



INFORME



Análisis del desempeño de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud

JULIO 2026

Informe 1:

Análisis del desempeño de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud

Autores:

Ing. Didier de Saint Pierre

Kine. Jessica Cárdenas

Dra. Catalina Soto

Contenido

Análisis del desempeño de la red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud	5
1. Producción hospitalaria	6
2. Complejidad desde el punto de vista del consumo de los recursos de los pacientes (Peso Medio)	8
3. Severidad	9
4. Ambulatorización	11
5. Creciente presión asistencial sobre los servicios de urgencia.....	13
6. Outliers	14
7. Eficiencia	15
8. Motivos de egreso	17
9. Caracterización de la población	19
10. Conclusiones	21
Anexo 1: Listado de hospitales que ocupan sistema GRD año 2025	23

Introducción

Mediante la presente publicación, Pro Salud Chile se propone lanzar Pulso de la Salud, un Observatorio de Datos independiente, riguroso y basado en evidencia, orientado a medir, analizar y comunicar el desempeño del sistema de salud, con especial énfasis en la gestión hospitalaria, con el propósito de estimular una conversación técnica y basada en datos acerca del diagnóstico y propuestas de mejora de nuestro sistema.

Su objetivo central es transformar grandes volúmenes de datos clínicos y financieros provenientes de diferentes fuentes, en información comparable y conocimiento. Una de las principales fuentes (no la única) será el sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) a partir de cuyos datos e indicadores ajustados por complejidad de la casuística, se realizará benchmarking de eficiencia y calidad hospitalaria, indagando acerca de las mejores prácticas.

El Observatorio no será solo un portal de datos, sino un centro de inteligencia sanitaria aplicada, capaz de:

- Generar benchmarking ajustado por casuística.
- Detectar variaciones no justificadas.
- Identificar brechas de eficiencia y calidad.
- Apoyar decisiones de política pública basadas en evidencia.

Las principales fuentes de información en esta primera serie de artículos provendrán de datos oficiales GRD publicados por el Ministerio de Salud a través del sitio de transparencia activa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y datos publicados por Fonasa a través de su sitio de datos abiertos.

Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)

Los GRD son un sistema de clasificación de pacientes hospitalarios que agrupa casos clínicamente homogéneos y con similar consumo de recursos. Los pacientes se agrupan al egreso y las variables principales que se toman en cuenta para clasificarlos son los diagnósticos (principal y secundarios) y los procedimientos realizados.

Los GRD permiten medir la complejidad de cada paciente desde el punto de vista de su costo de tratamiento. De esta forma, es posible ajustar los diferentes indicadores de eficiencia y calidad hospitalaria y hacerlos comparables (gestión clínica). También los GRD se han transformado en un muy buen mecanismo de pago de los servicios hospitalarios, muy superior al tradicional pago por servicios ya que permiten pagar por egreso y de acuerdo a la complejidad de cada paciente.

Análisis del desempeño de la red asistencial

Este informe analiza cómo ha evolucionado la producción hospitalaria de los 86 hospitales públicos de complejidad alta y mediana, que tienen implementado el sistema GRD (se descartó el hospital Alto Hospicio, de reciente inauguración). El año de partida de nuestro análisis es el año 2022, año en que la producción hospitalaria empezó a recuperar lo perdido durante la pandemia y se situó en un nivel similar al de 2019. Es importante señalar que en este análisis no se incluye la producción extra sistema, es decir, derivaciones al sector privado.

1. Producción hospitalaria

La producción hospitalaria es el conjunto de prestaciones de salud que un hospital entrega a los pacientes durante un período determinado. En términos simples, es la “cantidad y tipo de atenciones” que genera el hospital usando sus recursos (médicos, enfermeras, camas, pabellones, exámenes de laboratorio e imágenes, rehabilitación, etc.)¹.

En este análisis, nos enfocaremos en hospitalizaciones (quirúrgicas o no quirúrgicas) y Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA), que son el ámbito de ocupación de los GRD.

Para comparar la producción hospitalaria en distintos periodos de tiempo o entre hospitales, no es suficiente comparar egresos, ya que estos pueden ser de distinta naturaleza y complejidad. ¿Sirve de algo sumar o comparar 900 partos con 100 bypass coronarios? Claramente no, hay que llevarlos a una unidad común que refleje la diferencia de consumo de recursos entre ellos. A esa unidad homogénea se le llama “Unidad de Producción Hospitalaria” (UPH) y en el caso de los egresos hospitalarios y las Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA), las UPH se obtienen multiplicando las cantidades de los diferentes productos hospitalarios agrupados por GRD, por los pesos relativos² de cada GRD, reflejándose así la complejidad de esos productos en términos de costo de tratamiento.

En otras palabras, las UPH que produce un hospital son sus egresos multiplicados por el peso relativo de esos egresos.

¹La producción hospitalaria incluye:

Atención hospitalaria

- Egresos hospitalarios (pacientes de alta que usaron una cama de dotación)
- Días cama utilizados
- Cirugías realizadas (incluye cirugías mayores ambulatorias)
- Partos

Atención ambulatoria

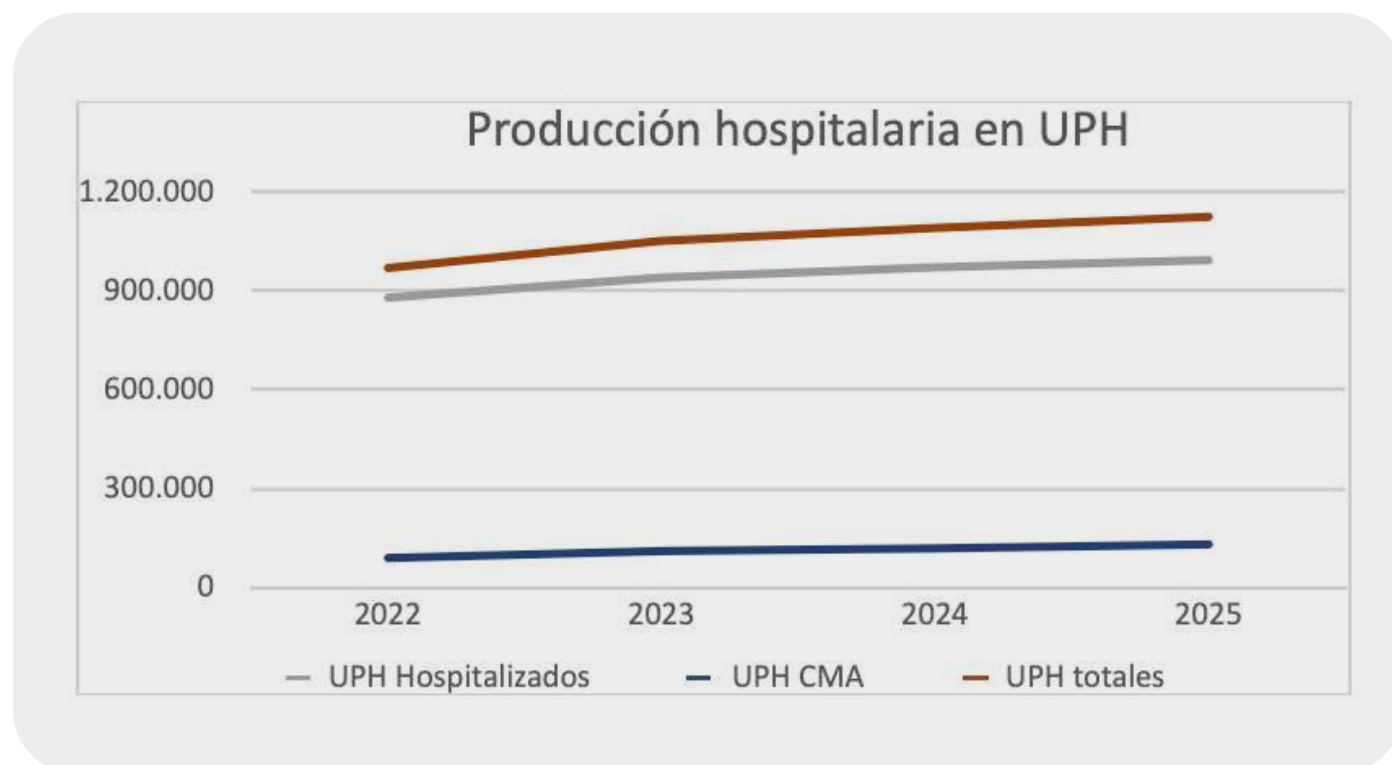
- Consultas médicas de especialidad
- Controles y procedimientos
- Atenciones de urgencia

Apoyo diagnóstico y terapéutico

- Exámenes de laboratorio
- Imágenes (scanner, resonancia, radiografías)
- procedimientos terapéuticos

² El Peso Relativo es la medida de complejidad de un egreso en el universo GRD

En los gráficos que siguen se despliega la producción total de los hospitales (CMA + hospitalización) medida en UPH de los hospitales materia de este estudio, en los últimos 4 años.



Crecimiento de la actividad hospitalaria

Ha habido un aumento importante de la producción hospitalaria entre el 2022 y el 2025 de un 16% (entre el 2022 y 2023, la producción aumentó en un 8,47%, entre el 2023 y 2024 en un 3,72% y entre el 2024 y el 2025, un 3,11%). Es importante insistir en que estamos considerando una producción ajustada por la complejidad de los egresos, es decir, son datos interanuales perfectamente comparables.

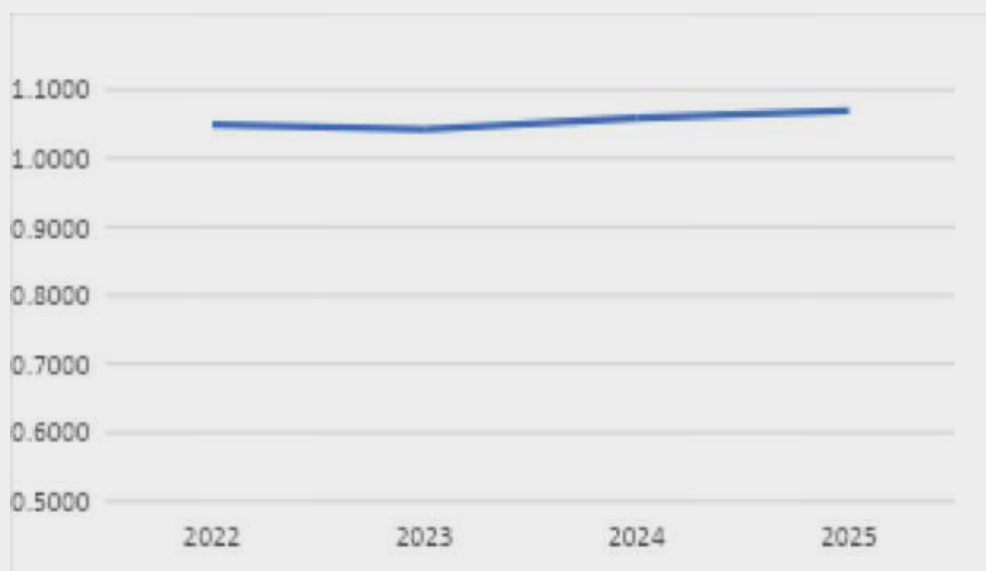
El aumento del presupuesto para la red asistencial en moneda equivalente entre el 2022 y el 2025 es de un 19,1% (5,9% entre el 2022 y 2023; 5,8% entre el 2023 y 2024; 6,3% entre el 2024 y 2025). Hay una pequeña brecha entre el aumento de producción y el aumento del presupuesto (16% vs 19%), pero se acompañan razonablemente. Sin embargo, estos datos no permiten colegir nada respecto de la productividad del RRHH ya que no disponemos de información sobre dotaciones.

2. Complejidad desde el punto de vista del consumo de los recursos de los pacientes (Peso Medio)

El Peso Medio de los egresos refleja la complejidad promedio desde el punto de vista del consumo de recursos, de los pacientes atendidos en la red. A modo de referencia, en IR-GRD, el peso relativo de una colecistectomía no laparoscópica severidad 1 (GRD-PH 07.1.12.1) es 1,076 y el peso de un trasplante hepático severidad 1 (GRD-PH 07.1.01.1) es 6,4465. Esto quiere decir que el costo de un trasplante hepático de severidad baja es 6 veces el costo de una colecistectomía no laparoscópica de severidad baja.

De acuerdo a la información GRD publicada por MINSAL, el Peso Medio ha estado creciendo en los últimos 3 años a una tasa de 1% por año (desde 1,0492 en 2022 a 1,0691 en 2025). El PM ha aumentado un 15,8% desde el 2019, (año anterior a la pandemia, PM=0,9231), es decir, la pandemia produjo un importante aumento en la complejidad de la casuística hasta la fecha, probablemente por la postergación de cirugías electivas y controles en ese período y el consiguiente aumento de las comorbilidades así como el agravamiento de las condiciones basales de los pacientes.

PESO MEDIO



3. Severidad

La severidad en jerga GRD representa el grado en que las condiciones clínicas del paciente —principalmente sus comorbilidades y complicaciones— incrementan el consumo esperado de recursos hospitalarios respecto de un paciente con el mismo diagnóstico principal.

En otras palabras, la severidad es una medida de la complejidad clínica que tiene impacto en la utilización de recursos, no necesariamente del riesgo vital.

Un ejemplo: Dos pacientes ingresan por neumonía:

- Paciente A: 45 años, sin enfermedades previas. Evoluciona favorablemente y se da de alta en tres días.
- Paciente B: misma neumonía, pero además tiene insuficiencia cardíaca, diabetes descompensada e insuficiencia renal crónica. Requiere más exámenes, más medicamentos, más días cama y mayor monitoreo.

Ambos tienen el mismo diagnóstico principal, pero el segundo presenta una mayor severidad GRD, porque se espera que consuma significativamente más recursos.

Para los casos ambulatorios este factor no se considera, mientras que para los hospitalizados los GRD reconocen 3 niveles de severidad (1= Severidad menor, 2= Severidad moderada, 3= Severidad mayor).

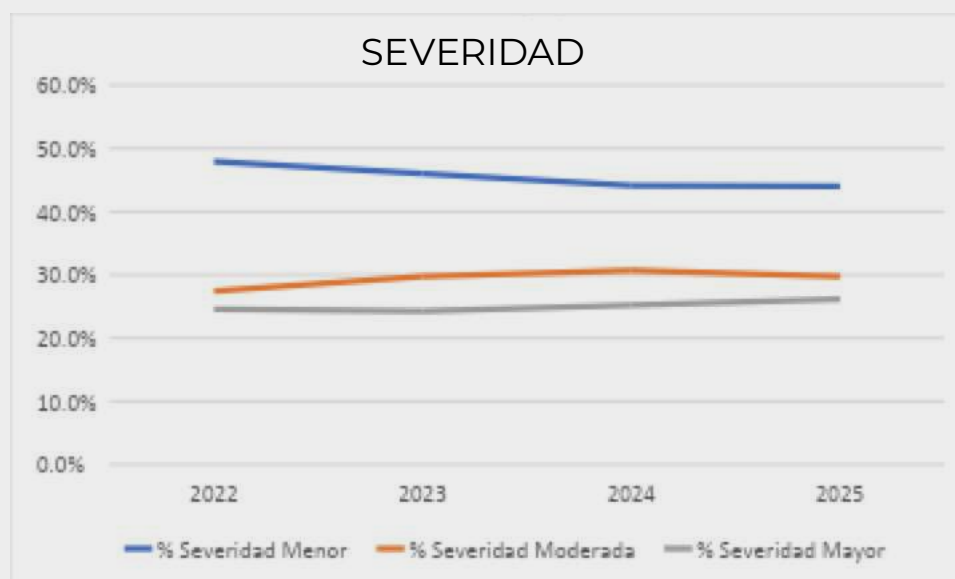
Se aprecia un aumento de la severidad de los pacientes hospitalizados desde el 2022. En particular, en los últimos 3 años, el % de pacientes con severidad mayor ha aumentado en un 1% anual, de manera consistente con el aumento del peso medio.

Una de las principales hipótesis es asociada a la importante carga de enfermedades crónicas de los pacientes atendidos en el sistema público. En efecto, si los pacientes presentan más comorbilidades al momento de su hospitalización, se complejiza el abordaje terapéutico del diagnóstico por el cual fueron ingresados.

Una segunda hipótesis podría ser que dado el tiempo que un paciente se mantiene en lista de espera por una atención, su condición inicial se va deteriorando y, al momento de su ingreso, la severidad pudiera verse afectada por descompensaciones de su condición basal.

Un tercer factor a considerar es la eventual priorización de la atención para aquellos pacientes descompensados que no pueden seguir esperando versus pacientes más estables y/o en control. Por último, por razones obvias la selección de pacientes candidatos de CMA deja los pacientes más severos para tratamiento hospitalizado.

Sea cual sea la explicación de los resultados, lo cierto es que a mayor severidad mayor será el consumo de recursos, mayores días de estada y menor posibilidad que pacientes nuevos ingresen a una hospitalización oportuna, programada y resolutive.



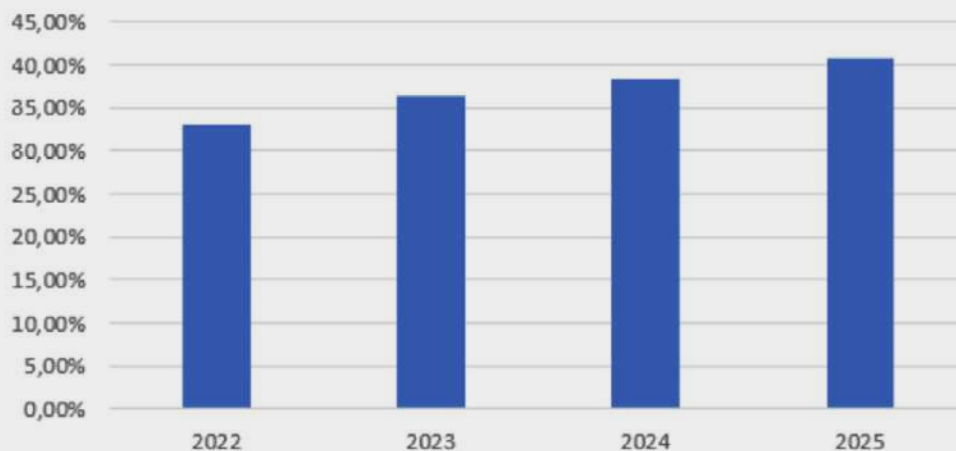
4. Ambulatorización

La tasa de ambulatorización quirúrgica mide la proporción de determinadas intervenciones quirúrgicas que se realizan de forma ambulatoria, a las que nos referiremos también como Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA). Esto permite al paciente regresar a su hogar el mismo día, aumenta la seguridad, reduce infecciones y acelera la recuperación en casa. Los procedimientos más comunes son: hernioplastias, colecistectomías (vesícula), safenectomía (várices), amigdalectomía, cirugía de cataratas, etc. Se considera una práctica deseable y eficiente pues libera camas y permite acelerar la recuperación de los casos que cumplen criterios de indicación de dicho tipo de resolución quirúrgica.

En los últimos años ha existido un incremento de la ambulatorización quirúrgica. Este no es un fenómeno local, es una tendencia global.

La tasa de ambulatorización medida como $CMA/(CMA + \text{Cirugías con Hospitalización})$ ha ido creciendo, desde un 33% en 2022 a un 40,8% en 2025, lo que es sin lugar a dudas una buena noticia. La pregunta interesante es si estamos creciendo en ambulatorización todo lo que podemos. Pareciera que aún hay mucho por avanzar si consideramos que diversos sistemas sanitarios desarrollados han fijado como objetivo alcanzar tasas del 75% de ambulatorización quirúrgica (UK, Dinamarca, España, Francia, Australia) aunque la proporción alcanzable depende de la casuística de cada hospital.

Egresos CMA/(Egresos con Intervención+ Egresos CMA)



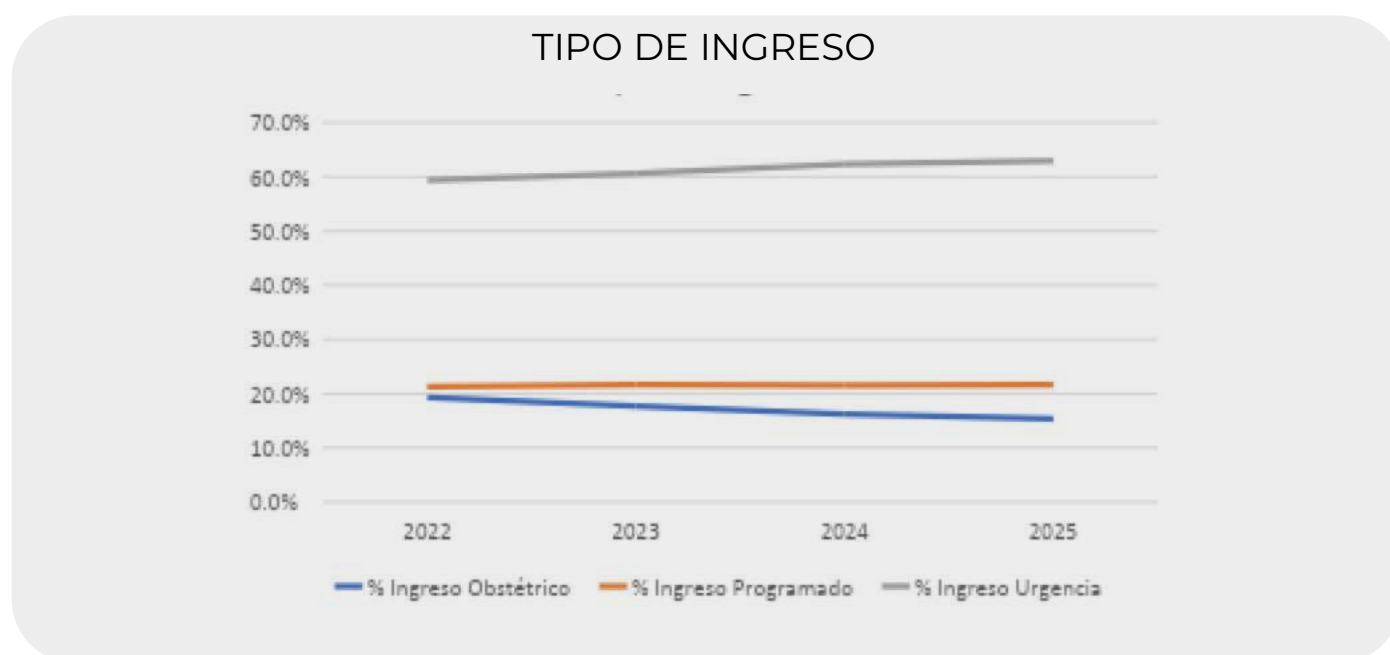
En cifras absolutas, las UPH asociadas a las CMA han aumentado en un 46% entre el 2022 y el 2025, crecimiento significativamente superior al crecimiento de la producción total, lo que sugiere una transformación estructural del modelo resolutivo hospitalario.

Otro indicador muy interesante es la ambulatorización potencial, es decir, ¿qué porcentaje de las intervenciones que un hospital realiza con hospitalización podrían efectuarse de manera segura como cirugía mayor ambulatoria? Esto obliga a una mirada por GRD y será analizado en informes posteriores.

5. Creciente presión asistencial sobre los servicios de urgencia

La tasa de ingresos por urgencia en esencia mide cuántos pacientes terminan hospitalizados a través del servicio de urgencia, en lugar de ingresar de forma programada. Una alta tasa suele significar un sistema que está funcionando reactivamente y no de forma planificada y puede reflejar problemas en la atención ambulatoria prehospitalaria (enfermedades que debieron manejarse antes), baja resolutivez ambulatoria, ineficiencia sistémica (el sistema no resuelve oportunamente los problemas de salud de las personas hasta que se transforman en urgencias hospitalarias).

Tal como lo muestra el gráfico que sigue, la tasa de ingresos por urgencia en nuestro sistema es elevada (63% el año 2025), y en lugar de reducirse, ha seguido creciendo en los últimos años (54,5% en 2019).



Aunque no existe un estándar universal para interpretar la proporción de ingresos por urgencia, tasas persistentemente elevadas suelen asociarse a sistemas con menor capacidad de resolución programada, alta presión asistencial y dificultades de acceso oportuno a la atención ambulatoria.

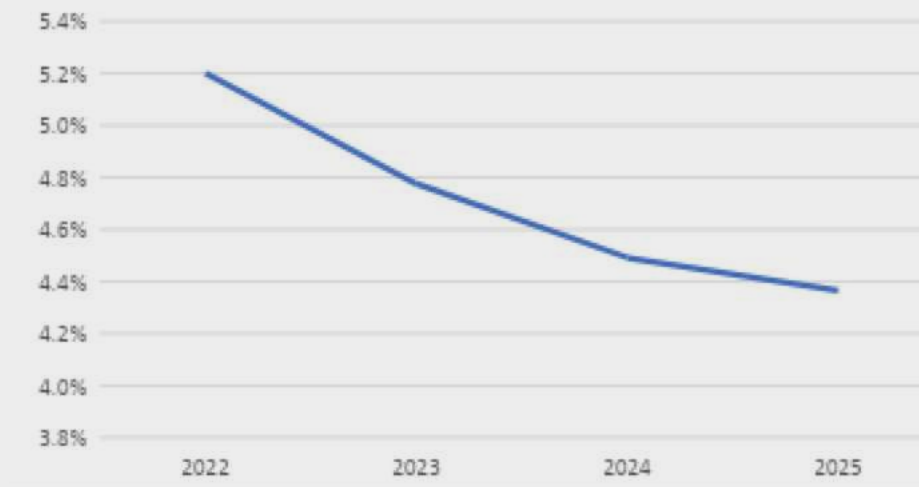
En redes hospitalarias complejas, valores superiores al 60% suelen considerarse compatibles con escenarios de alta presión sobre la gestión hospitalaria y estrés del sistema.

6. Outliers

Los egresos outliers son egresos cuyas estancias se consideran excesivamente prolongadas dado el GRD en que quedaron clasificados. La proporción de outliers es un indicador que se ha asociado a la detección de determinados casos con problemas en la calidad de la atención. El porcentaje de outliers ha ido consistentemente a la baja, desde 6,2% en 2019 hasta 4,4% en 2025, lo que es una buena noticia y puede ser producto de los siguientes factores:

- Un mejor registro y codificación de los casos, con lo que los egresos ya no están subclasificados.
- Una mayor preocupación por monitorear esta variable, por ende, una consecuencia virtuosa de implementar y gestionar con GRD.
- Una mejora en la calidad asistencial y reducción de las complicaciones.

OUTLIERS

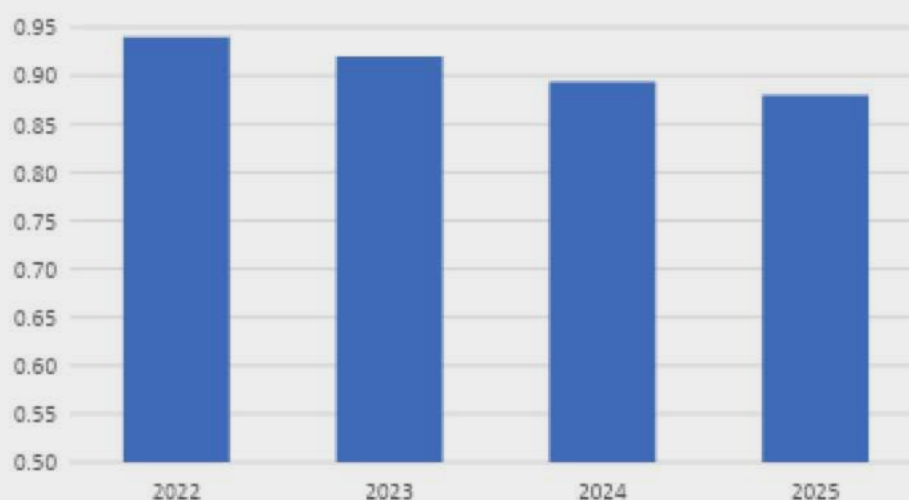


7. Eficiencia

Un buen indicador para medir la eficiencia en términos de gestión de estancias de los hospitales es el IEMA. (Índice de Estancia Media Ajustada). Compara la Estancia Media Observada (EM) del hospital con la Estancia Media Esperada (EMAF), la cual se calcula suponiendo que los pacientes del hospital se comportan como la norma en términos de estancia. Si el cociente o índice es superior a 1 el hospital mantiene a los pacientes ingresados más tiempo de lo esperado, y viceversa, un índice inferior a 1 lo posiciona como funcionalmente más eficiente, en términos de uso de camas.

A menor IEMA, mejor desempeño. A continuación, los IEMA promedio de la red:

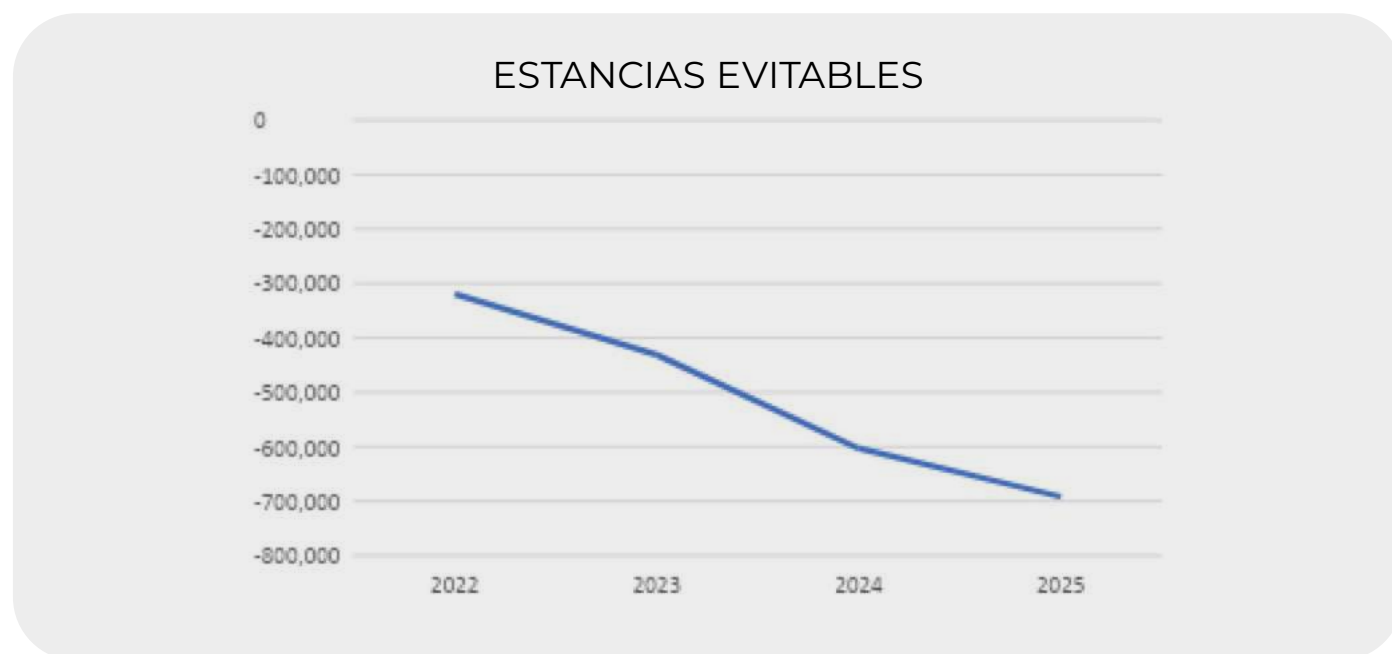
ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA PROMEDIO



Podemos apreciar un aumento de la eficiencia en términos de gestión de estancias de la red asistencial que se traduce en la reducción de un 6% del IEMA entre el 2022 (IEMA = 0,94) y el 2025 (IEMA = 0,88), lo que podría ser consecuencia virtuosa del monitoreo sistemático de estos indicadores desde la instalación del sistema GRD.

El incremento de eficiencia en la gestión de estancias se traduce en un ahorro de estancias (estancias evitables negativas) con respecto a la norma, llegándose en 2025 a 691.953 días de ahorro, lo que equivale a aproximadamente 119.000 ingresos potenciales a estancia media (nos referimos a pacientes que no se habrían podido

atender si el desempeño de los hospitales hubiese sido el de la norma). Estos resultados sugieren también la necesidad de revisar y actualizar la norma de referencia, vigente desde 2019, en circunstancias que lo razonable es actualizarla cada 2 o 3 años.

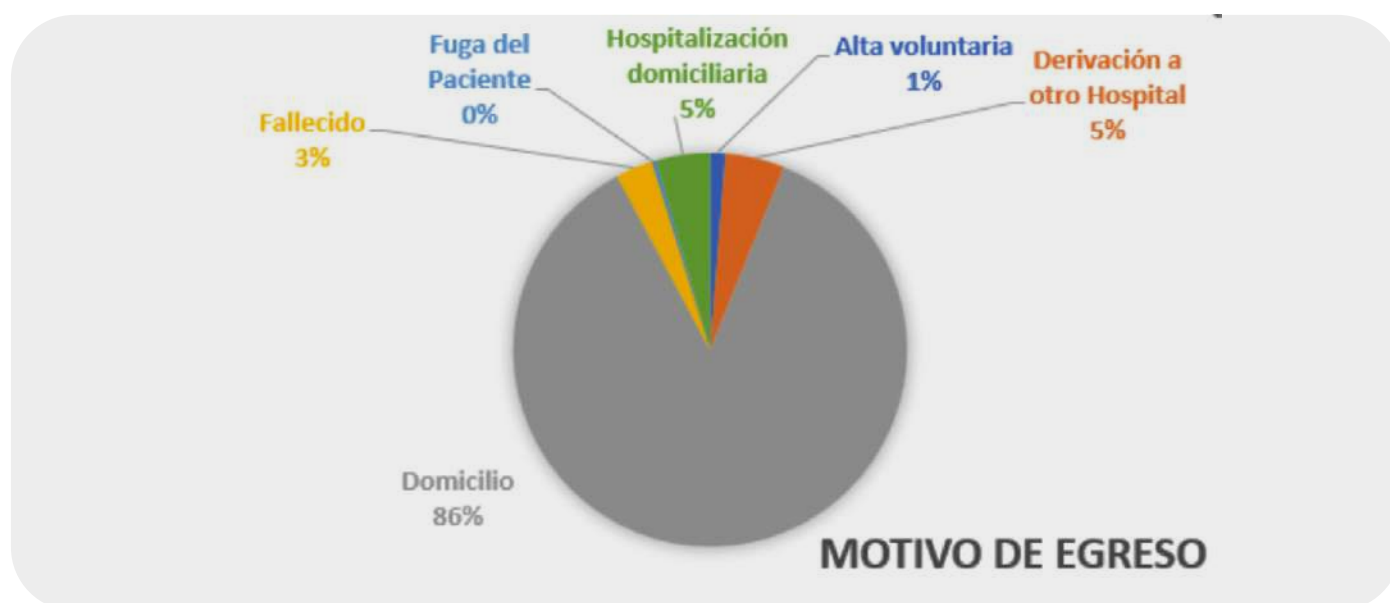


La observación de otros indicadores, como uso de pabellones, sugiere que aún hay un potencial importante para mejorar eficiencia.

8. Motivos de egreso

El motivo de egreso corresponde a la forma en que finaliza un episodio de hospitalización. Describe el destino o condición del paciente al alta.

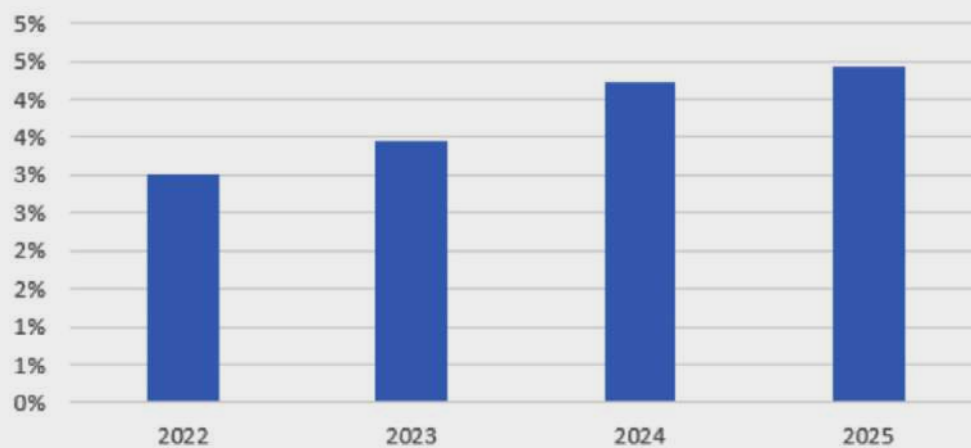
El 2025, el 86,1% de los pacientes hospitalizados en el sistema público fueron derivados a sus domicilios. El resto se repartió entre derivación a otro hospital o clínica, alta voluntaria, fallecidos, fugas y hospitalización domiciliaria. Este último es un modelo de atención en el que el paciente recibe tratamientos y cuidados clínicos intensivos en su propio hogar y sus principales beneficios son que favorece la recuperación, reduce riesgo de infecciones intrahospitalarias y libera camas hospitalarias. Promoverla es una tendencia en los sistemas de salud. En Chile, un 4,4% de las hospitalizaciones se resuelven con hospitalización domiciliaria, y esta cifra se ha ido incrementando lentamente (1,2 % en 2019 y 3% en 2022). Estudios recientes³ de gestión de salud pública estiman un potencial objetivo de alrededor del 18% de todas las admisiones médicas generales en un hospital para ser sustituidas por el modelo de Hospital en el Hogar. En sistemas de salud que han implementado este modelo (como en ciertas regiones de España, Reino Unido, Australia o Estados Unidos), entre un 5% y un 12% de los pacientes hospitalizados terminan siendo derivados a sus hogares para continuar el tratamiento de agudos⁴.



³“Proportion of medical admissions that may be hospitalised at home and their service utilisation patterns: a single-centre, descriptive retrospective cohort study in Singapore”, Ko, Wang, Goh, Soong, 2023

⁴ Home First! Identification of Hospitalized Patients for Home-Based Models of Care, Seak, Island, Horsburgh, 2021

Hospitalización Domiciliaria



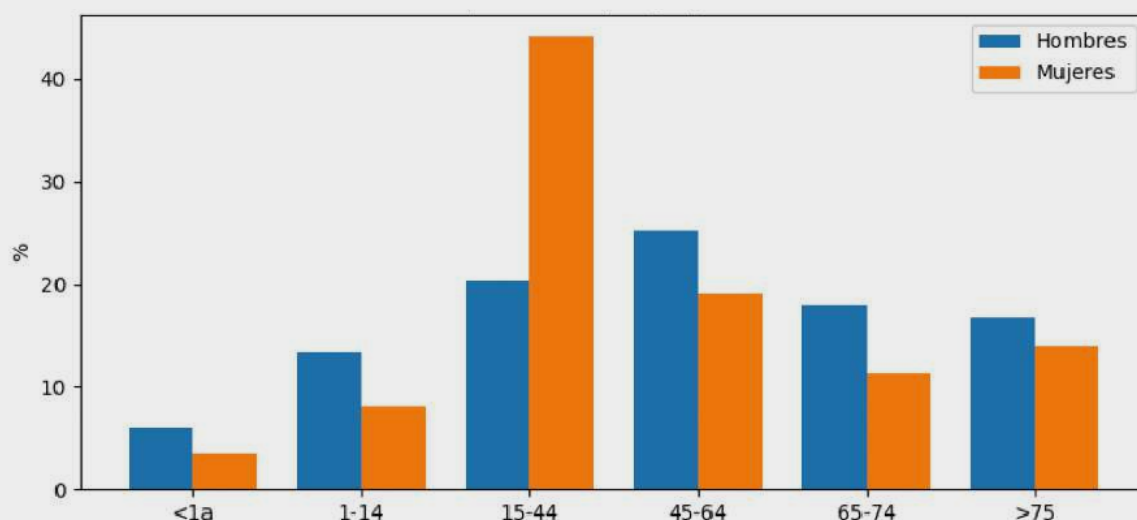
9. Caracterización de la población



Un 58% de los egresos corresponde a mujeres y un 42% a hombres. La explicación probablemente sean los partos. Sin embargo, si corregimos esto por la complejidad de los egresos y los llevamos a UPH, ahí la diferencia se estrecha mucho (51% de UPH mujeres, 49% de UPH hombres).

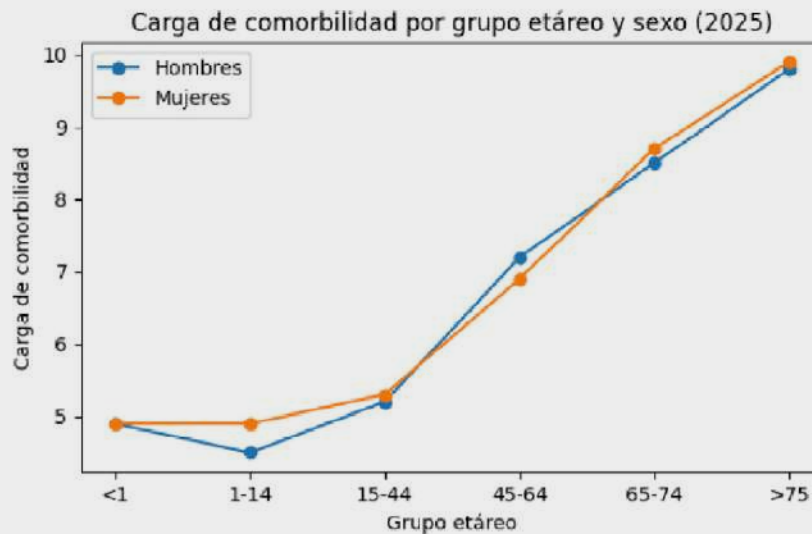
La principal gran causa de hospitalización es embarazo, parto y puerperio (100% mujeres). Luego siguen enfermedades del aparato digestivo (mujeres 51,4%, hombres 48,6%) y enfermedades del sistema respiratorio (hombres 51,2%, mujeres 48,8%). A continuación las enfermedades del sistema circulatorio y los traumatismos y envenenamientos, en que los hombres lideran con un 58,2% y 54,4% de las hospitalizaciones respectivamente. Finalmente las enfermedades del aparato genitourterino y los tumores/neoplasias en que las mujeres representan el 62,6% y 57,8% de los egresos respectivamente.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD (2025)



Las mujeres concentran la mayor actividad hospitalaria en edades reproductivas (el grupo 15-44 años representa el 44,1% de los egresos en mujeres). En cambio, el mayor porcentaje de hospitalizaciones en los hombres se da en el tramo 45-64 años.

Carga de comorbilidades:



- Existe una relación casi lineal entre edad y complejidad clínica.
- A partir de los 45 años se observa un aumento pronunciado.
- Los mayores de 75 años presentan aproximadamente el doble de carga de comorbilidad que los menores de 45 años.
- Las diferencias por sexo son mínimas; la edad aparece como el principal determinante de la carga de enfermedad.

10. Conclusiones

Los resultados muestran un sistema hospitalario que ha recuperado e incrementado su producción post pandemia, pero enfrentando simultáneamente una casuística progresivamente más compleja y una elevada presión de demanda no programada, probablemente como consecuencia de la falta de cirugías electivas y controles durante la pandemia, entre otros factores. En lo específico:

- La producción hospitalaria medida en UPH ha crecido en los últimos años, en forma ligeramente por debajo del incremento del presupuesto (16% vs 19% entre 2022 y 2025). Sin embargo, no podemos concluir nada sobre productividad del RRHH, ya que no tenemos información sobre dotaciones.
- También se observa un aumento de la complejidad de la casuística (Peso Medio) y de la severidad de los pacientes hospitalizados, que muy probablemente sea un reflejo de la mayor carga de enfermedad de la población actual.
- En los últimos años ha existido un incremento de la ambulatorización quirúrgica. El porcentaje de UPH equivalentes a los egresos de las CMA respecto de las UPH totales (egresos hospitalarios más CMA) pasaron del 9,3% en 2022 al 11,7% el 2025, lo que es sin lugar a dudas una buena noticia. Sin embargo, los indicadores internacionales sugieren que hay todavía un importante potencial para crecer en ambulatorización.
- Los ingresos por servicios de Urgencias corresponden a un 63% del total de hospitalizaciones, lo cual se considera elevado para los estándares internacionales e incide en la eficiencia del sistema: menor capacidad de planificar, la gestión de pabellones en estas circunstancias se hace más difícil y las complicaciones y estadías hospitalarias suelen ser mayores.
- Se aprecia un descenso de la tasa de egresos outliers, lo cual es una buena noticia desde el punto de vista de la calidad, ya sea del registro médico o de la atención otorgada.
- Ha aumentado la eficiencia de la red en términos de gestión de estancias, lo que se expresa en una reducción del IEMA promedio año tras año. Este podría ser consecuencia virtuosa de la instalación del sistema GRD y al mismo tiempo sugiere la necesidad de actualizar la norma, que está quedando obsoleta y laxa. La observación de otros indicadores tales como gestión de pabellones sugiere que aún hay un importante potencial de mejora de la eficiencia.

- En cuanto a los motivos de egreso, se percibe un potencial para aumentar las hospitalizaciones domiciliarias, que actualmente representan un 4,4% de los motivos de egreso. Estamos aún bajos en esto.
- Finalmente, en relación a la caracterización de nuestra población hospitalizada, varias cosas llaman la atención:
 - Un 58% de los egresos corresponde a mujeres y un 42% a hombres. La explicación probablemente sean los partos. Sin embargo, si corregimos esto por la complejidad de los egresos y los llevamos a UPH, ahí la diferencia se estrecha mucho (51% de UPH mujeres, 49% de UPH hombres).
 - Las mujeres concentran la mayor actividad hospitalaria en edades reproductivas (el grupo 15-44 años representa el 44,1% de los egresos en mujeres). En cambio, el mayor porcentaje de hospitalizaciones en los hombres se da en el tramo 45-64 años.
 - La principal causa de hospitalización de las mujeres es embarazo, parto y puerperio. En tumores las mujeres representan el 57,8% de los egresos. En cambio, los hombres tienen la supremacía en enfermedades del sistema circulatorio (representan el 58,2% de las hospitalizaciones) y traumatismos (54,4% vs 44,6% en mujeres)
 - Existe una relación casi lineal entre edad y comorbilidades (complejidad clínica). A partir de los 45 años se observa un aumento pronunciado de las comorbilidades. Los mayores de 75 años presentan aproximadamente el doble de carga de comorbilidad que los menores de 45 años.

Anexo 1: Listado de hospitales que ocupan sistema GRD año 2025

Hospital (Código)	Hospital (Descripción)
101100	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)
102100	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)
103100	Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)
103101	Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama)
104100	Hospital San José del Carmen (Copiapó)
104103	Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Ariztía Ruiz (Vallenar)
105100	Hospital San Juan de Dios (La Serena)
105101	Hospital San Pablo (Coquimbo)
105102	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús (Ovalle)
105103	Hospital Dr. Humberto Elorza Cortéz (Illapel)
106100	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)
106102	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)
106103	Hospital Claudio Vicuña (San Antonio)
107100	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)
107101	Hospital San Martín (Quillota)
107102	Hospital de Quilpué
108100	Hospital de San Camilo (San Felipe)
108101	Hospital San Juan de Dios (Los Andes)
109100	Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)
109101	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)
109103	Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta)
110100	Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)
110110	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer
110120	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)
110130	Hospital Adalberto Steeger (Talagante)
110140	Hospital de Peñaflor
110150	Hospital San José (Melipilla)
111100	Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)
111101	Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis

Hospital (Código)	Hospital (Descripción)
	Valentín Ferrada
111195	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago)
112100	Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)
112101	Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)
112102	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)
112103	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica
112104	Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo
113100	Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)
113130	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)
113150	Hospital San Luis (Buin)
113160	Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova (Santiago, San Miguel)
113180	Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)
114101	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)
114102	Hospital San José de Maipo
114103	Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)
114104	Hospital Metropolitano (Ex Militar, Santiago, Providencia)
114105	Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Inzunza
115100	Hospital Regional de Rancagua
115104	Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez (Rengo)
115107	Hospital San Juan de Dios (San Fernando)
115110	Hospital de Santa Cruz
116100	Hospital San Juan de Dios (Curicó)
116105	Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)
116107	Hospital de Constitución
116108	Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)
116109	Hospital Dr. Abel Fuentealba Lagos (San Javier)
116110	Hospital San José (Parral)
116111	Hospital San Juan de Dios (Cauquenes)
117101	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)
117102	Hospital de San Carlos
118100	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)
118103	Hospital Traumatológico (Concepción)

Hospital (Código)	Hospital (Descripción)
118105	Hospital San José (Coronel)
118106	Hospital de Lota
119100	Hospital Las Higueras (Talcahuano)
119101	Hospital de Tomé
119102	Hospital Penco - Lirquén
120101	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles)
121109	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)
121110	Hospital Dr. Abraham Godoy (Lautaro)
121114	Hospital de Intercultura (Nueva Imperial)
121117	Hospital de Pitrufrquén
121121	Hospital de Villarrica
122100	Hospital Clínico Regional (Valdivia)
123100	Hospital Base San José de Osorno
123101	Hospital de Purranque Dr. Juan Hepp Dubiau
124105	Hospital de Puerto Montt
125100	Hospital Regional (Coihaique)
125101	Hospital de Puerto Aysén
126100	Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)
126101	Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos (Natales)
128109	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría (Curanilahue)
129100	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)
129104	Hospital Dr. Dino Stagno M.(Traiguén)
129106	Hospital San José (Victoria)
133150	Hospital de Castro
133155	Hospital de Ancud
200717	Complejo Asistencial Padre Las Casas

