



Centro UC
CLAPES UC
Centro Latinoamericano de
Políticas Económicas y Sociales

EL EXCESO DE CESÁREAS EN LA RED PÚBLICA Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE EL GASTO Y EL USO DE RECURSOS EN SALUD

20 de mayo de 2026

Bastían Mundt Marín | Investigador
Julio Peña-Torres | Investigador principal
Jaime Mañalich | Investigador principal



INFORME

El exceso de cesáreas en la red pública y sus consecuencias sobre el gasto y el uso de recursos en salud

RESUMEN EJECUTIVO

- **Impacto financiero y operativo:** Reducir la tasa de cesáreas sobre partos totales en la red pública del 46% actual al 15% recomendado por la OMS liberaría **USD 20 millones anuales** y **80 camas diarias**. Estos recursos permitirían financiar 250 médicos especialistas al año, construir tres centros de salud familiar o realizar unas 10.000 cirugías adicionales anuales.
- **Brecha de costos por GRD:** Una cesárea cuesta, en promedio, **600 mil pesos más** que un parto vaginal. Pese a representar menos de la mitad de los nacimientos, las cesáreas concentran el **56% del gasto total** en partos: **USD 74 millones** de un total de **USD 126 millones** en 2024. Esta cifra es un piso conservador que excluye el gasto por complicaciones neonatales posteriores.
- **Mayores riesgos para la madre y el hijo:** La cesárea duplica el riesgo de muerte neonatal respecto al parto vaginal y añade un día de hospitalización en promedio. La cesárea también aumenta la probabilidad de ingreso a cuidados especiales y cuadruplica el riesgo respiratorio si es electiva (semanas 37-38). Además, altera la microbiota del recién nacido, predisponiéndolo a enfermedades crónicas.

Introducción

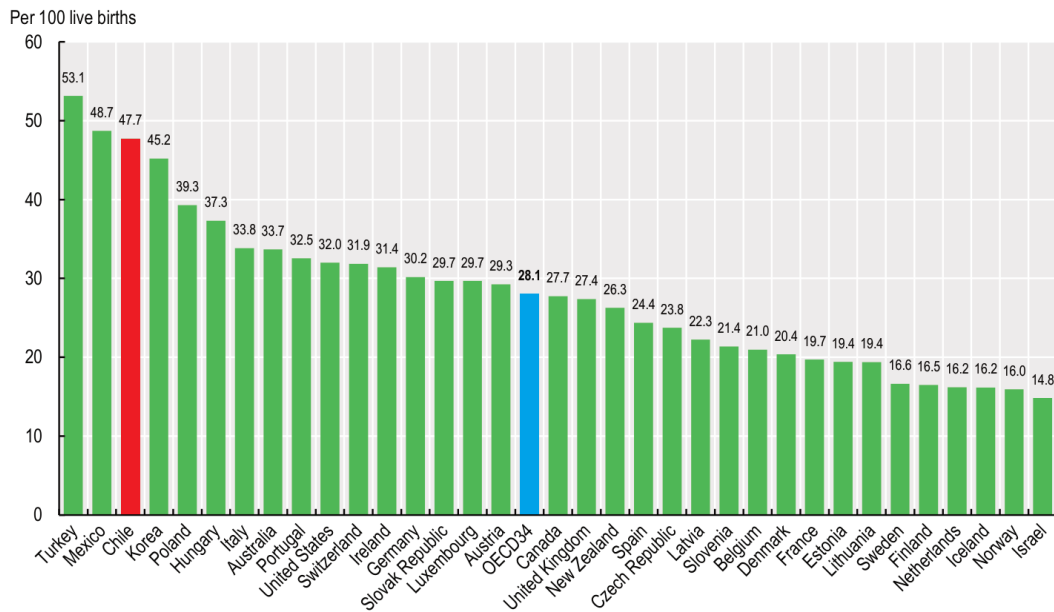
Reducir la tasa de cesáreas sobre nacimientos en la red pública del 46% (promedio del sistema GRD a 2024) al 15% liberaría 80 camas diarias y 20 millones de dólares anuales en recursos reasignables.

Liberar 20 millones de dólares anuales permitiría financiar 250 nuevos especialistas al año en la red pública de salud o construir tres centros de salud primaria. Operativamente, las 80 camas diarias recuperadas —capacidad equivalente a un hospital de baja complejidad— habilitarían 10.000 cirugías adicionales al año, asumiendo una estadía postoperatoria de tres días. En definitiva, recuperar esta capacidad instalada permitiría transformar un gasto evitable —con consecuencias de salud importantes para la madre y el recién nacido— en una mejor oferta de salud para los beneficiarios del sistema.

El contexto global y regional

La tasa de cesáreas sobre partos totales ha aumentado sostenidamente en todo el mundo durante las últimas tres décadas. Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado que una tasa de entre 10% y 15% es el umbral por sobre el cual el procedimiento deja de asociarse con reducciones en la mortalidad materna y neonatal (OMS, 2015). A partir de una tasa de cesáreas del 15% los riesgos para el binomio madre-hijo aumentan. Sin embargo, ese umbral hace tiempo ha sido superado en muchos países. Betran et al. (2021) proyectan que hacia 2030 la tasa global de cesáreas alcanzará cerca del 29%, y que en América Latina y el Caribe llegará a 54,3%. Chile no es la excepción —incluso es documentado como un caso más severo. Sadler y Leiva (2015) documentaron que el país escaló hasta convertirse en el tercer país de la OCDE con mayor proporción de cesáreas en hospitales públicos, y que en el sistema privado la tasa superó el 71,8% en 2012 —la Figura 1 respalda esta evidencia con datos de 2017 (OCDE, 2019). Datos más recientes indican que la tasa nacional alcanzó el 59% en 2021, cuadruplicando la recomendación de la OMS (Sadler y Leiva, 2023).

Figura 1: Tasa de cesáreas en países de la OCDE a 2017



Notas: La barra azul marca la tasa de cesáreas promedio de la OCDE. La barra roja marca la tasa de cesáreas de Chile.

Fuente: Extraído del informe Health at a Glance de la OCDE (2019).

Villar et al. (2006) demostraron, en una revisión de la OMS que incluyó 97.095 partos en ocho países latinoamericanos, que tasas elevadas de cesárea están asociadas con mayor morbilidad materna grave, mayor mortalidad fetal y un número más alto de recién nacidos internados por siete o más días en unidades de cuidados intensivos neonatales. En la misma línea, Magne et al. (2017) plantean que las cesáreas sin justificación médica alteran la colonización microbiana intestinal del neonato, aumentando el riesgo de enfermedades no transmisibles como asma, obesidad y diabetes tipo 1, con evidentes consecuencias a largo plazo sobre los sistemas de salud. La elección de cesárea, además, condiciona los siguientes partos de esa madre: si ella ya tuvo un parto por cesárea una vez, existe una muy alta probabilidad de que sus siguientes partos sean también por cesárea (Szablewska, 2025).

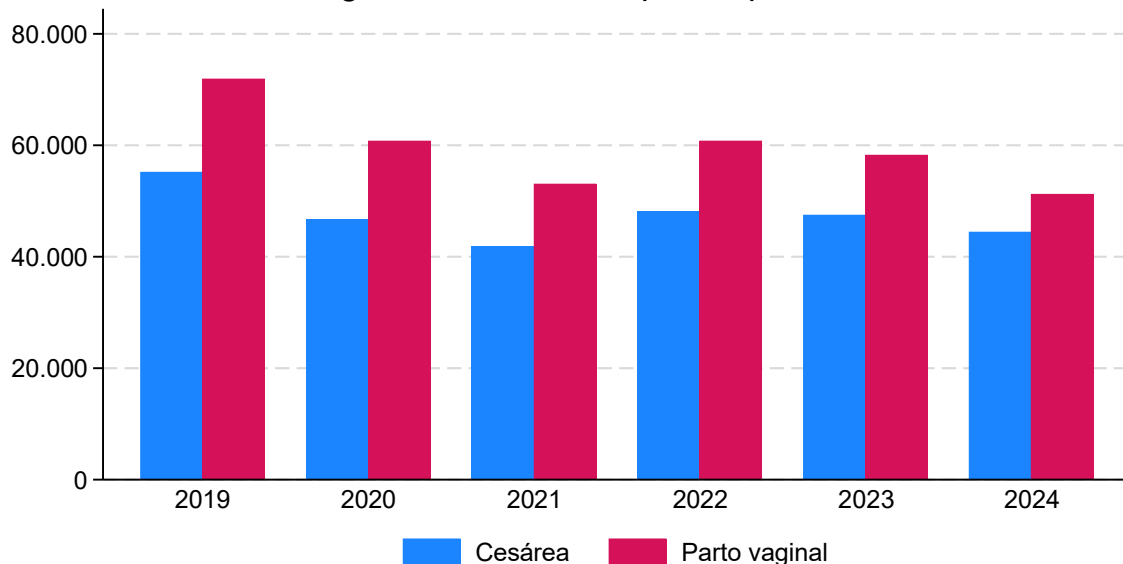
El exceso de cesáreas no tiene solo consecuencias clínicas. También tiene efectos relevantes sobre la sostenibilidad económica y operativa de los sistemas de salud, donde está el foco de este documento. El uso de la cesárea por sobre el parto vaginal

implica mayores costos en personal y suministros, requiere el uso de pabellones quirúrgicos y una estancia hospitalaria más prolongada.

Volumen y distribución por previsión en hospitales públicos chilenos

La Figura 1 muestra la evolución del número de partos registrados entre 2019 y 2024 en hospitales públicos adscritos al sistema de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), distinguiendo entre cesáreas y partos vaginales.¹ Si bien el número total de partos ha experimentado fluctuaciones en años recientes, la proporción de cesáreas sobre el total se mantuvo elevada (en torno a un 45%) a lo largo de todo el período.

Figura 1: Número de partos por método



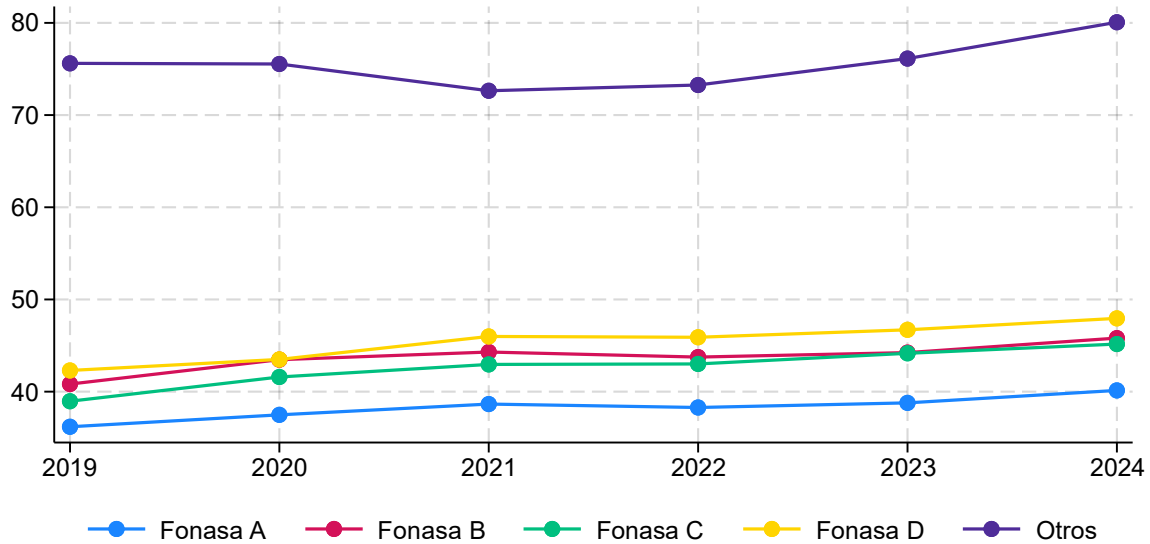
Notas: Solo se incluyen hospitales públicos adscritos al sistema GRD desde 2019.
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa .

El número de cesáreas no se distribuye de forma homogénea entre los distintos grupos socioeconómicos de beneficiarios de Fonasa. La Figura 2 ilustra el porcentaje de cesáreas según tramo de previsión —Fonasa A, B, C, D y la categoría “Otros”, que

¹ Para evitar posibles sesgos asociados a la variación año a año del número de hospitales adscritos al sistema GRD, consideramos únicamente los 65 hospitales que son parte del sistema desde 2019. Ellos representan, al año 2024, el 85% del total de egresos hospitalarios en toda la red de hospitales públicos.

incluye, entre otros, atenciones por Modalidad de Libre Elección (MLE) en hospitales públicos.² Los datos revelan diferencias persistentes entre grupos, particularmente entre el tramo de menores ingresos “A” y la categoría “Otros”. Este patrón es consistente con la idea de que, ante mayores ingresos y/o mayor capacidad de elección, mayor es la tasa de uso de cesáreas.

Figura 2: Tasa de cesáreas (%) en cada previsión

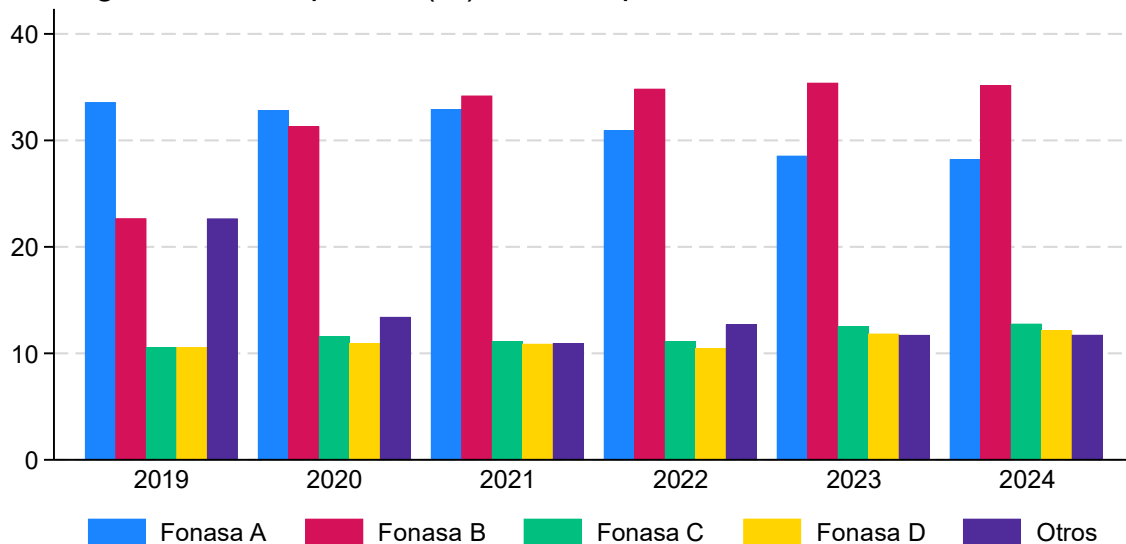


Notas: Solo se incluyen hospitales públicos adscritos al sistema GRD desde 2019. Atención por MLE en hospitales públicos (i.e., pensionados) se incluye en *Otros*.
 Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa

La Figura 3 muestra la participación en el total de cesáreas de cada grupo previsual de Fonasa. El grueso de los partos por cesárea se concentra en los dos tramos de menores ingresos (A y B). Los grupos previsionales con la menor y mayor tasa de cesáreas respectivamente, “Fonasa A” y “Otros”, representan en 2024 el 28% y 12% del total de partos por cesárea en este grupo de hospitales.

² Dentro de la categoría “Otros” se encuentran pacientes que, dentro del sistema hospitalario público, se atienden en la modalidad de “pensionado”. Esta modalidad —con copago asociado— permite una mayor libertad de elección del paciente, similar a una atención en la red privada de salud.

Figura 3: Participación (%) de cada previsión en el total de cesáreas



Notas: Solo se incluyen hospitales públicos adscritos al sistema GRD desde 2019. Atención por MLE en hospitales públicos (i.e., pensionados) se incluye en *Otros*.
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa

Costos, días cama y potencial de ahorro

Las consecuencias del exceso de cesáreas no se limitan a los resultados clínicos para la madre. Las cesáreas se asocian a un riesgo relativo ajustado (aRR) de 2,09 para la mortalidad neonatal (i.e., el riesgo de mortalidad neonatal es 2,09 veces mayor en cesárea respecto del parto vaginal) y de 1,41 para los ingresos a unidades de cuidados especiales. Respecto a la morbilidad respiratoria, el riesgo es 1,80 veces superior de forma general, pero aumenta significativamente en etapas tempranas: la probabilidad de que el recién nacido desarrolle morbilidad respiratoria es entre 3,0 y 3,9 veces mayor en cesáreas electivas realizadas entre las semanas 37 y 38, en comparación con los partos vaginales (De Luca et al., 2009; Hansen et al., 2007).

El exceso de cesáreas también tiene efectos sobre el gasto público y el uso de infraestructura hospitalaria. Una cesárea tiene mayor costo que un parto vaginal: requiere una mayor cantidad de insumos, personal quirúrgico y médico anestesista, y genera estadías hospitalarias más prolongadas (NICE, 2025; OMS, 2005; Sadler y Leiva, 2015). La Tabla 1 presenta los costos unitarios estimados, según valoración

por GRD, para cada tipo de parto en cada año.³ En promedio, la cesárea es cerca de 600 mil pesos más cara que el parto vaginal.

Tabla 1: Costos unitarios estimados por GRD

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Costo unitario promedio					
Procedimiento	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cesárea	1.577.911	1.582.055	1.592.981	1.588.654	1.572.145	1.545.230
Parto vaginal	960.999	956.683	960.767	952.470	939.407	926.661

Notas: Usamos el precio base GRD de 2024 para valorar cada prestación. La variabilidad año a año se debe a diferencias en la complejidad promedio de los casos en el año particular. Dentro de “Parto vaginal” se agrupan y promedian nueve códigos GRD (3 códigos base y 3 niveles de severidad por cada uno) asociados a este tipo de parto; “Cesárea” agrupa y promedia tres códigos GRD (1 código base con 3 niveles de severidad). Para un desglose más detallado de cada código y sus costos estimados, revisar Tabla A1 en el Anexo.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa.

Estos costos unitarios no consideran las eventuales complicaciones del recién nacido o secuelas clínicas para la madre asociadas a la cesárea, por lo que **deben interpretarse como un piso conservador**: los costos efectivos son mayores.⁴

Cerca de un 23% de los partos en 2024 tienen asociado un egreso neonatal según la codificación GRD —un poco más de 22 mil casos. En promedio, estos egresos neonatales tienen un costo unitario estimado de 3.786.048 pesos.⁵ En conjunto, los

³ Para cuantificar el costo unitario de una cesárea y un parto vaginal, multiplicamos los pesos relativos GRD promedio asociados a cada tipo de parto, en cada año, por el precio base GRD correspondiente al año 2024 (2.821.990 pesos). Después, multiplicamos estos valores unitarios por la cantidad de cesáreas o partos vaginales en el año respectivo (ver Tabla 1 con los precios obtenidos por año). Para una explicación más detallada del sistema de financiamiento GRD y otras alternativas para valorizar partos, revisar el Anexo.

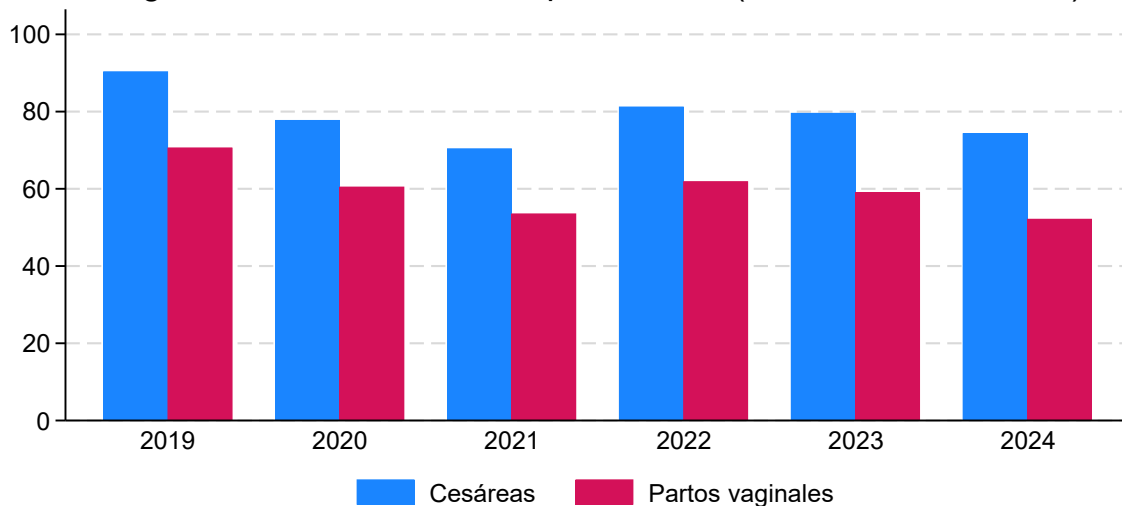
⁴ Para una revisión del mayor costo de la cesárea en otros países, considerando sus costos indirectos y en el largo plazo, revisar Berg et al. (2023), Metwali et al. (2024) y Cheah (2019).

⁵ Para un desglose de los distintos códigos GRD asociados a complicaciones neonatales, con sus frecuencia, pesos relativos y costos, revisar Tabla A2 en el Anexo.

egresos neonatales tienen un costo anual estimado de más de 80 millones de dólares al año.

La Figura 4 presenta una estimación del costo total para el sistema (i.e., el conjunto de hospitales que estamos analizando) asociado a cesáreas y partos vaginales entre 2019 y 2024, según los costos unitarios estimados en la Tabla 1 (i.e., sin considerar los mayores costos por complicaciones neonatales o de largo plazo). Las cesáreas, pese a representar menos de la mitad de todos los partos, son responsables del 56% del gasto total en este ítem en 2024.

Figura 4: Costo del sistema por método (MM de USD de 2024)

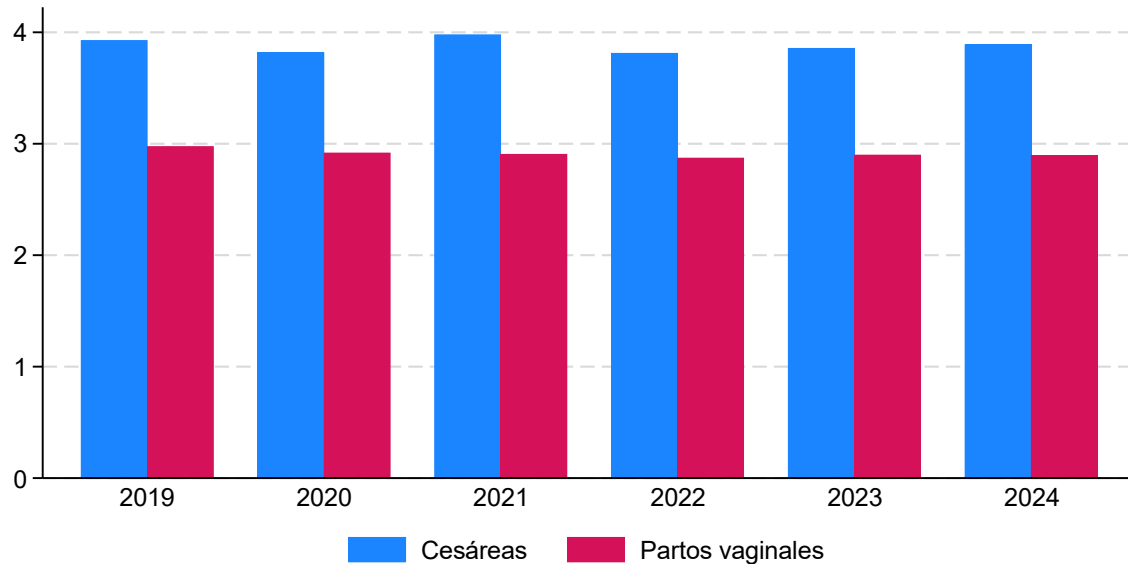


Notas: Solo se incluyen hospitales públicos adscritos al sistema GRD desde 2019. Con sistema nos referimos al conjunto de hospitales analizados. Se toma como precio de referencia de cada prestación el producto entre el peso relativo GRD promedio del año respectivo y el precio base GRD de 2024. En esta estimación no consideramos los costos asociados a complicaciones neonatales o secuelas de largo plazo para la madre.
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa

La Figura 5 muestra las diferencias en la duración promedio de la estadía entre ambos tipos de partos: las cesáreas, en promedio, usan un día más de hospitalización que los partos vaginales, con una brecha estable a lo largo de todo el período analizado. Este diferencial adquiere mayor relevancia en un sistema hospitalario

público con restricciones de capacidad instalada y problemas de gestión documentados.⁶

Figura 5: Días cama promedio por método

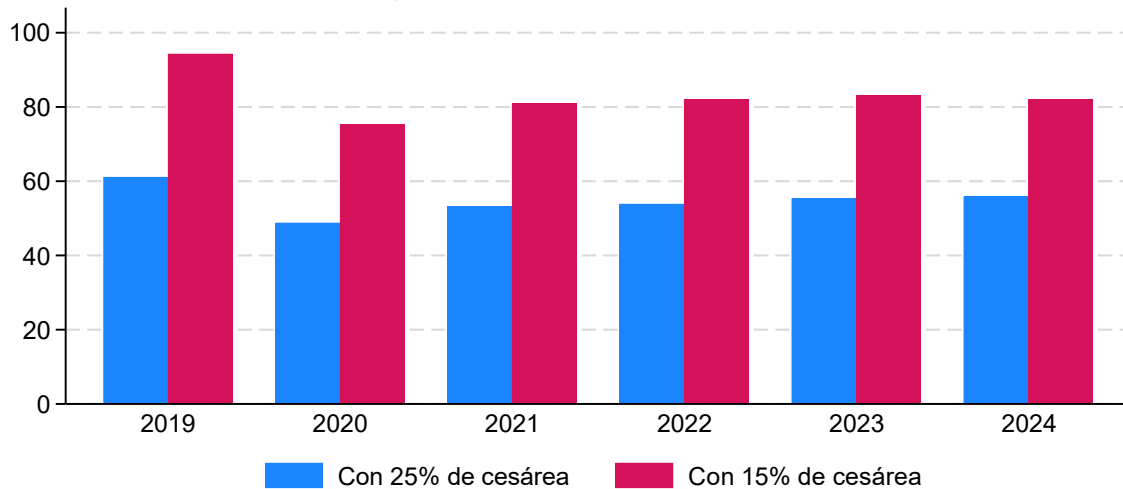


Notas: Solo se incluyen hospitales públicos adscritos al sistema GRD desde 2019.
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa

Si se redujera la tasa de cesáreas a un 25% o a un 15% del total de partos, se liberarían aproximadamente 50 y 80 camas adicionales por día en la red pública, respectivamente (ver Figura 6). En términos de días cama habilitados al año, estaríamos hablando de cerca de 18.000 y 30.000, respectivamente. Estas camas podrían reasignarse a otras prestaciones o contribuir a reducir listas de espera en distintas especialidades.

⁶ Para un análisis detallado, consultar el informe de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP, 2020) sobre el uso eficiente de quirófanos y listas de espera no GES.

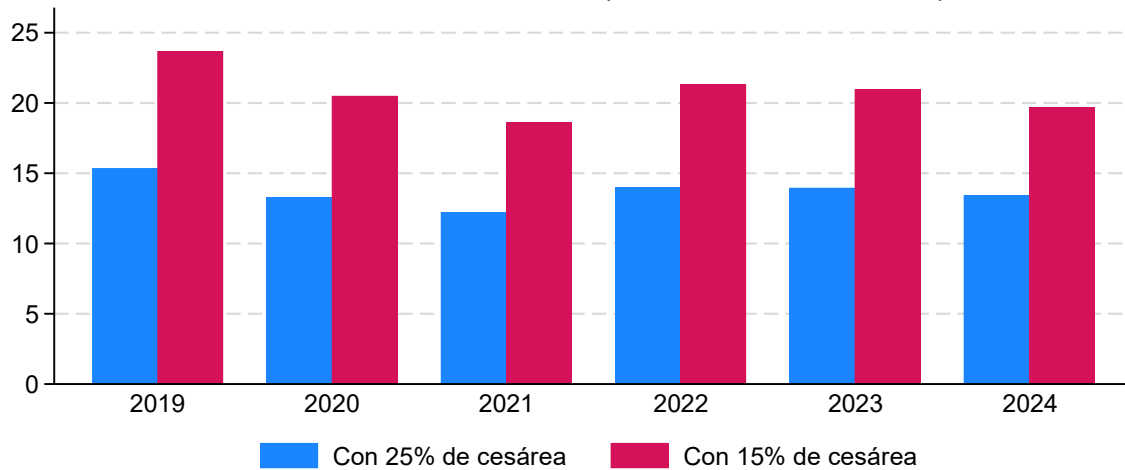
Figura 6: Camas adicionales en el sistema por reducción de cesáreas



Notas: Solo se incluyen hospitales públicos adscritos al sistema GRD desde 2019. Con sistema nos referimos al conjunto de hospitales analizados. Corresponde a la cantidad de camas adicionales que habrían disponibles en cada día del año en caso de darse la reducción respectiva en la cantidad de cesáreas.
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa.

La Figura 7, finalmente, estima el ahorro monetario para el sistema que resultaría de reducir la tasa de cesáreas en distintas magnitudes: alcanzar una tasa del 25% permitiría generar un ahorro de entre 10 y 15 millones de dólares anuales, cifra que aumenta a cerca de 20 millones de dólares si se apunta al umbral recomendado por la OMS del 15% —todo esto antes de considerar los gastos adicionales asociados a complicaciones neonatales y secuelas de largo plazo.

Figura 7: Ahorro del sistema por reducción de cesáreas (MM de USD de 2024)



Notas: Solo se incluyen hospitales públicos adscritos al sistema GRD desde 2019. Con sistema nos referimos al conjunto de hospitales analizados. Se toma como precio de referencia de cada prestación el producto entre el peso relativo GRD promedio del año respectivo y el precio base GRD de 2024. En esta estimación no consideramos los costos asociados a complicaciones neonatales o secuelas de largo plazo para la madre.
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa

Consideraciones de política pública

El Estado debe implementar estrategias para contener las tasas de cesárea en la red pública. Por extensión, el ahorro posible para el sistema de seguros privados debe ser también considerado, para lograr una mejor utilización de las cotizaciones obligatorias.

La OMS (2018) propone un conjunto de intervenciones respaldadas por evidencia. Para reducir las tasas de cesáreas, las estrategias que presentan mayor efectividad esperada incluyen la implementación de guías clínicas estandarizadas, la exigencia de una segunda opinión obligatoria previa a la indicación quirúrgica y el uso de sistemas de auditoría que proporcionen retroalimentación oportuna a los equipos médicos.⁷

⁷ Las autoridades chilenas han emitido documentos al respecto: el Decreto Exento N° 41 de 2021 del Ministerio de Salud, “Norma técnica y administrativa: Monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea”, y la Circular N°10 de 2022

En el sector público, el modelo de matrona de cabecera (*caseload midwifery*), donde una misma profesional acompaña a la gestante durante el embarazo, parto y postparto, ha demostrado disminuir tanto la incidencia de cesáreas como el gasto hospitalario (Tracy et al., 2014). Sin embargo, la efectividad de estos modelos depende también de que la estructura de pagos en salud no favorezca económicamente a la cesárea frente al parto vaginal. Aunque la evidencia indica que igualar los pagos al prestador no es suficiente por sí solo para revertir la tendencia (Chen et al., 2013), representa un paso necesario para desincentivar la indicación quirúrgica por conveniencia. Las reformas deben considerar el costo de oportunidad económico de la variable tiempo: la brevedad y predictibilidad de una cesárea programada, en contraste con la duración incierta de un trabajo de parto vaginal, constituyen fuertes incentivos para que los equipos médicos prefieran la opción cesárea (Chen et al., 2013; De Elejalde y Giolito, 2021).

de la Subsecretaría de Salud Pública, “Instruye directrices para aplicación de cesáreas por requerimiento materno”. Para una revisión breve de estos documentos revisar el Anexo.

Referencias

- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., y Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6, e005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
- Borrescio-Higa, F., y Valdés, N. (2019). Publicly insured caesarean sections in private hospitals: A repeated cross-sectional analysis in Chile. *BMJ Open*, 9, e024241. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024241>
- Chen, C. S., Liu, T. C., Chen, B., & Lin, C. L. (2014). The failure of financial incentive? The seemingly inexorable rise of cesarean section. *Social Science & Medicine*, 101, 47-51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.018>
- Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP). (2020). Uso eficiente de quirófanos electivos y gestión de lista de espera quirúrgica no GES. <https://www.cnep.cl/>
- De Elejalde, R., y Giolito, E. (2021). A demand-smoothing incentive for cesarean deliveries. *Journal of Health Economics*, 76, 102420. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102420>
- De Luca, R., Boulvain, M., Irion, O., Berner, M., y Pfister, R. E. (2009). Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery. *Pediatrics*, 123(6), e1064–e1071. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2407>
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Uldbjerg, N., y Henriksen, T. B. (2007). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.39405.539282.BE>
- Magne, F., Puchi Silva, A., Carvajal, B., y Gotteland, M. (2017). The elevated rate of cesarean section and its contribution to non-communicable chronic diseases

- in Latin America: The growing involvement of the microbiota. *Frontiers in Pediatrics*, 5, 192. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00192>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2025, June 10). *Caesarean birth* (NICE Guideline NG192). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
- OCDE. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Rising caesarean deliveries in Latin America: How best to monitor rates and risks*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *WHO statement on caesarean section rates* (WHO/RHR/15.02). OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *WHO recommendations: Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. OMS.
- Peña-Torres, J., & Kaufmann, J. (2024, 7 de enero). *Gestión hospitalaria pública en Chile y el mecanismo de pago GRD* (Documento de Trabajo N° 126). CLAPES UC, Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales.
- Sadler, M., y Leiva, G. (2015). *Cesáreas en Chile* [serie de columnas]. CIPER Chile.
- Sadler, M., y Leiva, G. (2023). *Más cesáreas que nunca en Chile*. CIPER Chile. <https://www.ciperchile.cl/2023/01/11/mas-cesareas-que-nunca-en-chile/>
- Szablewska, A. W., Zajac, B., y Santos-Rocha, R. (2025). From one birth to the next: How cesarean section affects maternal physical activity and health in later pregnancy—A prospective cohort study. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1657089. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1657089>
- Tracy, S. K., Welsh, A., Hall, B., Hartz, D., Lainchbury, A., Bisits, A., White, J., & Tracy, M. B. (2014). Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross

sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 46. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-46>

Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., Shah, A., Campodónico, L., Bataglia, V., Faundes, A., Langer, A., Narváez, A., Donner, A., Romero, M., Reynoso, S., de Pádua, K. S., Giordano, D., Kublickas, M., y Acosta, A. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, 367(9525), 1819-1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68704-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68704-7)

Yamamoto, M., Latorre, R., Rojas, J., Walker, B., Jordán, F., Carrillo, J., Paiva, E., y Insunza, A. (2019). Cesarean rates in a Chilean public hospital and the use of a new prioritization criteria: *The relevance index*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(9), 1757-1764. <https://doi.org/10.1111/jog.14040>

Anexo

Sistema de financiamiento GRD

En teoría, el precio base GRD global del sistema hospitalario debiera ser equivalente al costo medio total esperado de atender un egreso hospitalario promedio, en el conjunto total de los hospitales en la red pública de salud. Si este valor estuviese correctamente calculado (véase Peña-Torres y Kaufmann, 2024), financiar este valor, como costo medio total por cada egreso del sistema hospitalario, debiera financiar por completo la reposición de todos los activos productivos y todos los costos operacionales requeridos para mantener en régimen de operación normal al conjunto de hospitales incluidos en el análisis.

En la versión conceptual idealizada del sistema de financiamiento GRD, el valor del precio base GRD funciona como un “precio (o valor) numerario” que permite valorizar a todo el resto de los costos (promedio por egreso) asociados a la entrega de diversas prestaciones hospitalarias específicas. Así, para cada tipo de prestación hospitalaria con codificación GRD (e.g., atención por parto vaginal), existen 3 niveles posibles de complejidad asociables (1 para la categoría de menor complejidad, 3 para la de mayor complejidad) a la atención prestada a un paciente (egreso) en particular: cada tipo de prestación GRD codificada, condicional a un determinado nivel de complejidad (o severidad), tiene asociado un valor numérico específico que se denomina peso relativo GRD. Este peso relativo equivale a la proporción (del precio base GRD para todo el sistema hospitalario) que representa el costo medio total (i.e., todos los costos de este servicio incluidos) de proveer ese tipo específico de prestación hospitalaria a un paciente (promedio) egresado.

Si bien en Chile la entrega de financiamiento hospitalario por parte de la DIPRES (Programa 05 de Fonasa) no utiliza este sistema de valoración de costos medios esperados por egreso hospitalario (véase Peña-Torres y Kaufmann, 2024), los pesos relativos GRD, y el precio base GRD para el total del sistema hospitalario público en Chile, proveen un conjunto detallado de valores que pueden utilizarse como aproximaciones —y, sobre todo, consistentes entre sí— para el costo total de

provisión de diversas prestaciones hospitalarias específicas en Chile. Estas son las métricas de costo medio por egreso que utilizamos en los cálculos en este documento.

Estos valores debieran incluir el total de los costos operacionales asociados a la prestación —no incluyen necesariamente los costos para reponer infraestructura o renovación de activos tecnológicos (equipos, software, etc.) a más largo plazo.

Valorizaciones alternativas: GRD por MCC y Bono PAD

Valores GRD para nuevo seguro voluntario MCC

La licitación vigente de la modalidad de cobertura complementaria (MCC) de Fonasa establece pagos por GRD para las prestaciones de parto vaginal y cesárea (Resolución Exenta N° 174/2025 de la Subsecretaría de Salud Pública). El precio base correspondiente a estas prestaciones, según su peso relativo GRD y los distintos tramos que establece la norma, es de 3.300.000 pesos: un 17% más que el precio base de 2024 para los hospitales públicos con financiamiento GRD. Este mayor valor resulta en precios de \$1.083.626 y \$1.806.973 para el parto vaginal y la cesárea, respectivamente (usando los mismos pesos relativos promedio de 2024 de la Tabla 1). Este pago GRD se divide en tres partes: 43% se paga por cotización de Fonasa, 32% por aporte del asegurador privado, y 25% por aporte directo del beneficiario (i.e., copago).

Además, la MCC considera un pago adicional por ajuste tecnológico de \$371.190 para algunos códigos de parto vaginal: 146121, 146122, 146131, y 146132 (ver Tabla A1 para una descripción de estos códigos). Este ajuste tecnológico se paga en partes iguales por cotización de Fonasa y aportes del seguro.

Bono PAD para partos

El Bono PAD, al que pueden acceder beneficiarios de Fonasa para atenderse en el sector privado a un precio fijo por prestación, tiene un valor total por parto de \$1.432.730 para 2026. Este corresponde al monto total que recibe el prestador por un parto, con independencia de si el parto es por cesárea o parto vaginal. Asimismo,

el beneficiario tiene un copago de \$358.180 independiente de la modalidad del parto.

Marco Normativo del Ministerio de Salud respecto a la Operación Cesárea

Actualmente, la regulación técnica y administrativa del Ministerio de Salud respecto a la vía de parto en Chile se estructura a través de dos instrumentos principales, el (1) Decreto Exento N° 41 de 2021 y (2) la Circular N° 10 de 2022 del Ministerio de Salud:

1. Norma técnica y administrativa: Monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea (2021)

Este documento establece el marco para el seguimiento de la actividad quirúrgica en los sectores público y privado, con el objetivo de reducir las cesáreas sin justificación médica, mediante los siguientes componentes:

- **Clasificación de Robson (OMS):** Sistema de categorización de las gestantes en 10 grupos excluyentes basados en características obstétricas, lo que permite la caracterización técnica de la actividad de cada centro de salud.
- **Estandarización de Indicaciones:** Detalle de las causales maternas, fetales y ovulares aceptadas técnicamente, distinguiendo entre aquellas que aplican en todo caso y aquellas que deben evaluarse según la situación clínica obstétrica-perinatal de cada caso.
- **Protocolos de Vigilancia:** Estructura de comités a nivel local, regional y central encargados de la revisión de registros clínicos y del cumplimiento de los procesos de consentimiento informado.
- **Evidencia en Salud Reproductiva:** Recopilación de datos técnicos sobre la relación entre la vía de parto y trastornos a largo plazo, comparando resultados de la cesárea frente al parto vaginal en patologías del piso pélvico.

2. Instruye directrices para aplicación de cesáreas por requerimiento materno (2022)

Este instrumento regula el procedimiento administrativo y clínico ante la "Cesárea Por Solicitud Materna" (CPSM) dentro del marco de la práctica médica vigente.

- **Protocolo de Consejería:** Disposición de entrega de información sobre riesgos y beneficios de las vías de parto en ausencia de una indicación médica para la cirugía.
- **Criterio de Edad Gestacional:** Norma técnica que sitúa la semana 40 de gestación como el momento para la programación de intervenciones solicitadas por la paciente.
- **Directrices Operativas:** Establece cómo proceder frente al inicio del trabajo de parto espontáneo, o ante solicitudes basadas únicamente en el manejo del dolor o el deseo de esterilización quirúrgica.

Tablas

Tabla A1: Códigos GRD asociados a partos y sus costos estimados para 2024

Código GRD	Procedimiento	Severidad	(1)	(2)	(3)	(4)
			Número de egresos	Porcentaje de egresos	Peso relativo GRD	Precio estimado
146101		Menor	26.663	27,74	0,52	1.454.736
146102	Cesárea	Moderada	14.361	14,94	0,57	1.620.951
146103		Mayor	3.640	3,79	0,82	2.310.363
146111	Parto vaginal con esterilización y/o dilatación y legrado	Menor	3.113	3,24	0,47	1.333.673
146112		Moderada	1.456	1,51	0,54	1.518.231
146113		Mayor	426	0,44	0,84	2.359.466
146121	Parto vaginal con proced., excepto esterilización y/o dilatación y legrado	Menor	19.728	20,53	0,31	877.357
146122		Moderada	4.441	4,62	0,36	1.011.119
146123		Mayor	1.154	1,20	0,48	1.346.089
146131		Menor	17.042	17,73	0,30	842.928
146132	Parto vaginal	Moderada	3.248	3,38	0,35	976.409
146133		Mayor	840	0,87	0,50	1.410.995
		Agregado	96.112	100	0,44	1.247.683

Notas: Cada dupla procedimiento-severidad representa un código GRD. En la última fila (Agregado), las columnas (1) y (2) corresponden a la suma de las filas superiores, mientras que las columnas (3) y (4) corresponden a promedio ponderado por egresos de las filas superiores.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa.

Tabla A2: Códigos GRD asociados a neonatos y sus costos estimados para 2024

Código GRD	Procedimiento	(1) Número de egresos	(2) Porcentaje de egresos	(3) Peso relativo GRD	(4) Precio estimado
15801	Neonato con trasplante de órgano u oxigenación por membrana extracorpórea	2	0,01	18,59	52.468.696
15802	Neonato, peso al nacer <1000 gr con procedimiento mayor	64	0,29	20,65	58.263.088
15803	Neonato, peso al nacer <1000 gr sin procedimiento mayor	375	1,68	11,88	33.518.348
15804	Neonato, peso al nacer 1000-1499 gr con procedimiento mayor	39	0,17	15,67	44.231.588
15805	Neonato, peso al nacer 1500-1999 gr con procedimiento mayor	51	0,23	11,44	32.279.742
15806	Neonato, peso al nacer 2000-2499 gr con procedimiento mayor	67	0,30	9,11	25.717.818
15807	Neonato, peso al nacer >2499 gr con procedimiento mayor	194	0,87	8,41	23.746.000
15808	Neonato, peso al nacer >2499 gr con distress respiratorio	1.146	5,13	1,58	4.472.265
15810	Neonato muerto o transferido a hospital de agudos, con edad <5 días al alta	927	4,15	0,52	1.456.403
15811	Neonato, peso al nacer 1000-1499 gr sin procedimiento mayor	781	3,50	6,47	18.270.346
15812	Neonato, peso al nacer 1500-1999 gr sin procedimiento mayor	1.763	7,90	2,59	7.313.284
15813	Neonato, peso al nacer 2000-2499 gr sin procedimiento mayor	3.460	15,50	1,03	2.909.871
15814	Neonato, peso al nacer >2499 gr con anomalía mayor o problemas hereditarios	1.332	5,97	1,50	4.230.040
15815	Neonato, peso al nacer >2499 gr con síndrome de aspiración	61	0,27	0,75	2.115.026
15816	Neonato, peso al nacer >2499 gr con infección congénita/perinatal	1.382	6,19	0,72	2.040.537
15817	Neonato, peso al nacer >2499 gr sin procedimiento mayor	10.673	47,81	0,20	573.609
15917	Neonato, peso al nacer >2499 gr	6	0,03	0,01	31.606
Agregado		22.323	100	1,34	3.786.048

Notas: Se considera un código GRD de 5 dígitos (en vez de 6 dígitos) y para cada uno de estos “códigos cortos” se promedia el peso relativo entre los tres niveles de complejidad. En la última fila (Agregado), las columnas (1) y (2) corresponden a la suma de las filas superiores, mientras que las columnas (3) y (4) corresponden al promedio ponderado por egresos de las filas superiores.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Fonasa.



clapesuc



@clapesuc



@clapes_uc



Clapes UC



ClapesUC



www.clapesuc.cl