfila el enfoque multidimensional del desarrollo humano en relación con los derechos individuales y los de la sociedad en conjunto. Los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) conducen al Estado en el establecimiento de mecanismos jurídicos y administrativos para proceder con justicia en el bienestar de la sociedad respecto a los recursos asignados al sector salud. El análisis del desarrollo humano en relación con el manejo del gasto público da luces para conocer el beneficio que obtienen los ciudadanos a través de los derechos sociales y el desempeño del Estado en la distribución del gasto público.

PALABRAS CLAVES: desarrollo humano, salud, gasto social, Chile.

TITLE: Human development and social spending on health in Chile.

AUTHORS:

1. Master. Olga Ledesma Polo.
2. PhD. Norma Baca Tavira.
3. PhD. Juan Monroy García.

ABSTRACT: This article outlines the multidimensional approach to human development in relation to individual rights and those of society as a whole. Economic, Social, Cultural, and Environmental Rights (ECSR) guide the State in establishing legal and administrative mechanisms to proceed fairly for the well-being of society with respect to the resources allocated to the health sector. The analysis of human development in relation to the management of public expenditure sheds light on the benefits citizens obtain through social rights and the State's performance in the distribution of public expenditure.

KEY WORDS: human development, health, social spending, Chile.

INTRODUCCIÓN.

En Chile, las condiciones de los habitantes y los movimientos sociales han expuesto avances y limitaciones en los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA). Después de la dictadura de Augusto Pinochet, la estructura neoliberal del país se centró en una perspectiva hacia el desarrollo (Bravo, 2012); los gobiernos de la democracia priorizaron una serie de transformaciones dirigidas a la consolidación de las reformas y ser un catalizador ante la segmentación en la atención pública y privada en salud (Lapiere, 2023). El análisis presta especial atención a la equidad y el acceso a los servicios públicos sanitarios en Chile, identificando desafíos y oportunidades de mejora en este ámbito; así mismo se examina el concepto Cobertura Universal de Salud como iniciativa global, de la cual se desprende la reestructuración de las políticas, la distribución de presupuestos y sus implicaciones en la sociedad chilena.

Se sostiene la hipótesis de que el gasto social en factores como salud influye en el desarrollo humano de los ciudadanos. El enfoque de la investigación es cualitativo; por ello, se emplearon estrategias clásicas como el estudio de caso para construir el diagnóstico.

En la recolección de datos secundarios se consultó información proveniente de organismos internacionales la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de instituciones nacionales: Ministerio de Salud (Minsal), Ministerio de Hacienda

(Minhacienda) y Dirección de Presupuesto (Dipres).

La atención integral en salud se fundamenta en el desarrollo biopsicosocial, que contribuye al progreso y desarrollo socioeconómico de la sociedad (Más et al. 2005). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). En 1952, el sistema de salud en Chile ejercía una amplia estructura asistencial; posteriormente, durante el régimen militar de 1973-1990 se establecieron las reformas globales, económicas, sociales, y de manera directa, en el sector salud mediante los decretos de Ley.

Durante el periodo presidencial de Ricardo Lagos, la entonces Ministra de Salud, Michelle Bachelet, impulsó a inicios del año 2000 las reformas que dieron origen a la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, y a la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Estas normas estructuran el plan de acceso en garantía y protección de salud para todos los individuos, considerado un derecho tanto para los afiliados al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) como para los de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre).

La construcción histórica y la estructura social de Chile, influenciados por el neoliberalismo, generaron desigualdades que detonaron movimientos sociales. En el año 2006, la salud adoptó un enfoque holístico que abordó diferentes facetas: individual, familiar y ambiental, en relación con el sistema sanitario. La atención bajo el plan AUGE, se integró gradualmente, abarcando 87 problemas de salud a lo largo de los años.

A partir del año 2009, la gestión hospitalaria por parte del sector privado, mediante el uso de consultoría especializada, implementó el procesamiento de diagnóstico y posibles tratamientos a través del sistema *Grupos Relacionados por el Diagnóstico*, considerado un mecanismo de clasificación de pacientes de acuerdo con su grado de complejidad en problemas de salud, con el objetivo de fijar la gestión y los costos del servicio hospitalario. Esta gestión inició en las Isapre, y la metodología fue adoptada después de

algunos años por Fonasa. Posteriormente, en el año 2015, se legisló a favor de la Ley 20.850 “Ricarte Soto Gallegos”, dirigida a los beneficiarios de los sistemas previsionales de Chile en relación con protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alta valoración. Los planes de salud se fijaban a través de diversas coberturas según edad y sexo.

Más tarde, en los años 2019 y 2020, la Suprema Corte en Chile modificó los parámetros para determinar las tablas de factores y los planes de salud enfocados a la categorización de pacientes con base en la gravedad de las enfermedades, el tipo de financiamiento, la gestión hospitalaria y la calidad en el servicio. La amplia cobertura de salud en el sector privado, con altos costos, detonó un aumento en la demanda del servicio público (Fonasa) respecto a problemas de salud por enfermedades transmisibles y no transmisibles. Los elevados costos y la desigualdad en el acceso al servicio médico por parte del sector público formaron parte de las demandas en el “estallido social” por la democracia en el derecho a la salud. El problema central es la gobernabilidad en los presupuestos nacionales en salud que han detonado grandes desafíos a los que se enfrenta Chile en cuanto al cumplimiento de los derechos sociales que son base para el desarrollo humano.

DESARROLLO.

La Teoría del desarrollo humano surgió durante 1988; Amartya Sen planteó las bases del desarrollo hacia un abanico de oportunidades de elección, lo cual constituye la libertad de la persona para alcanzar el bienestar. “Si se acepta que el interés gira en torno al tipo de vida que la gente lleva o puede llevar, ello destaca que las necesidades básicas deberían ser formuladas por sus funcionamientos y capacidades” (Sen, 1990, p. 56).

El desarrollo humano es un enfoque multidimensional que regula las relaciones humanas con los derechos individuales y de la sociedad en conjunto. El ser humano tiene características intrínsecas que definen su dignidad humana y está sujeto a igualdad de libertades. Las características extrínsecas no dependen de su

naturaleza respecto a su condición, muestran una interrelación de elementos de manera compleja y dinámica, y una de las dimensiones del desarrollo humano es gozar de una vida larga y saludable.

La salud influye en el desarrollo humano, crea las condiciones de vida saludable como factor clave en la calidad de vida; asimismo, se relaciona con otras dimensiones como la educación, vivienda, empleo y factores socioeconómicos; de ahí deriva su desarrollo personal y participación en el entorno.

Desde la Constitución Política de Chile, el Art. 9º hace especial énfasis en que es deber del Estado coordinar y controlar las acciones relacionadas con la salud, garantizar la ejecución de éstas que presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, y que podrán establecer de manera obligatoria. A partir de esta concepción de servicio, se detecta que la capacidad de pago de los ciudadanos se ubica según las preferencias del mercado.

Cobertura de los servicios de salud pública.

Diversos factores determinantes de la salud contribuyen al estado de bienestar de los individuos o de las poblaciones (Villa, 2011) y permite explicar la dimensión “gozar de una vida larga y saludable” (PNUD, 1990, p.4). La reforma a Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (BCN, 2004a), que tiene como finalidad establecer la autoridad sanitaria en diversas modalidades, así como la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) (BNC, 2004b) garantizan la seguridad en salud de los ciudadanos chilenos. Posteriormente, del 2000 al 2010 se fijaron objetivos de salud a nivel nacional que pretendían el goce a los servicios básicos, incrementar la calidad del servicio para todos los sectores de la sociedad y mejorar la salud de la población prolongando la vida.

Como parte de una investigación del desarrollo humano y gasto público en Chile, se detecta que las mayores incidencias en enfermedades, reportadas en los programas en prestaciones institucionales, como Fonasa e Isapre, durante el periodo 2006-2022 fueron cáncer cervicouterino, infección respiratoria aguda (IRA) infantil, hipertensión arterial, vicios de refracción en personas de 65 años y más, diabetes mellitus tipo 2, salud oral, depresión en personas de 15 años y más, urgencias odontológicas ambulatorias, salud

oral integral de la embarazada, infarto agudo de miocardio (IAM), cataratas, tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada, hipotiroidismo en personas de 15 años y más, salud oral integral del adulto de 60 años, asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años, colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos, asma bronquial en personas de 15 años y más, tratamiento de erradicación del helicobacter pylori, cáncer de mama; los anteriores son problemas de salud más recurrentes en atención de casos de enfermedades de Garantías Explícitas en Salud (GES) (Superintendencia de Salud, 2023). Se detecta que los casos con problemas por enfermedades no transmisibles y de salud mental tienen mayor incidencia.

Se han realizado estudios en personas con depresión, en el cual observaron factores relacionados con el ciclo de vida como la jubilación, la viudez y la pérdida de seres queridos, los cuales impactan negativamente en el bienestar emocional de las personas mayores. También argumentan que existe una relación entre depresión y enfermedades físicas; los factores biológicos (inmunológicos, neuroendócrinos o inflamatorios) influyen en esta condición. Se destacan estilos de vida no apropiados, como el sedentarismo o una dieta inadecuada. Se señala que el nivel socioeconómico, problemas psicosociales, traumas infantiles, características psicológicas y factores genéticos aumentan el riesgo de que aparezca la depresión y la comorbilidad médica.

Por consiguiente, el nivel de apoyo social, la calidad de las relaciones interpersonales y el grado de integración social juegan un papel crucial en el desarrollo y la gestión de la depresión; además, el nivel de escolaridad y el estatus socioeconómico influyen en la percepción de la salud mental y en el acceso a recursos y servicios de atención; otro factor que se menciona es la genética; asimismo, se pretende que la calidad de la atención y el tratamiento de los pacientes con depresión y comorbilidades físicas promuevan una intervención terapéutica integral que considere múltiples dimensiones del bienestar humano.

Según la Encuesta Nacional de Salud, la ampliación y mejora en programas de medicina preventiva, incluye evaluaciones más exhaustivas de factores de riesgo cardiovascular y promueve la detección

temprana. “Las enfermedades con mayor incidencia en pacientes hipertensos es consecuencia de una presión arterial persistentemente elevada, que aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y otros problemas de salud, se suelen presentar otros factores como el colesterol alto, la obesidad, la diabetes y el tabaquismo” (Piñol et al., 2011, p. 135).

Otro estudio es el aplicado a 50 madres embarazadas, donde se observó vulnerabilidad social; es decir, la desigualdad en el acceso a los servicios a mujeres y perinatales; así “los datos sobre acceso a prestaciones específicas muestran la incapacidad de respuesta institucional” (Arcos et al., 2016, p. 6).

A partir del año 2011, el reporte de casos de enfermedades en garantías explícitas muestra un incremento sostenido en el cáncer cervicouterino. Cabe resaltar, que existe un alto índice y no se ha tenido control sobre la enfermedad del Virus de Papiloma Humano (VPH), ya que según el Ministerio de Salud (Minsal) hasta el año 2014 se realizó la vacunación contra este virus, el cual provoca este tipo de cáncer si no es atendido oportunamente (Fica, 2014).

El gobierno debe implementar políticas públicas referentes a la prevención y mitigación en enfermedades no transmisibles y de salud mental, que en consecuencia, generan altos costos socioeconómicos al vulnerar el sistema de salud y también afecta el desarrollo humano al dar continuidad a la pobreza y desigualdad.

Cobertura de fuerza de trabajo en relación con cotizantes.

La estimación de cobertura en salud de cotizantes en Fonasa e Isapre, respecto a la fuerza de trabajo, se detalla de la siguiente manera: la cobertura según seguro y región anual 2006-2022 se encontró en la región Metropolitana de Santiago de Chile, seguido de Bío Bío, Valparaíso, O’Higgins, Maule y Los Lagos (Minsal, 2024).

Cuadro 1. Cobertura de fuerza de trabajo y tasa de desocupación.

Periodo	Fuerza de trabajo, ocupados y tasa de desocupación						
	Cotizantes FONASA e ISAPRES (MINSAL)	Fuerza de trabajo (CEPAL)	Ocupados (CEPAL)	Tasa de desocupación (CEPAL)	Tasa de ocupación	Tasa de cotizantes respecto a fuerza de trabajo	Fuerza de trabajo que no cotiza
2010	4,843,832.00	8,160,715.89	7,572,317.75	7.21%	92.79%	59.36%	40.64%
2011	5,056,015.00	8,356,354.87	7,786,901.90	6.81%	93.19%	60.51%	39.49%
2012	5,281,305.00	8,480,115.05	7,952,257.09	6.22%	93.78%	62.28%	37.72%
2013	5,537,678.00	8,649,478.73	8,149,389.06	5.78%	94.22%	64.02%	35.98%
2014	5,576,135.00	8,795,429.28	8,249,620.40	6.21%	93.79%	63.40%	36.60%
2015	5,863,492.42	8,954,113.88	8,428,469.85	5.87%	94.13%	65.48%	34.52%
2016	5,969,988.67	9,062,630.72	8,500,710.22	6.20%	93.80%	65.87%	34.13%
2017	6,304,489.25	9,379,522.64	8,768,666.86	6.51%	93.49%	67.22%	32.78%
2018	5,992,591.00	9,600,332.72	8,914,248.46	7.15%	92.85%	62.42%	37.58%
2019	6,387,005.37	9,777,751.51	9,087,132.38	7.06%	92.94%	65.32%	34.68%
2020	6,314,322.00	8,946,480.06	8,026,216.60	10.29%	89.71%	70.58%	29.42%
2021	6,551,269.75	9,350,583.82	8,678,286.81	7.19%	92.81%	70.06%	29.94%
2022	6,400,605.17	9,730,299.38	8,965,230.38	7.86%	92.14%	65.78%	34.22%
		Media		6.95%	93.05%	64.79%	35.21%
		Desviación estandar ±		1.13%	1.13%	3.19%	3.19%

Fuente: elaboración propia con base de datos de Minsal (2024) y CEPAL (2024).

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la fuerza de trabajo desocupada y ocupada del periodo 2006-2022 fue, en promedio, de 6.95% y 93.05%, respectivamente. Con base en el Minsal, y tomando como referencia los datos de la CEPAL, la cobertura en fuerza de trabajo de cotizantes en promedio es de 64.79% y la fuerza de trabajo que no cotiza ronda en 35.21%. La información que muestra la tabla indica que la tasa de desocupación ha incrementado del año 2018 al 2022. Durante el 2020 hubo mayor índice de desocupación con 10.29%; la media de todo ese grupo de datos es de 6.95% y la variabilidad respecto a la media es de 1.13 por ciento.

Los datos muestran que la fuerza de trabajo en proporción corresponde a los cotizantes en Fonasa e Isapre, y la otra parte es fuerza de trabajo que no cotiza. El escenario donde cotizó el mayor número de trabajadores fue en el 2020 y 2021, el más bajo fue durante el periodo 2010-2011; el moderado se

encuentra en los períodos 2013, 2016, 2017 y 2019. El comportamiento de los datos cuenta con una variabilidad de más menos 3.19 puntos porcentuales; por lo que la inequidad socioeconómica refleja desafíos en la seguridad, prosperidad y desarrollo de sus habitantes.

El número de cotizantes en seguro de salud y región al año permite detectar el índice que conforma el total de cotizantes, la mayor variabilidad en cuanto al número de cotizantes fue en la zona de Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, y permanecieron constantes Arica, Parinacota, Tarapacá y Maule; las regiones que tuvieron una tendencia a la baja son Antofagasta, Atacama, Coquimbo, La Araucanía, Los Ríos y Aysén, y las regiones con cotizantes en tendencia al alza es Bío Bío, Los Lagos y Magallanes; asimismo, en diciembre del 2011 se modificaron los seguros privados o Plan Garantizado de Salud; es decir, la perspectiva es hacia el Plan Universal de Salud. Después, en el año 2015, se emitió la Ley Ricarte Soto (20.580) en la que se asegura un sistema de protección financiera a los usuarios para diagnósticos y tratamientos de alto costo, dirigido a todos los niveles socioeconómicos.

Respecto a la infección respiratoria aguda infantil, en el año 2016 en Chile, la población vulnerable experimentó complicaciones más graves debido a la inmadurez inmunológica y anatómica en niños menores de dos años. Diversas investigaciones mencionan que el impacto de la pandemia por COVID-19 (no considerado en esta investigación) evidencia la mayor letalidad de vidas humanas en personas que habitan en pobreza extrema o viviendas en alta densidad; el resultado fue una afectación en la salud física, mental y social, además de que se redujo la esperanza de vida al nacer; por lo tanto, se han tomado medidas para incrementar la cobertura de vacunación mediante campañas de información en centros de salud, así como implementar programas de detección temprana de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, a través de chequeos regulares.

En los años 2020 y 2021 se promulgó una Reforma a Fonasa, enfocada propiamente a establecer el Plan de Salud Universal relacionado con la implementación del sistema de gestión hospitalaria en niveles primario, de mediana y alta complejidad.

Algunas estrategias para garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios de salud de calidad son los chequeos regulares y atención especializada para aquellos pacientes identificados con alto riesgo a través de modelos predictivos, así como incrementar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud en áreas rurales y urbanas, a fin de que tengan acceso a una atención médica oportuna; además, se debe implementar y promover el uso de servicios de telemedicina para facilitar el acceso a atención médica, especialmente en regiones remotas.

Después de presentar los porcentajes sobre la prevalencia de las distintas enfermedades que padece la población chilena, es importante mencionar, que deben atenderse ciertas recomendaciones, como proporcionar formación y actualización constante a los profesionales de la salud sobre las mejores prácticas y protocolos para el manejo de ciertos padecimientos, asegurando que estén al tanto de las últimas evidencias y técnicas para ofrecer una mejor atención al paciente; además, será necesario establecer sistemas de monitoreo y evaluación para medir la efectividad de las intervenciones implementadas y ajustar las estrategias según sea necesario. De acuerdo con el análisis de la matrícula en salud, se observa que hay un alto incremento de enfermedades, muy relacionadas con la educación y el nivel de ingresos que tienen los chilenos.

Esperanza de vida al nacer.

La esperanza de vida es la probabilidad promedio que tiene un niño al nacer; una esperanza alta garantiza autonomía, productividad, alto desempeño laboral y mayores capacidades cognoscitivas. Con base en los datos demográficos de Chile, la tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos mostró en el año 2006 un indicador de 8.10 ambos sexos, y cierra el mismo valor en el 2023 a 4.10; la tasa de mortalidad infantil por mil niños menores de cinco años en 2006 y 2023 fue de 9.56 y 5.04, respectivamente; la esperanza de vida en el 2006 y en el 2019 se pronosticó de 80.30, y en el 2020 disminuyó a 79.40. En el año 2020 se redujo, respecto a períodos anteriores, a un indicador semejante al periodo 2015.

En el año 2021 disminuyó hasta 78.90, y a partir del 2022 la tendencia es al alza; así en el 2023 fue de 81.20 para ambos sexos; en el 2024 fue de 81.40 años, hombres 79.10 años y mujeres 83.60 años. El indicador muestra que en las mujeres éste es superior; mientras que la población mayor de 50 años va en aumento; por lo tanto, es mayor el incremento en edades superiores a 65 años.

Según la CEPAL, la esperanza de vida representa la duración media de la vida de los individuos, que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del período en estudio.

El desarrollo económico y los avances de la ciencia contribuyen a mejorar el bienestar de la población. Al incrementar el presupuesto destinado en salud, se invierte en equipo y se mejora el bienestar de sus ciudadanos y los servicios respectivos. La disponibilidad de personal médico es crucial para la atención sanitaria en la prevención y tratamiento de enfermedades, lo que refleja la importancia de contar con un personal médico profesionalmente adecuado para satisfacer las necesidades de la población.

Respecto al Fonasa, éste es el servicio público que asegura un acceso oportuno y equitativo a servicios de salud de calidad para sus afiliados. Los beneficiarios de este Fondo se clasificaron en diferentes categorías según su situación familiar y laboral, lo que determina el tipo de cobertura y prestaciones a las que tienen acceso.

Chile, a través de la Dirección de Presupuesto, ha presentado diversos planteamientos programáticos que se relacionan con la política fiscal y los derechos de bienestar, una serie de iniciativas que buscan mejorar la calidad de vida de los chilenos. En el año 2006, el gobierno tuvo como meta, en un lapso de seis años, fortalecer el sistema de protección social al beneficiar a 225 000 familias vulnerables del país mediante transferencias, apoyo económico, programas de promoción y la ampliación de la cobertura en salud para familias indigentes, hasta concluir el periodo. Otros planes en previsión social fueron: comuna segura, que ofreció seguridad para las comunidades superiores a 70 000 personas, y a su vez, aumentó a 990 carabineros el número de personas que se emplean en fuerzas policiales.

A la par, se atendió el “Programa Chile mi Barrio” a favor de 105 888 familias, con el cual se beneficiaron 972 campamentos catastrados en 1996 con soluciones habitacionales de saneamiento y promoción social. El sistema de previsión social, al afiliar a un trabajador, ofrece seguridad y protección de salud; aunado a ello, se pueden afiliar personas de las municipalidades que requieren servicios básicos, como indigentes e inmigrantes.

Respecto a la atención en servicios de salud, a través de Fonasa e Isapre, los resultados obtenidos de los compromisos en la Ley Médica muestran diferencias en el cumplimiento de algunos indicadores: la variación del porcentaje de partos vía cesárea en hospitales tipo 1, 2 y 3; la tasa en relación con altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años en nivel primario; la tasa de profesionales funcionarios que asistieron al menos a una actividad de formación o capacitación, pertinente al fortalecimiento del régimen de garantías en salud o guías clínicas respectivas; el porcentaje de solicitudes de interconsulta de sospecha e informes de proceso de diagnóstico ingresadas al sistema de información (SIGGES) en un plazo de 48 horas desde la fecha de emisión, y todos los parámetros encontrados, además del porcentaje de utilización de pabellones de cirugía electiva. Estos datos no demográficos permiten conocer la evolución futura del estado de salud y los cambios en la morbilidad de la población. Los servicios de salud pública enfrentan también una alta demanda en áreas odontológicas de urgencia, particularmente en regiones del sur del país (Olate et al., 2014)

Dando continuidad a la información sobre proyectos de inversión respecto a infraestructura en materia de salud, en el año 2008, se propuso crear el Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” con el propósito de igualar oportunidades; el programa iniciaría a partir del control del embarazo hasta el ingreso del infante a prekínder, y fue hasta el año 2009 que se sometió al Congreso para su aprobación e institucionalización. En el año 2010 se destinaron recursos para ampliar la atención médica en diversos hospitales. Los resultados, de acuerdo con lo presupuestado, muestran indicadores que no se alcanzaron al 100%.

En efecto, la variación de porcentaje de parto vía cesárea en el 2006 no obtuvo la meta programada, después en el año 2008 se eliminó este indicador por considerarlo no significativo según la tasa esperada; no obstante, de acuerdo con Carreño et al. (2018), en Chile, la tasa de cesáreas aumentó de 30% (sector público) y 60% (extra sistema) a 40,5% y 76% respectivamente, entre el 2000 y 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en este periodo que dicho porcentaje se encuentre en un rango de entre 10 y 15%.

En lo relativo al incumplimiento de la tasa en el año 2007 de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años en nivel primario, el Informe de Finanzas Públicas menciona que esto fue motivado por la falta de profesionales odontólogos y el difícil acceso a los centros de atención; cabe mencionar, que las encuestas nacionales no se realizaron en niños mayores de seis años y adolescentes.

Por otro lado, los datos reflejan un déficit en la tasa de capacitación continua en profesionales de salud, pues sólo 66% se capacitó, siendo una tasa menor a la planeada, que era de 75%. Román y Señoret (2008), respecto al estado actual de las especialidades en Chile mencionan, que “la proporción de médicos generales como especialistas en relación con la población beneficiaria (Fonasa) es ligeramente inferior a los estándares comunicados en el extranjero” (p. 104), además de que en algunas especialidades la oferta es deficitaria; existen cargos de especialidades básicas desempeñados en la práctica por subespecialistas, sin considerar las municipalidades.

En relación con el porcentaje de solicitudes de interconsulta e informes de proceso para enfermedades en AUGE, así como informes de diagnóstico ingresados al Sistema de Información, se determina que es menor a lo que se había proyectado, debido a problemas de gestión y a la caída del sistema por fallas técnicas; no obstante, a pesar de los avances en el sistema de salud chileno persisten desafíos en la protección social como la falta de cobertura universal, la desigualdad en el acceso al servicio, y la insuficiencia de mecanismos de protección financiera.

Por otra parte, las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) están constituidas por planes establecidos a través de tarifas basadas en riesgos o coberturas según el esquema del seguro, por lo que estas instituciones hacen una especie de clasificación (selección), en la que los pacientes con menos prestaciones generan menos costos de servicio, y los que tienen mayor atención médica y un riesgo alto en enfermedades degenerativas son sujetos a mayor costo; hasta cierto punto, esto es coherente, ya que es un servicio privado. De acuerdo con lo expuesto, sería necesario implementar regulaciones que limiten la selección de pacientes.

El Estado en el presupuesto del año 2011 (Dipres, 2010) proyectó un aumento al presupuesto para atención primaria en salud, que implicó reforzar el programa de urgencia primaria urbana y rural, otorgando mayor capacidad de resolución, tanto en atención médica como odontológica; de esta manera, se realizó la vigencia en cobertura de las 69 patologías incluidas en el Sistema GES. En este periodo, se creó el Ministerio de Desarrollo Social; el Estado planeó erradicar la desigualdad excesiva y la pobreza; además, se creó la meta de alcanzar un crecimiento de 53.2% real en la línea programática de protección social de Mideplan, en la cual incluyó recursos destinados a Chile Solidario, Chile Crece Contigo y el Bono al Ingreso Familiar, contemplados en la Ley de Presupuesto desde año 2011.

Dentro de los programas evaluados de prevención estaba la disminución en la transmisión y la morbimortalidad del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y a otras enfermedades venéreas; en el año 2011 se presentó la mayor tasa de notificación del periodo, posterior a lo cual las tasas de incidencia se mantienen relativamente estables, con tasas que varían entre 14 y 15 por cien mil habitantes (Minsal, 2024, p. 3). En la ENS 2016-2017, la mayor tasa en edad de 25 a 44 años correspondió una disminución en el 2009 y 2017 de 44.5 y 23.8%, respectivamente; se hicieron estudios de VIH o SIDA en los últimos 12 meses.

Mientras tanto, en materia de salud, el presupuesto 2013 destinó mejoras a los niveles de atención secundario y terciario, necesarios para optimizar la disponibilidad, distribución y competencias del

personal de salud. Para la formación y contratación de médicos especialistas se destinaron recursos que permitieron financiar un total de 830 becas de especialidad en el año 2013. Con esto se proyectó completar, entre el 2010 y 2013, la formación de un total de 2 810 especialistas; la meta al 2014 fue completar a 3000 especialistas.

Dentro de los resultados de evaluación de indicadores, se observa que existió una baja efectividad del sistema de salud en conjunto, ya que las cifras emitieron una proporción importante de pacientes que esperaron más de 12 horas para hospitalizarse (pasando de 22.5% en 2009 a 34.2% en 2013).

Lo anterior no es absoluta responsabilidad de la red de urgencia, debido a que podría explicarse por la falta de camas agudas para la población asegurada por el Fonasa, las cuales, dependiendo del estándar internacional utilizado, van desde 11462 (OMS) a 39710 (OCDE) camas (Dipres, 2016 p.78).

Por otro lado, se determinó con base en la asignación de presupuestos por partida, que en el Fonasa la asignación promedio con base en el presupuesto del gasto público en salud ejecutado de 2006-2022 fue de 83% anualmente; las Isapre tuvieron menor demanda por su segmento de mercado dirigido a personas con mayor poder adquisitivo y suficientes recursos económicos.

Por su parte, el Dipres (2013) reportó que durante 2010-2013 se distribuyeron recursos para telemedicina y telerradiología, unidades quirúrgicas ambulatorias y reforzamiento de COSAM, así como para financiar nuevas camas críticas, agudas, básicas o medias, estrategia de hospitalización domiciliaria, compra de días/cama al sector privado durante las campañas de invierno para descongestionar al sector público, además del bono AUGE para eliminar líneas de espera.

En el presupuesto 2014, el Instituto de Salud Pública (ISP) asignó recursos para la modernización y habilitación de laboratorios por temas emergentes, el mejoramiento de la infraestructura y servicios básicos del Instituto, el reforzamiento del laboratorio de histocompatibilidad y la implementación de la Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED).

A partir del 11 de marzo de 2020, la OMS caracterizó al COVID-19 como pandemia; «Pandemia» no es

una palabra que deba utilizarse a la ligera o de forma imprudente (Organización Mundial de la Salud, 2020). Durante la pandemia, los sistemas de salud enfrentaron el desafío de mitigar la propagación del virus; se establecieron medidas de contención que tenían como objetivo el control en fronteras y restricción de tránsito, suspensión de clases, restricción de reuniones sociales y/o masivas, cierre de cines, teatros, iglesias, gimnasios y tiendas no esenciales.

Las medidas que se adoptaron en su momento se integraron en dos fases: en la I se buscó reforzar el presupuesto del sistema de salud, proteger a empleos e ingresos familiares, y proveer liquidez para el sistema productivo, y en la II, el presupuesto se direccionó al fondo para la protección de los ingresos más vulnerables y el plan de garantías de créditos para empresas. Durante la pandemia, la Salud registró un alza de 27.2% en la ejecución de Convenios de Provisión de Prestaciones Médicas, relacionado con la adquisición de camas críticas a instituciones privadas para la atención de pacientes de COVID-19 y el aumento de las transferencias a municipios en relación con las estrategias en atención primaria de salud; entonces, a pesar de la inversión hecha en materia de salud en áreas rurales y poblaciones vulnerables la calidad de la atención médica y los tiempos de espera fueron deficientes, y ante el letal virus hubo 60 696 decesos.

Cuadro 2. Programa Fondo Nacional de Salud- Ingresos.

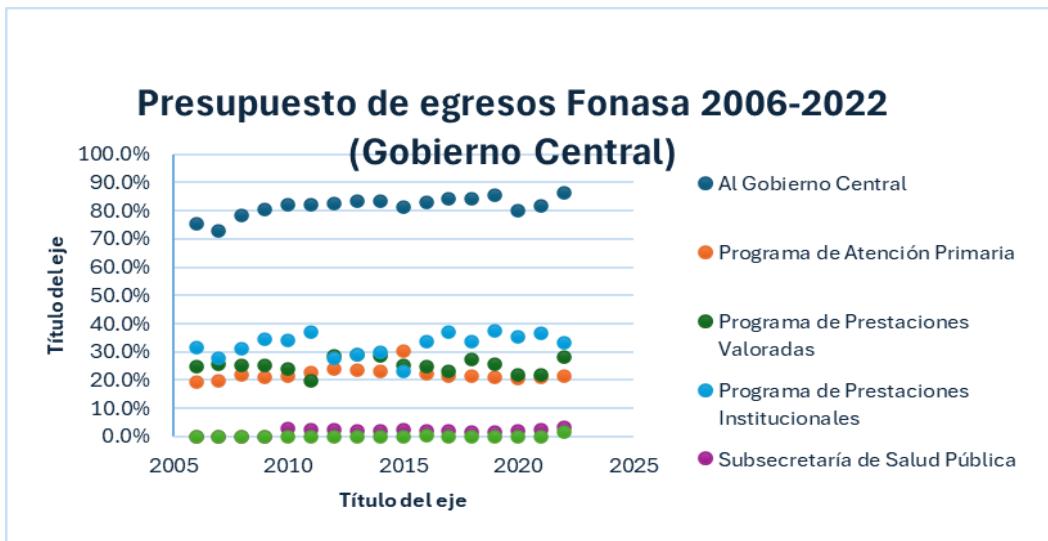
MINISTERIO DE HACIENDA DIRECCIÓN DE PRESUPUESTO																				
Programa Fondo Nacional de Salud (Fonasa)																				
Subt.	Item	Asig.	Clasificación Económica	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
			INGRESOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
04			IMPOSICIONES PREVISIONALES (Aporte del trabajador)	50%	40.5%	40.7%	35.5%	35.1%	36.9%	37.4%	36.4%	34.6%	36.7%	31.2%	29.6%	29.3%	28.47%	25.7%	20.8%	17.3%
05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES (Del Gobierno Central)	0%	0.3%	0.4%	0.6%	0.5%	0.7%	0.5%	0.5%	0.4%	2.0%	0.9%	1.1%	1.1%	1.11%	1.6%	1.2%	1.6%
08			OTROS INGRESOS CORRIENTES	0%	0.0%	5.4%	4.6%	4.2%	4.2%	3.9%	4.6%	3.7%	3.8%	3.2%	2.9%	2.8%	1.92%	1.5%	0.2%	0.1%
09			APORTE FISCAL LIBRE	50%	50.6%	53.2%	59.1%	60.1%	58.0%	57.9%	58.4%	61.2%	57.4%	64.6%	66.1%	66.4%	67.86%	70.6%	77.1%	80.1%
12			RECUPERACION DE PRESTAMOS	0%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.3%	0.5%	0.64%	0.6%	0.7%	0.8%
15			SALDO INICIAL DE CAJA	0%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%

Fuente: elaboración propia.

El Ministerio de Hacienda, a través de la Dirección de Presupuesto, asignó ingresos al programa FONASA; así se observa que a partir del año 2006, el aporte del trabajador permaneció constante en la

recaudación hasta el 2015; a partir del año 2016 ha disminuido anualmente hasta el 2022. El aporte fiscal libre tiene un comportamiento al alza, en el año 2006 estaba en 50% y en el 2022 correspondió 80.10%. Las transferencias corrientes del Gobierno Central ascienden a un porcentaje no significativo, el máximo incremento fue en el año 2022 con 1.6 por ciento.

Figura 1. Programa Fondo Nacional de Salud- Egresos FONASA 2006-2022.



Fuente: elaboración propia.

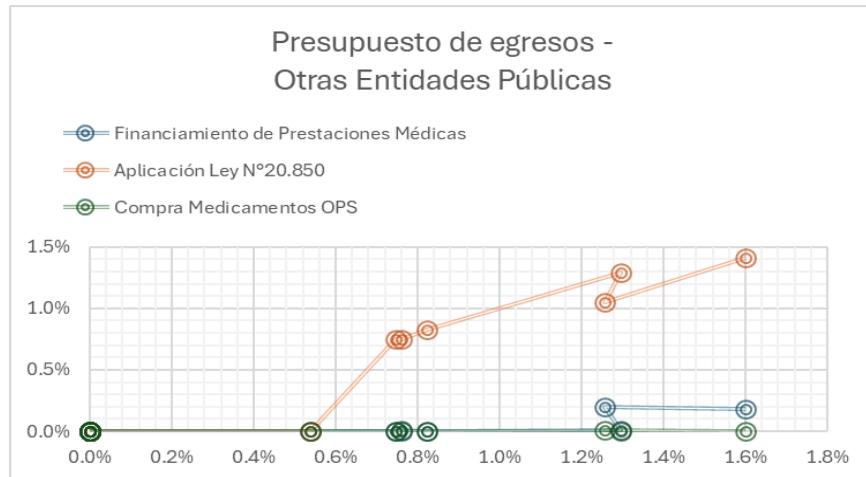
Cuadro 3. Programa Fondo Nacional de Salud-Egresos al Gobierno Central.

Ministerio de Hacienda Dirección de Presupuestos Chile 160201 PROGRAMA : FONDO NACIONAL DE SALUD (Fonasa)																		
Subt. Item Asig.	Clasificación Económica	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
02	Al Gobierno Central	75.3%	73.1%	78.4%	80.4%	82.0%	82.0%	82.6%	83.6%	83.6%	81.2%	83.1%	84.1%	84.4%	85.47%	80.0%	81.7%	86.2%
035	Programa de Atención Primaria	19.3%	19.7%	21.8%	20.9%	21.3%	22.7%	23.9%	23.4%	22.9%	30.3%	22.3%	21.5%	21.5%	20.99%	20.8%	20.9%	21.5%
036	Programa de Prestaciones Valoradas	24.6%	25.5%	25.3%	25.1%	23.9%	19.9%	28.6%	29.1%	28.7%	25.4%	24.8%	23.3%	27.4%	25.48%	22.0%	21.9%	28.2%
037	Programa de Prestaciones Institucionales	31.4%	27.9%	31.2%	34.4%	34.0%	37.0%	27.6%	28.9%	29.8%	23.3%	33.7%	37.1%	33.7%	37.30%	35.4%	36.6%	33.3%
043	Subsecretaría de Salud Pública	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	2.3%	2.5%	2.2%	2.3%	2.2%	2.2%	1.7%	1.69%	1.9%	2.3%	3.2%	
045	Comité Industrias Inteligentes	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	1.6%	

Fuente: elaboración propia.

La distribución de gasto en salud asignada al Gobierno Central tiene un comportamiento al alza, pues en el año 2022 fue de 86.2%, para el Programa de Atención Primaria fue de 21.5%, para el Programa de Prestaciones Valoradas correspondió 28.2%, y para el Programa de Prestaciones Institucionales fue de 33.3 por ciento.

Figura 2. Programa Fondo Nacional de Salud-Egresos. Otras entidades públicas



Fuente: elaboración propia.

A partir de 2016, la Ley Ricate Soto (20.850) tuvo el siguiente comportamiento en la asignación de gasto.

Cuadro 4. Programa Fondo Nacional de Salud-Egresos otras entidades públicas.

Ministerio de Hacienda Dirección de Presupuestos Chile 160201 PROGRAMA : FONDO NACIONAL DE SALUD (Fonasa)																		
Clasificación Económica		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
03	A Otras Entidades Públicas	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.7%	0.8%	0.82%	1.3%	1.3%	1.6%
10	Financiamiento de Prestaciones Méc	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.2%	0.2%
410	Aplicación Ley N°20.850	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.8%	0.82%	1.3%	1.0%	1.4%
423	Compra Medicamentos OPS	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%

Fuente: elaboración propia.

En el año 2022, la distribución a otras entidades públicas en gasto fue de 1.6%; derivado de financiamiento de prestaciones médicas, 0.2%, y aplicaciones a la Ley 20.850, 1.4 por ciento.

CONCLUSIONES.

La salud está relacionada con diversos factores, como educación, vivienda, empleo y socioeconómicos; por lo anterior, la hipótesis planteada en este artículo se acepta, ya que el gasto social en factores como salud influye en el desarrollo humano de los habitantes en Chile. Para el Estado, las enfermedades no transmisiones y de salud mental conllevan un alto costo en salud, lo que afecta al desarrollo humano al dar continuidad a la pobreza y desigualdad. El trabajo formal da derecho al servicio de salud según la cobertura

a la que está sujeto, asegura el desarrollo socioeconómico; los habitantes que laboran sin seguridad social deben cubrir el costo en instituciones privadas. El derecho a la salud es una contraprestación que se adquiere o gestiona, no es un derecho democrático y libre.

La atención médica institucional se clasifica en tres modalidades principalmente: programa de atención primaria, programa de prestaciones valoradas y programa de prestaciones institucionales. Los derechohabientes se clasifican para codificar y estandarizar los pagos de hospitalización. La atención médica en problemas de salud y procedimientos desarrollados se destina a *Grupos Relacionados por Diagnóstico*, que es el porcentaje más alto distribuido.

Se han desarrollado estrategias de gestión; sin embargo, la inversión en infraestructura en el presupuesto de egresos no muestra una asignación en activos no financieros que permita dar cumplimiento a planes técnico-operativos, lo cual produce atrasos en tiempos de espera e inefficiencia para tratamientos complejos hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Arcos et al. (2016). Invisibilidad de la vulnerabilidad social y el derecho al cuidado de salud Integral en Chile. Posgrado Universidad Mayor, 8.
2. BCN. (2004a). Ley de Autoridad Sanitaria. Chile: BNC.
3. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). (s. f.). Estimación de VIH/SIDA en Chile para el Control Sanitario. <https://goo.su/dBXR>
4. BNC. (2004b). Establece un régimen de garantías en salud. Chile: BNC,
5. Bravo Vargas, V. (2012). Neoliberalismo, protesta popular y transición en Chile, 1973-1989. Política y cultura, (37), 85-112. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-77422012000100005&script=sci_abstract&tlang=en
6. Cámara de Diputados y Diputadas. (2024). Constitución Política de la República, Chile. Chile.

7. Carreño, B., Castillo, V., Aichele, D., Marshall, M., Caceres, D., Vesperinas, G., & Salinas, H. (2018). Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(4), 415-425.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000400415&script=sci_arttext&tlang=pt
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2024). Base de datos y publicaciones estadísticas sobre empleo y fuerza laboral en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/de4f6c78-07e0-4b34-bd0d-5e6e1e26d913>
9. Dipres. (2016). Informe de Finanzas Públicas, Proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2017. Chile: OH! Publicidad.
10. Dirección de Presupuestos (DIPRES). (2013). Informe de Finanzas Públicas: Proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2014 (pp. 51). Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
https://www.dipres.gob.cl/597/articles-114710_doc_pdf.pdf
11. Dirección de Presupuestos. DIPRES (2010). Proyecto Presupuesto 2011. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. (Folleto con los puntos citados sobre atención primaria, urgencia y GES).
https://www.dipres.gob.cl/598/articles-72441_doc_pdf.pdf
12. Fica, A. (2014). Prevención del cáncer cérvico-uterino en Chile: Mucha vacuna y poco Papanicolaou. *Revista chilena de infectología*, 31(2), 196-203.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182014000200010&script=sci_arttext
13. Lapierre, M. (2023). Análisis del sistema de salud chileno desde una perspectiva de justicia, en el marco del movimiento social del 18 de Octubre de 2019 en Chile. *Izquierdas*, 52, 4384-4403.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-50492023000100227&script=sci_arttext
14. Más Sarabia, M., Alberti Vázquez, L., & Espeso Nápoles, N. (2005). Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. *Humanidades Médicas*, 5(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es&tlang=es

15. Ministerio de Salud de Chile. (2024). Número de cotizantes según seguro de salud por año y región. Gobierno de Chile. <https://deis.minsal.cl>
16. Ministerio de Salud. Minsal. (2024). Número de cotizantes según seguro de salud por año y región. Chile: Minsal.
17. Olate, V., Olate, G., Cártes, B., & Olate, S. (2014). Urgencias Odontológicas en la Provincia de Cautín-Chile, entre los Años 2009 a 2013. International journal of odontostomatology, 8(3), 447-452. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000300020&script=sci_arttext&tlang=pt
18. Organización de las Naciones Unidas. (1966). Declaración Universal de los derechos humanos. Ginebra Suiza: ONU.
19. Organización Mundial de la Salud. (01 de septiembre de 2025). OMS. Obtenido de La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
20. Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2020). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
21. Piñol, C., Alegría, E. y Langham, S. (2011). Carga epidemiológica y económica de la hipertensión arterial en pacientes con síndrome metabólico en España: un modelo basado en la prevalencia. Hipertensión y Riesgo Vascular, 28(4), 126-136. e <https://elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-articulo-carga-epidemiologica-economica-hipertension-arterial-s1889183711001097>
22. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD](1990). Gozar de una vida larga y saludable. Informe de Desarrollo Humano, Tm Tercer Mundo, Capítulo 1.
23. Román, O., & Señoret, M. (2008). Estado actual de las especialidades médicas en Chile: realidad en el sistema público no municipalizado. Revista médica de Chile, 136(1), 99-106.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000100013&script=sci_arttext&tlang=en

24. Sen, A. (1990). Development as capability expansion. Human development and the international development strategy for the 1990s, 1(1), 41-58. <https://livelhoods.net.in/wp-content/uploads/2020/05/DEVELOPMENT-AS-CAPABILITY-EXPANSION.pdf>
25. Superintendencia de Salud. (2023). Estadística trimestral de casos GES (AUGE) de Fonasa y Sistema Isapre. Chile: Fonasa y Superintendencia de Salud.
26. Superintendencia de Salud. (27 de septiembre de 2023). Garantías explícitas en salud GES-AUGE. <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-biblioteca-digital/estadisticas-3724/estadisticas-por-tema-3741/garantias-explicitas-en-salud-ges-auge-3746/>
27. Villa. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Médica Peruana, 28(4), 237-241. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&tlang=es.

DATOS DE LOS AUTORES.

- 1. Olga Ledesma Polo.** Maestra en Finanzas por la Universidad Autónoma del Estado de México. Es profesora en la Facultad de Contaduría de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México. Correo electrónico: oledesmap@uaemex.mx ORCID <https://orcid.org/0009-0000-1219-5667>.
- 2. Norma Baca Tavira.** Doctora en Geografía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Adscripción: Instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales. Tlachaloya, Toluca. Correo electrónico: nbacat@uaemex.mx ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2162-5611>
- 3. Juan Monroy García.** Doctor en estudios latinoamericanos en la Facultad de Filosofía y Letras, Adscripción Tipo de plaza actual: Profesor Tiempo Completo Definitivo, Categoría F., Facultad de Humanidades: licenciatura en Filosofía y plan integrado de Maestría y Doctorado en Humanidades, Universidad Autónoma del Estado de México. Correo electrónico: juanjo_monroy@yahoo.com.mx

RECIBIDO: 14 de septiembre del 2025.

APROBADO: 23 de octubre del 2025.