REVISTA TERRITORIO Y DESARROLLO
e-ISSN: 2711-3507 Vol. 10 • No. 1 (2026)

Gobernabilidad y Gobernanza en América Latina: El Caso del Sistema de Salud en Chile (2020-2025)

Martha Esmeralda Sierra Castro[1]
Jorge Iván Sánchez Ramírez[2]

Recibido: Julio 2025 • Evaluado: Septiembre 2025 • Aceptado: Diciembre 2025

Resumen

La implementación de una Política Pública es un proceso complejo en donde confluyen múltiples variables que condicionan el éxito e impacto de esta. Para lograr un nivel de análisis adecuado es imprescindible incluir los conceptos de Gobernabilidad y de Gobernanza como elementos fundamentales a la hora de evaluar y entender los antecedentes, el diseño y la ejecución de una Política Pública y toma de decisiones. En este documento se revisarán los antecedentes del sistema de salud en Chile, los principales logros en cada una de las etapas, específicamente relacionados con los principales resultados en salud, y los aspectos financieros, tanto de financiamiento general del sistema como el impacto del desarrollo del sistema de salud en la economía de las personas de acuerdo a los gastos a los que el sistema obliga.

Palabras claves: Gobernabilidad, Gobernanza, Desigualdad, Participación social, Sistema de Salud.

[1] Estudiante de Maestría en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP. Correo: marthae.sierra@esap.edu.co

[2] Estudiante de Maestría en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP. Correo: jorgei.sanchez@esap.edu.co

Governance and Governance in Latin America: The Case of the Health System in Chile (2020-2025)

Abstrat

The implementation of a Public Policy is a complex process where multiple variables come together that condition its success and impact. To achieve an adequate level of analysis, it is essential to include the concepts of Governance and Governance as fundamental elements when evaluating and understanding the antecedents, the design and execution of Public Policy and decision-making. This document will review the antecedents of the health system in Chile, the main achievements in each of the stages, specifically related to the main results in health, and the financial aspects, both of general financing of the system and the impact of the development of the health system on the people's economy according to the expenses to which the system obliges.

Keywords: Governance, Governance, Inequality, Social Participation, Health System.

Marco Teórico

Los cambios que han ocurrido en el mundo, y en especial en América Latina, referente a los procesos políticos, económicos y sociales de los Estados, han llevado a abandonar el concepto de Gobernabilidad, el cual se considera limitado para entender los procesos de toma de decisiones en este mundo contemporáneo, y en su lugar ha tomado fuerza el uso de otro concepto más dinámico e integral como el de Gobernanza. (PNUD, 2022, pág. 52), No se trata de invalidar la pertinencia de alguno de ellos, sino de entender las diferencias, pero también la interrelación entre ellos. Como lo señala Diego Gantus, (Gantus, 2016) quien señala que la actuación de los gobiernos son esencialmente las políticas públicas que estos ejecutan, el carácter que tienen y los sectores que benefician, incluyen, excluyen o promueven.

De este modo, se entiende que el éxito de los gobiernos estaría dado por los procesos formales de competencia y selección, sino por la capacidad de interpelar e incluir a la propia sociedad en su actuación. De esta forma, las Políticas Públicas no son otra cosa que la forma de intervención que

despliega el Estado sobre los múltiples ámbitos de la vida política, institucional, social, económica, cultural, entre otros. (Camacho, 2023, pág. 18). Estos cambios implicaron una necesaria readecuación de los mecanismos de regulación, control e intervención, no sólo basada en el mercado, sino en todos los ámbitos de la vida. Este proceso se vio potenciado por el acelerado desarrollo de nuevas tecnologías que volvieron más eficiente la producción y comenzaron a segmentar y precarizar el mercado laboral acorde a las demandas sectoriales. (Camacho, 2023, pág. 18)

Adicionalmente con la finalización de la Guerra Fría, puso en el imaginario universal un proceso, que cada vez cobra mayor trascendencia como es el de la Globalización y la internacionalización de las finanzas y del mercado. (UNAL, 2022, pág. 21). En este contexto, el Estado, el modo de gobernar y gestionar, son dimensiones, que, por su importancia en las sociedades modernas, no son independientes de estos procesos, es decir de la Globalización y la Internacionalización, e incluso se convierten en dinamizadoras y promotoras de las mismas. (UNAL, 2022, pág. 24). Es aquí entonces donde surge el tema de la Gobernabilidad, esto es, las condiciones y capacidades necesarias de un gobierno para tomar aquellas decisiones en forma de Políticas Públicas, que mejoren la calidad de vida de quienes forman parte de esa institucionalidad. La discusión ya no se centraría solamente en la legitimidad de un gobierno, sino en su capacidad de gobernar y en el efecto de ese accionar. (Avalle, 2023, pág. 20)

La democracia ya se asumía como marco institucional o punto de partida de este concepto, al menos lo que se entiende por democracia liberal, según los criterios establecidos por Robert Dahl (Dahl, 2006), esto es, la legalidad por la cual asciende al gobierno del Estado una fuerza política, pero adiciona un elemento extra, que es el de dar respuestas y anticiparse a las demandas sociales, y mantener contenidos los intereses corporativos de modo tal que la continuidad de esos gobiernos esté garantizada y logre movilizar las expectativas más allá del acto eleccionario. Cualquier Política pública entonces está condicionada por estos dos componentes de Gobernabilidad y Gobernanza. La primera, soportada en mecanismos de decisión verticales, centrada en el buen gobierno y la eficiencia administrativa, con enfoque gubernamental, con un control jerárquico con el fin de ejercer poder dentro del Estado. Mientras tanto la Gobernanza plantea la importancia de disponer de mecanismos deliberativos, con amplia participación de actores sociales, redes y

organismos, mediante la consolidación de sinergias fuertes entre ellos y como parte de una sociedad con capacidad de autoorganización, autogobierno y autorregulación. (Avalle, 2023, pág. 20)**.**

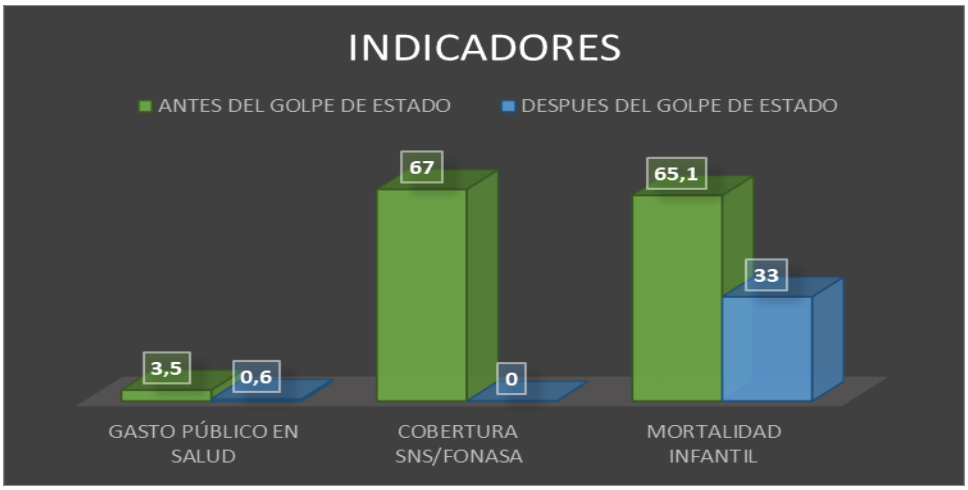
Organismos internacionales como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD ((PNUD), 2023) también han vinculado el concepto de Gobernabilidad al desarrollo equitativo de las sociedades, al control horizontal y vertical de la gestión de los gobiernos, a la transparencia y la lucha contra la corrupción, advirtiendo sobre las tensiones que enmarcan al concepto en un contexto de desigualdades crecientes, tales como ingresos, género, salud, educación, participación, información, entre otros. Claramente, la matriz de este enfoque se centra en el gobierno y sus capacidades para ordenar y dirigir a una sociedad. El PNUD expresó claramente esto al señalar que "las relaciones de Gobernabilidad que permiten a una sociedad trazar y conseguir objetivos incluyen aquellas que se dan al interior del poder ejecutivo, el legislativo y el poder judicial del Estado, así como también las que se dan entre estos". (PNUD, 2022).

En el marco de la V Cátedra Internacional de Análisis y Evaluación de políticas Públicas, realizado en Bogotá en el año 2012, auspiciado por la escuela Superior de administración Pública, la Fundación Ortega y Gasset y la Contraloría General de la república, el Profesor Esteban Calvo, profesor asociado y director de la Maestría en Políticas Públicas de la Universidad Diego Portales de Santiago de Chile (Calvo, 2013) nos ofrece un compendio muy completo sobre los antecedentes, y la evolución del marco técnico y normativo del sistema de salud de Chile. La historia del sistema de salud en Chile empieza en los años 80 del Siglo XIX (1880) con una serie de logros sostenidos en materia de salud pública, con énfasis en la reducción de enfermedades trasmisibles. Hacia el año de 1917 el país expide el primer Código de Salud Pública, posteriormente, en 1924, implementa un Seguro de Obreros y paralelamente se implementan las leyes traídas de Francia sobre medicina preventiva. En esta primera etapa se logran reducir la incidencia de bastantes enfermedades de tipo trasmisible y se da paso a una segunda etapa que ya está relacionada con la creación del sistema Nacional de Salud.

Como respuesta a lo sucedido con el terremoto de 1939, las autoridades sanitarias se dan cuenta que deben integrar los diferentes servicios existentes para lograr dar una respuesta más eficaz. El

Proyecto de este nuevo Sistema Nacional de Salud dura casi 10 años en el Congreso y solo hasta finales de la década del 50 se tiene un sistema que pretendía ser unificado, igualitario y universal. Este modelo se inspira en el modelo Británico, y a pesar de su espíritu mantuvo diferencias de acuerdo al ingreso de las personas. (ACHM, 2023, pág. 26). Un tercer momento es descrito por el profesor Calvo para finales de la década del 70 y comienzos de los 80 con la reforma privatizadora, siguiendo una línea que se normaliza en toda América latina y que sigue lineamientos de organismos internacionales de crédito y de la política neoliberal auspiciada por Inglaterra y Estados Unidos para el mundo occidental. En Chile se inicia la fragmentación con el golpe militar en 1973, la salud, pasó de ser un sistema inclusivo con participación comunitaria y se convirtió en un modelo neoliberal donde el principal objetivo fue el mercado, se redujo el presupuesto, se privatizó el sistema y se creó ISAPRES, trayendo consigo un sistema absolutamente desigual, con aumento de brechas sociales, deterioro de las estructuras hospitalarias y difícil acceso a los servicios de salud. (Merino, 2021, págs. 85-130).

Figura 1. Indicadores en salud



Fuente: Elaboración de los autores

Una de las primeras medidas que imponen es la descentralización del sistema y específicamente de la atención primaria en donde se carga toda la operación de la atención primaria en salud en los municipios, bajo el criterio de que allí hay más cercanía entre el gobierno y la ciudadanía. (OCHISAP, 2023, pág. 24). Simultáneamente fomentan un mercado de aseguradoras privadas

denominado ISAPRE, que ofrecen servicios de salud, a nivel de aseguramiento y de prestación de servicios, de índole privado. Todo el énfasis de la acción estatal se concentra en vigilar este mercado privado y la consecuencia obvia de estas decisiones es el deterioro de la inversión estatal en hospitales públicos quedando la mayor oferta, y la mejor, solo a disposición de quienes pudiesen pagar por ella. También se crea un Fondo Nacional de Salud, pero hay una evidente precarización de sus finanzas. La cobertura efectiva de este modelo no alcanza al 25% de la población. (ISAPRE, 2024, pág. 28). Una cuarta etapa está caracterizada por la inclusión de garantías explícitas en materia de salud. Con la vuelta a la democracia, en los años 90, los principios esenciales de este modelo se mantuvieron, más que todo por el temor que se tenía de que cambios abruptos en el sistema económico del país afectara la débil y naciente neo estabilidad institucional. Solo hasta el año 2005, en el gobierno de Ricardo Lagos, se implementa un primer cambio importante y es la denominada reforma Auge-Ges que es básicamente una priorización de patologías con garantía explícita.

Hoy el sistema de salud chileno funciona, al igual que en Colombia, como un sistema mixto de Aseguramiento con presencia de dos niveles: un Fondo Nacional de salud (FONASA) que es público y que cubre más del 80% de la población, e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) privadas y en trance de reorganización buscando resultados mayores de cobertura y con criterios de solidaridad y regulación. La tendencia en la sociedad chilena hoy está caracterizada por una migración sostenida desde ISAPRE hacia FONASA debido a temas de costos, fallos judiciales y percepción de mayor estabilidad. (ISAPRE, 2024, pág. 1).

Figura 2. Comparación en servicios y costos

CUADRO COMPARATIVO		
CARACTERISTICA	FONOSA	ISAPRE
COSTO	BAJO O NULO	ALTO
OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	MAYOR	MENOR
LIBERTAD DE ELECCIÓN	LIMITADA	AMPLIA
COBERTURA	UNIVERSAL	RESTRINGIDA
COPAGOS	VARIABLE SEGÚN EL PLAN	VARIABLE SEGÚN EL PLAN

Fuente: Elaboración de los autores

En este año 2025 se aprobó una Reforma al Sistema Nacional de Servicios de Salud que incluye cinco ejes fundamentales: (1) Fortalecimiento del FONASA buscando el control directo de las licencias médicas, compras centralizadas y el sistema de Segundo Prestador Automático. (2) Creación del Sistema Nacional de Salud Digital para garantizar cobertura nacional de los servicios de telemedicina con presencia de medicina especializada. (3) Modernización del CENEBAST para mejorar el abastecimiento y respuesta ante emergencias sanitarias, máxime con la altísima proclividad del país a fenómenos sísmicos de gran envergadura. (4) Regulación de Dispositivos Médicos con normas internacionalmente aceptadas que garanticen la calidad y el costo de estos. (5) Incentivos a la Productividad mediante acuerdos de gestión entre el FONASA y los servicios de salud con lineamientos bien definidos y con normas que garanticen su cumplimiento. (Reporte Diario, 2025, pág. 28). Esta reforma está diseñada para tener una implementación gradual y dejó por fuera otros aspectos que siguen siendo críticos y que van a requerir reformas complementarias enfocadas, entre otras cosas, a rebajar los llamados Gastos de Bolsillo y a la reestructuración de los IAPRES.

Metodología

El diseño metodológico es un análisis institucional comparado que explora cómo los contextos políticos, legales y organizacionales de Chile y Colombia han moldeado sus sistemas de salud. Esta metodología permite reconocer tendencias, anomalías y trayectorias de política pública que impactan la gobernanza del sector. El análisis integra tres elementos: (1) Revisión documental: artículos académicos, informes de organismos internacionales, legislación sectorial, literatura sobre gobernanza y gobernabilidad. (2) Comparación de indicadores socioeconómicos y de salud, se analizan datos como pobreza extrema, deuda pública, PIB, mortalidad, natalidad, desempleo, desempeño del sistema de salud. (3) Interpretación crítica se comparan los resultados desde un marco conceptual de gobernanza en salud pública.

Diseño de investigación

El diseño de la investigación se guía por un enfoque cualitativo-comparativo, analizando históricamente e institucionalmente el sistema de salud chileno en comparación con ciertos elementos representativos del sistema colombiano, lo cual este diseño no sólo narra el camino

normativo o los cambios en el modelo de aseguramiento, sino que intenta exponer las causas profundas de las reformas, sus efectos acumulativos y las tensiones que han ido generando. Para ello, el estudio se organiza en tres niveles interdependientes: descriptivo, explicativo y comparativo.

Periodización y Unidad de Análisis

La periodización que aquí se propone para periodizar la historia del sistema de salud chileno distingue cuatro grandes momentos históricos, definidos por cambios institucionales y transformaciones en la relación Estado-mercado-ciudadanía. La primera, entre 1880 y 1930, es de consolidación de políticas de salud pública dirigidas al control de enfermedades transmisibles y al establecimiento de regulaciones sanitarias básicas. La segunda, entre 1930 y 1973, es la del desarrollo del Sistema Nacional de Salud, según el modelo británico, con un cierto modelo de universalidad y equidad. La tercera, entre 1973 y 1990, es una de reforma radical neoliberal, descentralizando en los municipios, fortaleciendo el mercado asegurador y deteriorando la infraestructura pública. Finalmente, la cuarta etapa, desde 1990 hasta 2025, se caracteriza por sucesivos intentos de balance entre rectoría estatal y participación privada, que culminan en el reciente paquete de reformas para fortalecer el FONASA y mejorar la gobernanza del sector.

El abordaje es el sistema de salud chileno como un sistema institucionalizado y complejo, compuesto por reglas, actores, procesos y recursos que trabajan en conjunto para generar resultados en salud. Como referente complementario se incorpora el sistema colombiano, lo que permite contextualizar los resultados y comprender la inserción del caso chileno en una narrativa regional más amplia en la que los sistemas de salud comparten desafíos comunes como inequidad, fragmentación y presión fiscal.

Análisis De Datos

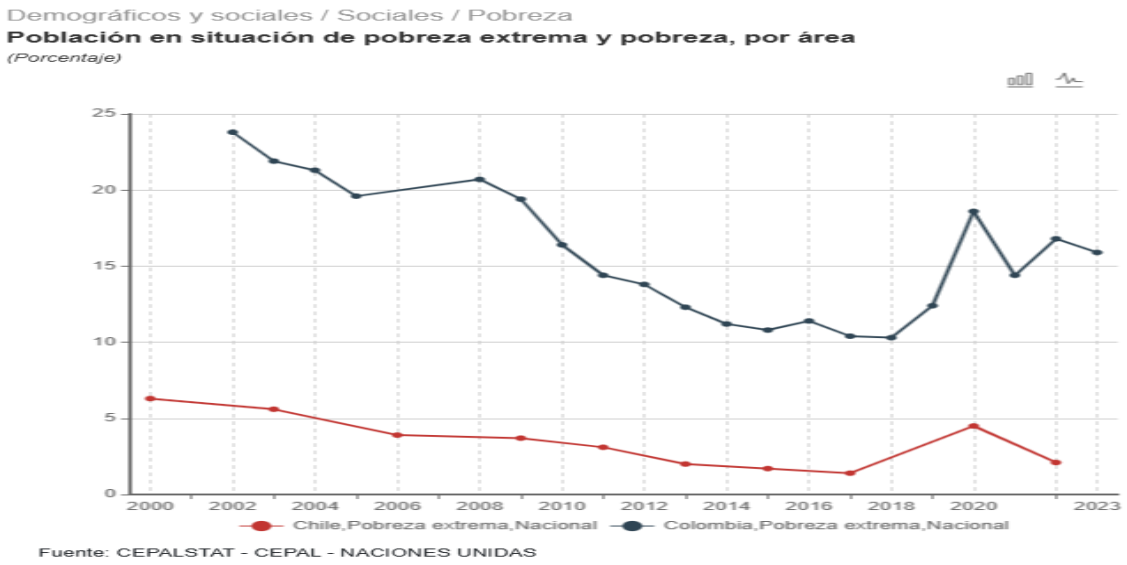
En atención a la metodología se realiza análisis comparativo de los indicadores en salud de Chile y Colombia, teniendo en cuenta los indicadores poblacionales, financieros, de la deuda, tasa de mortalidad, tasa de natalidad, tasa de desempleo y pobreza extrema.

Figura 3. Análisis comparativo

ANALISIS COMPARATIVO DE GOBERNANZA ENTRE COLOMBIA Y CHILE				
INDICADORES	**AÑOS**	**CHILE**	**COLOMBIA**	**OBSERVACION**
Población en situación de pobreza extrema y pobreza, por área	2000 a 2023	Presenta una tendencia descendente clara y sostenida en la pobreza extrema desde 2000, cuando estaba en torno al 6-7%, hasta alcanzar niveles cercanos al 2% en 2023. - Entre 2017 y 2019 se registró un estancamiento en torno al 2%, con un repunte en 2020 (alrededor del 5%), probablemente asociado a la crisis económica derivada de la pandemia del COVID-19. Después de 2020, la pobreza extrema vuelve a descender, lo que muestra resiliencia institucional y efectividad de políticas sociales.	Partía en 2000 con un nivel cercano al 24%, muy por encima de Chile. Se observa una reducción sostenida hasta 2018, cuando alcanzó aproximadamente el 10%. Al igual que Chile, Colombia tuvo un aumento abrupto en 2020 (cerca del 18-19%) por la pandemia, pero la recuperación fue más lenta: en 2023 aún estaba alrededor del 15%, el doble de Chile en términos relativos.	Ambos países muestran un quiebre en 2020, pero la magnitud fue mayor en Colombia, donde la pobreza extrema se disparó casi al doble respecto al 2019. Chile también sufrió un aumento, pero la recuperación fue más rápida.

Fuente: Elaborada por los autores

Figura 4. Indicador de pobreza



Fuente: (CEPAL, 2025)

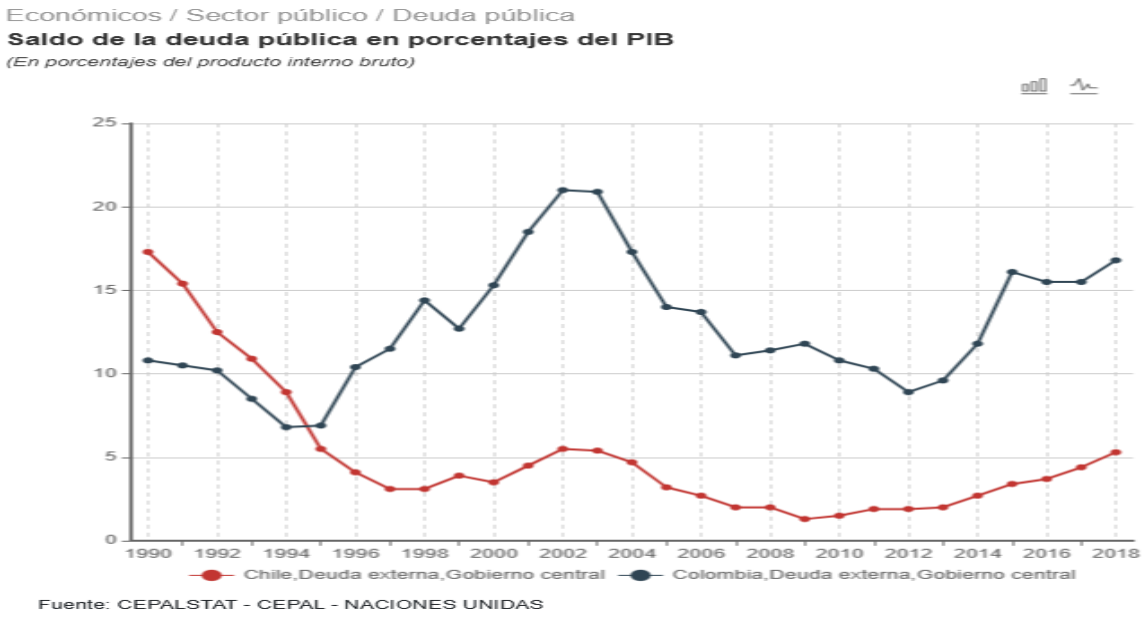
En el análisis del indicador de pobreza extrema se nota que Chile es mucho más eficaz al momento de sobrellevar cargas a nivel de pobreza extrema, se evidencia tendencia a la recuperación, mientras que Colombia avanza a pasos más lentos.

Figura 5. Análisis comparativo

INDICADORES	AÑOS	CHILE	COLOMBIA	OBSERVACION
Saldo de la deuda pública en porcentajes del PIB (En porcentajes del producto interno bruto)	1990 a 2020	Entre 1990 y 2000, el gasto público como porcentaje del PIB se mantuvo relativamente estable, en torno al 19–21%. A partir de 2000 se observa una ligera tendencia al alza, aunque con altibajos. En 2009, coincidiendo con la crisis financiera global, se produce un aumento significativo cercano al 25%, seguido de una corrección en los años posteriores. Desde 2015 en adelante, el gasto público mantiene una tendencia ascendente, alcanzando su pico en 2020 con cerca del 27–28% del PIB.	Inicia la serie con un gasto bajo (8–9% del PIB en 1990). Durante los años 90 presenta un crecimiento sostenido, alcanzando cerca del 18% en 2000. Entre 2000 y 2010 se observa una expansión hasta el 22% del PIB, llegando incluso a niveles similares a Chile en 2008–2010. Después de 2010, el gasto se estanca y empieza a descender levemente, estabilizándose alrededor del 20–21% hacia 2020.	Chile ha mantenido históricamente un mayor nivel de gasto público respecto a Colombia, salvo en el periodo 2006–2010, donde ambos países convergen alrededor del 21–22% del PIB. Colombia muestra un crecimiento más acelerado en los 90 e inicios de los 2000, pero a partir de 2010 pierde dinamismo, mientras que Chile continúa incrementando el peso del gasto público. El aumento en 2009 para Chile y Colombia se debe a la respuesta contracíclica frente a la crisis financiera global de 2008-2009. Ambos países incrementaron su gasto público para mitigar los efectos sociales y económicos de la recesión, lo que, sumado a la desaceleración del PIB, elevó el indicador. En 2020, la diferencia es notable: Chile alcanza casi el 28% del PIB en gasto público, mientras que Colombia se queda en torno al 20%, es decir, 8 puntos porcentuales menos.

Fuente: Elaborada por los autores

Figura 6. Saldo de la Deuda



Fuente: (CEPAL, 2025)

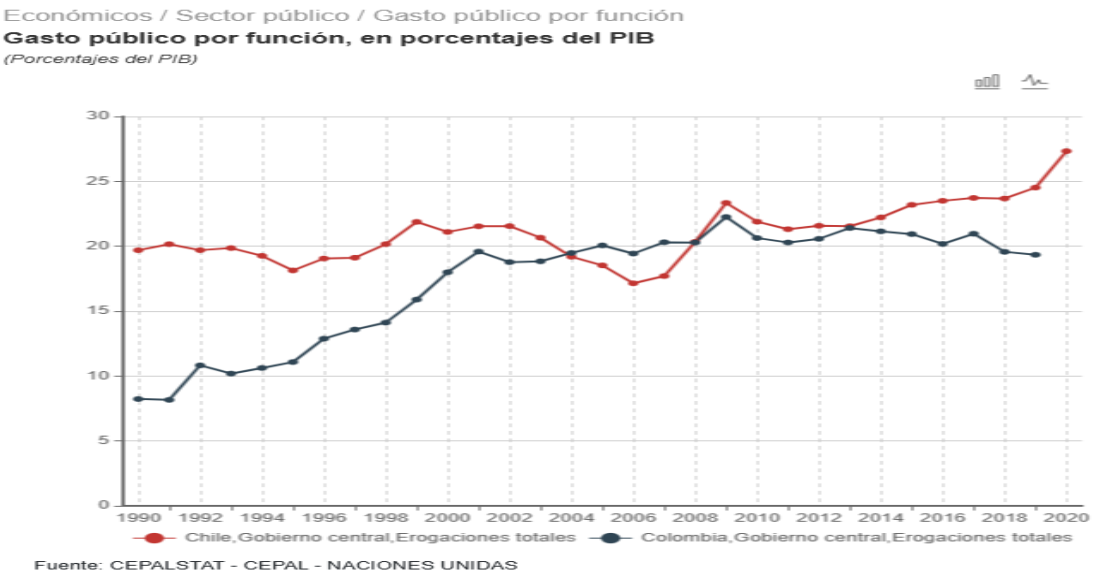
El indicador de la deuda pública de los dos países demuestra que han tenido que realizar estrategias económicas para poder solucionar los problemas internos, en el análisis del indicador Chile se encuentra en una mayor proporción endeudado respecto a Colombia.

Figura 7. Análisis comparativo

INDICADORES	AÑOS	CHILE	COLOMBIA	OBSERVACION
Saldo de la deuda pública en porcentajes del PIB (En porcentajes del producto interno bruto)	1990 a 2020	La deuda externa como proporción del PIB presenta una tendencia general a la baja desde comienzos de los años noventa. A inicios del período, la deuda representaba cerca del 17% del PIB, pero a lo largo de esa década se observa una reducción sostenida que se vincula con las políticas de consolidación fiscal implementadas tras las reformas económicas de los años ochenta. La disminución continúa hasta ubicarse entre el 3% y el 5% del PIB durante la mayor parte de los años 2000	Para el caso Colombiano a comienzos de los años noventa la deuda se ubicaba alrededor del 10% del PIB, pero a diferencia de Chile, esta proporción aumenta durante la segunda mitad de la década y alcanza un punto máximo cercano al 20% del PIB hacia 2003	Chile ha logrado sostener una política de endeudamiento prudente, mientras que Colombia ha recurrido con mayor frecuencia al financiamiento externo para enfrentar desequilibrios fiscales y coyunturas económicas adversas. Esto se refleja en una deuda más baja y estable en el caso chileno, frente a una deuda más elevada y volátil en el caso colombiano.
Gasto público por función, en porcentajes del PIB	1990 - 2020	El PIB muestra un crecimiento relativamente sostenido desde comienzos de los años noventa, asociado a la consolidación del modelo exportador basado principalmente en la minería del cobre y la apertura comercial. Entre 2003 y 2013 se observa el período de expansión más pronunciado. Este auge coincide con el boom de los precios del cobre, impulsado por la alta demanda internacional, especialmente desde China. Como consecuencia, Chile alcanza su nivel máximo en torno a 2013-2014.	Igualmente presenta un crecimiento a lo largo del período, aunque parte de una base más baja. Hasta mediados de los años 2000, el incremento es más gradual y está vinculado a procesos de estabilización macroeconómica y recuperación institucional después de años de fuerte inestabilidad interna. A partir de 2005, el PIB colombiano muestra un crecimiento más marcado, coincidiendo con el auge del petróleo, el carbón y la inversión extranjera directa. Sin embargo, al igual que en Chile, el crecimiento se modera después de 2014 con la caída de los precios internacionales del petróleo, recurso clave para la economía colombiana. El impacto negativo se profundiza en 2020 debido a la pandemia, que afectó el mercado laboral, el comercio y la producción nacional, provocando una contracción significativa.	El comportamiento del PIB de Chile y Colombia entre 1990 y 2020 refleja tanto sus dependencias exportadoras como su vulnerabilidad frente a los ciclos de los precios internacionales de los recursos naturales. A pesar de trayectorias de crecimiento de largo plazo, ambos países se ven afectados por choques externos como la crisis financiera de 2008-2009 y la pandemia de 2020, así como por la evolución de los mercados de materias primas, que siguen siendo un componente central de sus economías.

Fuente: Elaborada por los autores

Figura 8. Gasto público

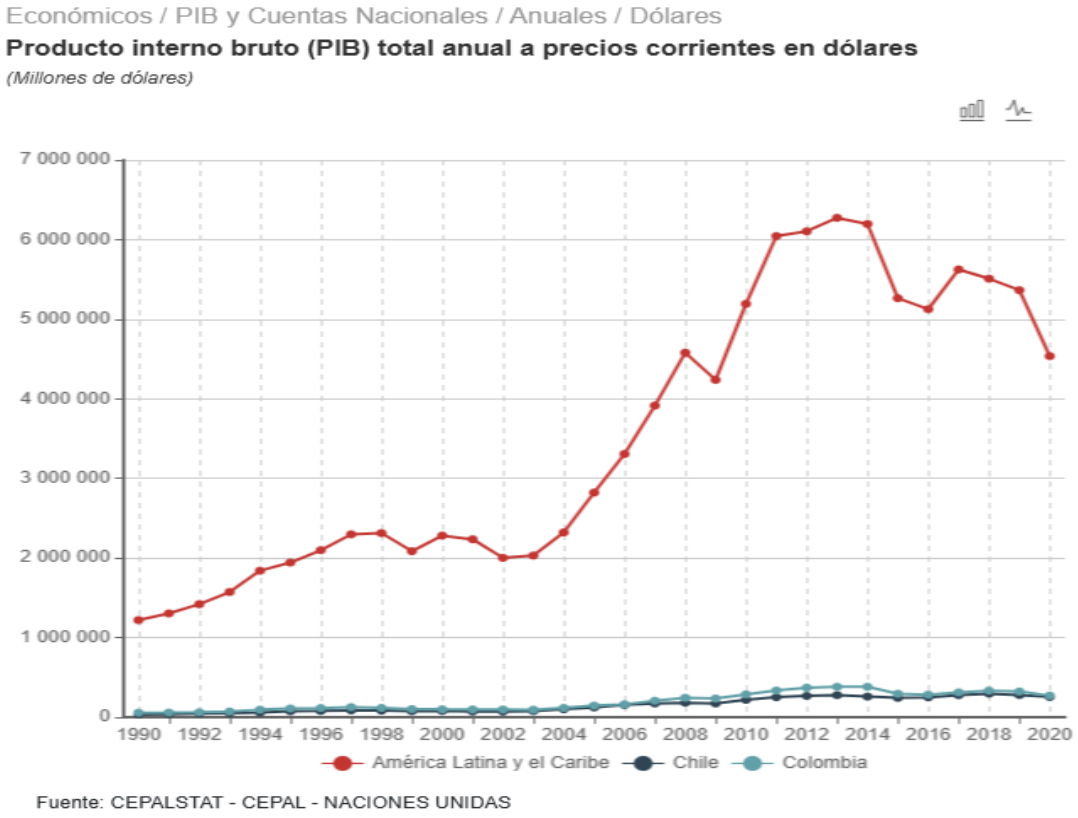


Fuente: (CEPAL, 2025)

Respecto al crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), el indicador para los dos países muestra una dependencia a raíz de las exportaciones, esto quiere decir que, al afectarse los precios del mercado externo, se afectan inmediatamente los internos, cuando de producción para exportación

se trata, sin embargo, conservan en gran proporción la producción de materia prima que se convierte en el motor de sus economías.

Figura 9. Producto interno bruto (PIB)



Fuente: (CEPAL, 2025)

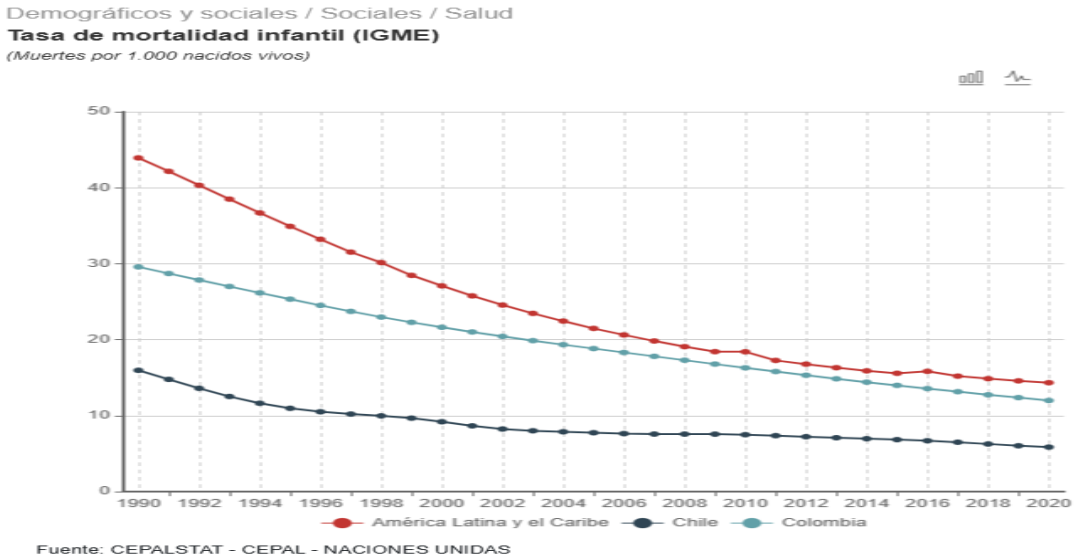
El gráfico presenta la evolución del PIB total anual de Chile y Colombia, expresado en dólares corrientes, desde 1990 hasta 2020. A primera vista, ambos países muestran una trayectoria ascendente en el largo plazo, aunque con ritmos y fluctuaciones distintas, estas diferencias permiten relacionar el comportamiento económico con cambios en los precios internacionales, la estructura productiva y los ciclos económicos regionales.

Figura 10. Análisis comparativo

INDICADORES	AÑOS	CHILE	COLOMBIA	OBSERVACION
Tasa de mortalidad infantil (IGME)	1990 a 2020	el descenso de la mortalidad infantil ha sido continuo y pronunciado durante todo el período. A comienzos de la década de 1990, Chile ya presentaba cifras significativamente más bajas que el promedio regional, situándose alrededor de 17 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A partir de ese punto, la disminución se mantiene de manera constante hasta alcanzar aproximadamente 6 muertes en 2020.	Muestra una tendencia descendente, aunque parte de niveles más altos y experimenta un ritmo de reducción más gradual, en 1990 la tasa se situaba cerca de las 29 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; hacia 2020 se reduce a alrededor de 13 muertes. La mejora se relaciona con la ampliación de la cobertura del sistema de aseguramiento en salud tras la reforma de 1993, el fortalecimiento de los programas materno-infantiles y la expansión de redes de atención en zonas urbanas.	Chile como Colombia han logrado avances importantes en la reducción de la mortalidad infantil durante las últimas décadas. Sin embargo, la experiencia chilena evidencia una mayor solidez institucional y una respuesta sanitaria más homogénea, mientras que Colombia muestra progresos condicionados por desigualdades socioeconómicas y territoriales aún no superadas.
Hijos nacidos vivos (0 a 20 y más), por grupos de años de estudios y edad simple 10 a 50 y más (cifra absoluta) (maternidad ignorada imputada a cero hijos)	2000 a 2010	El total de nacimientos en mujeres de 10 a 50 años disminuye entre ambas décadas, pasando de aproximadamente 1,6 millones a menos de un millón de nacimientos, la caída es especialmente visible en el grupo con menor nivel educativo, donde la maternidad disminuye de manera significativa.	Se observa un aumento significativo en el total de hijos nacidos vivos entre la década de 2000 y la de 2010, pasando de cerca de 1,6 millones a más de 2,2 millones de nacimientos. Dentro de este total, el grupo de mujeres con bajo nivel educativo (10 a 4 años de estudios) presenta una reducción moderada en el número de hijos nacidos. Esta tendencia puede interpretarse como resultado de una ampliación en el acceso a la educación y a servicios de salud reproductiva, junto con una mayor urbanización.	Chile experimenta una disminución marcada de la fecundidad, especialmente entre mujeres con menor escolaridad, lo que refleja mayores niveles de autonomía reproductiva y mayores oportunidades educativas. Colombia, aunque reduce la maternidad en este grupo, mantiene niveles más altos de nacimientos, lo que evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo políticas de igualdad educativa, acceso a salud y oportunidades para las mujeres jóvenes.

Fuente: Elaborado por los autores

Figura 11. Tasa de mortalidad infantil



Fuente: (CEPAL, 2025)

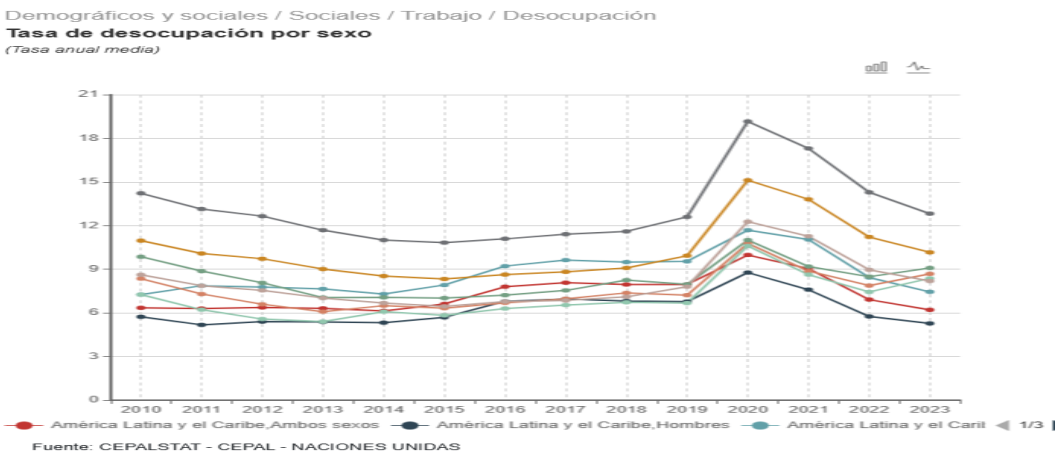
El indicador de mortalidad para los dos países ha mejorado en la última década, se evidencia los esfuerzos realizados para mejorar la prevención tanto a la mujer embarazada como al recién nacido, sin embargo, Chile supera a Colombia a raíz de la atención inmediata, no obstante, en Colombia ha mejorado la asignación de recursos para poder brindar atención en el territorio a las mujeres embarazadas y a los menores, planteando la estrategia, atención primaria en salud (APS).

Figura 12. Análisis comparativo

INDICADORES	AÑOS	CHILE	COLOMBIA	OBSERVACION
Tasa de desocupación por sexo	2010 a 2023	La tasa de desocupación femenina ha sido sistemáticamente superior a la masculina, durante la mayor parte del período analizado, el desempleo de las mujeres se mantiene alrededor de dos a tres puntos porcentuales por encima del de los hombres, esta diferencia no solo se explica por la segregación ocupacional que concentra a las mujeres en sectores más vulnerables a la informalidad y a los ciclos económicos, sino también por la persistencia de responsabilidades de cuidado no remunerado que limitan su inserción plena en el mercado de trabajo, la pandemia afecto a las mujeres mas que a los hombres.	La brecha por sexo es aún más marcada que en Chile, el desempleo femenino se ubica de manera constante por encima del masculino y alcanza uno de sus puntos más altos en 2020, cuando la tasa de desocupación de las mujeres llega a casi duplicar la de los hombres, la estructura sectorial del empleo colombiano explica parte de este comportamiento, donde una proporción considerable de mujeres se desempeña en el trabajo informal, en actividades domésticas y en el comercio minorista, áreas fuertemente afectadas por las restricciones de movilidad durante la pandemia.	El análisis de la tasa de desocupación por sexo en ambos países evidencia que las diferencias de género en el mercado laboral no responden solamente a ciclos económicos, sino que reflejan desigualdades estructurales más amplias, vinculadas a la organización social del cuidado, la segregación ocupacional y la debilidad de políticas que faciliten la conciliación entre trabajo y vida familiar. La reducción sostenida de esta brecha exige, por tanto, políticas laborales y sociales que reconozcan y redistribuyan el trabajo de cuidados, amplíen la formalización del empleo femenino y promuevan sistemas de protección social más inclusivos.
Población en situación de pobreza extrema, por área	2000 a 2023	La pobreza extrema presenta una tendencia descendente sostenida durante las primeras dos décadas del período, desde niveles cercanos al 6% en el año 2000, disminuye gradualmente hasta ubicarse en torno al 2% aproximadamente en el 2017, este descenso se vincula a una combinación de factores: expansión de la cobertura en educación y salud, políticas de transferencias condicionadas y no condicionadas, y un mercado laboral que hasta mediados de la década de 2010 mantuvo niveles relativamente estables de empleo formal, no obstante, a partir de 2020 se observa un repunte.	La trayectoria es distinta a comienzos del siglo XXI, los niveles de pobreza extrema eran significativamente más elevados, alrededor del 23–24%, aunque a partir de 2005 se observa una reducción progresiva favorecida por la expansión de programas de transferencias como Familias en Acción, mejoras en seguridad territorial y mayor crecimiento económico en algunos años la disminución es menos estable que en Chile, entre 2018 y 2019, la tasa se estabiliza alrededor del 10%, pero en 2020 se produce un aumento abrupto.	Si bien tanto Chile como Colombia han reducido la pobreza extrema en el largo plazo, las trayectorias reflejan distintas capacidades estatales y grados de cohesión social, Chile presenta una caída más sostenida y niveles significativamente más bajos en casi todo el período, mientras Colombia avanza de manera más irregular y sigue siendo más vulnerable a crisis económicas y sanitarias.

Fuente: elaborada por los autores

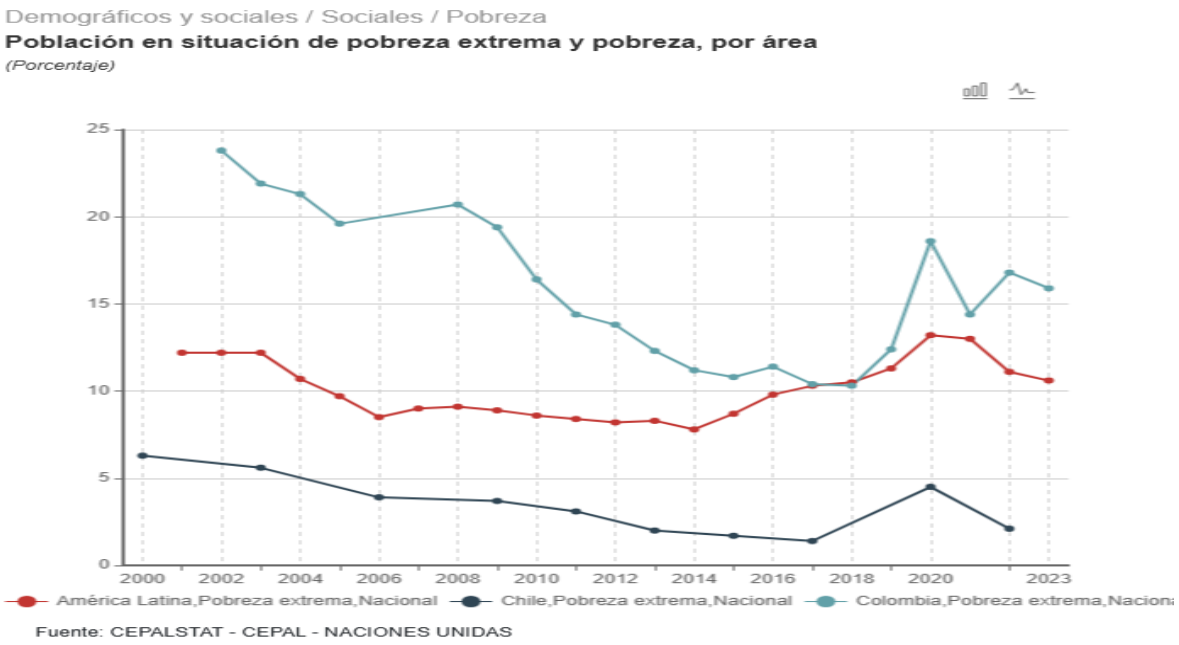
Figura 13. Tasa de desempleo



Fuente: (CEPAL, 2025)

Sin lugar a duda uno de los indicadores más importantes para garantizar la dignidad y el bienestar de la población es el índice de desempleo que define la situación de pobreza de la comunidad. Chile ha reducido en la última década el indicador de desempleo y de pobreza extrema lo que indica que la población se beneficia y tiene más garantías por parte del Estado. Colombia es indiscutible que es un país desigual, la población no tiene oportunidades para poder surgir y sacar a sus familias de la pobreza, se evidencia falta de cohesión social y sus continuos conflictos internos desmejoran la calidad de vida y se vuelve vulnerable a las crisis económicas y sanitarias.

Figura 14. Pobreza extrema

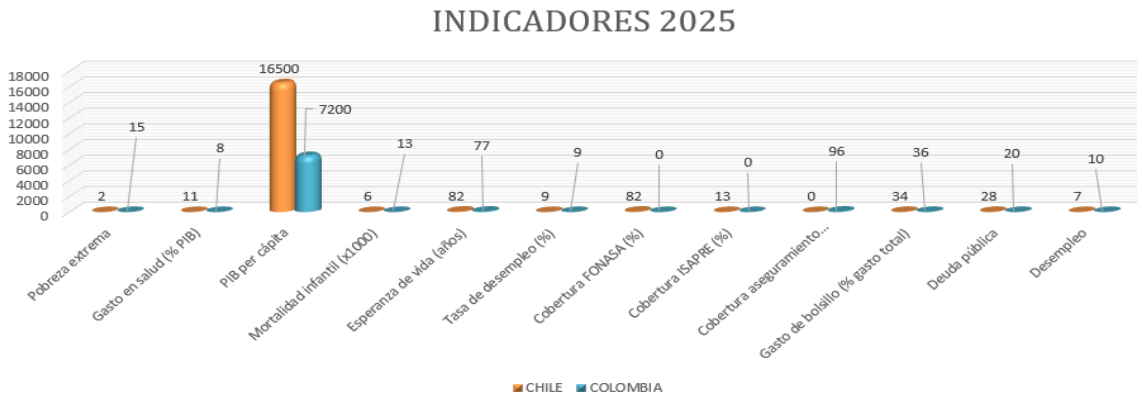


Fuente: (CEPAL, 2025)

El indicador muestra la proporción de la población que vive en condiciones de pobreza extrema, entendida como la insuficiencia de ingresos para acceder a una canasta básica de subsistencia, la comparación entre Chile y Colombia desde el año 2000 hasta 2023 permite observar diferencias estructurales en los niveles de pobreza, así como los efectos de coyunturas económicas regionales, políticas sociales y crisis externas. En Chile, la pobreza extrema presenta una tendencia descendente sostenida durante las primeras dos décadas del período. Desde niveles cercanos al 6% en el año 2000, disminuye gradualmente hasta ubicarse en torno al 2% hacia 2017, este descenso se vincula a una combinación de factores: expansión de la cobertura en educación y salud, políticas

de transferencias condicionadas y no condicionadas, y un mercado laboral que hasta mediados de la década de 2010 mantuvo niveles relativamente estables de empleo formal. No obstante, a partir de 2020 se observa un repunte, con el porcentaje de población en extrema pobreza aumentando momentáneamente, lo que coincide con la crisis económica derivada de la pandemia de COVID-19. La recuperación posterior es relativamente rápida, lo que sugiere una capacidad institucional más consolidada para implementar medidas de protección social y reactivación económica.

Figura 15. Comparativo de indicadores Colombia Vs Chile



Fuente: Elaborada por los autores

De acuerdo al análisis de los indicadores de Chile respecto a Colombia se puede notar que la mayor inversión para proteger el bienestar en salud per cápita lo ejerce chile, con un 56% de asignación de recursos. De igual manera se puede evidenciar que Colombia maneja un índice de pobreza del 86% respecto a chile del 14%, la esperanza de vida de las personas en chile es superior en 5 años, se evidencia que chile tiene un gasto de salud superior al colombiano.

Chile pasó de ser un estado con la responsabilidad de todo el sistema de seguridad social a tener otro régimen para atención en salud, mucho más de mercado. Uno de los indicadores más importantes es la reducción de mortalidad infantil que ocurre en los dos países. Se evidencia que ambos países han hecho esfuerzos para poder mitigar la corrupción y adelantan estrategias fundamentales para garantizar que los recursos públicos lleguen a las personas con necesidades insatisfechas y así disminuir las brechas sociales.

Conclusiones

El análisis histórico e institucional del sistema de salud chileno muestra cómo las tensiones entre gobernabilidad y gobernanza no son meras abstracciones, sino fuerzas vivas que moldean las políticas públicas en América Latina, la historia del modelo chileno ilustra cómo factores políticos, capacidad estatal, económicos y sociales moldean las políticas que impactan la equidad, el acceso y la sostenibilidad del sistema. En esa línea, el caso chileno es ilustrativo para analizar cómo ningún diseño institucional es neutral, sino que es producto de arreglos, intereses y coyunturas históricas que definen la arquitectura del sistema y su capacidad de reforma.

Además, la comparación con Colombia muestra que, aunque con caminos específicos, ambos países enfrentan desafíos comunes regionales, las inequidades, la fragmentación institucional, el dominio del mercado en la provisión de seguros y los constantes roces entre eficiencia y legitimidad democrática son expresiones de problemas que trascienden lo sectorial y apuntan a estructuras más profundas de gobernanza estatal. Aunque Chile tiene mejores indicadores de pobreza extrema, mortalidad infantil y esperanza de vida, no está exento de crisis que cuestionan la sostenibilidad de su modelo mixto. La migración reciente a FONASA, los fallos judiciales en contra de las ISAPRE y la necesidad de fortalecer la institucionalidad demuestran que la estabilidad alcanzada durante décadas no es suficiente para dar respuesta a las nuevas demandas sociales.

Otro aspecto esencial es que las reformas de salud tanto en Chile como en Colombia no pueden ser analizadas solo en términos técnicos. Como hemos visto, aspectos como la legitimidad política, la capacidad de coordinación interinstitucional, la permeabilidad a la negociación con actores sociales o la cohesión normativa son condiciones para que las políticas efectivamente alcancen sus objetivos. La experiencia chilena muestra que incluso sistemas bien diseñados pueden deteriorarse cuando prevalecen lógicas de mercado sin mecanismos robustos de regulación estatal, o cuando las políticas públicas se diseñan sin una articulación entre niveles de gobierno.

Finalmente, los resultados reafirman la necesidad de fortalecer la gobernanza democrática en salud para avanzar hacia la equidad, los datos analizados señalan que los países con mejores arreglos institucionales en términos de estabilidad, transparencia y participación están en condiciones de

afrontar mejor las crisis económicas y sanitarias. En Chile, la reforma 2025 va en esa línea, pero es evidente que transformar el sistema necesitará caminos graduales que combinen inversión pública, regulación y participación ciudadana, para Colombia, la comparación plantea el reto de superar la fragmentación y fortalecer las capacidades estatales, ya que la salud es un campo en el que la Gobernanza no es un lujo teórico, sino una necesidad para dar respuesta a las necesidades sociales en contextos de gran desigualdad.

Referencias

ACHM. (2023). *Historia del Sistema de Salud Chileno.* Santiago de Chile: Asociación chilena de Municipalidades.

Amaya, J. (2022). *Autonomía y capacidad estatal: apuntes para estudiar al Estado desde América Latina.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Avalle, G. (2023). Gobernabilidad y gobernanza. *Enfoques en tensión*, 14.

Calvo, E. (2013). *Catedra Internacional de Análisis de políticas públicas.* Bogotá: Contraloría General de la República, Escuela Superior de Administración Pública y Fundación Ortega y Gasset.

Camacho, L. &. (2023). *La implementación de las políticas públicas en salud: revisión narrativa de modelos para su análisis.* Medellín: Universidad CES.

CEPAL. (2025). *Indicadores de Pobreza.* CEPAL.

CEPAL. (2025). *Percepciones sobre gobernabilidad y gobernanza en América Latina.* Santiago de Chile: Cepal. Boletín estadístico.

Dahl, R. (2006). *La democracia.* Mexico: Santillana Ediciones Generales.

Elkins, Z. E. (2009). Endurance National constitutions. *University Cambridge*, 17.

Gantus, D. (2016). Estudios sobre la administración pública en la Argentina Contemporanea. *Estudios sobre estado, gobierno y administración pública en argentina contemporanea*, 171-241.

Hufty, M. (2006). Gobernanza en Salud. *Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación.* , 13.

Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: hacia un marco analitico. *REVISTA DE SALUD PUBLICA*.

ISAPRE. (2024). *Informe: 35 años de las ISAPRE en el sistema de salud chileno.* Santiago: ISAPRE.

Mayorga, F. &. (2007). *Gobernabilidad y Goberenanza en America Latina.* Ginebra: Working Paper NCCR Norte -Sur IP8.

Merino, C. (2021). *Historia social de la salud. Chile 19960-2000.* Santiago: Universidad de los Lagos.

OCHISAP. (2023). *La Atención Primaria de Salud en Chile: 1978–2023.* Santiago de Chile: Observatorio Chileno de salud pública.

PNUD. (2022). *Gobernanza, democracia y desarrollo en América Latina y el Caribe.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Reporte Diario. (2025). Fortaleciendo el Sistema de Salud Público: La Reforma Integral de Fonasa. *Reporte Diario*, pág. 28.

UNAL. (2022). Derecho y globalización: tensiones y transformaciones. *Universidad Nacional de Colombia*, 24.

UNAL. (2022). Globalización y finanzas internacionales. *Revista Innovar*, 21.

Universidad Libre. (2022). Paros, crisis institucional en América Latina y gobernanza democrática. *Revista Justicia*, 18.