CLAPES UC
Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile

Contribución del sector privado a la salud de la población chilena, 2015–2025

Producción asistencial, capacidad instalada, financiamiento e integración público-privada. Informe de resultados

Investigador principal: Dr. Jaime Mañalich, MSc, epidemiólogo, Coordinador de Salud CLAPES UC.

Trabajo elaborado con el apoyo de Cajas de Chile A.G.

Cajas de Chile

Santiago, noviembre de 2026

Índice

1. Resumen ejecutivo 4
2. Introducción. Chile frente a la OCDE: evidencia de Health at a Glance 2025 7
2.1 Brechas de recursos y de uso de servicios 7
2.2 Indicadores de eficiencia 10
2.3 Láminas comentadas 11
2.4 Implicancias para este estudio 15
3. Antecedentes y marco analítico 16
3.1 Modelos de seguridad social en salud: Bismarck, Beveridge y sus híbridos 16
3.2 Chile en el contexto internacional: líder en América Latina, con brechas frente a la OCDE 17
3.3 El caso chileno 19
4. Métodos 21
5. Producción hospitalaria pública y privada 22
6. Índice de Contribución de Salud Privada (ICSP) y cuadrante β 23
7. Prestaciones trazadoras hospitalarias: dónde se concentra la dependencia privada 24
8. Análisis temporal 25
8.1 La Red Integrada de Salud durante la pandemia: un sistema unificado de hecho 25
9. Escenarios contrafactuales de sustitución 27
10. Otras dimensiones: diagnóstico, diálisis, capacidad, financiamiento y regiones 28
10.1 Prestaciones trazadoras 28
10.2 Capacidad instalada 29
10.3 Financiamiento (cuadrante β en pesos) 30
10.4 Análisis regional: Índice de Contribución de Salud Privada Regional (ICSP-R) 30
11. Financiamiento privado de la red: Isapres, seguros complementarios, Cajas de Compensación y mutualidades 33
11.1 Isapres: a qué se destina su gasto en prestadores privados 33
11.2 Seguros complementarios de salud 34
11.3 Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) 34
11.4 Mutualidades de empleadores (seguro de accidentes del trabajo) 37
11.5 Implicancias para la matriz de financiamiento (Cuadro 3) 39
12. Contraste de hipótesis, limitaciones y conclusiones 39
13. Anexo: series anuales y fuentes 41
14. Referencias 42

Siglas

AACH	Asociación de Aseguradores de Chile
ACHS	Asociación Chilena de Seguridad
ACV	Accidente cerebrovascular
ALC	América Latina y el Caribe
APS	Atención primaria de salud
BGI	Balance de Gestión Integral
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CCAF	Cajas de Compensación de Asignación Familiar
CENABAST	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión
CMF	Comisión para el Mercado Financiero
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de Salud (Minsal)
Dipreca	Dirección de Previsión de Carabineros de Chile
DIPRES	Dirección de Presupuestos
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
FACh	Fuerza Aérea de Chile
FF.AA.	Fuerzas Armadas
FNE	Fiscalía Nacional Económica
GES	Garantías Explícitas en Salud
GRD	Grupos relacionados por diagnóstico
ICSP	Índice de Contribución de Salud Privada: egresos Fonasa en prestadores privados ÷ egresos Fonasa totales × 100. En atención ambulatoria se aproxima como prestaciones MLE ÷ (SNSS + MLE)
ICSP-R	Índice de Contribución de Salud Privada Regional: ICSP calculado por región de residencia del paciente
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISL	Instituto de Seguridad Laboral
IST	Instituto de Seguridad del Trabajo
MAI	Modalidad de Atención Institucional (Fonasa)
Minsal	Ministerio de Salud
MLE	Modalidad de Libre Elección (Fonasa)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PAD	Pago Asociado a Diagnóstico
PET	Tomografía por emisión de positrones
PIB	Producto interno bruto
PPA	Paridad de poder adquisitivo
REM	Resúmenes Estadísticos Mensuales (DEIS)
RM	Resonancia magnética

SII	Servicio de Impuestos Internos
SIL	Subsidio por Incapacidad Laboral
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SUSESO	Superintendencia de Seguridad Social
TAC	Tomografía axial computarizada
TDLC	Tribunal de Defensa de la Libre Competencia
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UF	Unidad de Fomento
UGCC	Unidad de Gestión Centralizada de Camas
WDI	World Development Indicators (Banco Mundial)

Agradecimiento a Bastián Mundt por sus aportes y comentarios

1. Resumen ejecutivo

Chile tiene un sistema de provisión de servicios de salud mixto, con participación de actores privados y públicos. Conceptualmente, por públicos se entiende exclusivamente a aquellos hospitales y centros de salud que dependen directamente del Ministerio de Salud, y no a los que son administrados por universidades, empresas, mutuales de seguridad e, incluso, las Fuerzas Armadas.

Esta investigación con un horizonte de diez años busca precisar cuál ha sido la contribución del subsector privado a la salud del país, desarrollando indicadores como un Índice de Contribución de Salud Privada (ICSP), que muestran cómo ha cambiado este aporte para los beneficiarios del seguro público.

El país obtiene resultados sanitarios que desafían sus recursos. Chile alcanza una esperanza de vida de 81,6 años, la más alta de América Latina junto con Costa Rica y superior al promedio de la OCDE, y lo logra gastando por persona el 63% de ese promedio y con menos de la mitad de las camas y enfermeras. Parte de esa brecha se cierra gracias al uso intensivo de la red privada. Con cerca del 28% de las camas, los establecimientos fuera del SNSS (clínicas, mutuales, FF.AA. y hospitales universitarios) generan el 38,6% de los egresos hospitalarios del país.

La salud privada en Chile no es un privilegio de los afiliados a una Isapre: también atiende a millones de personas que cotizan en Fonasa. El presente estudio analiza la magnitud y el alcance de ese aporte.

En una década, la clínica privada dejó de ser territorio exclusivo de las Isapres. Mientras la red pública se mantuvo estable, el sector privado absorbió el crecimiento de la demanda. En 2025, los hospitales públicos registraron 961.041 egresos de Fonasa, 3,5% menos que una década atrás. Cada año, más pacientes de Fonasa encuentran respuesta en clínicas privadas, mientras los de Isapre prácticamente no cruzan hacia la red pública.

El aporte privado se concentra en las cirugías programadas. Las urgencias, en cambio, siguen siendo terreno público: más del 87% de los casos Fonasa de neumonía, infarto o diabetes se atiende en la red estatal.

Fuera del hospital, cerca del 87% de los pacientes en diálisis (dato de 2020) recibe su tratamiento en centros privados. En 2024, por cada resonancia que Fonasa hizo en la red pública, financió 3,5 en prestadores privados, y este sector ya realiza el 42% de las consultas médicas y el 57% de los exámenes de imagen del país.

La integración público-privada es una realidad nacional: avanzó en 15 de las 16 regiones del país. En la Región Metropolitana, O'Higgins y Antofagasta, cerca de un tercio de las hospitalizaciones de Fonasa se resuelve en el sector privado (30,7%, 30,5% y 29,1%).

La pandemia dejó una lección que el sistema de salud no olvidó. Entre 2020 y 2021, Chile funcionó por primera vez como una sola red: las camas críticas, públicas y privadas, se asignaron según la necesidad del paciente y no según el origen de su seguro. Superada la emergencia, no hubo vuelta atrás. Los hallazgos de este estudio muestran un sistema que funciona porque usa toda su capacidad, pública y privada.

Esa colaboración ya no es una opción: es una condición. Para absorber por sí solos la actividad que Fonasa resuelve en el sector privado, los hospitales públicos tendrían que sumar unas 293.000 hospitalizaciones al año, un 30% más, y más que duplicar su producción en cirugías electivas como hernia inguinal y artrosis de cadera y rodilla. Con 1,9 camas por cada mil habitantes, menos de la mitad del promedio OCDE (4,2), Chile no puede elegir entre una red u otra: necesita las dos. La pregunta ya no es si el sector público y el privado deben colaborar, sino cómo hacerlo mejor.

El sector privado sostiene buena parte de la capacidad sanitaria del país, y esa infraestructura está disponible para todos, independientemente del seguro que posean. Dicho aporte va mucho más allá de las clínicas: aseguradoras, seguros complementarios, mutualidades y Cajas de Compensación forman una red que, en conjunto, financia y presta atención a millones de chilenos.

Las Isapres financian camas que también usa Fonasa. En 2025, los prestadores privados facturaron $4,61 billones a las Isapres, entre bonificación y copago, cerca de $1 billón de ellos en honorarios médicos y $0,65 billones en días cama y pabellón. Con esos recursos se sostienen los médicos, camas y quirófanos donde hoy se atienden más pacientes de Fonasa que de Isapre. Por eso la caída de afiliados a Isapre, de 24,6% entre 2020 y 2025, no es solo un problema del sector privado: también pone en riesgo la capacidad disponible para el seguro público.

Los seguros complementarios protegen a 9,7 millones de personas y aportan entre $0,8 y $1,0 billón al año a los prestadores. Gracias a ellos, quien se cambia de Isapre a Fonasa puede seguir atendiéndose en la misma clínica y con un copago similar.

Por su parte, las mutualidades protegen a la mayoría de los 7,25 millones de trabajadores cubiertos por el seguro laboral y atienden accidentes laborales y enfermedades profesionales sin copago, en su propia red. Así, esa demanda no recae en los hospitales públicos ni en Fonasa. La evaluación es positiva: el 81% de los trabajadores atendidos se declara satisfecho.

Las Cajas de Compensación acercan la red privada a cerca de 7,4 millones de trabajadores y pensionados, en su mayoría de Fonasa. En 2025 entregaron 22,9 millones de prestaciones de salud: consultas y exámenes con copagos rebajados, atención dental y óptica, telemedicina y operativos preventivos. Su crédito social para salud cubre lo que los seguros dejan fuera, y sus convenios con farmacias en todo el país atacan la mayor brecha del sistema: los chilenos pagan de su bolsillo el 70,9% del gasto en medicamentos, casi el doble del promedio OCDE. A esto se suma la administración eficiente de las licencias médicas y la incorporación al proyecto Enlace del Minsal, para contribuir a reducir los plazos de espera para una consulta de especialidad.

Generación de un Índice de Contribución de Salud Privada

En 2025, 39 de cada 100 egresos hospitalarios de Chile ocurrieron en establecimientos que no pertenecen al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), y 23 de cada 100 egresos de beneficiarios Fonasa se produjeron en esos prestadores. Ambas cifras superan con creces el peso de las Isapres, que hoy cubren a cerca del 13% de la población.

Este informe se desarrolla con prioridad en el **componente hospitalario**: 17,7 millones de egresos registrados por el DEIS entre 2015 y 2025. A eso suma consultas, exámenes, cirugía bariátrica, diálisis, rebase de la Ley de Urgencia y camas. También incluye el financiamiento privado (Isapres, seguros complementarios, Cajas de Compensación y mutualidades) y la comparación con América Latina y la OCDE. El financiamiento queda como estimación parcial (secciones 10.3 y 11).

Respuestas a las preguntas del ámbito hospitalario

Tabla 1. Respuestas a las preguntas, ámbito hospitalario

Pregunta	Respuesta 2025	Referencia 2015
¿De cada 100 egresos en Chile, cuántos produce el sector privado (no SNSS)?	38,6	36,0

Pregunta	Respuesta 2025	Referencia 2015
¿De cada 100 egresos de beneficiarios Fonasa, cuántos ocurren en prestadores privados? (ICSP)[1]	23,4	14,8
¿Qué parte de los egresos de prestadores privados corresponde a beneficiarios Fonasa?	47,8%	29,5%
¿Qué prestaciones presentan mayor integración público-privada?	Hernia inguinal (61,5%), artrosis de cadera/rodilla (56,7%), hiperplasia de próstata (48,1%)	37,2%, 19,0%, 22,8% (2019)
¿Cuánto debería crecer la red pública para absorber toda la actividad privada usada por Fonasa?	+30,1% de egresos SNSS (≈293.000 egresos/año)	+16,6%
¿De cada $100 de gasto público, cuántos financian prestaciones privadas?	Sin estimación cerrada. Compras de Fonasa a privados: $722.295 millones en 2024 (sección 10)	—
¿Qué porcentaje de camas y pabellones es privado?	20,2% de las camas y 34,6% de las camas UCI (marzo 2023). Pabellones y equipos: pendiente	—
¿En qué regiones se depende más de los privados?	Metropolitana (30,7%), O'Higgins (30,5%), Antofagasta (29,1%), Tarapacá (26,5%) y Valparaíso (25,2%); Aysén, la menor (1,6%)	Nacional: 14,8%

Hallazgos principales

- Entre 2015 y 2025, los egresos de beneficiarios Fonasa en prestadores privados aumentaron un 69% (de 173.277 a 293.071). En el mismo período, los egresos de beneficiarios Isapre en esos prestadores cayeron un 12%.
- En 2025, por primera vez en la serie, los egresos Fonasa en prestadores privados (293.071) superaron a los de Isapre (272.745).
- La pandemia cambió el nivel de la serie: el ICSP pasó de ~15% (2015–2019) a ~22% (2022–2025) y no volvió a su nivel previo.
- La Contribución privada se concentra en la **cirugía electiva**. En patologías médicas agudas (neumonía, insuficiencia cardíaca, ACV) el ICSP se mantiene entre 6% y 13%. En cirugía bariátrica, el SNSS hace solo el 4,3% de los egresos por obesidad.
- La hipótesis principal y la H1 se confirman para el ámbito hospitalario. La H2 se confirma: cerca del 87%[2] de los pacientes en diálisis se atiende en centros privados, y en 2024 Fonasa financió en privados 3,5 resonancias por cada una hecha en el SNSS.

[1] ICSP: Índice de Contribución de Salud Privada. Corresponde al porcentaje de los egresos hospitalarios de beneficiarios de Fonasa que ocurren en prestadores privados (no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud): egresos Fonasa en prestadores privados ÷ egresos Fonasa totales × 100. Ver sección 6.
[2] Corresponde a 2020.

Contexto y financiamiento

- Chile lidera América Latina en esperanza de vida (81,6 años) y gasta 10,5% del PIB en salud, sobre el promedio OCDE (9,3%). Pero su gasto por persona es el 63% del promedio OCDE, tiene menos de la mitad de enfermeras y camas, y los hogares pagan de su bolsillo el 34,6% del gasto, el tercer valor más alto de la OCDE.
- En atención ambulatoria, los privados hacen el 42% de las consultas médicas y el 57% de los exámenes de imagen. El ICSP en consultas es 31%, más alto que en hospitalización.
- Las Isapres facturaron $4,61 billones en prestadores privados en 2025. De eso, $0,98 billones fueron honorarios médicos y $0,65 billones días cama y pabellón: financian la infraestructura y los médicos que también atienden a pacientes Fonasa.
- Los seguros complementarios (9,7 millones de asegurados) cubren parte de los copagos. Las Cajas de Compensación aportan $27.354 millones en beneficios de salud. Las mutualidades protegen a la mayoría de los trabajadores con su propia red sin copago.

Hipótesis

- Principal: la contribución privada es sustancialmente mayor que la que sugiere la proporción de población en Isapres.
- H1: una proporción significativa de beneficiarios Fonasa usa prestadores privados.
- H2: la participación privada es alta en diagnóstico, diálisis, cirugía electiva y algunas prestaciones ambulatorias.
- H3: hay diferencias regionales significativas.
- H4: una parte relevante de los ingresos privados proviene de financiamiento público.
- H5: sustituir la producción privada exigiría aumentos importantes de capacidad pública.

2. Introducción. Chile frente a la OCDE: evidencia de Health at a Glance 2025

Chile logra resultados sanitarios de nivel OCDE con menos recursos. Su esperanza de vida (81,6 años) supera el promedio de la OCDE (81,1), pero gasta 37% menos por persona y tiene menos de la mitad de enfermeras y de camas por habitante. La brecha de recursos es mucho mayor que la de resultados. Este informe estudia cómo cubre el país esa brecha y qué papel cumple en ello la capacidad privada.

Las cifras de esta sección provienen de la edición 2025 de *Health at a Glance* de la OCDE (OCDE, Health at a Glance 2025 [1]), publicada bajo licencia Creative Commons CC BY 4.0.

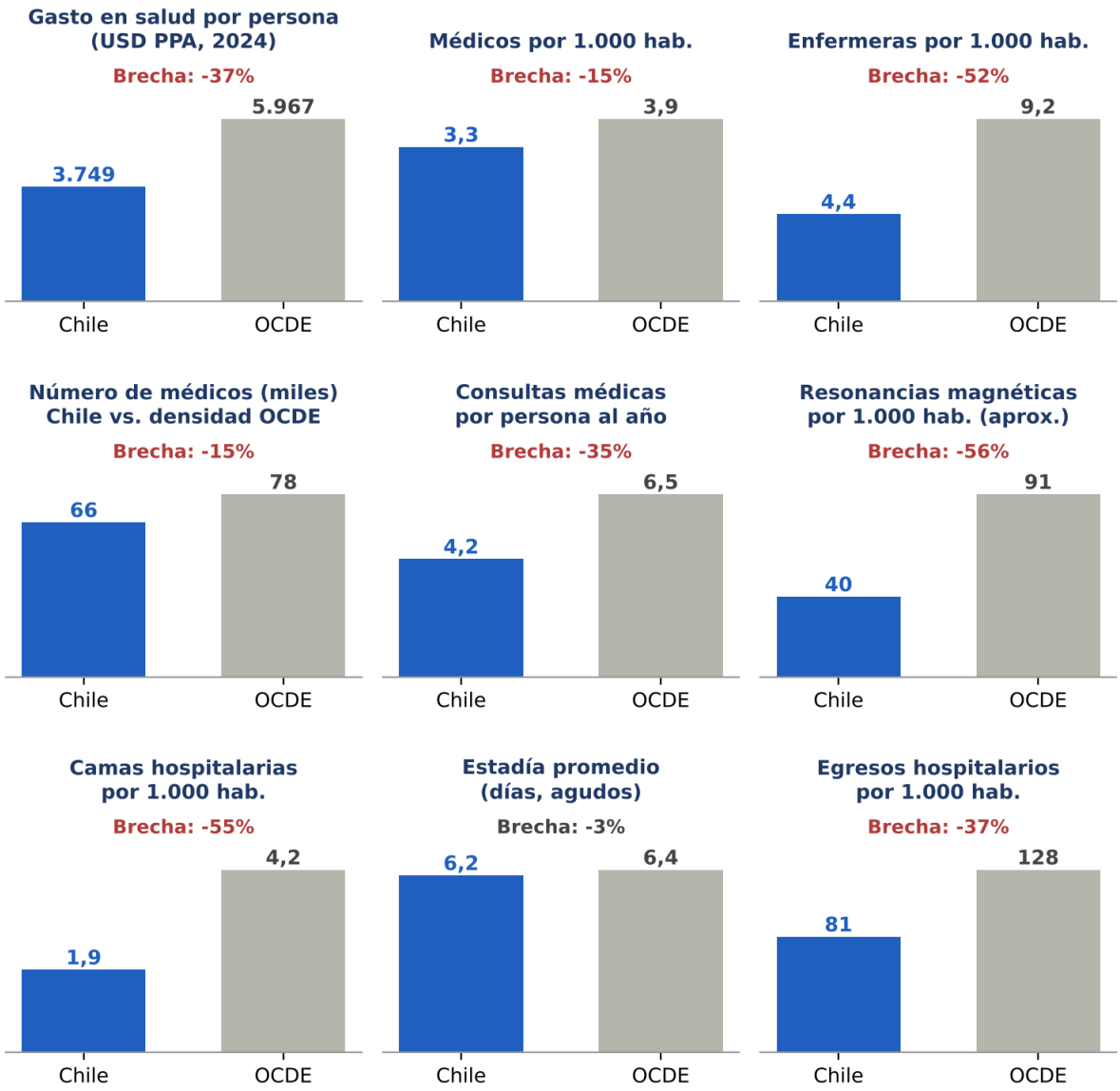
2.1 Brechas de recursos y de uso de servicios

Tabla 2. Chile frente al promedio OCDE: recursos y uso de servicios

Indicador	Chile	Promedio OCDE	Brecha de Chile	Figura en Health at a Glance 2025
Gasto en salud por persona (USD PPA, 2024)	3.749	5.967	−37%	Fig. 7.4 y Tabla 1.6
Gasto en salud (% del PIB, 2024)	10,5	9,3	+13%	Tabla 1.6

Indicador	Chile	Promedio OCDE	Brecha de Chile	Figura en Health at a Glance 2025
Médicos por 1.000 habitantes (2023)	3,3	3,9	−15%	Fig. 8.4
Número de médicos (miles, aprox.)	66	78 (a la densidad OCDE)	−12 mil	Cálculo propio
Enfermeras por 1.000 habitantes	4,4	9,2	−52%	Fig. 8.13
Enfermeras por médico	1,3	2,5	−48%	Fig. 8.14
Consultas médicas presenciales por persona al año	4,2	6,5	−35%	Fig. 5.16
Resonancias magnéticas por 1.000 habitantes (aprox.)	40	91	−56%	Fig. 9.11
Exámenes de TAC, RM y PET por 1.000 habitantes	178	277	−36%	Fig. 9.11
Camas hospitalarias por 1.000 habitantes	1,9	4,2	−55%	Fig. 5.19
Egresos hospitalarios por 1.000 habitantes	81	128	−37%	Fig. 5.22
Estadía promedio en camas agudas (días)	6,2	6,4	−3%	Fig. 5.23
Graduados de medicina por 100.000 habitantes	11,6	14,3	−19%	Fig. 8.19

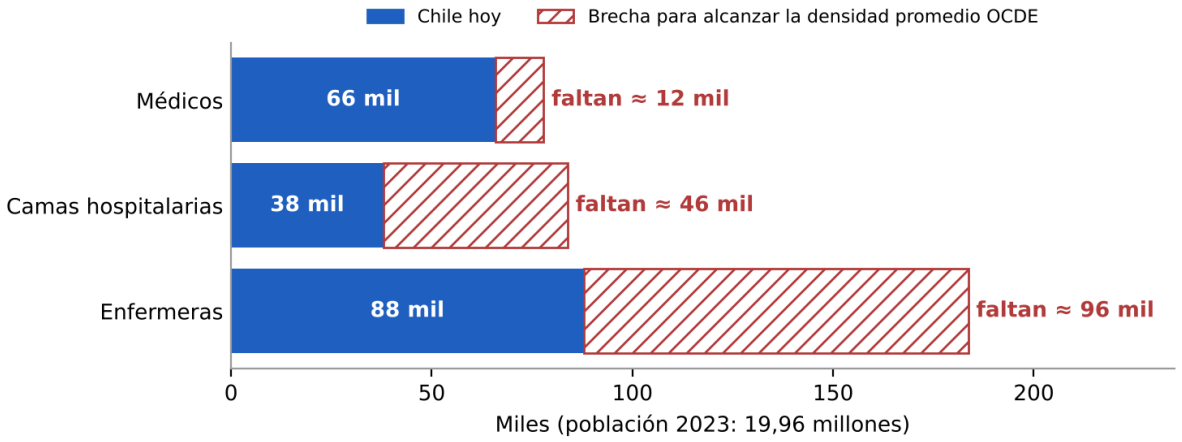
Figura 1. Brecha entre Chile y el promedio OCDE en recursos y uso de servicios de salud



Fuente: elaboración propia con datos de OCDE, Health at a Glance 2025 (Tabla 1.6 y Figuras 5.16, 5.19, 5.22, 5.23, 7.4, 8.4, 8.13 y 9.11). Número de médicos: densidad × población 2023 (19,96 millones). Resonancias: estimación propia a partir de la Figura 9.11. [1]

La brecha es mayor en las enfermeras (−52%), las camas (−55%) y las resonancias (−56%). En médicos es menor (−15%), aunque la cifra de Chile incluye a todos los médicos habilitados para ejercer y no solo a los que ejercen, por lo que la sobrestima. En estadía promedio, Chile está prácticamente en el promedio.

Figura 2. Recursos adicionales que Chile necesitaría para alcanzar la densidad promedio OCDE



Fuente: elaboración propia con densidades de OCDE, Health at a Glance 2025, y población 2023 de 19,96 millones (INE, proyección). [1]

Para alcanzar la densidad promedio de la OCDE, Chile necesitaría unos 12.000 médicos, 96.000 enfermeras y 46.000 camas hospitalarias adicionales. Las camas son el caso más relevante para este estudio: con 1,9 camas por 1.000 habitantes, ninguna de las dos redes, pública o privada, puede reemplazar a la otra.

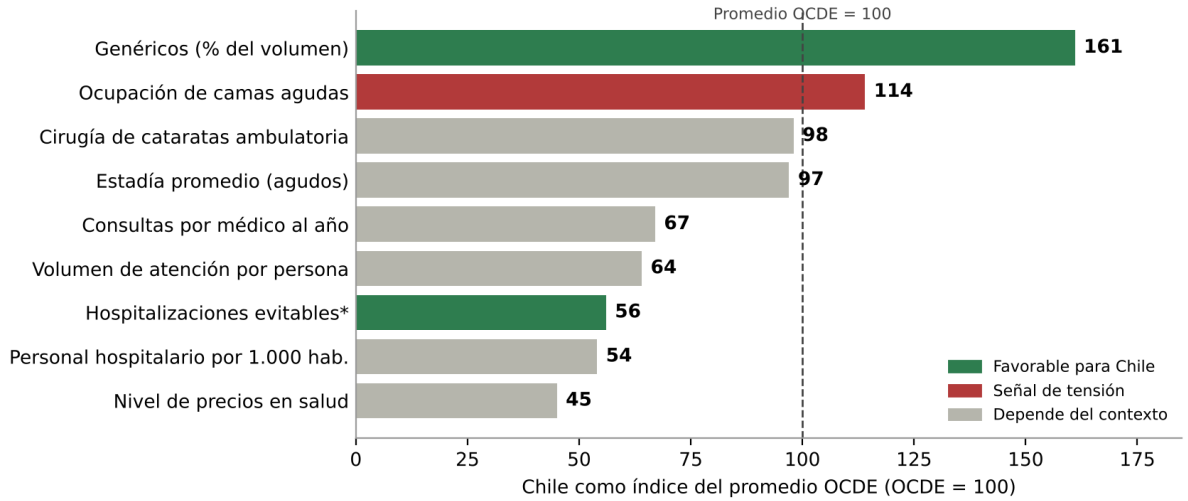
2.2 Indicadores de eficiencia

Con menos recursos, el sistema chileno los usa con más intensidad. La ocupación de sus camas agudas (81%) es de las más altas de la OCDE. También usa más medicamentos genéricos que cualquier otro país (90% del volumen) y tiene menos hospitalizaciones evitables que el promedio.

Tabla 3. Indicadores de eficiencia: Chile y promedio OCDE

Indicador	Chile	Promedio OCDE	Lectura	Figura
Nivel de precios en salud (OCDE = 100)	45	100	Precios bajos: el menor gasto refleja en parte menores precios	Fig. 7.6
Volumen de atención por persona (OCDE = 100)	64	100	Se consume un tercio menos de atención	Fig. 7.7
Consultas por médico al año	1.279	1.908	Menos consultas por médico (dato solo del sector público)	Fig. 5.18
Ocupación de camas agudas (%)	81	71	Red tensionada, cerca del umbral de riesgo de 85%	Fig. 5.20
Estadía promedio (días)	6,2	6,4	En el promedio	Fig. 5.23
Hospitalizaciones evitables (por 100.000)	264	473	Favorable (menor es mejor)	Tabla 1.5
Genéricos (% del volumen)	90	56	El valor más alto de la OCDE	Fig. 9.7
Cirugía de cataratas ambulatoria (%)	93	95	En el promedio	Fig. 5.26
Personal hospitalario por 1.000 habitantes	8,4	15,5	Hospitales con poco personal	Fig. 8.17
Crecimiento real del gasto por persona 2019–2024 (% anual)	~4,8	2,5	Entre los más rápidos de la OCDE	Fig. 7.5

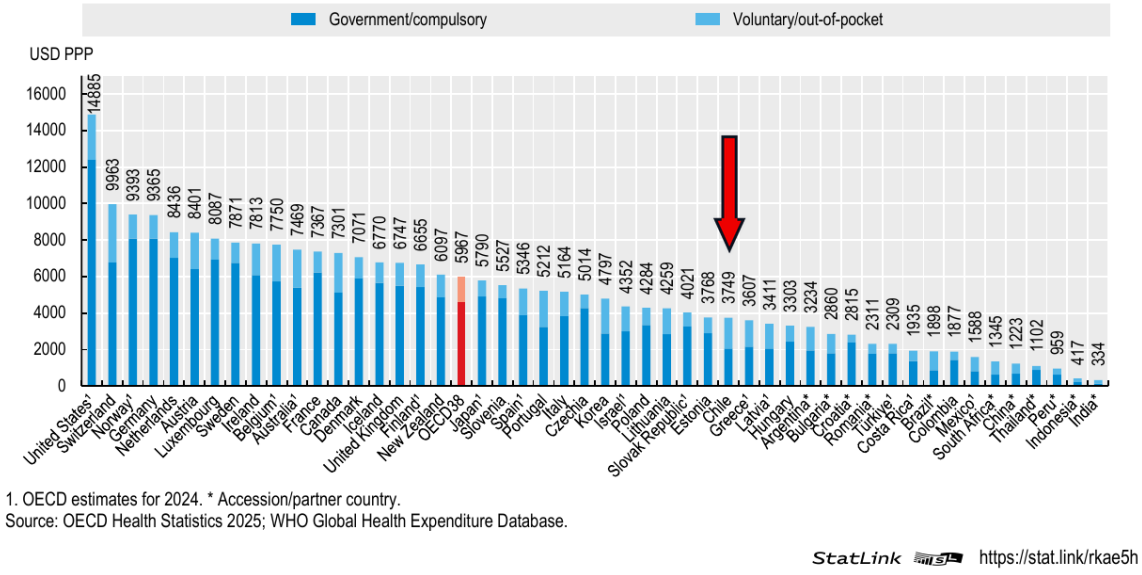
Figura 3. Indicadores de eficiencia: Chile como índice del promedio OCDE



*Fuente: elaboración propia con datos de OCDE, Health at a Glance 2025 (Figuras 5.18, 5.20, 5.23, 5.26, 7.6, 7.7, 8.17 y 9.7; Tabla 1.5). * En hospitalizaciones evitables, un valor menor es mejor (264 frente a 473 por 100.000, 2020–2022). [1]*

2.3 Láminas comentadas

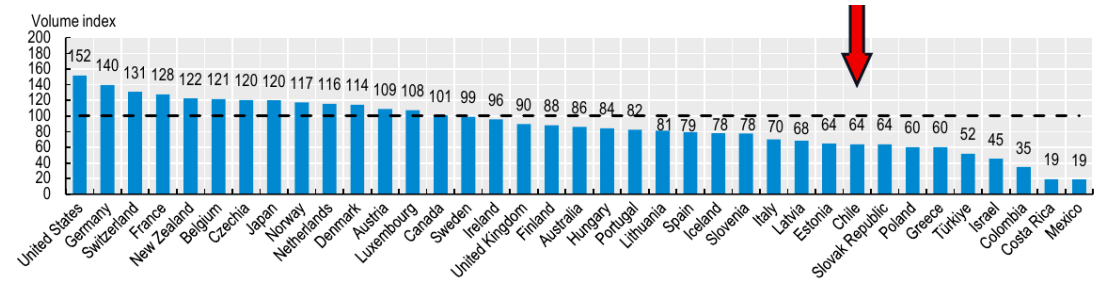
Lámina 1. Gasto en salud por persona, 2024 (Health at a Glance 2025, Figura 7.4)



Fuente: OCDE (2025), Health at a Glance 2025, Figura 7.4. Licencia CC BY 4.0. [1]

Chile gasta USD 3.749 por persona (PPA = Paridad de poder Adquisitivo), el 63% del promedio OCDE (USD 5.967), en el mismo nivel que Estonia y Grecia. Una parte relevante de ese gasto no pasa por esquemas públicos u obligatorios: estos financian el 59,3% del gasto en Chile, frente a 75,1% en la OCDE. Entre 2019 y 2024 el gasto por persona creció cerca de 5% real al año, casi el doble del promedio OCDE (2,5%).

Lámina 2. Volumen estimado de atención por persona, 2023 (Health at a Glance 2025, Figura 7.7)



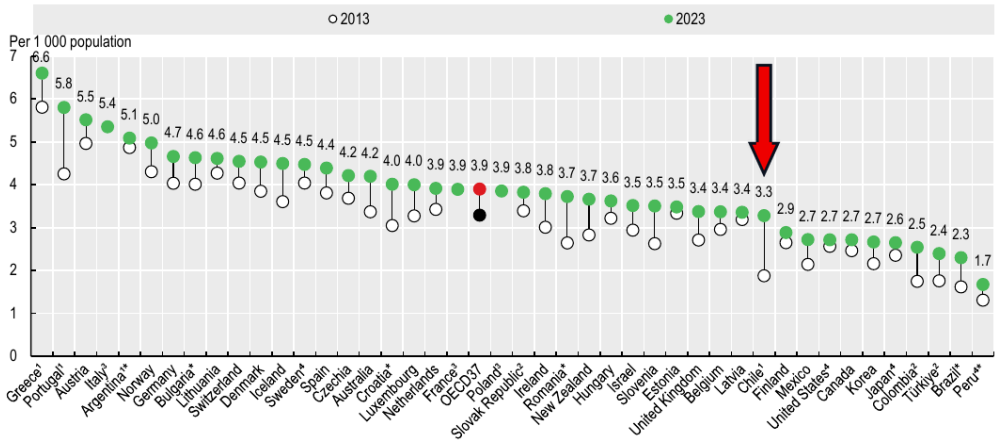
Note: Volumes are calculated using the PPPs for Health.
Source: OECD Health Statistics 2025 and OECD Secretariat estimates.

StatLink https://stat.link/tfnguq

Fuente: OCDE (2025), Health at a Glance 2025, Figura 7.7. Licencia CC BY 4.0. [1]

Al descontar los precios, el volumen de atención que recibe cada chileno equivale al 64% del promedio OCDE. Los precios de la salud en Chile están en 45 (OCDE = 100; Figura 7.6). Es decir, el menor gasto se explica tanto por menos atención como por precios más bajos.

Lámina 3. Médicos por 1.000 habitantes, 2023 y 2013 (Health at a Glance 2025, Figura 8.4)



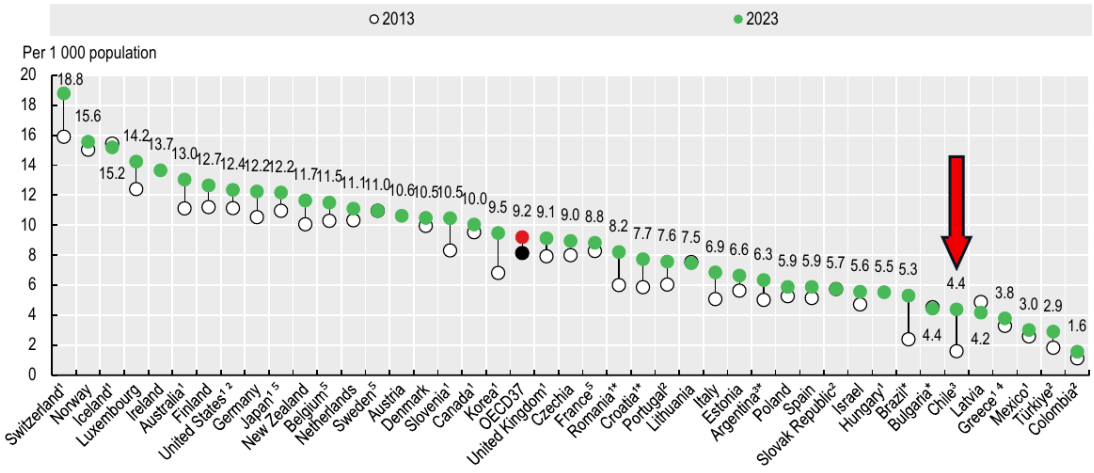
1. Refers to all doctors licensed to practise, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors. 2. Includes those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors). 3. 2013 data not shown because of breaks in time series. 4. Latest data from 2021-2022.
* Accession country.
Source: OECD Health Statistics 2025.

StatLink https://stat.link/mzifb7

Fuente: OCDE (2025), Health at a Glance 2025, Figura 8.4. Licencia CC BY 4.0. [1]

Chile tuvo uno de los mayores aumentos de la OCDE en densidad de médicos: de cerca de 1,9 por 1.000 en 2013 a 3,3 en 2023. Aun así sigue bajo el promedio (3,9). La cifra chilena incluye a todos los médicos habilitados, no solo a los que ejercen, de modo que la brecha real es mayor. Chile también forma menos médicos: 11,6 graduados por 100.000 habitantes, frente a 14,3 en la OCDE (Figura 8.19).

Lámina 4. Enfermeras por 1.000 habitantes, 2023 y 2013 (Health at a Glance 2025, Figura 8.13)



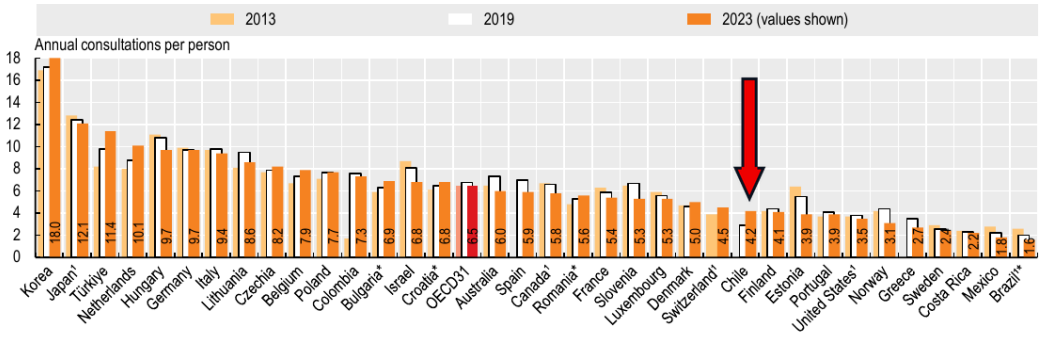
1. Associate professional nurses with a lower level of qualifications make up more than 50% of nurses in Slovenia as well as accession countries Croatia and Romania; between 33% and 50% in Greece, Iceland, Korea, Mexico and Switzerland; and between 15% and 30% in Australia, Canada, Hungary, Japan, the United Kingdom and the United States. 2. Includes nurses working in the health sector as managers, educators, researchers and similar. 3. Includes all nurses licensed to practise. 4. Data only refer to nurses employed in hospitals. 5. Latest data from 2021-2022. * Accession country.
Source: OECD Health Statistics 2025.

StatLink https://stat.link/fr3n8d

Fuente: OCDE (2025), Health at a Glance 2025, Figura 8.13. Licencia CC BY 4.0. [1]

Con 4,4 enfermeras por 1.000 habitantes, Chile tiene menos de la mitad del promedio OCDE (9,2) y está entre los seis países con menor densidad. Hay 1,3 enfermeras por médico, frente a 2,5 en la OCDE (Figura 8.14). Al mismo tiempo, las enfermeras hospitalarias chilenas ganan 1,5 veces el salario promedio, la tercera relación más alta de la OCDE (Figura 8.15).

Lámina 5. Consultas médicas presenciales por persona, 2023, 2019 y 2013 (Health at a Glance 2025, Figura 5.16)



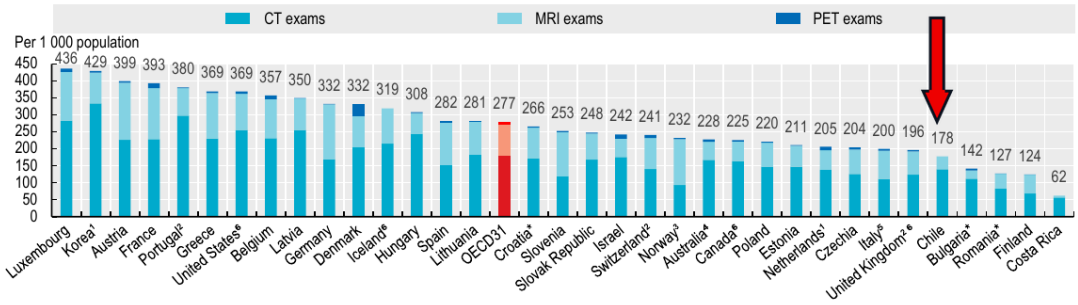
1. Latest data from 2021-2022. In some countries, data from 2014-2015 used for earliest year, due to data breaks. * Accession/partner country.
Source: OECD Health Statistics 2025.

StatLink https://stat.link/rqt74h

Fuente: OCDE (2025), Health at a Glance 2025, Figura 5.16. Licencia CC BY 4.0. [1]

Chile registra 4,2 consultas presenciales por persona al año, frente a 6,5 en la OCDE. Pero la OCDE advierte que el dato chileno cubre solo a prestadores públicos. Según la sección 10 de este informe, en 2024 hubo además 20,7 millones de consultas MLE y 12,3 millones de consultas Isapre en prestadores privados, unas 1,7 consultas adicionales por habitante. Con ellas, **Chile presenta 5,9 consultas por persona, más cerca del promedio OCDE**. Es un ejemplo de cómo omitir la producción privada distorsiona la comparación internacional.

Lámina 6. Exámenes de tomografía, resonancia magnética y PET, 2023 (Health at a Glance 2025, Figura 9.11)



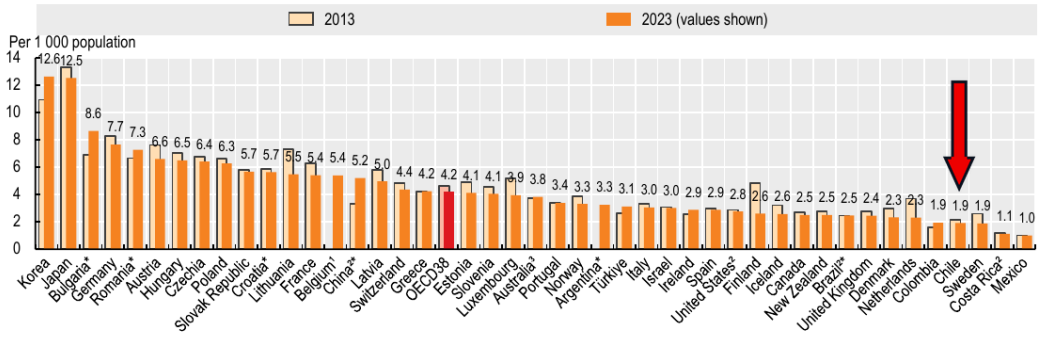
1. Data exclude privately funded exams. 2. Data exclude exams outside hospital. 3. Data include only exams outside hospital. 4. Data exclude exams on public patients.
5. Data for private hospitals not included. 6. 2022 data or earlier. * Accession/partner country.
Source: OECD Health Statistics 2025.

StatLink https://stat.link/ueh7lj

Fuente: OCDE (2025), Health at a Glance 2025, Figura 9.11. Licencia CC BY 4.0. [1]

Chile realiza 178 exámenes de TAC, RM y PET por 1.000 habitantes, frente a 277 en la OCDE. De ellos, unas 40 son resonancias por 1.000 habitantes, menos de la mitad del promedio (≈91). La cifra coincide con la de este informe: en 2024, el SNSS y la MLE sumaron 819.881 resonancias, unas 41 por 1.000 habitantes, sin contar las Isapres. Chile no informa a la OCDE su número de equipos (Figura 9.10).

Lámina 7. Camas hospitalarias por 1.000 habitantes, 2023 y 2013 (Health at a Glance 2025, Figura 5.19)



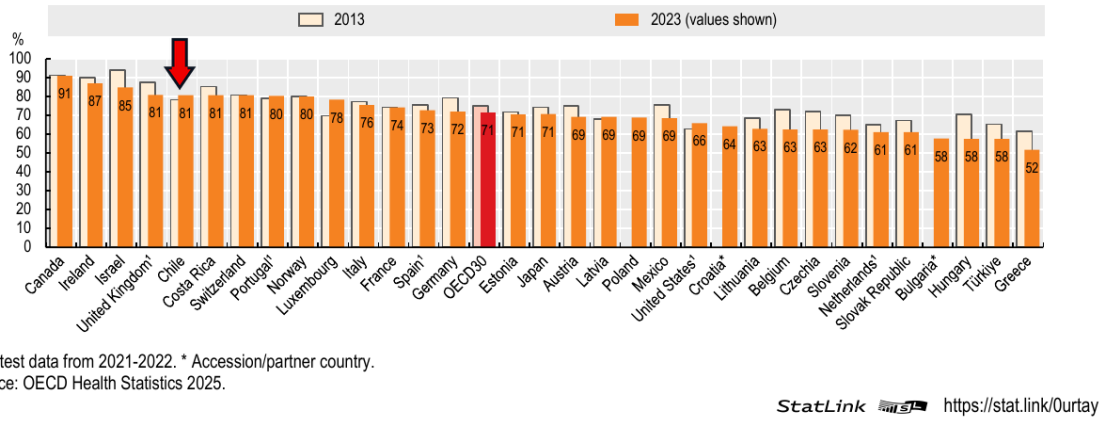
1. Data include only acute care and psychiatric hospitals. 2. Latest data from 2021-2022. 3. Latest data from 2016. * Accession/partner country.
Source: OECD Health Statistics 2025.

StatLink https://stat.link/9zdx04

Fuente: OCDE (2025), Health at a Glance 2025, Figura 5.19. Licencia CC BY 4.0. [1]

Chile tiene 1,9 camas por 1.000 habitantes, junto a Colombia y Suecia, y solo por sobre Costa Rica y México. El promedio OCDE es 4,2.

Lámina 8. Ocupación de camas de agudos, 2023 y 2013 (Health at a Glance 2025, Figura 5.20)



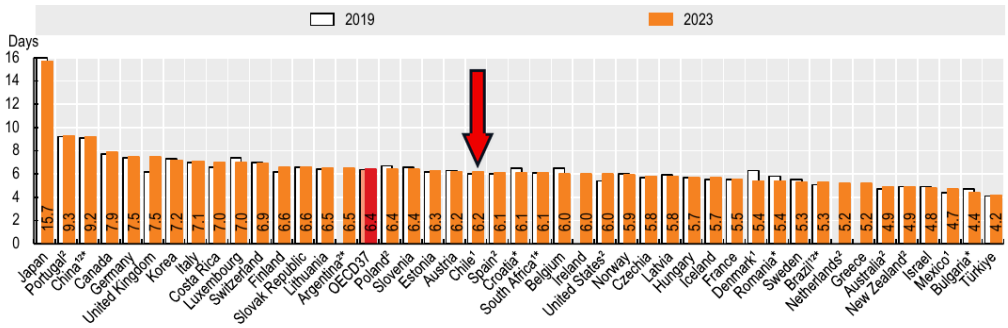
1. Latest data from 2021-2022. * Accession/partner country.
Source: OECD Health Statistics 2025.

StatLink https://stat.link/0urtay

Fuente: OCDE (2025), Health at a Glance 2025, Figura 5.20. Licencia CC BY 4.0. [1]

Con 81% de ocupación, Chile está entre los cinco países con camas agudas más utilizadas, cerca del umbral de 85% que se asocia a riesgo de falta de camas. En la OCDE el promedio es 71%. Con pocas camas y alta ocupación, la red no tiene margen ante alzas de demanda, como se vio en la pandemia (sección 8.1).

Lámina 9. Estadía promedio en camas de agudos, 2023 y 2019 (Health at a Glance 2025, Figura 5.23)



Note: Data are for curative (acute) care only unless stated. 1. Data include total average length of stay in hospital for inpatient care. 2. Latest data from 2021-2022.
* Accession/partner country.
Source: OECD Health Statistics 2025.

StatLink https://stat.link/4sxvgp

Fuente: OCDE (2025), Health at a Glance 2025, Figura 5.23. Licencia CC BY 4.0. [1]

La estadía promedio en Chile (6,2 días) es similar a la de la OCDE (6,4). Con estadías normales y pocas camas, Chile hospitaliza menos: 81 egresos por 1.000 habitantes, frente a 128 en la OCDE (Figura 5.22).

2.4 Implicancias para este estudio

- **Producción privada omitida:** las comparaciones internacionales que usan solo datos públicos subestiman la atención que recibe la población. En consultas, la diferencia es de unas 1,7 consultas por habitante.
- **Capacidad escasa:** con la mitad de las camas, enfermeras y resonancias del promedio OCDE, el sistema chileno necesita toda su capacidad, pública y privada. Eso explica que el seguro público use cada vez más la red privada (secciones 5 a 7).
- **Eficiencia con tensión:** precios bajos, uso intensivo de genéricos y pocas hospitalizaciones evitables muestran un sistema que rinde con pocos recursos. La alta ocupación de camas y la escasez de personal muestran que opera cerca de su límite.

3. Antecedentes y marco analítico

3.1 Modelos de seguridad social en salud: Bismarck, Beveridge y sus híbridos

Casi todos los sistemas de salud de la OCDE derivan de dos modelos: el seguro social de Bismarck (Alemania, 1883) y el servicio nacional de Beveridge (Reino Unido, 1948). Ambos separan de distinta forma tres funciones: cómo se recauda, quién compra y quién presta. Esa misma separación es la que este estudio mide en Chile.

Modelo Bismarck (seguro social). Nació con la Ley de Seguro de Enfermedad de Otto von Bismarck en 1883. Se financia con cotizaciones obligatorias sobre el salario, pagadas por trabajadores y empleadores. Las cotizaciones van a fondos o cajas de enfermedad sin fines de lucro y autogobernados, que compran atención a prestadores públicos y privados. La cobertura nace del empleo y se extiende a la familia. Los fondos pagan por prestación o por grupos relacionados por diagnóstico (GRD), y la provisión suele ser mixta.

Modelo Beveridge (servicio nacional de salud). Se basa en el informe de William Beveridge (1942) y se aplicó con la creación del National Health Service británico en 1948. Se financia con impuestos generales y cubre a todos los residentes por el solo hecho de serlo. El Estado financia y también provee: los hospitales son públicos y buena parte de los médicos son asalariados. La atención es gratuita o casi gratuita al momento de usarla.

Tabla 4. Comparación de los modelos de seguridad social en salud

Rasgo	Bismarck (seguro social)	Beveridge (servicio nacional)	Seguro nacional de pagador único
Financiamiento	Cotizaciones sobre salarios	Impuestos generales	Impuestos o cotizaciones a un fondo público único
Derecho a cobertura	Afiliación laboral (y cargas)	Residencia o ciudadanía	Residencia
Comprador	Fondos múltiples sin fines de lucro	El Estado (ministerio o autoridades regionales)	Un asegurador público
Provisión	Mixta, con fuerte peso privado y sin fines de lucro	Mayoritariamente pública	Mayoritariamente privada
Pago a prestadores	Por prestación o GRD	Presupuestos y salarios; capitación en atención primaria	Por prestación o presupuestos globales
Países	Alemania, Francia, Bélgica, Austria, Luxemburgo, Japón	Reino Unido, Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia, España, Italia, Portugal, Nueva Zelandia	Canadá, Taiwán, Corea del Sur

A estos se suma el modelo de pago directo, propio de países de bajos ingresos sin cobertura universal. En él la atención se paga sobre todo de bolsillo.

Variantes híbridas. Los sistemas actuales mezclan rasgos de ambos modelos.

- **Competencia regulada con seguro privado obligatorio:** Países Bajos (reforma de 2006) y Suiza. Los aseguradores compiten por afiliados, deben aceptar a todos y reciben compensación de riesgos.

- **Bismarck con más impuestos:** Francia financia hoy gran parte del seguro con un impuesto general (la Contribution Sociale Généralisée, CSG). Ahí las *mutuelles* complementarias cubren copagos para más del 90% de la población, un caso cercano a los seguros complementarios chilenos.
- **Beveridge con separación comprador-proveedor:** el mercado interno británico (1991) y las regiones suecas compran a prestadores públicos y privados. Es el equivalente funcional del cuadrante β de este estudio.
- **Servicio público con seguro privado complementario o paralelo:** Australia (Medicare más seguro privado incentivado) e Irlanda.
- **Seguridad social integrada:** Costa Rica (Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS), que recauda cotizaciones como Bismarck pero provee directamente como Beveridge.
- **Pluralismo estructurado:** Colombia (Ley 100 de 1993), con aseguradoras (Entidades Promotoras de Salud, EPS) que compiten y un fondo que compensa riesgos.

El caso chileno. Chile partió con un modelo Beveridge: el Servicio Nacional de Salud de 1952 se inspiró en el NHS. Las reformas de 1979–1981 crearon un híbrido poco común. El 7% de cotización obligatoria es de origen bismarckiano, pero el trabajador elige entre un asegurador público único (Fonasa, que además recibe aporte fiscal) y aseguradoras privadas que sustituyen al seguro público (Isapres), en lugar de complementarlo como en Australia o Irlanda. A su vez, Fonasa compra a su red pública (SNSS, tipo Beveridge) y a prestadores privados mediante MLE, convenios y Ley de Urgencia (tipo seguro nacional). Por eso, **en Chile, separar asegurador y prestador no es un detalle técnico: es el rasgo que define el sistema.**

3.2 Chile en el contexto internacional: líder en América Latina, con brechas frente a la OCDE

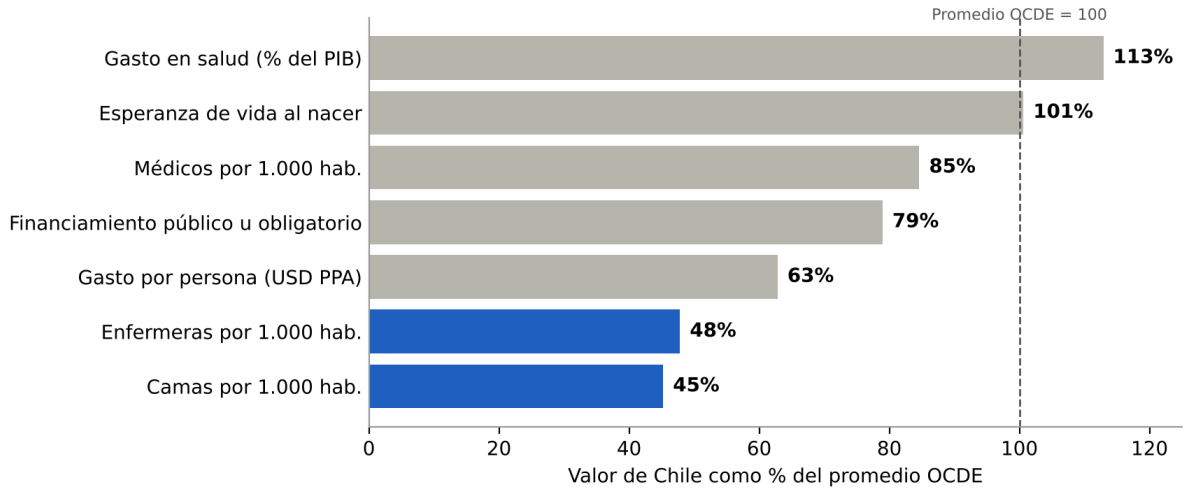
Chile tiene la esperanza de vida más alta de América Latina (81,6 años en 2024, igual que Costa Rica) y supera el promedio OCDE. Lo logra con un gasto por persona equivalente al 63% del promedio OCDE, menos de la mitad de enfermeras y camas, y con una de las mayores cargas de gasto de bolsillo del grupo.

Tabla 5. Indicadores de salud: Chile, América Latina y el Caribe y OCDE

Indicador	Chile	América Latina y el Caribe	Promedio OCDE
Esperanza de vida al nacer (años)	81,6 (2024)	74,6 (2024)	81,1 (2023)
Mortalidad por causas tratables (por 100.000)	62	130	—
Letalidad hospitalaria por infarto (por 100 ingresos)	9	13	7
Gasto en salud (% del PIB)	10,5 (2024)	6,5	9,3 (2024)
Gasto por persona (USD PPA)	3.749 (2024)	1.518 (2024)	5.967 (2024)
Financiamiento público u obligatorio (% del gasto)	59,3 (2023)	—	75,1 (2023)
Gasto de bolsillo (% del gasto corriente)	34,6 (2023)	29,7 (2023)	19,3 (2023)
Médicos por 1.000 hab.	3,3 (2023)	2,4	3,9 (2023)
Enfermeras por 1.000 hab.	4,4 (2023)	3,9	9,2 (2023)
Camas hospitalarias por 1.000 hab.	1,9 (2023)	2,3	4,2 (2023)
Población con cobertura de servicios esenciales (%)	97	—	98

Fuentes: OCDE, Health at a Glance 2025 [1] (Chile y OCDE); OCDE/BID/Banco Mundial, Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2026 [2] (ALC, mortalidad tratable y letalidad); Banco Mundial, WDI [3] (gasto de bolsillo, 2023, igual que la Figura 6). En la edición ALC 2026, el promedio OCDE de gasto por persona es de USD PPA 6.097, por diferencias de año y cobertura.

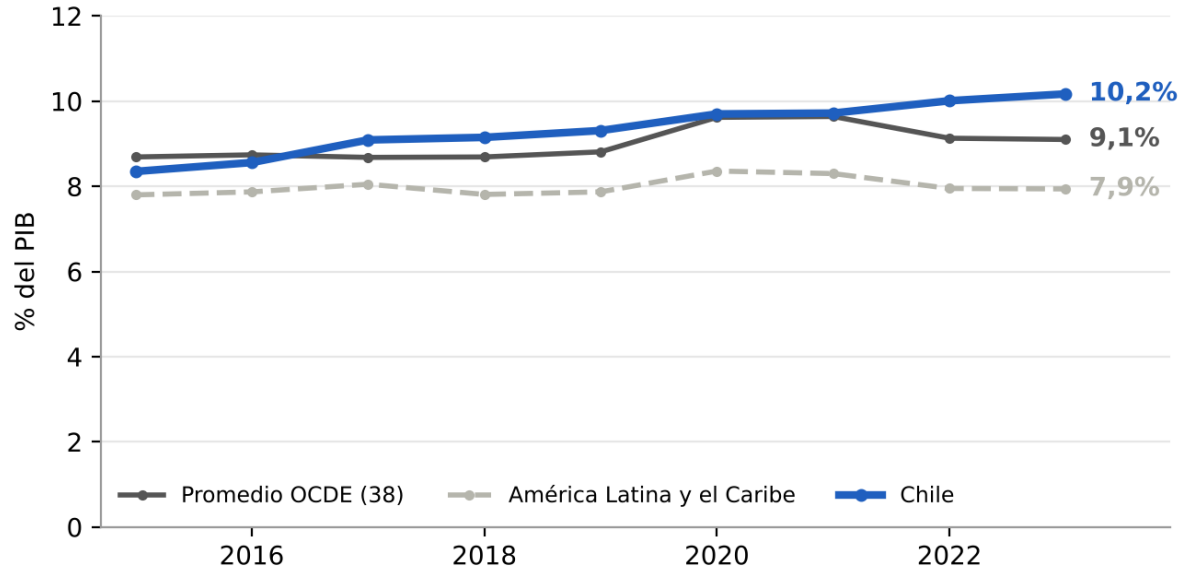
Figura 4. Chile frente al promedio OCDE en indicadores seleccionados (promedio OCDE = 100)



Fuente: OCDE, Health at a Glance 2025, tablas de indicadores del capítulo 1. Chile: 2023–2024; OCDE: 2023–2024. [1]

Gasto total. Entre 2015 y 2023 el gasto en salud de Chile subió de 8,3% a 10,2% del PIB, y llegó a 10,5% en 2024. Pasó de estar 0,4 puntos bajo el promedio OCDE a 1,1 puntos sobre él: en 2023 ocupaba el lugar 13 de 38. América Latina se mantuvo en torno a 8% según el Banco Mundial (Figura 5); la edición ALC 2026 de Health at a Glance, con otra cobertura, la sitúa en 6,5% (Tabla 5).

Figura 5. Gasto corriente en salud como % del PIB: Chile, promedio OCDE y América Latina, 2015–2023

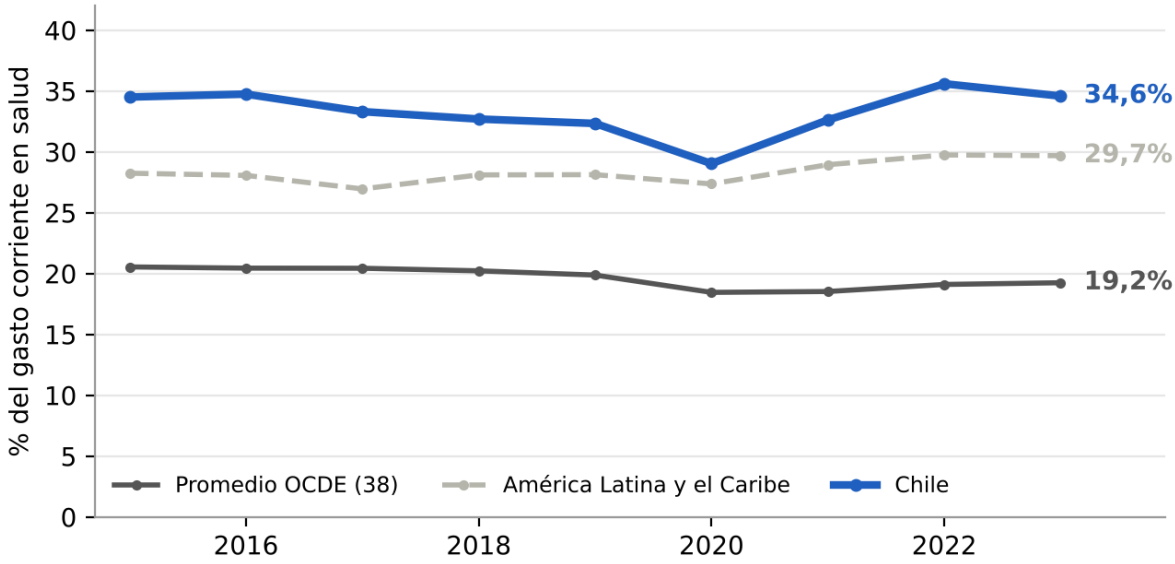


Fuente: Banco Mundial, WDI (indicador SH.XPD.CHEX.GD.ZS, basado en OMS-GHED). Promedio OCDE: media simple de 38 países, cálculo propio. ALC: agregado del Banco Mundial. [3]

Gasto de bolsillo. El rasgo que más separa a Chile de la OCDE es la parte del gasto que pagan directamente los hogares. En 2023 fue 34,6%, frente a 19,3% en promedio OCDE: el tercer valor más alto después de

México y Letonia. El Banco Mundial lo estima en 39,2% para 2024. Además, Chile supera el promedio de América Latina (29,7%), pese a tener mayor ingreso.

Figura 6. Gasto de bolsillo como % del gasto corriente en salud, 2015–2023



Fuente: Banco Mundial, WDI (indicador SH.XPD.OOPC.CH.ZS). Promedio OCDE: media simple de 38 países, cálculo propio. ALC: agregado del Banco Mundial. [3]

Estas cifras ayudan a leer el resto del informe. Con 1,9 camas por 1.000 habitantes, menos de la mitad del promedio OCDE, el país no puede prescindir de ninguna parte de su capacidad, sea pública o privada. Y el alto gasto de bolsillo es, en buena parte, el copago que hace posible el uso de la red privada por beneficiarios Fonasa (MLE) e Isapre, cubierto solo en parte por los seguros complementarios (sección 11).

3.3 El caso chileno

Aseguramiento y provisión son dimensiones distintas: en 2025, casi uno de cada cuatro egresos de beneficiarios Fonasa ocurrió fuera de la red pública. Por eso la ecuación «Fonasa = público / Isapre = privado» describe mal cómo se produce la atención en Chile.

El protocolo de investigación propone seguir la cadena fuente de financiamiento → asegurador/comprador → prestador → prestación → beneficiario. La pregunta principal es cuál es la contribución del sector privado a la atención de la población en producción, capacidad, financiamiento y resolución de necesidades de beneficiarios públicos entre 2015 y 2025.

Matriz asegurador × prestador egresos 2025

Las filas indican quién asegura: el seguro público (Fonasa) o un seguro privado (Isapre). Esa pertenencia no cambia según dónde se atienda la persona: un beneficiario Fonasa es siempre del seguro público, aunque se hospitalice en una clínica. Las columnas indican quién presta la atención: un establecimiento del SNSS o uno privado. El cruce que interesa al estudio es el del seguro público con el prestador privado (cuadrante β del protocolo).

Tabla 6. Matriz asegurador × prestador, egresos hospitalarios 2025

Asegurador (quién financia)	Atendido en prestador público (SNSS)	Atendido en prestador privado	Total
Seguro público: Fonasa	961.041 (α)	**293.071 (β)**	1.254.112
Seguro privado: Isapre	3.578 (γ)	272.745 (δ)	276.323
Otras previsiones: mutualidades (Ley 16.744), FF.AA. y de Orden, particulares, sin información	9.377	46.741	56.118
Total	973.996	612.557	1.586.553

Cómo se lee: de 1.254.112 egresos de asegurados Fonasa, 961.041 ocurrieron en el SNSS y 293.071 en prestadores privados (23,4%, el ICSP). Los asegurados Isapre se atienden casi solo en privados (98,7%). En 2025, los prestadores privados atendieron más egresos de asegurados Fonasa (293.071) que de asegurados Isapre (272.745).

Las mutualidades son seguros privados sin fines de lucro, pero en las bases del DEIS sus pacientes quedan junto a otras previsiones (FF.AA., particulares, sin información), con cifras pequeñas. La matriz tampoco distingue cómo paga Fonasa un egreso en un privado (MLE, compra de servicios, Ley de Urgencia o convenios).

4. Métodos

El estudio es observacional, retrospectivo, longitudinal y ecológico. Usa solo fuentes secundarias administrativas y cubre 2015–2025. La unidad principal de análisis es el egreso hospitalario; para diagnóstico y diálisis se usan prestaciones y pacientes.

Definición operacional de sector privado. Público = establecimientos que pertenecen al SNSS (variable PERTENENCIA_ESTABLECIMIENTO_SALUD del DEIS). Privado = todos los demás. Esto incluye clínicas, hospitales de las FF.AA. y de Orden, hospitales universitarios y mutuales.

Fuente primaria por indicador

Tabla 7. Fuente primaria y de validación por indicador

Indicador	Fuente primaria	Cobertura	Fuente de validación
Egresos por pertenencia, previsión y diagnóstico	DEIS, bases abiertas de egresos, registro a registro	2015–2025	Superintendencia (egresos Isapre)
Exámenes SNSS	DEIS, Anuario de Atenciones y Recursos (tablas 43–44)	2015–2024	REM
Exámenes privados Fonasa	Fonasa, bases MLE innominadas y Boletín Estadístico	2015–2025 (por código desde 2020)	Tablero MLE
Exámenes privados Isapre	Superintendencia, estadística anual de prestaciones	2015–2025	—
Diálisis y rebase	BGI Fonasa (DIPRES), Cuentas Públicas, glosas al Congreso	Serie incompleta	Solicitudes de transparencia
Camas	DEIS, dotación de camas	Marzo 2023	—

Fuentes: DEIS-Minsal, datos abiertos [4]; Fonasa, datos abiertos [5] y Boletín Estadístico [6]; Superintendencia de Salud, estadísticas de prestaciones [7] y resultados del sistema Isapre 2025 [8]; DIPRES [9], Balances de Gestión Integral; Subsecretaría de Redes Asistenciales vía BioBioChile [10] (rebase); Banco Mundial, WDI [3] (comparación internacional); CLAPES UC, informe consolidado del proyecto.

Indicadores calculados

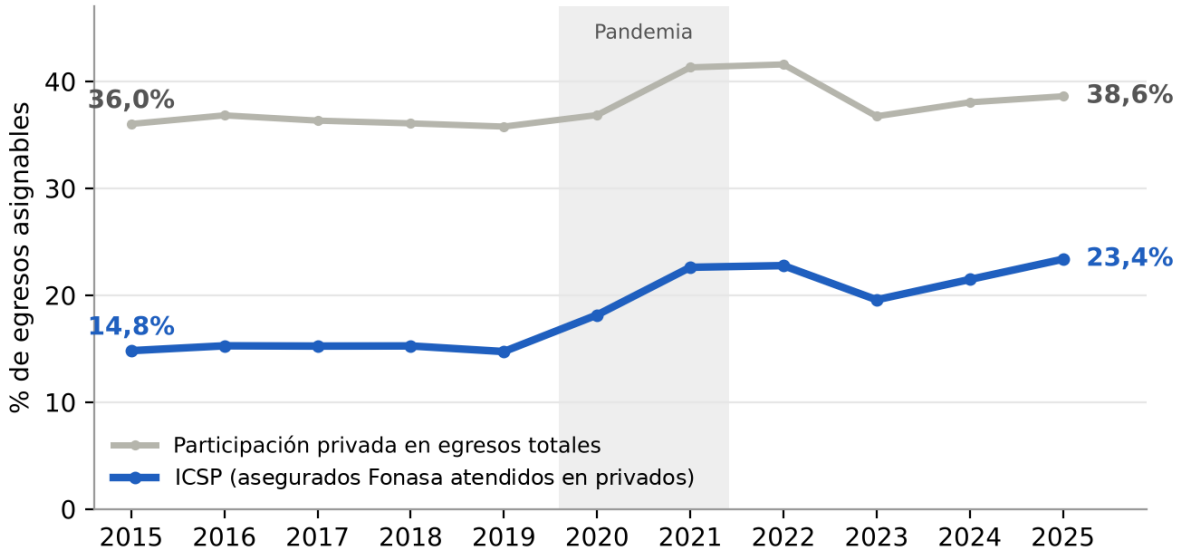
- Participación privada en producción = egresos privados ÷ (egresos SNSS + privados) × 100.
- Índice de Contribución de Salud Privada, ICSP) = egresos Fonasa en privados ÷ egresos Fonasa totales × 100, nacional y por diagnóstico.
- Incremento público requerido = egresos Fonasa en privados × fracción sustituida ÷ egresos SNSS × 100, con fracciones de 0,25, 0,50 y 1 (25%, 50% y 100%).
- Períodos pre-COVID 2015–2019, pandemia 2020–2021 y postpandemia 2022–2025.

Doble contabilización y registros sin asignar. Cada indicador usa una sola fuente primaria. El DEIS anonimiza la pertenencia y la previsión de algunos registros («*»). Son entre 0% y 2,9% de los egresos hasta 2022, y entre 7,0% y 7,9% desde 2023. Esos registros se excluyen de los denominadores: los porcentajes se calculan sobre egresos asignables.

5. Producción hospitalaria pública y privada

Los establecimientos fuera del SNSS produjeron el 38,6% de los egresos asignables de 2025 (612.557 de 1.586.553), frente a 36,0% en 2015. El cambio de fondo está en quién se atiende en ellos: la participación privada total se movió 2,6 puntos, mientras que el ICSP subió 8,6.

Figura 7. Participación privada en egresos e ICSP, 2015–2025



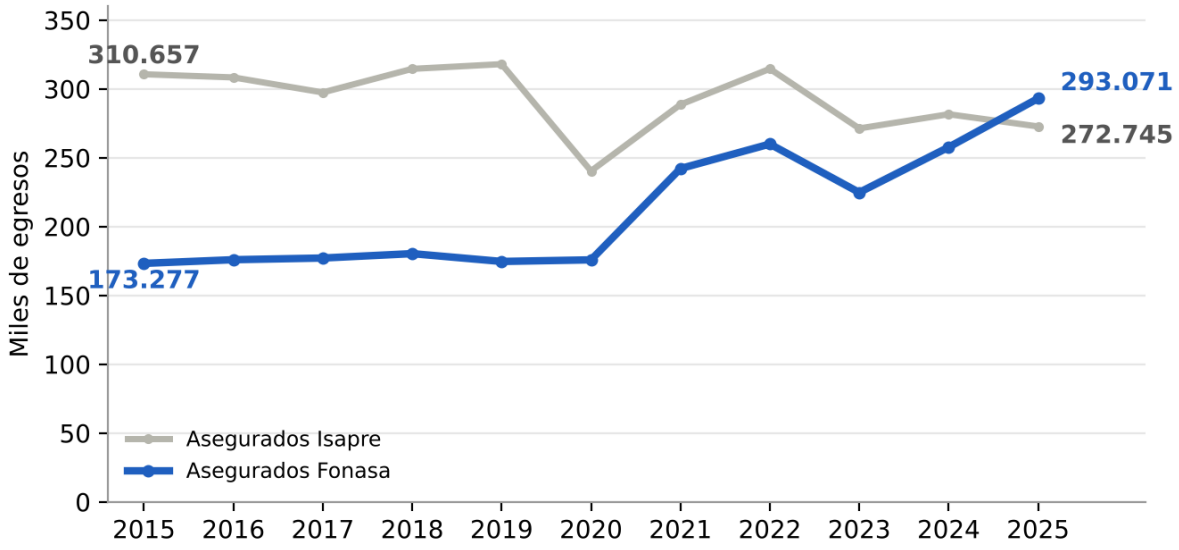
Fuente: DEIS-Minsal, bases abiertas de egresos hospitalarios 2015–2025, procesadas registro a registro. Excluye registros anonimizados. [4]

Entre 2015 y 2025 se registraron 17.662.038 egresos: 10.611.738 en el SNSS, 6.400.912 en privados y 649.388 anonimizados. La participación privada llegó a su máximo en 2021–2022 (41%–42%). Ese punto está sobrestimado en parte: la base 2021 no tiene registros anonimizados y entre 2020 y 2021 el SNSS postergó actividad electiva. El volumen total volvió en 2025 a niveles prepandemia (1,71 millones de egresos).

6. Índice de Contribución de Salud Privada (ICSP) y cuadrante β

El ICSP hospitalario subió de 14,8% en 2015 a 23,4% en 2025: casi uno de cada cuatro egresos Fonasa ocurre hoy fuera del SNSS. En el mismo período, los egresos Fonasa en privados crecieron 69% y los de Isapre cayeron 12%.

Figura 8. Egresos en prestadores privados según seguro del paciente, 2015–2025



Fuente: DEIS-Minsal, bases abiertas de egresos 2015–2025. Egresos en establecimientos no pertenecientes al SNSS con previsión Fonasa o Isapre. [4]

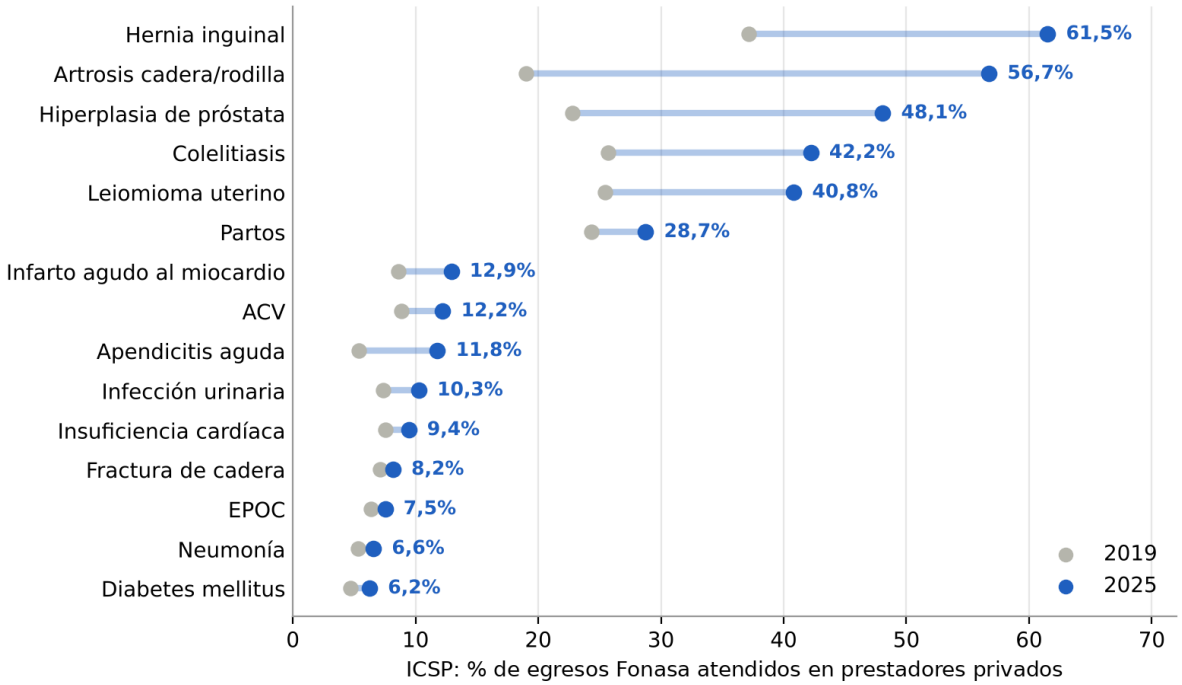
El crecimiento del cuadrante β no se explica por una caída del SNSS: sus egresos Fonasa fueron 961.041 en 2025, apenas 3,5% menos que en 2015. Lo que creció es la demanda Fonasa resuelta afuera. Entre los egresos de los prestadores privados, los de Fonasa pasaron de 29,5% a 47,8% del total, contando todas las previsiones.

El flujo inverso, pacientes Isapre en el SNSS (cuadrante γ), casi desapareció: de 18.106 egresos en 2015 a 3.578 en 2025. Hoy el 98,7% de los egresos Isapre ocurre en prestadores privados. La integración público-privada en Chile funciona en una sola dirección: **el seguro público usa la red privada, pero el seguro privado casi no usa la red pública.**

7. Prestaciones trazadoras hospitalarias: dónde se concentra la Contribución privada

En cinco cirugías electivas, entre el 41% y el 62% de los egresos Fonasa ya ocurren en privados. En la patología médica aguda, en cambio, el SNSS sigue resolviendo más del 87% de los casos Fonasa.

Figura 9. ICSP por diagnóstico principal, 2019 y 2025



Fuente: DEIS-Minsal, bases de egresos 2019 y 2025, diagnóstico principal (CIE-10). Series anuales completas en el informe consolidado del proyecto. [4]

- **Cirugía electiva:** la artrosis de cadera y rodilla es el mayor salto. Los egresos Fonasa en privados pasaron de 2.037 en 2019 a 10.272 en 2025, mientras el SNSS se mantuvo en ~8.000. En hernia inguinal, los privados ya atienden más pacientes Fonasa que el SNSS (7.926 frente a 4.959).
- **Urgencias quirúrgicas:** en apendicitis y fractura de cadera el ICSP sigue bajo (12% y 8%), porque la urgencia se resuelve donde llega el paciente.
- **Patología médica:** en neumonía, EPOC y diabetes el ICSP está entre 6% y 8% y casi no cambió. El infarto y el ACV suben algo (13% y 12%), en parte por la Ley de Urgencia.
- **Partos:** el ICSP subió de 24% a 29% en un contexto de caída de la natalidad. Los partos SNSS cayeron 41% y los partos Fonasa en privados, 26%.

El patrón coincide con la resolución de listas de espera quirúrgicas por compra a privados y MLE.

8. Análisis temporal

La pandemia marcó un cambio de nivel, no un paréntesis. El ICSP promedió 15,1% en 2015–2019 y 21,8% en 2022–2025, con un volumen total de egresos similar en ambos períodos.

Tabla 8. Indicadores hospitalarios por período, 2015–2025

Período	Egresos/año (promedio)	Participación privada	ICSP	Egresos Fonasa en privados/año
Pre-COVID 2015–2019	1.656.450	36,2%	15,1%	176.278
Pandemia 2020–2021	1.398.770	39,2%	20,5%	208.993
Postpandemia 2022–2025	1.645.562	38,8%	21,8%	258.875

Promedios anuales de egresos totales, incluidos los sin asignar. Fuente: DEIS-Minsal.

- **2020:** el SNSS redujo sus egresos un 22%, al postergar la actividad electiva. Los privados mantuvieron el volumen de pacientes Fonasa (175.833, similar al de 2019).
- **2021–2022:** con la Red Integrada de camas y la compra de resolución de listas de espera, los egresos Fonasa en privados subieron a 242.153 y 259.960.
- **2023:** primera baja tras la pandemia (224.785). Coincide con el alza de registros anonimizados, por lo que parte de la caída puede ser un efecto de registro.
- **2025:** nuevo máximo de la serie (293.071), en paralelo a la salida de afiliados de Isapres hacia Fonasa: la cartera Isapre cayó 24,6% entre septiembre de 2020 y septiembre de 2025 (Superintendencia de Salud [11]).

Una parte del aumento del ICSP desde 2024 puede deberse a personas que dejaron una Isapre y siguen usando a los mismos prestadores, ahora con Fonasa MLE. Con los datos disponibles no se puede separar ese efecto de la compra pública.

8.1 La Red Integrada de Salud durante la pandemia: un sistema unificado de hecho

Entre 2020 y 2021 Chile operó, por primera vez, como un sistema de salud unificado. El Ministerio de Salud gestionó todas las camas críticas del país, públicas y privadas, como una sola red, y asignó a cada paciente según la cama disponible y no según su seguro. Las camas críticas pasaron de 1.304 al inicio de la pandemia a 4.544 en el momento de mayor demanda.

Cómo funcionó

- **Base legal y mando único:** la alerta sanitaria (Decreto Supremo N.º 4 de 2020) [12] dio al Ministerio facultades extraordinarias sobre prestadores públicos y privados. Con ellas se formó la Red Integrada de Salud Público-Privada.
- **Gestión centralizada de camas:** la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) asignó cada paciente crítico a la cama disponible más adecuada del país, en un hospital o en una clínica, sin importar si era Fonasa o Isapre.
- **Expansión obligatoria de la oferta privada:** la Resolución Exenta 356 (18 de mayo de 2020) exigió a las clínicas aumentar sus camas críticas en 20% al 24 de mayo y duplicarlas al 15 de junio.
- **Precio regulado:** Fonasa fijó un precio máximo para la atención en clínicas de pacientes Fonasa con COVID-19 derivados por la UGCC. Así, el seguro público financió provisión privada con una tarifa fija.

- **Traslados:** hubo 22.265 derivaciones hasta el 31 de diciembre de 2021, el 21% entre regiones. Muchos traslados interregionales fueron aeromédicos, con apoyo de la Fuerza Aérea de Chile (FACh).

Tabla 9. Indicadores de la Red Integrada de Salud durante la pandemia

Indicador	Valor	Fuente
Camas críticas, inicio de la pandemia → máximo	1.304 → 4.544	Minsal, balance COVID-19 (marzo 2022) [13]
Camas críticas de las clínicas (8 abr. → 18 may. 2020)	496 → 692 (+39,5%)	CIPER (mayo 2020) [14], con cifras de la Asociación de Clínicas
Derivaciones de pacientes (al 31-12-2021)	22.265 (78,7% dentro de la región)	Minsal
Pacientes en ventilación mecánica simultánea (máximo)	~4.100	BioBioChile (2025) [15]
Casos de Ley de Urgencia validados por Fonasa	15.737 (2020) → 33.938 (2021)	Cuentas Públicas Fonasa [16]
Egresos Fonasa en prestadores privados	174.670 (2019) → 242.153 (2021), +39%	DEIS (este informe)

Qué significó para una cobertura apropiada

1. **La necesidad clínica definió el acceso, no el seguro.** Un paciente Fonasa podía recibir una cama UCI de clínica y un paciente Isapre una cama de hospital público. Fue la primera vez que el sistema chileno usó toda su capacidad para toda la población.
2. **Se evitó el racionamiento de camas críticas.** Con 1,9 camas por 1.000 habitantes, menos de la mitad del promedio OCDE, ninguna de las dos redes habría alcanzado por sí sola. La capacidad crítica conjunta se multiplicó por 3,5.
3. **Se probaron mecanismos de compra que hoy faltan:** mando centralizado de camas, precios regulados y traslados interregionales. Son las bases de un comprador público estratégico, el equivalente funcional del modelo Beveridge con separación comprador-proveedor (sección 3.1).
4. **El efecto duró más que la emergencia.** El ICSP no volvió al 15% previo: se mantuvo sobre 19% desde 2021, y en 2025 llegó a 23,4%. La integración de la pandemia dejó rutas de derivación y convenios que siguieron usándose.
5. **Lo que no se resolvió:** la integración fue de emergencia y tuvo una base legal transitoria. No creó un sistema permanente de pago, información ni gobernanza conjunta. La deuda de rebase acumulada entre 2019 y 2022 (16.167 casos con 61 prestadores) muestra que el financiamiento de la atención de pacientes públicos en privados siguió sin un mecanismo estable.

La pandemia fue un experimento natural: muestra cuánto puede ampliarse el cuadrante β cuando el Estado coordina toda la oferta. Por eso conviene estimar el ICSP mensual de 2020–2021 con las bases de egresos y contrastarlo con los períodos de mayor ocupación UCI.

9. Escenarios contrafactuales de sustitución

Para absorber toda la hospitalización de beneficiarios Fonasa que hoy hacen los privados, el SNSS tendría que aumentar sus egresos un 30,1%: unos 293.000 egresos más al año. En 2015 ese esfuerzo habría sido de 16,6%. En cirugía electiva, la red pública tendría que más que duplicar su producción en hernia inguinal y artrosis de cadera y rodilla, y aumentarla entre 68% y 89% en colelitiasis, leiomioma uterino e hiperplasia de próstata.

Incremento público requerido (%) = egresos Fonasa en privados × fracción sustituida ÷ egresos SNSS × 100. Año base 2025.

Tabla 10. Escenarios contrafactuales de sustitución, año base 2025

Ámbito	Egresos Fonasa en privados 2025	Escenario 0,25 (25%)	Escenario 0,50 (50%)	Escenario 1 (100%)
Total de egresos	293.071	+7,5%	+15,0%	+30,1%
Hernia inguinal	7.926	+38,4%	+76,9%	+153,8%
Artrosis de cadera y rodilla	10.272	+32,3%	+64,7%	+129,4%
Hiperplasia de próstata	3.945	+22,3%	+44,6%	+89,3%
Colelitiasis y colecistitis	24.536	+17,9%	+35,9%	+71,7%
Leiomioma uterino	3.783	+17,0%	+34,0%	+68,0%
Partos	19.091	+10,0%	+20,0%	+40,1%
Infarto agudo al miocardio	2.222	+3,7%	+7,3%	+14,6%
Neumonía	3.041	+1,7%	+3,5%	+7,0%

Fuente: DEIS-Minsal, egresos 2025. El denominador es la producción SNSS del mismo diagnóstico.

El ejercicio no supone que sustituir sea deseable. Su objetivo es dimensionar la capacidad que aporta la red privada. Tampoco ajusta por complejidad (GRD) ni por días cama: un egreso quirúrgico privado puede requerir más o menos recursos que el promedio del SNSS. Fuera del ámbito hospitalario, la sustitución sería aún más exigente en diálisis[3]: con ~87% de los pacientes en centros privados, la red pública tendría que multiplicar su capacidad por casi ocho (sección 10).

[3] Dato de 2020.

10. Otras dimensiones: diagnóstico, diálisis, capacidad, financiamiento y regiones

Fuera de la hospitalización, la Contribución privada más alta está en diálisis (~87% de los pacientes) y en resonancia magnética (77,5% de la suma SNSS + Fonasa-MLE). El laboratorio, en cambio, sigue siendo mayoritariamente público (67,5%).

10.1 Prestaciones trazadoras

Tabla 11. Prestaciones trazadoras: indicadores disponibles

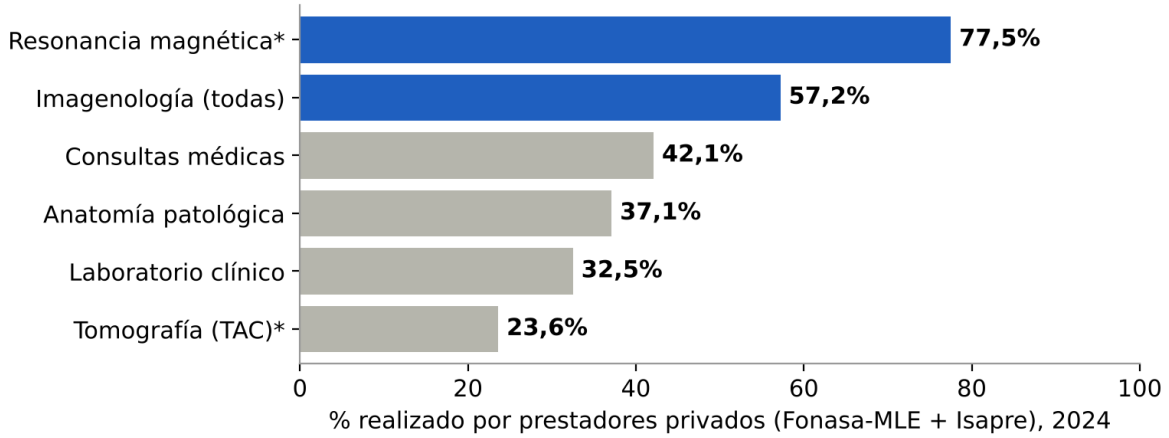
Trazadora	Indicador disponible	Valor	Año	Estado
Egreso hospitalario	ICSP	23,4%	2025	Completo 2015–2025
Cirugía mayor electiva	ICSP, 5 diagnósticos quirúrgicos electivos	40,8%–61,5%	2025	Proxy por diagnóstico
Parto	ICSP	28,7%	2025	Completo
Hemodiálisis	% de pacientes en centros privados	~87%	2020	Serie de gasto incompleta
Resonancia magnética	% Fonasa-MLE sobre SNSS + MLE	77,5%	2024	Sin dato Isapre por modalidad
TAC	% Fonasa-MLE sobre SNSS + MLE	23,6%	2024	Sin dato Isapre por modalidad
Laboratorio	% privado (MLE + Isapre) del total	32,5%	2024	Completo 2015–2024
Cirugía bariátrica	% privado de egresos por obesidad (E66)	95,7%	2025	Completo
Consulta médica y de especialidad	—	—	—	Ver detalle ambulatorio abajo: 42,1% privado e ICSP 31,4% (2024)
Consulta de urgencia	Rebase Ley de Urgencia: rescate a red pública	12%	2024	Gasto incompleto
Quimioterapia y radioterapia	—	—	—	Pendiente

Fuentes: DEIS (egresos y anuarios), Fonasa (bases MLE, Boletín Estadístico, Cuentas Públicas), Superintendencia de Salud. Detalle en el informe consolidado del proyecto (sept. 2026) [17].

- **Resonancia magnética:** en 2024 Fonasa financió 635.810 resonancias en privados por MLE, contra 184.071 hechas en el SNSS. El SNSS triplicó su producción desde 2015 (58.285), pero el sector privado sigue siendo el principal oferente.
- **Cirugía bariátrica:** desde que Fonasa la incorporó como PAD en 2022, los egresos de pacientes Fonasa por obesidad en clínicas privadas pasaron de 773 (2015) a 26.181 (2025). El PAD bariátrico facturó $151.640 millones en 2025.
- **Diálisis:** Fonasa pagó a centros privados en convenio $139.452 millones en 2016 (17.461 pacientes) y $206.681 millones en 2022 (~23.000 pacientes). En 2020 la red pública atendía a 2.998 de 23.619 pacientes (13%).
- **Rebase de Ley de Urgencia:** más de $826.000 millones entre 2015 y 2025. Solo el 12% de los pacientes estabilizados en privados fue rescatado a la red pública en 2024.

Atención ambulatoria: consultas, exámenes y anatomía patológica. En 2024 los prestadores privados hicieron el 42,1% de las consultas médicas del país y el 57,2% de los exámenes de imagen. En laboratorio y anatomía patológica la red pública sigue produciendo cerca de dos tercios.

Figura 10. Participación privada en prestaciones ambulatorias, 2024



*Fuente: SNSS: Fonasa, Boletín Estadístico 2026 (MAI 2024: atención abierta + consultas de morbilidad APS) y DEIS, Anuario 2024 (exámenes). Privado: Fonasa-MLE (Boletín Estadístico y bases MLE) + Superintendencia de Salud (prestaciones Isapre en prestadores privados, ambulatorio). * Resonancia y TAC: solo Fonasa-MLE sobre SNSS + MLE (sin dato Isapre por modalidad). [6][7]*

Tabla 12. Prestaciones ambulatorias por subsistema, 2024

Prestación ambulatoria, 2024	SNSS (MAI)	Privado Fonasa-MLE	Privado Isapre	ICSP (Fonasa)
Consultas médicas[4]	45.283.174	20.723.145	12.263.120	31,4%
Laboratorio clínico	133.729.364	38.025.312	26.338.733	22,1%
Anatomía patológica	2.452.916	870.366	577.926	26,2%
Imagenología (todas)	8.952.367	7.517.866	4.467.490	45,6%

ICSP = MLE ÷ (SNSS + MLE). Es una aproximación: el SNSS incluye a los pocos pacientes Isapre que atiende. Consultas SNSS = atención abierta de nivel secundario y terciario (29.227.235) más consultas de morbilidad en APS (16.055.939). La primera puede incluir consultas no médicas.

- **Consultas:** el 31% de las consultas médicas de beneficiarios Fonasa ocurre en privados por MLE, más que en hospitalización (23%). Las consultas MLE volvieron a 20,7 millones en 2024, tras caer a 14,4 millones en 2020.
- **Exámenes:** los exámenes MLE se duplicaron con creces entre 2015 y 2025 (24,0 a 52,3 millones). La resonancia magnética es la prestación con mayor Contribución privada del sistema.
- **Anatomía patológica:** el sector privado hace 37% de las biopsias y estudios, con un ICSP de 26%.

10.2 Capacidad instalada

El sector privado tiene el 20,2% de las 37.397 camas del país, pero el 34,6% de las camas UCI y el 28,0% de las intermedias (DEIS, marzo 2023). Si se suman FF.AA. y Gendarmería (6,1%) y mutuales (1,5%), las camas fuera del SNSS llegan a cerca del 27,8%. Estas camas producen el 38,6% de los egresos. Esa diferencia sugiere estadías más cortas y una mezcla de casos más quirúrgica, pero no prueba mayor productividad: falta ajustar por GRD.

[4] Se reconocen discretas diferencias entre los datos reportados en el informe de la OCDE y los reportes del SNSS, porque el primero incluye un número mayor de consultas realizadas por profesionales no médicos.

10.3 Financiamiento (cuadrante β en pesos)

No es posible aún calcular el indicador FPP (gasto público en privados ÷ gasto público total en prestaciones). Los componentes identificados son:

Tabla 13. Componentes identificados del financiamiento público a prestadores privados

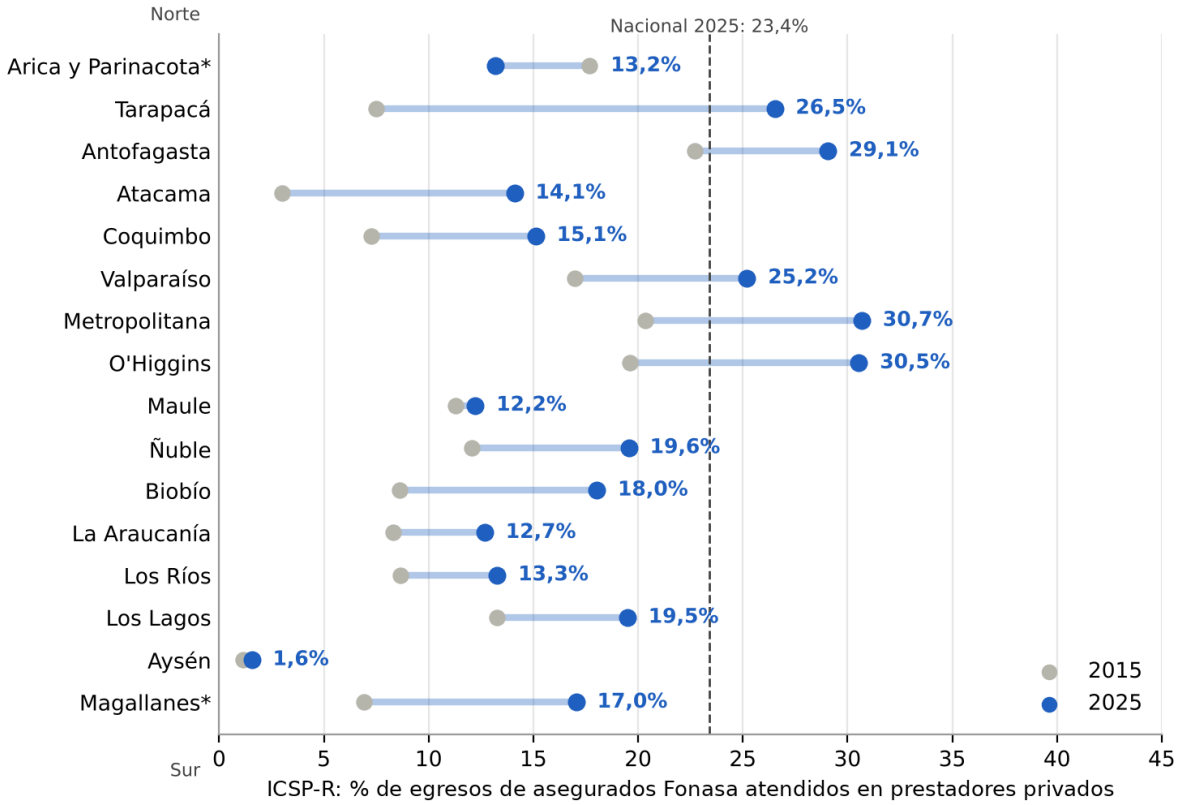
Componente	Monto (millones de $ de cada año)	Año
Compra de Fonasa a prestadores privados (incluye diálisis, Ley de Urgencia y otros convenios)	722.295	2024
Diálisis en centros privados en convenio	206.681	2022
PAD de cirugía bariátrica (bonificación + copago)	151.640	2025
PET-CT por MLE	10.177	2025

Fuentes: Fonasa (Cuentas Públicas, Boletín Estadístico, bases MLE). Los montos no son sumables: tienen distinto alcance y año.

10.4 Análisis regional: Índice de Contribución de Salud Privada Regional (ICSP-R)

El Índice de Contribución de Salud Privada Regional (ICSP-R) mide qué parte de los egresos de asegurados Fonasa residentes en cada región ocurre en prestadores privados. En 2025 va de 1,6% en Aysén a 30,7% en la Región Metropolitana, y subió en 15 de las 16 regiones desde 2015.

Figura 11. ICSP-R por región de residencia, 2015 y 2025 (de norte a sur)



*Fuente: elaboración propia con bases abiertas de egresos hospitalarios del DEIS-Minsal 2015–2025, procesadas registro a registro por región de residencia del paciente. * Arica y Parinacota: serie inestable hasta 2022. Magallanes: se muestra el promedio 2022–2023, porque en 2024–2025 la mayoría de sus egresos del SNSS aparece anonimizada. [4]*

Tabla 14. Índice de Contribución de Salud Privada Regional (ICSP-R) por región de residencia, 2015–2025

Región (norte a sur)	ICSP-R 2015	ICSP-R 2019	ICSP-R 2025	Cambio 2015–2025 (puntos)	Egresos Fonasa en privados 2025	Estadía Fonasa en SNSS (días)	Estadía Fonasa en privados (días)	Tipo
Arica y Parinacota*	17,7	2,1	13,2	−4,5	2.480	5,6	2,6	Baja Contribución
Tarapacá	7,5	14,2	26,5	+19,0	6.582	7,7	2,1	Alta Contribución
Antofagasta	22,7	18,4	29,1	+6,4	12.035	8,1	2,4	Alta Contribución
Atacama	3,0	7,0	14,1	+11,1	2.682	8,1	2,8	Baja Contribución
Coquimbo	7,3	9,0	15,1	+7,8	6.922	8,0	2,6	Intermedia
Valparaíso	17,0	22,1	25,2	+8,2	32.374	8,9	2,9	Alta Contribución
Metropolitana	20,3	19,2	30,7	+10,4	134.406	7,9	5,7	Alta Contribución
O'Higgins	19,6	16,2	30,5	+10,9	20.713	7,0	2,4	Alta Contribución
Maule	11,3	3,4	12,2	+0,9	9.804	6,7	2,5	Baja Contribución
Ñuble	12,1	13,1	19,6	+7,5	7.429	7,7	2,2	Intermedia
Biobío	8,6	9,8	18,0	+9,4	25.430	6,8	2,3	Intermedia
La Araucanía	8,3	8,8	12,7	+4,4	9.658	8,3	2,7	Baja Contribución
Los Ríos	8,6	9,7	13,3	+4,7	4.768	6,9	3,3	Baja Contribución
Los Lagos	13,3	16,2	19,5	+6,2	14.030	7,2	2,1	Intermedia
Aysén	1,2	1,1	1,6	+0,4	149	5,5	4,4	Autosuficiencia pública
Magallanes*	6,9	9,4	17,0 (2022–23)	+10,1	2.355	6,8	1,9	Intermedia
Total país	**14,8**	**14,7**	**23,5**	**+8,7**	**291.817**	**7,6**	**4,0**	—

Tipo: alta Contribución, ICSP-R de 25% o más; intermedia, entre 15% y 25%; baja, menos de 15%; autosuficiencia pública, menos de 5%. La región es la de residencia del paciente, no la del establecimiento: la base abierta no informa la región del establecimiento. El total país excluye los egresos con región ignorada y difiere en 0,1 puntos del ICSP nacional. Maule 2019 presenta un dato anómalo de egresos privados.

- **Cinco regiones de alta Contribución:** Metropolitana, O'Higgins, Antofagasta, Tarapacá y Valparaíso. En ellas, entre 25% y 31% de las hospitalizaciones Fonasa ocurren en privados. Son regiones con mayor oferta de clínicas y, salvo O'Higgins y Tarapacá, con más población Isapre.
- **El aumento es nacional, no solo metropolitano:** fuera de la Región Metropolitana, el ICSP-R pasó de 12,0% a 19,6% entre 2015 y 2025. Los mayores aumentos fueron en Tarapacá (+19 puntos), Atacama y O'Higgins (+11) y la Metropolitana (+10). Aun así, la Región Metropolitana concentra el 46% de los egresos Fonasa en privados.
- **Baja Contribución en el extremo sur y en la zona centro-sur:** Aysén (1,6%), la única región con autosuficiencia pública, prácticamente no usa prestadores privados, y Maule, La Araucanía y Los Ríos se mantienen bajo 15%. En estas regiones el seguro público depende casi por completo de la red estatal.
- **Estadías distintas:** en todas las regiones, los egresos Fonasa en privados son más cortos (4,0 días en promedio) que en el SNSS (7,6 días). Los privados resuelven sobre todo episodios breves y programados, y el SNSS concentra las hospitalizaciones largas y complejas. Esto confirma el patrón por diagnóstico de la sección 7 y advierte que el ICSP-R medido en egresos sobrestima la Contribución medida en días cama.

Con estos resultados se confirma la hipótesis H3: la contribución privada presenta diferencias regionales significativas. La Contribución va de 2% a 31% según la región. El siguiente paso es cruzar el ICSP-R con la

oferta de camas privadas por región y con la población Fonasa regional, para separar el efecto de la oferta del de la demanda.

11. Financiamiento privado de la red: Isapres, seguros complementarios, Cajas de Compensación y mutualidades

En 2025 las Isapres financiaron atenciones en prestadores privados por $4,61 billones facturados. De ese monto, pagaron $3,07 billones como bonificación y los pacientes pagaron $1,55 billones como copago. Esos flujos sostienen dos pilares de la red privada que también usan los beneficiarios Fonasa: los honorarios médicos y la infraestructura hospitalaria.

11.1 Isapres: a qué se destina su gasto en prestadores privados

Del total facturado a Isapres, el 97,2% se gastó en prestadores privados y el 2,8% ($131.304 millones) en el sector público.

Tabla 15. Gasto de las Isapres en prestadores privados por componente, 2025

Componente (prestadores privados, ambulatorio + hospitalario)	Facturado 2025 (millones de $)	% del facturado	Bonificado por la Isapre (millones de $)	Cobertura Isapre
Honorarios médicos (consultas, atención hospitalaria, honorarios quirúrgicos y anestesia)	977.292	21,2%	612.605	63%
Infraestructura hospitalaria (días cama y derecho de pabellón)	653.026	14,2%	492.357	75%
Exámenes de diagnóstico (laboratorio, imagenología, anatomía patológica)	892.080	19,3%	571.079	64%
Insumos y medicamentos hospitalarios	570.784	12,4%	448.262	79%
Otros (procedimientos, GES, prótesis, oncológicos, arancel propio)	1.518.502	32,9%	941.465	62%
Total en prestadores privados	**4.611.684**	**100%**	**3.065.768**	**66%**

Fuente: Superintendencia de Salud, Estadística anual de prestaciones de salud del sistema Isapre 2025, cuadros 3.7.1 y 3.7.2 (prestaciones bonificadas). Pesos de 2025. Los honorarios no incluyen procedimientos médicos (cardiología, gastroenterología, psiquiatría y otros), por lo que son un mínimo.

Honorarios médicos. Las Isapres generaron cerca de $1 billón en honorarios médicos facturados en 2025: $581.808 millones en consultas y visitas y $388.394 millones en honorarios quirúrgicos. La última estimación con metodología publicada (Minsal y Banco Mundial, 2010, con datos del Servicio de Impuestos Internos, SII, de 2007) [18] atribuía a las Isapres el 58% de la renta total del mercado médico, contra 42% del sector público. Como muchos especialistas trabajan en ambos sectores, esa renta privada ayuda a que el SNSS retenga médicos con sueldos menores que los de mercado.

Infraestructura. Los cobros por días cama ($405.702 millones) y derecho de pabellón ($247.324 millones) son la principal vía por la que se pagan camas y pabellones privados. El mismo parque de camas atiende hoy más egresos Fonasa (293.071) que Isapre. Por eso la caída de la cartera Isapre (−24,6% entre 2020 y 2025) es un riesgo para la capacidad que también usa el seguro público: el cuadrante δ financia buena parte de la infraestructura que se usa en el cuadrante β.

Entre 2024 y 2025 la facturación de Isapres en privados creció 6,5% nominal ($4,33 a $4,61 billones), aunque los beneficiarios cayeron 5,0%. Los honorarios crecieron 5,0% y la infraestructura 4,2%.

11.2 Seguros complementarios de salud

Los seguros complementarios son la segunda capa de financiamiento privado: cubren parte de los copagos de Fonasa MLE e Isapre. Su prima creció de UF 16,8 millones en 2015 a UF 26,8 millones en 2024 (+60%). En el primer semestre de 2025 sumó US$643 millones, cerca de $1,2 billones al año (CMF, informe del mercado asegurador, junio 2025 [19]).

Tabla 16. Indicadores de los seguros complementarios de salud

Indicador	Valor	Año	Fuente
Prima directa ramo salud	UF 26,8 millones	2024	CMF / AACH
Personas aseguradas en salud	9.743.468	sept. 2025	AACH [20]
Siniestros registrados (número)	26,2 millones	ene.–sept. 2025	AACH
Cobertura en Fonasa (25–80 años)	~36%	nov. 2024	Criteria / AACH [21]
Cobertura en Isapre (25–80 años)	~63%	nov. 2024	Criteria / AACH
Ex-Isapre en Fonasa con seguro complementario	65% (37% cuatro años antes)	2024	MetLife / Diario Financiero

El monto pagado a prestadores no se publica en forma consolidada. Con una siniestralidad de entre 70% y 80% sobre $1,2 billones de prima, los pagos rondarían entre $0,8 y $1,0 billón al año. Es una estimación que debe validarse con los estados financieros por compañía (CMF). Ese monto equivale a buena parte de los $1,55 billones de copago Isapre en prestadores privados, sin contar los copagos MLE.

Los seguros complementarios explican en parte el aumento del ICSP desde 2023. Un exafiliado de Isapre que pasa a Fonasa y contrata un complementario puede seguir atendiéndose en la misma clínica por MLE con un copago similar. Así, una prestación del cuadrante β queda financiada en parte por el Estado y en parte por un seguro privado. En 2025, además, fracasó la licitación de la Modalidad de Cobertura omplementaria (MCC) de Fonasa, y el segmento quedó solo en manos privadas.

11.3 Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF)

Las Cajas de Compensación son entidades de previsión social sin fines de lucro, fiscalizadas por la SUSESO. No son prestadoras ni aseguradoras de salud. No obstante, se han ido convirtiendo en un actor cada vez más relevante en este campo para sus cerca de 7,4 millones de trabajadores y pensionados afiliados. Sus beneficios en salud superan, en promedio, los $20.000 millones cada año. Solo en 2025, las Cajas otorgaron 22,9 millones de prestaciones de salud, por un monto de $27.354 millones. Las prestaciones y beneficios que otorgan las Cajas a sus afiliados contribuyen a una mejor calidad de vida, al menos en tres ámbitos. En primer lugar, alivian el bolsillo de sus afiliados, en su mayoría beneficiarios de Fonasa, al abrirles las puertas de la red privada con copagos significativamente más bajos en consultas y exámenes. A ello se suman beneficios ópticos, de telemedicina y operativos preventivos, además de convenios con farmacias que les permiten acceder a importantes descuentos en la compra de medicamentos en todo el país. En segundo lugar, disponen de un crédito social para salud, instrumento de inclusión financiera que les permite a sus afiliados de segmentos de ingresos medios y bajos financiar aquellas intervenciones o atenciones médicas que los seguros tradicionales dejan sin cobertura o cubren parcialmente. Finalmente, las Cajas administran una prestación social de alta relevancia: el subsidio por incapacidad laboral. Su infraestructura, cobertura territorial y eficiencia en el procesamiento y pago de las licencias médicas las convierten en un socio estratégico del Estado y en un actor clave en el desafío de llegar de manera oportuna a los trabajadores.

Las cuatro Cajas (Los Andes, La Araucana, Los Héroes y 18 de Septiembre) aportan a la salud por tres vías.

Tabla 17. Vías de contribución de las Cajas de Compensación a la salud

Vía	Qué financia	Magnitud	Año
Beneficios sociales de salud	Consultas y exámenes con copago reducido, reembolsos, óptica, telemedicina, operativos preventivos móviles	$27.354 millones; 22,9 millones de prestaciones	2025
Crédito social	Créditos con descuento por planilla, parte de ellos para pagar atenciones de salud	1,9 millones de créditos (~$1,35 millones promedio)	2025
Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)	Administran las licencias médicas de trabajadores Fonasa, pagadas con la cotización de salud; Fonasa cubre los déficits	Monto pagado: $1.782.164 millones Subsidios iniciados: 2.648.275 Número de días pagados[5]: 53.828.512	2025
Proyecto Enlace (Minsal)	Las cuatro Cajas firmaron convenios con el Minsal, en proceso de implementación. Objetivo: alinear los beneficios que otorgan las Cajas en salud con las necesidades del sector público.	En desarrollo	2026

Fuente: Cajas de Chile, Memoria Anual 2025 [22], procesada por CLAPES UC (agosto 2026); SUSESO. Afiliados: 7.382.083, 80% trabajadores y 20% pensionados.

11.3.1 Gasto en medicamentos: un área donde las Cajas podrían contribuir

Los medicamentos son el punto más débil de la protección financiera en Chile y el espacio donde las Cajas tienen más margen para contribuir. Los hogares pagan de su bolsillo el 70,9% del gasto en medicamentos de farmacia, el segundo nivel más alto entre 29 países de la OCDE con dato (promedio: 39,4%, 2024) [23]. Ese pago recae sobre todo en personas Fonasa, que son la mayoría de los 7,38 millones de afiliados a las Cajas.

Tabla 18. Indicadores del gasto en medicamentos en Chile

Indicador	Chile	Referencia
Gasto en medicamentos de farmacia (público + privado), % del PIB, 2024	1,36%	—
Medicamentos de farmacia, % del gasto en salud, 2024	13,0%	Promedio OCDE: 13,9%
Gasto de bolsillo, % del gasto en medicamentos de farmacia, 2024	70,9%	Promedio OCDE: 39,4%; Chile es el 2.º más alto de 29 países
Gasto público en fármacos, 2025 (millones de pesos de 2026)	$1.906.776	+47,6% real desde 2018; 0,55% del PIB
Compras públicas de fármacos que pasan por CENABAST, 2025	81%	60% en 2018; comisión de 5,94%
Precio mediano del genérico frente al original (moléculas con competencia), 2025	46% menos	—

[5] La información incluye los subsidios de origen común (curativa y preventiva) y maternales suplementarios. Fuente: SUSESO.

Indicador	Chile	Referencia
Medicamentos innovadores (listado W.A.I.T.) con compra pública	21% (92 de 448)	Demora promedio de 4,4 años

Fuente: Pontificia Universidad Católica de Chile, Observatorio del Gasto Público en Fármacos, versión 5.4 (30 de octubre de 2026) [23], sobre OCDE Health Statistics 2026, DIPRES, CENABAST y Mercado Público.

Como orden de magnitud, si se aplica el 1,36% del PIB de 2024 al PIB de 2025 ($338,5 billones), el gasto en medicamentos de farmacia rondaría $4,6 billones al año, de los cuales unos $3,3 billones serían pago de bolsillo (estimación propia). Todo el beneficio de salud de las Cajas ($27.354 millones) equivale a menos del 1% de ese monto. El Observatorio deja fuera las compras en farmacias privadas, por lo que hoy no existe una medición pública de cuánto de ese gasto corresponde a afiliados a Cajas.

Propuestas. Las Cajas podrían contribuir en seis líneas:

1. **Compra agregada de medicamentos crónicos.** Negociar como un solo comprador para 7,4 millones de afiliados, directamente con laboratorios y distribuidores o mediante la intermediación de CENABAST a farmacias privadas (Ley 21.198 de 2020). El sistema público ya muestra el efecto del canal: la compra directa de los hospitales puede costar hasta 26,7% más que el mejor precio de CENABAST (cota alta) [23].
2. **Beneficio de farmacia con preferencia por genéricos bioequivalentes.** Las Cajas ofrecen descuentos directos en el punto de venta de las farmacias para diversos medicamentos, incluidos los de tratamientos crónicos como la hipertensión o la diabetes. Del total de prestaciones otorgadas por las Cajas en salud en 2025, el 58% fue destinado a bonificar la compra de medicamentos de sus afiliados en farmacias. Continuar fortaleciendo la bonificación en el punto de venta de los tratamientos crónicos más frecuentes (hipertensión, diabetes, dislipidemia y salud mental), con un descuento mayor para el genérico, resulta muy relevante para los afiliados.
3. **Prioridad a los pensionados.** Continuar con la entrega de beneficios a los adultos mayores, considerando que el 20% de los afiliados son pensionados (cerca de 1,5 millones), el grupo con más enfermedades crónicas y más gasto en farmacia. Un beneficio focalizado en ellos concentra el aporte donde el gasto de bolsillo pesa más sobre el ingreso. Las Cajas ya ofrecen diversos beneficios en salud dirigidos al segmento de pensionados. Destacan los operativos oftalmológicos y auditivos en terreno a lo largo del país, así como la generación de convenios en podología preventiva y ortopedia, controles cardiovasculares y mamografías. Adicionalmente, destaca la generación de espacios de bienestar que articulan atención, comunidad y organizaciones de personas mayores, considerando que la participación social activa es reconocida como un factor protector frente al deterioro cognitivo y el aislamiento.
4. **Seguro colectivo de medicamentos.** Ofrecer a través de las Cajas un seguro complementario de farmacia con prima colectiva, que reembolse sobre el precio negociado. Extiende la cobertura de los seguros complementarios (9,7 millones de asegurados) a trabajadores de pymes y pensionados que hoy no la tienen.
5. **Adherencia y continuidad de tratamientos crónicos.** Apoyar el retiro de medicamentos y la adherencia de pacientes crónicos GES en convenio con la atención primaria. El Observatorio encuentra que un mayor uso de antidiabéticos innovadores se asocia con 18% menos ingresos a enfermedad renal crónica avanzada en personas de 60 a 69 años (HR 0,82; IC 95% 0,70–0,95) [23]: la continuidad del tratamiento evita costos mayores.

6. **Datos para medir el aporte.** Registrar los beneficios de farmacia por medicamento (código ATC), monto y copago, e informarlos a la SUSESO. Con eso se podría medir el aporte de las Cajas al gasto privado en medicamentos, que hoy no aparece en las estadísticas.

El acceso a medicamentos innovadores de alto costo (Ley Ricarte Soto, Alto Costo y judicialización) excede la escala de las Cajas y no se propone como área de aporte.

11.4 Mutualidades de empleadores (seguro de accidentes del trabajo)

Las mutualidades son el único subsistema privado sin fines de lucro que asegura y presta al mismo tiempo. Bajo la Ley 16.744 cubren a la mayoría de los 7,25 millones de trabajadores protegidos. Atienden accidentes del trabajo y de trayecto y enfermedades profesionales sin copago, en su propia red de hospitales y centros.

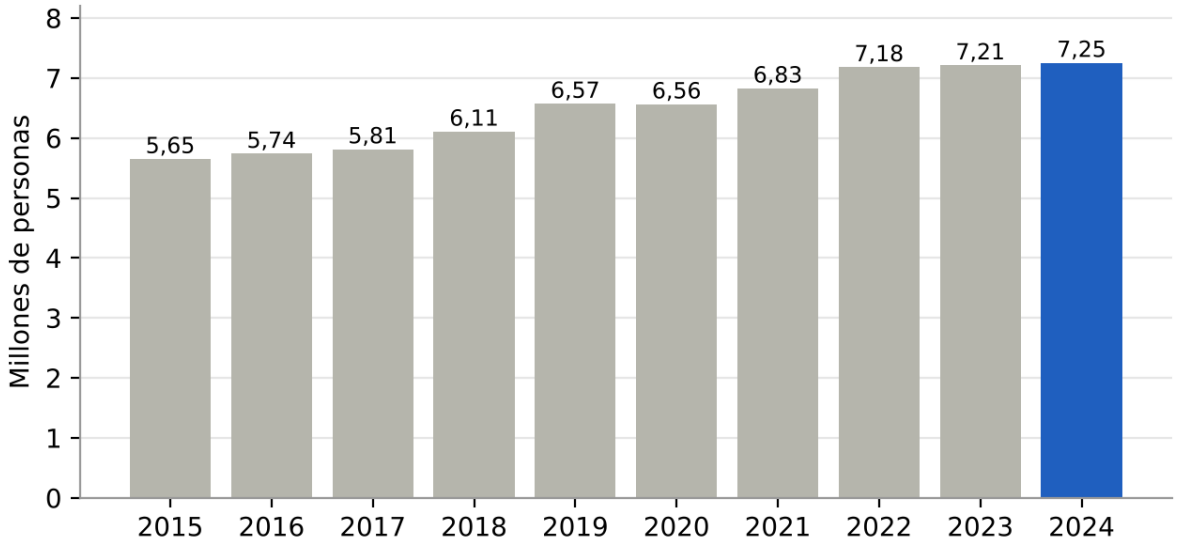
Marco normativo. La Ley 16.744 de 1968 [24] creó un seguro social obligatorio contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de tipo Bismarck, financiado solo por el empleador. Lo administran tres mutualidades privadas sin fines de lucro: la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST). También lo administran el Instituto de Seguridad Laboral (ISL, público) y empresas con administración delegada. La cotización tiene un componente básico (0,90% de la remuneración) y uno adicional según el riesgo y la siniestralidad de cada empresa. Desde la Ley 21.063 de 2017 se suma la cotización para el Seguro para el Acompañamiento de Niños y Niñas (SANNA). La fiscalización está a cargo de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

Beneficios.

- Prestaciones médicas completas y gratuitas hasta la curación o mientras haya secuelas: atención de urgencia, hospitalización, cirugía, medicamentos, prótesis y rehabilitación.
- Prestaciones económicas: subsidio por incapacidad temporal, indemnizaciones, pensiones de invalidez y de sobrevivencia.
- Prevención: asesoría a empresas, capacitación y vigilancia de la salud de los trabajadores.

Cobertura. Las personas protegidas pasaron de 5,65 millones en 2015 a 7,25 millones en 2024. Según cifras de mercado, la ACHS tiene cerca del 40% de los trabajadores protegidos, la Mutual de Seguridad 32%, el ISL 21% y el IST 7%. Las mutualidades tienen 546 camas (1,5% del país, DEIS 2023). En este estudio, sus egresos se cuentan como «privados».

Figura 12. Personas protegidas por el seguro de la Ley 16.744, 2015–2024



Fuente: SUSESO, Informe Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo 2024 (Observatorio SST). [25]

Resultados y evolución.

Tabla 19. Resultados del seguro de la Ley 16.744

Indicador	Valor	Año
Tasa de accidentes del trabajo (mutualidades, por 100 protegidos)	3,0 → 2,5	2019 → 2024
Accidentes del trabajo y de trayecto	199.874 (−8,2% frente a 2019)	2024
Denuncias de accidentes	514.641 → 543.616	2015 → 2024
Muertes por accidente del trabajo	154	2024
Enfermedades profesionales calificadas	11.966; 72% de salud mental (sin COVID-19)	2024

Fuente: SUSESO, Informe Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo 2024 [25].

Satisfacción. En la encuesta 2024 encargada por la SUSESO, el 81% de los trabajadores atendidos dijo estar satisfecho. El peor aspecto evaluado fue el tiempo de espera (69%), y el 18% reportó algún problema en la atención (IST 12%, Mutual 18%, ACHS 20%). Entre los empleadores, la satisfacción fue de 75%, con notas más bajas en capacitación (65%) y asesoría preventiva (68%) (SUSESO [26]).

Contribución al sistema y debate actual. Las mutualidades sacan del SNSS y de Fonasa la atención de los accidentes laborales, que paga el empleador. Además, han ampliado su oferta a la salud común (por ejemplo, el plan de salud no laboral de la ACHS). Esa expansión está en revisión en el TDLC (causas NC-527-2023 y NC-544-2025) [27]. En la audiencia de mayo de 2026, la FNE planteó la separación contable o el giro único, y la revisión de la tasa de cotización si existen excedentes que financian actividades no laborales. Si se exige el giro único, saldría del mercado parte de la capacidad que hoy atiende pacientes Fonasa e Isapre.

11.5 Implicancias para la matriz de financiamiento (Cuadro 3)

Tabla 20. Matriz nacional de financiamiento y provisión (avance)

Fuente	Prestador público	Prestador privado	Año
Isapres (bonificación)	Menor; facturación total en públicos de $131.304 millones	$3.065.768 millones	2025
Copago de pacientes Isapre	Menor	$1.545.916 millones	2025
Seguros complementarios (estimado)	Marginal	$0,8–1,0 billón[6]	2025
Fonasa MLE, compras y Ley de Urgencia	MAI / GRD (pendiente)	Parcial; ver sección 10.3	2022–2025

Con estos datos, el financiamiento privado (bonificación Isapre más copagos de sus beneficiarios, parte de ellos reembolsados por seguros complementarios, más el aporte de las Cajas) aportaría a los prestadores privados unos $4,6 billones anuales. A esto se suma la parte de los copagos Fonasa-MLE que reembolsan los seguros complementarios, aún sin estimar.

12. Contraste de hipótesis, limitaciones y conclusiones

El sector privado chileno es parte de la red que atiende a la población con seguro público, no un circuito paralelo para quienes tienen Isapre. Con cerca del 13% de la población en Isapres, produce el 38,6% de los egresos, atiende el 23,4% de las hospitalizaciones Fonasa y dializa al ~87% de los pacientes.

Tabla 21. Contraste de hipótesis

Hipótesis	Resultado	Evidencia principal
Principal: contribución privada mayor que la población Isapre	Confirmada	38,6% de los egresos frente a ~13% de la población
H1: uso significativo de privados por beneficiarios Fonasa	Confirmada	ICSP 23,4% en 2025 (14,8% en 2015); 293.071 egresos
H2: alta participación en diagnóstico, diálisis y cirugía electiva	Confirmada	Diálisis ~87%; resonancia 77,5%; hernia 61,5%; artrosis 56,7%; bariátrica 95,7%
H3: diferencias regionales	Confirmada	ICSP-R 2025 entre 1,6% (Aysén) y 30,7% (Metropolitana); sube en 15 de 16 regiones
H4: parte relevante de los ingresos privados es de origen público	Parcial	Fonasa ya es mayoría entre Fonasa e Isapre en egresos privados; los montos están incompletos
H5: sustituir exigiría mucha capacidad pública	Confirmada	+30,1% de egresos SNSS; +154% en hernia; diálisis ×7,9

Limitaciones

- «Privado» incluye FF.AA., hospitales universitarios y mutuales. La sensibilidad que los excluye está pendiente.
- Desde 2023, entre 7% y 8% de los egresos están anonimizados y no se pueden asignar. Si esos registros se concentran en un sector, los porcentajes 2023–2025 pueden estar sesgados.

[6] El aporte de los seguros complementarios financia copagos, por lo que no debe sumarse.

- La previsión del paciente aproxima al financiador, pero no identifica el mecanismo (MLE, compra, Ley de Urgencia, pago directo).
- Los diagnósticos «quirúrgicos» no confirman que hubo cirugía, y no hay ajuste por GRD ni case-mix.
- Las series de gasto en diálisis, rebase y seguros complementarios están incompletas o estimadas.
- La base 2025 del DEIS es preliminar.

Conclusiones

1. El aporte privado es una de las claves de la eficiencia del sistema. La separación «Fonasa = público / Isapre = privado» a nivel de seguros ya no describe la producción hospitalaria: en 2025 los privados hospitalizaron más pacientes Fonasa que Isapre.
2. El sector privado absorbió el crecimiento de la demanda de salud. En la última década, los hospitales públicos mantuvieron estable su nivel de atención con pacientes de Fonasa. El aumento de la demanda lo resolvió la red privada, sobre todo en cirugías programadas, diálisis, imágenes y consultas de especialidad, justo donde se acumulan las listas de espera.
3. La pandemia dejó un nivel más alto de integración que no se revirtió: el ICSP pasó de ~15% (2015–2019) a ~22% (2022–2025).
4. La capacidad privada que usa Fonasa se financia en gran parte con dinero de Isapres, copagos y seguros complementarios: honorarios médicos (≈ $1 billón facturado a Isapres) y días cama y pabellón (≈ $0,65 billones). Si la cartera Isapre sigue cayendo, esa capacidad compartida queda en riesgo.
5. La integración es una realidad. Sustituir la producción privada usada por Fonasa exigiría aumentar un 30% los egresos del SNSS y entre 68% y 154% su producción en los cinco diagnósticos quirúrgicos electivos trazadores.
6. El aporte va más allá de las clínicas. Isapres, seguros complementarios, mutualidades y Cajas de Compensación forman un ecosistema que financia infraestructura, reduce copagos, protege a los trabajadores y acerca la atención a millones de afiliados de Fonasa. Las Cajas, en particular, intervienen donde el sistema es más débil: el gasto de bolsillo en medicamentos, el financiamiento de lo que los seguros no cubren y el acceso oportuno a especialistas.
7. **Debilitar una parte del sistema afecta al conjunto**. La caída de 24,6% en los afiliados a Isapre desde 2020 no es solo una mala noticia para el sector privado. Los médicos, camas y pabellones que atienden a pacientes Fonasa se financian en gran parte con recursos de Isapres, copagos y seguros complementarios. Lo que se pierde en financiamiento privado puede traducirse en menos capacidad para el seguro público.

Reflexión final

La idea de que «Fonasa es público e Isapre es privado» ya no describe cómo se atienden los chilenos. Los hallazgos de este estudio muestran un sistema de salud que funciona porque usa toda su infraestructura y capacidad: pública y privada. Esa integración se fue construyendo en la práctica, paciente a paciente, al margen de cualquier consideración ideológica. El desafío para los próximos años es reconocerla, ordenarla y fortalecerla. La pregunta ya no es si el sector público y el privado deben colaborar, sino cómo hacerlo mejor, en beneficio de la salud y la calidad de vida de todos los chilenos.

13. Anexo: series anuales y fuentes

A.1 Egresos hospitalarios por pertenencia del establecimiento y previsión, 2015–2025

Tabla 22. Egresos hospitalarios por prestador y previsión, 2015–2025

Año	SNSS total	Privado total	Sin asignar	Asegurados Fonasa en SNSS (α)	Asegurados Isapre en SNSS (γ)	Asegurados Fonasa en privados (β)	Asegurados Isapre en privados (δ)
2025	973.996	612.557	118.961	961.041	3.578	293.071	272.745
2024	955.883	586.958	124.508	942.302	4.297	257.685	281.605
2023	938.890	545.269	128.108	923.557	4.597	224.785	271.307
2022	909.774	647.775	39.569	881.624	9.800	259.960	314.583
2021	861.005	606.057	0	828.687	11.670	242.153	288.628
2020	816.463	476.472	37.542	792.662	9.434	175.833	240.364
2019	1.042.595	580.740	43.845	1.011.015	12.434	174.670	318.001
2018	1.035.868	584.582	49.152	1.001.571	12.984	180.349	314.560
2017	1.019.952	582.070	35.128	984.885	12.604	177.156	297.441
2016	1.013.627	590.829	32.809	976.221	13.471	175.937	308.361
2015	1.043.685	587.603	39.766	996.283	18.106	173.277	310.657

«SNSS total» y «Privado total» se refieren al prestador e incluyen otras previsiones (mutualidades, FF.AA., Dipreca, particulares, sin información). Las columnas α a δ cruzan asegurador y prestador, como en la sección 3.3. Las series anuales de los 15 diagnósticos trazadores, exámenes, bariátrica, diálisis y rebase están en el informe consolidado del proyecto [17].

Las fuentes utilizadas se detallan en la sección 14 (Referencias).

14. Referencias

[1] OCDE (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. París: OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/health-expenditure-per-capita_affe6b0a.html

[2] OCDE, Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial (2026). Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2026. París/Washington D.C. https://publications.iadb.org/publications/english/document/Health-at-a-Glance-Latin-America-and-the-Caribbean-2026.pdf

[3] Banco Mundial. World Development Indicators: gasto corriente en salud (% del PIB), SH.XPD.CHEX.GD.ZS, y gasto de bolsillo (% del gasto corriente), SH.XPD.OOPC.CH.ZS, basados en OMS-GHED. Consultado el 27 de octubre de 2026. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS

[4] Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Minsal. Datos abiertos: bases de egresos hospitalarios 2015–2025; Anuario de Estadística de Atenciones y Recursos para la Salud 2015–2024; dotación de camas (marzo 2023). https://deis.minsal.cl/#datosabiertos

[5] Fonasa. Datos abiertos, régimen de prestaciones: bases innominadas MLE 2020–2025 y Tablero MLE. https://datosabiertos.fonasa.cl/dimensiones-regimen-prestaciones/

[6] Fonasa (2026). Boletín Estadístico. https://adjuntos.fonasa.gob.cl/assets/datos-abiertos/Biblioteca/Boletin_Estadistico_Fonasa.pdf

[7] Superintendencia de Salud. Estadística anual de prestaciones de salud del sistema Isapre, 2015–2025 (incluye cuadros 3.7.1 y 3.7.2 de 2025). https://www.superdesalud.gob.cl/tax-biblioteca-digital/estadisticas-3724/estadisticas-por-tema-3741/prestaciones-de-salud-3749/

[8] Superintendencia de Salud (2026, abril). Sistema Isapre cierra 2025 con $15.361 millones, aunque su operación registra pérdidas por $24.593 millones. https://www.superdesalud.gob.cl/noticias/2026/04/sistema-isapre-cierra-2025-con-15-361-millones-aunque-su-operacion-registra-perdidas-por-24-593-millones/

[9] Dirección de Presupuestos (DIPRES). Balances de Gestión Integral de Fonasa, 2015–2023. https://www.dipres.gob.cl

[10] BioBioChile (2026, 18 de enero). El prevenible costo de la Ley de Urgencia: las fallas por las que Fonasa paga millones a privados (con cifras de la Subsecretaría de Redes Asistenciales). https://www.biobiochile.cl/especial/bbcl-investiga/noticias/articulos/2026/01/18/el-prevenible-costo-de-la-ley-de-urgencia-las-fallas-por-las-que-fonasa-paga-millones-a-privados.shtml

[11] Superintendencia de Salud (2026, enero). Sistema Isapre registra 2,5 millones de beneficiarios a septiembre de 2025. https://www.superdesalud.gob.cl/noticias/2026/01/sistema-isapre-registra-25-millones-de-beneficiarios-a-septiembre-de-2025/

[12] Ministerio de Salud (2020). Decreto Supremo N.º 4 de 2020, que decreta alerta sanitaria por emergencia de salud pública de importancia internacional (COVID-19); Resolución Exenta N.º 356 de 2020.

[13] Ministerio de Salud de Chile (2022, marzo). Autoridades destacan medidas adoptadas durante la pandemia en el último balance COVID-19. https://www.minsal.cl/autoridades-destacan-medidas-adoptadas-durante-la-pandemia-en-el-ultimo-balance-covid-19/

[14] CIPER Chile (2020, 20 de mayo). La batalla de las camas críticas: las cifras que alertaron al Minsal sobre el escaso aporte de las clínicas. https://www.ciperchile.cl/2020/05/20/la-batalla-de-las-camas-criticas-las-cifras-que-alertaron-al-minsal-sobre-el-escaso-aporte-de-las-clinicas/

[15] Castillo Fuenzalida, L. (2025, 4 de febrero). La integración pública y privada en salud es posible y la experiencia lo confirma. BioBioChile. https://www.biobiochile.cl/noticias/opinion/columnas-bbcl/2025/02/04/la-integracion-publica-y-privada-en-salud-es-posible.shtml

[16] Fonasa. Cuentas Públicas Participativas 2015–2025; Caracterización del Gasto de Fonasa en el año 2019 (2021); informes trimestrales de glosas al Congreso (2024–2025).

[17] CLAPES UC (2026). Índice Sectorial de Producción de Salud 2015–2025: informe consolidado (egresos, exámenes, cirugía bariátrica, rebase y diálisis) (septiembre de 2026).

[18] Ministerio de Salud y Banco Mundial (2010). Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Serie Cuadernos de Redes N.º 31. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

[19] Comisión para el Mercado Financiero (2025). Informe financiero del mercado asegurador, junio 2025. https://www.cmfchile.cl/portal/estadisticas/617/articles-98902_recurso_1.pdf

[20] Asociación de Aseguradores de Chile (2026). Un Chile más seguro y en constante desarrollo: propuestas de políticas públicas. https://portal.aach.cl/wp-content/uploads/2026/04/Propuestas-de-politicas-publicas-AACH.pdf

[21] Criteria y Asociación de Aseguradores de Chile (2024, noviembre). Estudio de percepciones sobre seguros complementarios de salud.

[22] Cajas de Chile A.G. (2026). Memoria Anual 2025.

[23] Pontificia Universidad Católica de Chile (2026). Observatorio del Gasto Público en Fármacos, versión 5.4 (documento exportado el 30 de octubre de 2026), con datos de OCDE Health Statistics 2026, DIPRES, CENABAST y Mercado Público.

[24] Ley N.º 16.744 (1968), sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; Ley N.º 21.063 (2017), que crea el Seguro para el Acompañamiento de Niños y Niñas (SANNA).

[25] Superintendencia de Seguridad Social (2025). Informe Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo 2024. https://www.suseso.gob.cl/605/articles-755195_recurso_1.pdf

[26] Superintendencia de Seguridad Social (2025). El 81% de las personas trabajadoras dice estar satisfecha con la atención recibida en su mutualidad (encuesta de satisfacción 2024). https://www.suseso.gob.cl/605/w3-article-765040.html

[27] Tribunal de Defensa de la Libre Competencia. Causas Rol NC-527-2023 y NC-544-2025, sobre la prestación de servicios de salud por mutualidades fuera del seguro laboral obligatorio.