

Tendencias del gasto público en salud destinado a prestadores privados en Chile (2019-2025)

Trends in public health expenditure allocated to private providers in Chile (2019-2025)

Camilo Bass del Campo¹

RESUMEN

El aumento del gasto público en salud en Chile se ha presentado como estrategia de fortalecimiento del sistema; sin embargo, una fracción relevante se canaliza a la compra de servicios privados. **Objetivo:** Analizar la evolución del gasto público en salud en Chile (2019-2025), con énfasis en la proporción del aumento presupuestario destinada a prestadores privados. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo con series de ejecución presupuestaria de FONASA en pesos constantes (base 2026) y su relación con el PIB; el gasto en prestadores privados se estimó como modalidad de libre elección más compra directa. **Resultados:** El presupuesto de FONASA aumentó 49% real y el gasto en privados 72%. En años de expansión, el incremento destinado a compras privadas llegó a 63,5% en 2024. La transferencia a privados correspondió a 0,5-0,6% del PIB. **Conclusión:** La expansión del gasto no fortaleció proporcionalmente la provisión estatal y contribuyó a sostener la oferta privada, reforzando la dependencia del mercado, en un sistema segmentado y con alto gasto de bolsillo. Se recomienda complementar con comparaciones de costos y producción, y reorientar el gasto hacia inversión pública estructural para reducir la subordinación al mercado, ampliar capacidad pública instalada y avanzar en la garantía del derecho a la salud.

Palabras clave: Financiamiento de la Salud; Gastos en Salud; Privatización; Prestación de Atención de Salud; Chile.

ABSTRACT

The increase in public health expenditure in Chile has been presented as a strategy to strengthen the health system; however, a significant share is channeled into the purchase of private services. **Objective:** To analyze trends in public health expenditure in Chile (2019–2025), focusing on the share of budget increases allocated to private providers. **Methods:** Descriptive observational study using executed budget series from the National Health Fund (FONASA), expressed in constant pesos (2026 base), and their relationship to gross domestic product (GDP). Spending on private providers was estimated as Free Choice Modality plus direct purchasing. **Results:** FONASA's budget increased by 49% in real terms and spending on private providers by 72%. In years of expansion, the share of the budget increase allocated to private purchases reached 63.5% in 2024. Transfers to private providers amounted to 0.5–0.6% of GDP. **Conclusion:** The expansion of public spending did not proportionally strengthen public provision and contributed to sustaining private supply, reinforcing subordination to the market in a segmented system with high out-of-pocket spending. Further work should include systematic comparisons of costs and output, and spending

Recibido el 2 de febrero de 2026. Aceptado el 03 de marzo de 2026.

¹ Médico de familia y comunidad. Escuela de Salud Pública (Universidad de Chile). Magíster en Salud Pública y en Administración de Salud. Correspondencia a: camilobass@gmail.com

growth should be reoriented toward structural public investment to reduce subordination to the market, expand public capacity, and advance the effective guarantee of the right to health.

Keywords: Health Care Financing; Health Expenditures; Privatization; Delivery of Health Care; Chile.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, el sistema de salud chileno se ha consolidado como un modelo segmentado, con aseguramiento dual y una provisión que combina red pública y oferta privada. Esta arquitectura, establecida a partir de las reformas neoliberales de los años ochenta, no solo organizó la afiliación en torno a un fondo público (FONASA) y aseguradoras privadas (ISAPRE), sino que también fortaleció mecanismos permanentes de compra de prestaciones al sector privado con financiamiento de origen público. Diversos análisis han descrito cómo esta configuración ha favorecido transferencias sostenidas hacia prestadores privados mediante instrumentos como la Modalidad de Libre Elección y la compra institucional de servicios, reproduciendo un patrón de subsidio cruzado desde el sistema público hacia actores privados (Bass del Campo, 2020; Manzano Méndez & Goyenechea Hidalgo, 2020; Parada-Lezcano & Bass del Campo, 2020).

Este patrón no es exclusivo de Chile. Forma parte de una trayectoria más amplia de privatización funcional en América Latina, donde la expansión del financiamiento público ha ido acompañada de un fortalecimiento relativo de la provisión privada. En estas configuraciones, el Estado tiende a asumir crecientemente un rol de financiador, mientras el sector privado incrementa su peso como proveedor, reforzando dinámicas de mercantilización de la política sanitaria (Laurell, 2017; Luzuriaga, 2016). Informes regionales recientes han subrayado, además, la importancia de observar no solo la magnitud del gasto, sino también su orientación y capacidad de ejecución en períodos de alta presión sanitaria, ya que esas decisiones condicionan qué se entiende en la práctica por fortalecimiento del sistema (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

En paralelo, el gasto público en salud ha aumentado en las últimas dos décadas, tanto en niveles absolutos como en su relación con el PIB, impulsado por presiones demográficas, epidemiológicas y políticas. Proyecciones fiscales de largo

plazo han advertido que el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica tenderán a elevar de manera persistente la presión sobre el financiamiento sanitario, planteando desafíos de sostenibilidad y priorización del gasto (Dirección de Presupuestos, 2013). Sin embargo, el volumen de gasto, por sí solo, dice poco sobre el tipo de fortalecimiento que efectivamente se produce: una expansión presupuestaria puede traducirse en mayor capacidad pública instalada, o bien en una ampliación de compras externas que sostengan la oferta privada. Distinguir entre ambas trayectorias es clave para interpretar el alcance real del fortalecimiento del sistema.

La orientación del financiamiento sanitario también tiene consecuencias distributivas directas sobre los hogares. En un sistema caracterizado por segmentación y compras privadas financiadas con recursos públicos, el gasto de bolsillo mantiene un peso significativo dentro del gasto total en salud. La evidencia reciente muestra que el gasto directo de los hogares representa una proporción sustantiva del financiamiento sanitario y presenta una tendencia creciente, lo que sugiere que los mecanismos públicos de aseguramiento y provisión no logran absorber completamente el costo de la atención, especialmente cuando esta se canaliza hacia el sector privado (Aguilera Correa, 2024).

Pese a la centralidad del debate, existe poca evidencia empírica que describa de manera sistemática cómo se distribuye el crecimiento anual del financiamiento público entre provisión pública y compras a privados. Gran parte de la literatura se ha concentrado en caracterizar el diseño institucional o en estudiar mecanismos específicos, sin examinar con detalle la dinámica incremental del gasto y su orientación funcional (Manzano Méndez & Goyenechea Hidalgo, 2020). Contar con esta descripción es relevante porque permite discutir no solo cuánto se gasta, sino hacia dónde se orienta el esfuerzo fiscal y qué patrón institucional se reproduce en el tiempo. En Chile, este debate también se ha planteado en términos de fortalecimiento de capacidades públicas y reducción de dependencias estructurales respecto de la provisión privada (Bass del Campo, 2018).

En este marco, el presente estudio tiene como objetivo analizar la evolución del gasto público en salud en Chile entre 2019 y 2025, con énfasis en la proporción del aumento presupuestario anual destinada a prestadores privados. Para ello se utilizan series oficiales de ejecución presupuestaria de FONASA reportadas por la Dirección de Presupuestos y series institucionales de gasto

en Modalidad de Libre Elección y compra directa de prestaciones (Dirección de Presupuestos, 2026; Fondo Nacional de Salud, 2026). Con esta estrategia se busca aportar evidencia clara sobre la orientación del crecimiento del gasto sanitario y contribuir a un debate informado sobre las implicancias institucionales y distributivas del actual patrón de financiamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo basado en el análisis de series anuales de presupuesto y gasto sanitario para el período 2019-2025.

Fuentes de información y obtención de datos

Se utilizaron fuentes administrativas y estadísticas oficiales. El presupuesto anual de FONASA se obtuvo desde los registros de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda (Dirección de Presupuestos, 2026). En este trabajo, el presupuesto de FONASA se entiende como el financiamiento canalizado a través del fondo público, incluyendo aporte fiscal y cotizaciones obligatorias de afiliados, según la clasificación presupuestaria reportada en dichas series.

El gasto en prestadores privados se estimó a partir de series institucionales de FONASA correspondientes a gasto en Modalidad de Libre Elección (MLE) y gasto en compra directa de prestaciones al sector privado (Fondo Nacional de Salud, 2026). La suma de ambos componentes se utilizó como medida operativa del financiamiento público transferido a provisión privada.

Para contextualizar el financiamiento sanitario a nivel agregado, se emplearon datos secundarios de gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) provenientes de bases de datos internacionales (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2024), utilizados en la elaboración de la figura correspondiente.

Homogeneización monetaria

Todos los montos se expresaron en pesos chilenos constantes, a precios de 2026, con el fin de eliminar el efecto de la inflación y permitir comparaciones interanuales. Para ello, los montos nominales de cada año se actualizaron a moneda de 2026 mediante el Índice de Precios al Consumidor (IPC) publicado por el Instituto Nacional de

Estadísticas (Instituto Nacional de Estadísticas, 2026).

Definición de variables

Se definieron las siguientes variables anuales:

- Presupuesto total de FONASA: monto anual ejecutado informado por DIPRES (Dirección de Presupuestos, 2026).
- Gasto en prestadores privados: suma del gasto anual en MLE y compra directa (Fondo Nacional de Salud, 2026).
- Gasto destinado al sistema público (gasto público efectivo en el sistema público): diferencia entre el presupuesto total de FONASA y el gasto en prestadores privados, utilizada como aproximación del componente ejecutado dentro de la provisión pública bajo la definición operativa del estudio.

Indicadores y cálculos

A partir de las variables anteriores se calcularon: la participación del gasto en privados sobre el presupuesto total (%); la variación interanual del presupuesto y del gasto en privados (diferencia entre el año t y el año $t-1$); la proporción del incremento anual del presupuesto destinada a privados, definida como el cambio anual del gasto en privados dividido por el cambio anual del presupuesto total (%); y la tasa de crecimiento anual del gasto en privados, estimada como el cambio porcentual del gasto en privados respecto del año previo.

Estrategia analítica

Se realizó un análisis descriptivo mediante la construcción de tablas y gráficos para examinar la evolución del presupuesto total de FONASA, del gasto en prestadores privados y de la distribución del incremento presupuestario entre gasto destinado al sistema público y compras privadas. No se efectuaron análisis inferenciales ni modelos multivariados, dado que el objetivo fue describir tendencias y proporciones en la asignación de recursos.

Consideraciones éticas

El estudio utilizó únicamente datos secundarios, agregados y de acceso público, sin uso de información individual identificable; por ello no requirió evaluación por comité de ética.

Alcances del análisis

La estimación de gasto transferido a prestadores privados se restringió a MLE y compra directa informadas por FONASA (Fondo Nacional de

Salud, 2026). Dado el carácter anual de las series, no se desagregó por tipo de prestación, especialidad o prestador. Asimismo, al concentrarse en flujos asociados a FONASA, los resultados deben interpretarse como una aproximación a la dinámica principal del financiamiento público sanitario en Chile durante el período estudiado.

RESULTADOS

Evolución del presupuesto de FONASA y del gasto transferido a prestadores privados (2019-2025)

La Tabla 1 presenta la evolución del presupuesto ejecutado de FONASA entre 2019 y 2025, expresado en pesos constantes (base 2026). Este presupuesto corresponde al financiamiento canalizado por el fondo público, incluyendo aporte fiscal y cotizaciones obligatorias, según la ejecución

presupuestaria reportada por DIPRES. En lo sucesivo, presupuesto FONASA refiere a la ejecución institucional reportada por DIPRES. En el período se observa un aumento real sostenido del presupuesto, con incrementos anuales de magnitud variable.

En paralelo, la misma tabla muestra el gasto transferido a prestadores privados, estimado como la suma de Modalidad de Libre Elección (MLE) y compra directa. En términos reales, este componente crece a un ritmo superior al presupuesto total, elevando el volumen absoluto de recursos transferidos hacia provisión privada.

En relación con la hipótesis central del estudio, la proporción del presupuesto destinada a compras a privados se mantuvo a lo largo del período (Tabla 1). El resultado principal es la persistencia de un nivel relevante de transferencias, acompañada de un aumento significativo en términos absolutos.

Tabla 1: Presupuesto ejecutado de FONASA y gasto transferido a prestadores privados (MLE + compra directa), Chile 2019-2025 (billones de pesos constantes, base 2026).

Año	Presupuesto FONASA	Gasto en privados (MLE + compra directa)	% del presupuesto a privados
2019	11,20	1,13	10,1
2020	12,93	1,09	8,4
2021	13,73	1,30	9,5
2022	14,09	1,41	10,0
2023	14,67	1,38	9,4
2024	15,09	1,65	10,9
2025	16,66	1,95	11,7

Fuente: Elaboración propia con base en la ejecución presupuestaria de FONASA reportada por DIPRES, expresada en pesos chilenos constantes a precios de 2026 mediante ajuste por IPC, y en series institucionales de FONASA para gasto en Modalidad de Libre Elección (MLE) y compra directa a prestadores privados, también expresadas en pesos constantes (base 2026).

Nota: El presupuesto de FONASA corresponde al financiamiento canalizado por el fondo público e incluye aporte fiscal y cotizaciones obligatorias, según la clasificación reportada en la ejecución presupuestaria. El gasto en privados se estimó como la suma de MLE y compra directa.

Distribución del incremento anual del presupuesto entre sistema público y compras privadas

La Tabla 2 resume la dinámica incremental del gasto: cuánto crece el presupuesto total cada año y qué parte de ese aumento se orienta a compras a prestadores privados. Los resultados muestran una alta variabilidad interanual. En algunos años, una fracción importante del incremento presupuestario fue absorbida por el gasto en privados; en otros, el crecimiento se concentró mayoritariamente en el componente ejecutado en el sistema público.

La Figura 1 sintetiza esta distribución del incremento presupuestario, mostrando de forma comparativa la proporción del aumento anual del presupuesto que permanece en el sistema público y la que se transfiere a prestadores privados. El patrón observado confirma que, aun cuando la participación anual de compras privadas sobre el presupuesto total se mantiene, la orientación del crecimiento puede cambiar de manera marcada entre años, alcanzando su punto más alto en el período en el año 2024 (Figura 1).

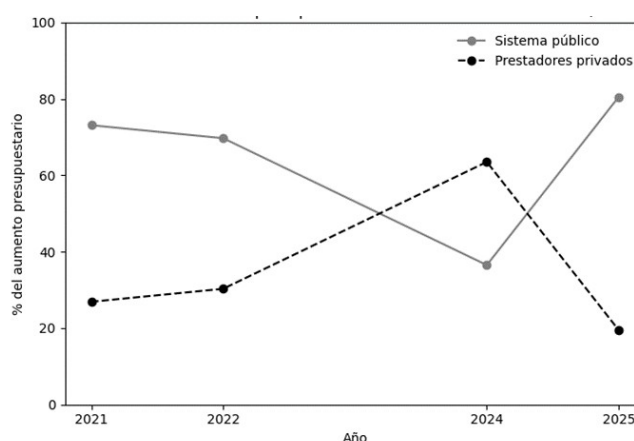
Tabla 2: Distribución del incremento anual del presupuesto de FONASA y del gasto transferido a prestadores privados (MLE + compra directa), Chile 2020-2025 (billones de pesos constantes, base 2026).

Año	Incremento presupuesto FONASA (Δ)	Incremento gasto en privados (Δ)	% del incremento a privados
2020	1,7300	-0,0457	-2,6
2021	0,8023	0,2156	26,9
2022	0,3666	0,1112	30,3
2023	0,5710	-0,0356	-6,2
2024	0,4196	0,2667	63,5
2025	1,5800	0,3075	19,5

Fuente: Elaboración propia con base en la ejecución presupuestaria de FONASA reportada por DIPRES y en series institucionales de FONASA para gasto en Modalidad de Libre Elección (MLE) y compra directa a prestadores privados; montos expresados en pesos chilenos constantes (base 2026), ajustados por IPC.

Nota: El presupuesto de FONASA corresponde a la ejecución institucional reportada por DIPRES e incluye aporte fiscal y cotizaciones obligatorias. El gasto en privados se estimó como MLE + compra directa. Valores negativos indican disminución real respecto del año previo.

Figura 1: Distribución del aumento del presupuesto FONASA entre sistema público y prestadores privados (%), 2021, 2022, 2024, 2025 y 2026.



Fuente: Elaboración propia con base en la ejecución presupuestaria anual de FONASA reportada por DIPRES y en series institucionales de FONASA de gasto anual en MLE y compra directa a prestadores privados; cifras expresadas en pesos constantes (base 2026).

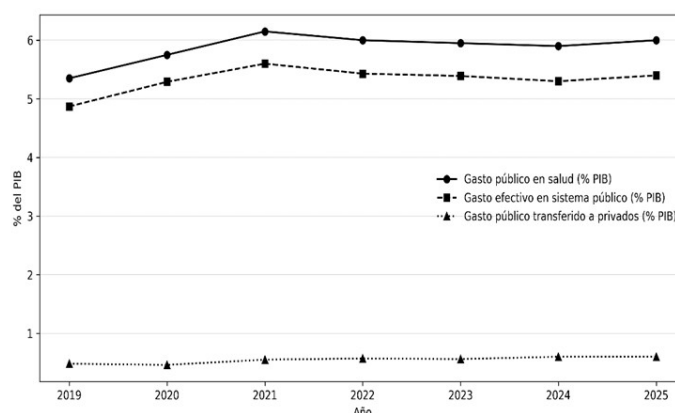
Nota: "Sistema público" corresponde a 100% menos la proporción del incremento anual destinada a prestadores privados. Se excluye 2023 porque el componente "privados" presenta variación negativa en términos reales.

Gasto público total, gasto efectivo en el sistema público y transferencias a privados como porcentaje del PIB

La Figura 2 muestra la evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB y su desagregación en dos componentes: gasto público efectivo en el sistema público, definido en este estudio como el gasto público total menos las transferencias estimadas a privados (MLE + compra directa), y gasto público transferido a prestadores privados.

En el período analizado, el gasto público total en salud aumenta en los años de mayor presión asistencial y luego se estabiliza en torno a niveles similares. La desagregación permite observar que la brecha entre el gasto total y el gasto efectivo se mantiene de manera persistente, reflejando una transferencia sostenida hacia prestadores privados. En términos del PIB, el componente transferido a privados presenta una leve alza hacia el final del período (Figura 2).

Figura 2: Gasto público en salud, gasto efectivo en el sistema público y gasto público transferido a prestadores privados como porcentaje del PIB, Chile, 2019-2026.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de OECD Health Statistics y Health at a Glance (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2024), la ejecución presupuestaria de FONASA reportada por DIPRES (Dirección de Presupuestos, 2026) y series institucionales de gasto anual en MLE y compra directa (Fondo Nacional de Salud, 2026).

Nota: La figura muestra la evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB y su desagregación entre gasto efectivo en el sistema público y gasto público transferido a prestadores privados (MLE + compra directa) entre 2019 y 2025. En este estudio, gasto efectivo se define como gasto público total menos transferencias estimadas a prestadores privados.

Síntesis de hallazgos

En conjunto, los resultados muestran un crecimiento real del presupuesto de FONASA entre 2019 y 2025 y un aumento aún mayor del gasto transferido a prestadores privados. Pese a ello, la participación porcentual de estas compras sobre el presupuesto total se mantiene en un rango relativamente estable. En cambio, la distribución del incremento anual es altamente variable: en algunos años, una parte sustantiva del aumento presupuestario se orientó a compras a privados (Figura 1). A nivel macro, la desagregación como porcentaje del PIB evidencia una brecha persistente entre el gasto público total y el gasto efectivo en el sistema público (definido en este estudio como gasto público total menos transferencias estimadas a privados), lo que es consistente con transferencias sostenidas hacia prestadores privados (Figura 2).

DISCUSIÓN

Este estudio aporta evidencia empírica sobre una pregunta que suele quedar desplazada por el debate de recursos: no solo cuánto crece el gasto público, sino cómo se orienta ese crecimiento y qué parte termina financiando provisión privada. La contribución principal no es constatar que existe compra a privados (algo conocido), sino mostrar que la expansión presupuestaria puede

operar, en años específicos, como un mecanismo de transferencia significativa hacia prestadores privados, aun cuando la participación porcentual anual de esas compras se mantenga en un rango acotado. En términos institucionales, este hallazgo es consistente con la caracterización de un sistema dual, donde el Estado cumple crecientemente el rol de financiador de prestaciones producidas por el mercado, sin que ello implique necesariamente un fortalecimiento proporcional de la capacidad pública (Bass del Campo, 2020; Manzano Méndez & Goyenechea Hidalgo, 2020).

La lectura de conjunto sugiere que esta orientación no puede interpretarse solo como una respuesta coyuntural. La pandemia explica parte del comportamiento del gasto, pero los resultados muestran que las compras a privados no aparecen únicamente como “válvula de emergencia”, sino como un componente estable del financiamiento. En otras palabras, el presupuesto crece, pero una fracción relevante del esfuerzo fiscal sigue encontrando salida por mecanismos de externalización. Esta dinámica se aproxima a lo que la literatura ha descrito como privatización funcional o subsidio a la demanda: el Estado sostiene el flujo de recursos y la demanda efectiva, mientras el mercado consolida su rol como proveedor (Laurell, 2017; Luzuriaga, 2016).

Las implicancias son políticas y técnicas. En términos de conducción del sistema, una

externalización recurrente tiende a desplazar la discusión desde el desarrollo de capacidades hacia la administración de brechas mediante contratación. Esto no equivale a afirmar que toda compra a privados sea injustificada; puede ser necesaria en escenarios puntuales. El problema aparece cuando se convierte en una vía estructural de expansión: el aumento del gasto adquiere un carácter compensatorio, orientado a resolver demanda a corto plazo, en vez de traducirse en inversión sostenida, organización productiva de red y planificación sanitaria de largo plazo (Parada-Lezcano & Bass del Campo, 2020).

En el plano técnico, los resultados también tensionan la expectativa de que la externalización sea, por sí misma, una vía eficiente para resolver problemas estructurales. La evidencia internacional ha mostrado que procesos de privatización y contratación externa no se asocian de manera consistente con mejoras en calidad o resultados, y pueden introducir incentivos a la selección de pacientes, a la priorización de objetivos financieros y a la reducción de costos con efectos sobre dotaciones y continuidad del cuidado (Goodair & Reeves, 2024). A ello se suman los costos de transacción y las dificultades de control contractual que se vuelven especialmente relevantes cuando la compra deja de ser excepcional y pasa a ocupar un lugar estructural en el funcionamiento del sistema (Repullo, 2006a; Repullo, 2006b).

Desde una perspectiva comparada, este patrón dialoga con una preocupación más amplia en América Latina: la distancia entre la “cobertura” proclamada en derechos y la disponibilidad efectiva de servicios, particularmente cuando las reformas desplazan el foco hacia subsidios a la demanda y dejan en segundo plano la expansión y adaptación de la red pública. En esa línea, se ha advertido que insistir en la vía del financiamiento indirecto puede ampliar la brecha entre cobertura legal y accesibilidad real, y reponer la necesidad de trabajar por el lado de la oferta (esto es, construir capacidad pública instalada y gobernanza efectiva) como condición para sostener universalidad con servicios reales (Repullo-Labrador et al., 2025).

Desde una perspectiva fiscal e institucional, la transferencia persistente de recursos públicos hacia prestadores privados comparte rasgos con otras formas de asociación público-privada: los riesgos tienden a socializarse mientras los beneficios se concentran en operadores privados, con desplazamiento potencial de inversión pública directa y mayor dependencia futura (Eurodad, 2018). Esta dimensión importa porque vuelve a

instalar la pregunta por el tipo de sistema que se reproduce cuando el Estado actúa, de manera sostenida, como asegurador financiero de la oferta privada.

En el plano político-institucional, los resultados tensionan la coherencia entre el discurso de fortalecimiento del sistema público y el uso de instrumentos que, en la práctica, consolidan la compra externa como vía recurrente de resolución. Este contraste se vuelve más visible cuando políticas presentadas como “universalizadoras” o “fortalecedoras” conviven con mecanismos de financiamiento que preservan subsidios cruzados y sostienen circuitos de provisión privada, con potencial de reproducir segmentación y desigualdad en la capacidad real de acceso. En el debate reciente sobre la APS-U se han formulado críticas precisamente en esa dirección: que ciertas modalidades de expansión pueden terminar reforzando dependencia del mercado bajo un lenguaje de reforma (Bass del Campo, 2025). En una línea similar, se ha señalado que el desplazamiento del Estado hacia un rol predominantemente financiador (con creciente centralidad de actores privados en la provisión) refuerza procesos de mercantilización y pérdida de control público sobre la producción de servicios (Gaffney et al., 2025).

Este estudio tiene limitaciones que deben ser consideradas. Primero, utiliza información anual agregada, lo que impide distinguir tipos específicos de prestaciones, niveles de complejidad o categorías de prestadores. Segundo, la estimación de transferencias a privados se restringe a MLE y compra directa, por lo que no captura otras modalidades posibles de financiamiento público asociado a provisión privada. Tercero, al concentrarse en flujos de FONASA, los resultados deben interpretarse como aproximación a la dinámica principal del financiamiento público, sin evaluar impacto directo en acceso, listas de espera o resultados sanitarios. Finalmente, el trabajo no incorpora comparaciones sistemáticas de costos y producción relativa entre provisión pública y privada, para valorar efectos distributivos y organizacionales de las distintas modalidades de financiamiento.

Con todo, el mensaje central es claro: el debate sobre financiamiento sanitario no puede reducirse a cuánto se gasta. La pregunta políticamente decisiva es hacia dónde se orienta el gasto y qué tipo de sistema se reproduce con ese flujo de recursos. La persistencia de transferencias a privados y la variabilidad en la distribución del incremento anual sugieren que el crecimiento presupuestario puede contribuir a sostener oferta privada sin traducirse

necesariamente en fortalecimiento proporcional de capacidades públicas. En consecuencia, una discusión sería sobre reforma y derecho a la salud requiere incorporar explícitamente el destino institucional del financiamiento, la gobernanza de las compras y la reorientación del gasto hacia inversión pública estructural que reduzca dependencia del mercado y amplíe la capacidad pública instalada para garantizar atención.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Este estudio muestra que el crecimiento del gasto público en salud en Chile entre 2019 y 2025 no se tradujo en un fortalecimiento proporcional de la provisión estatal. Una parte relevante del aumento presupuestario se canalizó hacia prestadores privados mediante mecanismos de compra de servicios, de modo que la expansión del financiamiento público coexistió con transferencias sostenidas hacia el sector privado. Leído en su conjunto, el aumento del gasto aparece menos como una estrategia de construcción de capacidades públicas y más como una forma de administrar brechas de producción a través del mercado.

Desde una perspectiva institucional, estos resultados permiten problematizar el sentido concreto del “fortalecimiento” cuando el crecimiento del financiamiento público opera, en parte, como soporte de la oferta privada. En esa lógica, el Estado asume costos y urgencias de la demanda, mientras la provisión mercantil consolida posiciones y capacidad de captura del gasto incremental. No se trata solo de eficiencia técnica, sino de una orientación estructural del financiamiento que tiende a reproducir dependencia, segmentación y asimetrías de poder en la organización del sistema.

Las implicancias distributivas de este patrón son relevantes. En un sistema donde una fracción persistente del gasto público se canaliza a compras privadas, los hogares siguen enfrentando barreras económicas y un peso significativo del gasto directo, lo que tensiona la promesa de protección financiera. En ese marco, discutir el financiamiento sanitario exige mirar simultáneamente la orientación del gasto público y sus efectos sobre quién asume los costos en la práctica, especialmente en contextos de segmentación y mercantilización.

Como agenda de investigación, se requiere profundizar en el contenido del gasto transferido a privados, distinguiendo prestaciones, niveles de complejidad y áreas clínicas, y evaluar sus efectos sobre acceso oportuno, listas de espera, protección financiera y resultados sanitarios.

Asimismo, resulta prioritario incorporar comparaciones sistemáticas de costos y producción entre provisión pública y privada, considerando no solo costos unitarios, sino también costos de transacción, capacidades de regulación y efectos organizacionales.

Desde el punto de vista de la política pública, los hallazgos tensionan la coherencia entre el discurso de fortalecimiento del sistema público y el uso de instrumentos que pueden consolidar una externalización permanente. En ese marco, fortalecer la Atención Primaria de Salud como base del sistema no debiera entenderse como consigna, sino como una decisión material: longitudinalidad, participación comunitaria, capacidad resolutoria, articulación de redes y protección financiera efectiva. Reorientar el crecimiento del gasto hacia inversión pública estructural (talento humano, infraestructura y organización productiva de la red) aparece como un eje estratégico para reducir dependencia del mercado, ampliar capacidad pública instalada y avanzar en la garantía del derecho a la salud.

Uso de herramientas de apoyo a la escritura: Se utilizó asistencia de herramientas de inteligencia artificial (OpenAI) para mejorar claridad y estilo del manuscrito. El análisis, interpretación y conclusiones son responsabilidad exclusiva del autor.

REFERENCIAS

- Aguilera Correa, I. (2024). Gasto de bolsillo en salud nacional: actualización con la IX EPF 2022. *Economía y Salud*, (1), 1–12.
- Bass del Campo, C. (2018). Atención primaria fuerte: historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 58(3), 137–141.
- Bass del Campo, C. (2020). La crisis neoliberal del sistema de salud de Chile. En *Refundación de sistemas de salud en América Latina y el Caribe* (pp. 99–113). CLACSO.
- Bass del Campo, C. (2025). Universalización de atención primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 65(1), 53–65. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n.1.2025.2209>
- Dirección de Presupuestos. (2013). *Sistema público de salud: situación actual y proyecciones fiscales 2013–2050*. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- Dirección de Presupuestos. (2026). *Ejecución presupuestaria del Fondo*

- Nacional de Salud, 2019–2025. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. <https://www.dipres.gob.cl>
- Eurodad. (2018). Historia repetida: cómo fracasan las asociaciones público-privadas. Eurodad.
 - Fondo Nacional de Salud. (2026). Series de gasto institucional en modalidad de libre elección y compra de prestaciones. FONASA. <https://www.fonasa.cl>
 - Gaffney, A., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., & McCormick, D. (2025). Health care in the USA: money has become the mission. *The Lancet*, 406, 2588–2600. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01669-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01669-1)
 - Goodair, B., & Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. *The Lancet Public Health*, 9, e199–e206. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00047-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00047-0)
 - Instituto Nacional de Estadísticas. (2026). Índice de Precios al Consumidor (IPC). INE. <https://www.ine.gob.cl>
 - Laurell, A. C. (2017). La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Suppl 2), e00043916. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043916>
 - Luzuriaga, M. J. (2016). Los procesos de privatización de los servicios de salud en cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile y Colombia (Tesis doctoral). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
 - Manzano Méndez, D., & Goyenechea Hidalgo, M. (2020). Análisis del subsidio a la demanda para atención de salud y su relación con los holdings de empresas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(10), 1496–1503. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020001001496>
 - Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). Health statistics. OECD. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
 - Organización Panamericana de la Salud. (2024). Informe sobre financiamiento y gasto en salud en América Latina y el Caribe. OPS.
 - Parada-Lezcano, M., & Bass del Campo, C. (2020). Servicio Nacional de Salud para garantizar el derecho a la salud. *Cadernos Médico Sociales (Chile)*, 60(3), 79–84.
 - Repullo, J. R. (2006a). Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 258–267.
 - Repullo, J. R. (2006b). Externalización, eficiencia y calidad (segunda parte). *Gaceta Sanitaria*, 20(4), 348–356.
 - Repullo-Labrador, J. R., Freire-Campo, J. M., & Marcos-Marcos, J. (2025). Sistemas de salud en Latinoamérica: reflexiones en la encrucijada del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 39, 102493. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102493>