

Hospitalización social en el sistema hospitalario público de Chile: un análisis basado en Grupos Relacionados por Diagnóstico, 2019–2024

Social Hospitalizations in Chile's Public Hospital System: an Analysis Based on Diagnosis-Related Groups, 2019–2024

Juan Carrillo Azócar¹

RESUMEN

Objetivo: Cuantificar la hospitalización social en los hospitales públicos chilenos que codifican según Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), analizando su magnitud, evolución temporal, distribución geográfica, perfil diagnóstico y costos asociados. **Material y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 3.006.058 egresos de adultos (≥ 15 años) del periodo 2019–2024. Se aplicaron dos criterios de hospitalización social: Criterio A (estancia ≥ 60 días) y Criterio B (estancia real ≥ 1 desviación estándar por encima de la esperada, excluyendo los casos atípicos). Se estimaron los costos mediante el valor base GRD del año 2024 (CLP \$2.827.422). **Resultados:** El Criterio A identificó 34.873 casos (11,60%) y el Criterio B 195.777 (65,13%). La tasa fue 3,3 y 2,0 veces mayor en urgencia que en programados, respectivamente. Los hombres presentaron mayor tasa en el Criterio A (razón H/M=1,48). El Criterio A mostró un pico en 2022 (16,57% por urgencia) con posterior descenso, mientras el Criterio B descendió un 34% entre 2019 y 2024. Los diagnósticos predominantes fueron COVID-19, esquizofrenia y traumatismo encefalocraneano (Criterio A) y coleditiasis, apendicitis e infarto agudo de miocardio (Criterio B). El costo acumulado fue USD 496 millones (Criterio A) y USD 560 millones (Criterio B). **Conclusiones:** La hospitalización social representa una proporción significativa de la actividad hospitalaria pública, con marcada variabilidad geográfica y perfiles diagnósticos diferenciados según el criterio adoptado. Su abordaje requiere intervenciones extrahospitalarias y de los procesos quirúrgicos.

Palabras clave: hospitalización social, estancia hospitalaria, eficiencia organizacional, costos hospitalarios, grupos relacionados por diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: To quantify social hospitalizations in Chilean public hospitals that use Diagnosis-Related Groups (DRGs) for coding, by analyzing their magnitude, trends over time, geographic distribution, diagnostic profile, and associated costs. **Materials and Methods:** A retrospective observational study of 3,006,058 adult discharges (≥ 15 years) from 2019 to 2024. Two criteria for social hospitalization were applied: Criterion A (length of stay ≥ 60 days) and Criterion B (actual length of stay ≥ 1 standard deviation above the expected length of stay, excluding atypical cases). Costs were estimated using the 2024 DRG base value (CLP \$2,827,422). **Results:** Criterion A identified 34,873 cases (11.60%) and Criterion

Recibido el 21 de junio de 2026. Aceptado el 17 de agosto de 2026.

¹ Médico cirujano de la Universidad de Concepción. Grupo de Trabajo de Analítica en Salud, Unidad de Innovación e Investigación, Hospital de Quilpué (Provincial Marga Marga); Magister (c) en Salud Pública. Máster en Medicina y Fisiología del Sueño. Correspondencia a: jcaraz@gmail.com

B identified 195,777 (65.13%). The rate was 3.3 and 2.0 times higher for emergency admissions than for scheduled admissions, respectively. Men had a higher rate under Criterion A (M/W ratio = 1.48). Criterion A peaked in 2022 (16.57% for emergency visits) and subsequently declined, while Criterion B decreased by 34% between 2019 and 2024. The predominant diagnoses were COVID-19, schizophrenia, and traumatic brain injury (Criterion A) and cholelithiasis, appendicitis, and acute myocardial infarction (Criterion B). The cumulative cost was USD 496 million (Criterion A) and USD 560 million (Criterion B). **Conclusions:** Social hospitalization accounts for a significant proportion of public hospital activity, with marked geographic variability and distinct diagnostic profiles depending on the criterion adopted. Addressing this issue requires interventions outside the hospital setting and within surgical processes.

Keywords: social hospitalization, hospital stay, organizational efficiency, hospital costs, diagnosis-related groups.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización social —definida como la permanencia de un paciente en una cama hospitalaria de agudos más allá del momento en que su condición clínica lo requiere— constituye un fenómeno creciente en los sistemas de salud de países con transición epidemiológica avanzada (Landeiro et al., 2019). Este fenómeno refleja la intersección entre necesidades clínicas, déficits de la red sociosanitaria y limitaciones del modelo de atención hospitalocéntrico.

En Chile, el sistema hospitalario público —que cubre al 86% de la población— enfrenta una presión creciente derivada del envejecimiento poblacional acelerado, la alta carga de enfermedades crónicas y la insuficiencia de dispositivos de cuidados intermedios y de larga estadía (OCDE, 2023). La oferta total de camas de larga estadía en establecimientos formales (ELEAM) alcanza aproximadamente 9,5 por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años —de las cuales menos de 1 por 1.000 corresponde a camas públicas subsidiadas—, cifra muy inferior al promedio de la OCDE de 46 camas por 1.000 habitantes mayores de 65 años (OCDE, 2023).

Analizamos los datos de los hospitales del sistema público que codifican sus egresos mediante el sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), lo que nos permitió estimar estancias esperadas ajustadas por complejidad clínica y, por tanto, identificar casos con

estancias excesivas no explicables por la patología (MINSAL, 2019). Sin embargo, no existe en Chile un estudio sistemático que cuantifique la magnitud de la hospitalización social, su distribución geográfica ni su impacto económico.

El objetivo de este estudio fue cuantificar la hospitalización social en el sistema hospitalario público chileno mediante dos criterios complementarios, analizar su evolución temporal (2019–2024), su distribución por servicio de salud, las diferencias por sexo y tipo de ingreso, el perfil diagnóstico asociado y los costos para el sistema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio. Estudio observacional retrospectivo basado en la totalidad de los egresos hospitalarios de pacientes adultos (≥ 15 años), con estancia ≥ 1 día y peso GRD > 0 , registrados en la base de datos GRD del Fondo Nacional de Salud (FONASA), correspondiente al periodo 2019–2024. Se incluyeron los datos de los hospitales públicos -65 los 4 primeros años, 68 el quinto y 72 el sexto- que codifican con GRD (IR-GRD v3.1). Se excluyeron 1.415 registros con valores faltantes en variables clave (0,047%), lo que resultó en una muestra analítica de 3.006.058 egresos.

Criterios de hospitalización social. Se aplicaron dos criterios: Criterio A: estancia total ≥ 60 días, umbral utilizado en la literatura internacional para identificar estancias extremas (Lim et al., 2006). Criterio B: estancia real ≥ 1 desviación estándar (DE) por encima de la estancia esperada para su código GRD, excluyendo los casos clasificados como atípicos por el agrupador (severidad GRD ≥ 3). La estancia esperada se calculó como la media nacional por código GRD en el periodo analizado.

Variables. Se analizaron: tipo de ingreso (urgencia/programado), año de egreso, servicio de salud (29 servicios), sexo, diagnóstico principal (CIE-10), estancia total, peso relativo y código GRD.

Estimación de costos. Se utilizó el valor base GRD 2024 (CLP \$2.827.422) y se multiplicó por el peso relativo de cada egreso. El costo de los días excedentes se estimó mediante el valor implícito del día-cama (CLP \$402.728), obtenido como el cociente entre el costo total del sistema y los días-cama totales. Se utilizó un tipo de cambio de USD 1 = CLP 920.

Análisis estadístico. Se calcularon tasas de hospitalización social (por mil egresos), razones de tasas

de urgencia/programadas, razones hombre/mujer y tendencias temporales. La concordancia entre criterios se evaluó mediante el coeficiente Kappa de Cohen. Los análisis se realizaron en Python 3.11 con las bibliotecas pandas, scipy y numpy. En forma complementaria se utilizó SPSS versión 22.

RESULTADOS

Características generales. Se analizaron 3.006.058 egresos: 2.241.921 con ingreso por urgencia (74,6%) y 764.137 con ingreso programado

(25,4%). La estancia media global fue de 8,85 días (DE 15,9), con mediana de 5 días (RIQ 2–10). Los ingresos por urgencia presentaron una estancia media de 10,23 días (DE 17,0; mediana 6, RIQ 3–12) frente a 4,81 días (DE 11,5; mediana 2, RIQ 1–5) en los programados. La estancia media en ingresos de urgencia aumentó de 9,45 días (2019) a un máximo de 10,91 (2022), y descendió luego a 9,87 (2024). En programados se mantuvo estable (rango de 4,56–5,41 días). El Índice Case-Mix (ICM) fue 1,288 en urgencias y 1,179 en programados.

Tabla 1a: Estancia hospitalaria en ingresos de urgencia por año, Chile 2019–2024.

Año	N	% del total	Media (DE)	Mediana (RIQ)	Suma días-cama	% días-cama
2019	390.493	13,0	9,45 (16,4)	5 (2–11)	3.690.512	13,9
2020	341.572	11,4	10,14 (18,7)	6 (3–12)	3.461.858	13,0
2021	363.139	12,1	10,87 (18,2)	6 (3–13)	3.946.023	14,8
2022	348.181	11,6	10,91 (17,6)	6 (3–13)	3.798.655	14,3
2023	380.761	12,7	10,27 (15,8)	6 (3–12)	3.909.699	14,7
2024	417.775	13,9	9,87 (15,0)	6 (3–11)	4.122.714	15,5
Total	2.241.921	74,6	10,23 (17,0)	6 (3–12)	22.929.461	86,2

Tabla 1b: Estancia hospitalaria en ingresos programados por año, Chile 2019–2024.

Año	N	% del total	Media (DE)	Mediana (RIQ)	Suma días-cama	% días-cama
2019	174.951	5,8	4,56 (10,5)	2 (1–4)	798.167	3,0
2020	91.753	3,1	5,41 (14,3)	2 (1–5)	496.830	1,9
2021	89.822	3,0	5,12 (11,0)	2 (1–5)	459.816	1,7
2022	121.756	4,1	4,77 (13,8)	2 (1–5)	580.750	2,2
2023	141.390	4,7	4,63 (9,5)	2 (1–4)	655.015	2,5
2024	144.465	4,8	4,72 (10,3)	2 (1–4)	681.904	2,6
Total	764.137	25,4	4,81 (11,5)	2 (1–5)	3.672.482	13,8

Figura 1: Evolución temporal de la estancia hospitalaria por tipo de ingreso, 2019–2024. A: Estancia media (días). B: Estancia mediana (días). Rojo: urgencia; azul: programado.

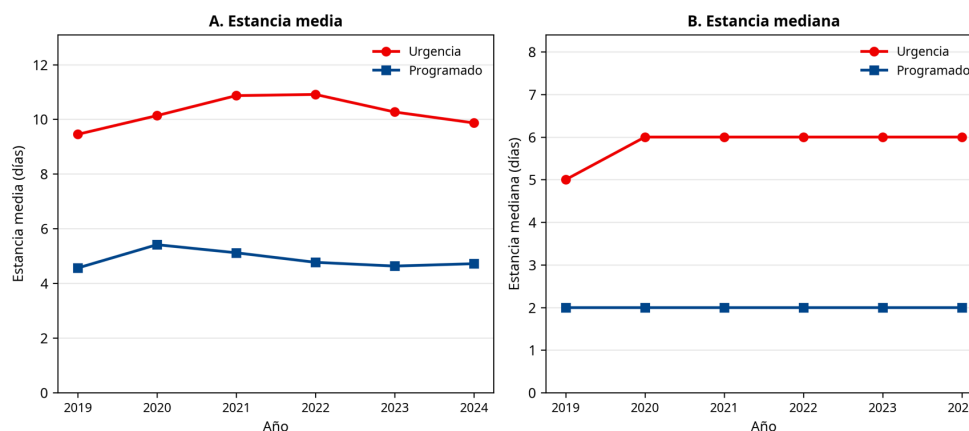


Tabla 2: Magnitud de la hospitalización social por tipo de ingreso, 2019–2024.

Indicador	Total	Urgencia	Programado	Razón U/P
Criterio A: N (tasa ‰)	34.873 (11,60)	31.590 (14,09)	3.283 (4,30)	3,3
Criterio B: N (tasa ‰)	195.777 (65,13)	167.348 (74,64)	28.429 (37,20)	2,0
Ambos criterios: N (tasa ‰)	7.793 (2,59)	—	—	—
Kappa de Cohen	0,049	—	—	—

Diferencias por sexo. En el Criterio A, los hombres presentaron tasas significativamente mayores que las mujeres ingresadas por urgencia (16,69‰ vs. 11,28‰; razón H/M=1,48). En el Criterio B, las tasas fueron similares entre sexos en los ingresos por urgencia (73,42‰ vs. 75,97‰; razón H/M=0,97), pero los hombres mostraron una tasa mayor en programados (44,94‰ vs. 31,92‰; razón H/M=1,41).

Evolución temporal. El Criterio A en urgencia mostró un incremento desde 12,13‰ (2019)

hasta un máximo de 16,57‰ (2022), seguido de un descenso a 13,60‰ (2024). Este patrón sugiere un efecto postpandemia con acumulación de pacientes complejos sin red de egreso. El Criterio B mostró una tendencia descendente sostenida: de 95,75‰ (2019) a 63,29‰ (2024) en ingresos por urgencia, lo que representa una reducción del 34%. En los ingresos programados, ambos criterios se mantuvieron relativamente estables.

Tabla 3: Evolución temporal de la hospitalización social (tasa ‰) por tipo de ingreso.

Año	Criterio A Urgencia	Criterio A Programado	Criterio B Urgencia	Criterio B Programado
2019	12,13	3,76	95,75	42,18
2020	12,91	5,30	74,80	38,54
2021	15,09	4,48	70,02	35,67
2022	16,57	4,21	74,79	36,43
2023	14,49	4,08	69,61	34,89
2024	13,60	4,48	63,29	33,12

Perfil diagnóstico. Los diagnósticos asociados difirieron marcadamente entre criterios. En el Criterio A predominaron patologías de alta complejidad con dependencia funcional: COVID-19 (n=2.535), diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones (n=1.173), esquizofrenia (n=1.158),

sepsis (n=990) y traumatismo encefalocraneano (n=709). En el Criterio B predominaron patologías quirúrgicas con demora en su resolución: coleditiasis (n=12.244), apendicitis (n=5.571), infarto agudo de miocardio (n=5.340), fractura de pierna (n=5.279) y diabetes mellitus tipo 2 (n=5.185).

Tabla 4: Diez diagnósticos más frecuentes según el criterio de hospitalización social.

Criterio A (≥60 días)	N	Criterio B (≥1 DE)	N
COVID-19	2.535	Colelitiasis	12.244
DM2 con complicaciones	1.173	Apendicitis aguda	5.571
Esquizofrenia	1.158	IAM	5.340
Sepsis	990	Fractura de pierna	5.279
Complicaciones quirúrgicas	951	DM2	5.185
Infarto cerebral	864	Fractura de fémur	5.004
TEC	709	Pancreatitis aguda	4.472
Úlcera por presión	692	Infarto cerebral	4.403
Fractura de fémur	622	Quimioterapia	4.332
Hemorragia cerebral	598	Complicaciones quirúrgicas	3.417

Variabilidad geográfica. Se observó una amplia variabilidad entre los 29 servicios de salud. En el Criterio A (urgencia), las tasas oscilaron entre 5,2‰ (Arauco) y 24,8‰ (Ñuble). En el Criterio B (urgencia), el rango fue de 42,1‰ (Arauco) a 112,3‰ (O'Higgins). Los cinco servicios con mayor costo de ineficiencia en urgencia fueron Araucanía Sur (USD 284M), Concepción (USD 255M), Maule (USD 222M), Ñuble (USD 212M) y Valdivia (USD 195M), lo que concentró el 34% del costo excedente total.

Costos. El costo total del sistema en el periodo fue de USD 11.645 millones. La hospitalización

social por Criterio A consumió 3.459.540 días-cama (13,0% del total) con un costo de USD 496 millones (4,3% del costo total). El Criterio B consumió 4.491.668 días-cama (16,9%) y un costo de USD 560 millones (4,8%). En urgencia, el Criterio B acumuló 3.938.899 días-cama (17,2% de los días-cama de urgencia) con un costo de USD 472 millones (4,1% del costo total). La concordancia entre criterios fue mínima ($Kappa=0,049$), lo que confirma que capturan fenómenos distintos: el Criterio A identifica casos extremos de abandono social, mientras que el Criterio B detecta ineficiencia operativa difusa.

Tabla 5: Costos asociados a la hospitalización social por criterio e ingreso.

Indicador	Criterio A Total	Criterio A Urgencia	Criterio B Total	Criterio B Urgencia
Casos	34.873	31.590	195.777	167.348
Días-cama	3.459.540	3.110.027	4.491.668	3.938.899
% días-cama totales	13,0%	13,6%	16,9%	17,2%
Costo (USD millones)	496	457	560	472
% costo sistema	4,3%	3,9%	4,8%	4,1%
Estancia media (días)	99,2	98,4	22,9	23,5

DISCUSIÓN

Este estudio constituye el primer análisis sistemático de la hospitalización social en el sistema hospitalario público chileno utilizando datos GRD a nivel nacional. Los hallazgos revelan que este fenómeno afecta a una proporción significativa de la actividad hospitalaria y genera costos sustanciales para el sistema.

La baja concordancia entre criterios ($Kappa=0,049$) es un hallazgo metodológicamente relevante que indica que ambos métodos capturan dimensiones distintas del problema. El Criterio A (≥ 60 días) identifica un grupo reducido de pacientes con estancias extremas, frecuentemente asociadas a patología neurológica grave, trastornos psiquiátricos o abandono social. El Criterio B (≥ 1 DE) detecta un fenómeno más difuso de ineficiencia operativa, predominantemente asociado a demoras en la resolución quirúrgica. Esta distinción tiene implicancias directas para la política de intervención: el Criterio A requiere soluciones sociosanitarias extrahospitalarias, mientras que el Criterio B requiere la optimización de procesos intrahospitalarios.

La marcada diferencia entre ingresos de urgencia y programados (razón 3,3 para Criterio A y 2,0

para Criterio B) confirma que la planificación del ingreso es un factor protector frente a la hospitalización social. Los ingresos programados permiten anticipar las necesidades de egreso, coordinar con la red ambulatoria y optimizar los tiempos quirúrgicos. Este hallazgo es consistente con la evidencia internacional (Rojas-García et al., 2018).

El predominio masculino en el Criterio A (razón H/M=1,48) puede explicarse por la mayor prevalencia de traumatismo encefalocraneano y accidente cerebrovascular en hombres, patologías que generan dependencia funcional severa con una escasa red de apoyo para el egreso. Este hallazgo sugiere la necesidad de intervenciones con perspectiva de género en la planificación del alta hospitalaria.

La tendencia descendente del Criterio B (-34% en urgencia entre 2019 y 2024) es un hallazgo positivo que sugiere mejoras progresivas en la gestión hospitalaria, posiblemente asociadas a la implementación del sistema GRD como herramienta de gestión. En contraste, el pico del Criterio A en 2022 refleja el impacto diferido de la pandemia COVID-19, con acumulación de pacientes con secuelas respiratorias y desacondicionamiento físico severo, sin dispositivos de egreso disponibles.

La amplia variabilidad geográfica (un rango de

4,8 veces entre los servicios en el Criterio A) indica que la hospitalización social no es un fenómeno uniforme, sino que refleja diferencias estructurales en la disponibilidad de redes de apoyo, de dispositivos sociosanitarios y de la capacidad de gestión local. Los servicios del sur del país (Araucanía Sur, Ñuble, Maule) concentran la mayor carga, lo que coincide con mayor ruralidad y menor oferta de servicios de rehabilitación.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran: (a) la estimación de costos mediante el valor base GRD no captura la variabilidad real de costos por día de estancia; (b) la norma de estancia esperada es interna (media nacional por GRD), lo que puede subestimar la ineficiencia si el sistema completo es ineficiente; (c) no se dispone de variables sociales (red de apoyo, situación de vivienda) que permitirían confirmar la naturaleza “social” de las estancias prolongadas; y (d) los trastornos del sueño y los trastornos circadianos, factores transversales de riesgo para ECNT y recuperación hospitalaria, no están adecuadamente codificados en el sistema GRD actual.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La hospitalización social en el sistema hospitalario público chileno afecta entre 11,6‰ (Criterio A) y 65,1‰ (Criterio B) de los egresos, con un costo acumulado de USD 496–560 millones en el periodo 2019–2024. El fenómeno es significativamente mayor en los ingresos por urgencia, en hombres (Criterio A) y en los servicios de salud del sur del país.

Los dos criterios capturan dimensiones distintas del problema: el Criterio A identifica la deuda sociosanitaria (pacientes sin red de egreso), mientras que el Criterio B detecta ineficiencia operativa (demoras quirúrgicas y en la gestión de pabellones). Ambos requieren intervenciones diferenciadas.

La tendencia descendente del Criterio B sugiere que la implementación del sistema GRD está generando mejoras progresivas en la gestión hospitalaria. Sin embargo, el Criterio A permanece elevado, lo que refleja la insuficiencia de la red sociosanitaria extrahospitalaria.

Se recomienda: (a) crear una Política Nacional de Cuidados Sociosanitarios con expansión de camas de media y larga estadía; (b) implementar equipos de gestión de alta compleja en los hospitales que codifican por GRD; (c) establecer metas de reducción de hospitalización social diferenciadas por servicio; (d) incorporar variables sociales en

el registro GRD para mejorar la identificación de casos; y (e) integrar la evaluación de trastornos del sueño como factor modificable en la planificación del alta hospitalaria, dada su asociación con la recuperación funcional y la multimorbilidad crónica.

REFERENCIAS

- Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating waste in US health care. *JAMA*, 307(14), 1513-1516. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2012.362>
- Busse, R., Geissler, A., Aaviksoo, A., Cots, F., Häkkinen, U., Kobel, C., ... & Quentin, W. (2013). Diagnosis related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. *BMJ*, 346, f3197. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f3197>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS]. (2024). Base de datos de egresos hospitalarios GRD, 2019–2024. Ministerio de Salud de Chile.
- Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averill, R. F., & Thompson, J. D. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care* 18(2):p vii, February 1980.
- Fondo Nacional de Salud [FONASA]. (2024). Base de datos de egresos hospitalarios GRD, 2019–2024. <https://datosabiertos.fonasa.cl>
- Fondo Nacional de Salud [FONASA]. (2024). Arancel GRD 2024: Valor base CLP \$2.827.422. Santiago: FONASA. www.fonasa.cl
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2018). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992–2050 (base 2017). Santiago: INE. <https://www.ine.gob.cl/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
- Landeiro, F., Roberts, K., Gray, A. M., & Leal, J. (2019). Delayed hospital discharges of older patients: A systematic review on prevalence and costs. *The Gerontologist*, Volume 59, Issue 2, April 2019, Pages e86–e97, <https://doi.org/10.1093/geront/gnx028>
- Lim, S. C., Doshi, V., Castasus, B., Lim, J. K. H., & Mamun, K. (2006). Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 35(1), 27-32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16470271/>

- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2019). Norma Técnica de Codificación por GRD (IR-GRD v3.1). Santiago: MINSAL. www.minsal.cl
- Olivares-Tirado, P., & Zanga, R. (2024). Waste in health care spending: A scoping review. *International Journal of Healthcare Management*, 17(2), 330-342. <https://doi.org/10.1080/20479700.2023.2185580>
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538. <https://doi.org/10.2307/3349375>
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
- Rojas-García, A., Turner, S., Pizzo, E., Hudson, E., Thomas, J., & Raine, R. (2018). Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review. *Health Expectations*, 21(1), 41-56. <https://doi.org/10.1111/hex.12619>
- Sinclair, D. (2024). Hacia un modelo de seguridad social en salud: Análisis y propuestas para la reforma del sistema sanitario. Santiago: Friedrich-Ebert-Stiftung Chile / Nodo XXI. <https://collections.fes.de/publikationen/ident/fes/21676>