Evolución del Gasto en Personal en los Servicios de Salud de Chile, 2019–2024

Documento de análisis exploratorio

Departamento de Estudios y Desarrollo

octubre 2026

Versión corregida; reemplaza la edición de marzo de 2026

Contenido

Introducción 3

Marco conceptual y normativo 4

Tensiones del gasto en personal en los Sistemas de Salud 4

Marco normativo que regula la dotación y el gasto de personal de los Servicios de Salud 7

Metodología 10

Resultados 14

Gasto total del personal en Servicios de Salud 14

Variación real anual del gasto en personal 16

Gasto en personal per cápita por población beneficiaria FONASA (2019–2024) 18

Composición del gasto en personal por estamento en los Servicios de Salud 20

Dotación de personal en los Servicios de Salud según régimen estatutario .. 28

Indicadores de producción hospitalaria a nivel de Servicios de Salud 33

Discusión 41

Conclusiones 45

Referencias 46

Documento elaborado por Rosendo Zanga y Milena Vargas

Introducción

El gasto en personal es el componente de mayor relevancia presupuestaria en los sistemas sanitarios públicos, abarcando entre el 50% y el 70% del gasto corriente en salud a nivel internacional (OCDE, 2023; OMS, 2010, 2016). La gestión de esta partida se vincula directamente con la disponibilidad de recursos humanos, la calidad de la atención y la equidad territorial (WHO, 2017). En los países de la OCDE, el gasto total en salud se sitúa en torno al 9,2% del PIB, observándose una tendencia al alza impulsada por presiones salariales, estrategias de retención del personal y la creciente demanda de competencias digitales (OCDE, 2023; Redacción Médica, 2024).

En Chile, el gasto público en salud alcanzó el 5,8% del PIB en 2024, manteniéndose el ítem de personal como uno de los componentes más significativos del presupuesto del sector. Según la información publicada por la Superintendencia de Salud, el presupuesto destinado a recursos humanos en los Servicios de Salud ascendió en 2024 a $5.148.511.780 miles, lo que corresponde al 46,4% del presupuesto total asignado a los Servicios de Salud, equivalente a $11.092.033.290 miles[1]. Esta proporción confirma que el gasto en personal constituye uno de los principales componentes del presupuesto del sistema asistencial, especialmente en los establecimientos hospitalarios, donde la participación del gasto en recursos humanos es estructuralmente relevante.

El presupuesto sectorial experimentó un crecimiento real cercano al 84% entre 2014 y 2024, en un contexto marcado por la expansión de cobertura, el aumento de la demanda asistencial y la respuesta sanitaria frente a emergencias de salud pública (Cuadernos Médico-Sociales, 2024). Sin embargo, los análisis disponibles muestran que este incremento presupuestario no ha ido acompañado de mejoras proporcionales en el desempeño del sistema: estudios recientes reportan una disminución acumulada de la productividad hospitalaria de aproximadamente un 38% en la última década, junto con reducciones de eficiencia técnica estimadas entre 17% y 46%, según los modelos utilizados (UNAB/ISP, 2024; Observatorio del Gasto Fiscal, 2020).

[1] Las cifras reportadas por la Superintendencia de Salud corresponden exclusivamente al presupuesto de los Servicios de Salud (los 29 Servicios de la red asistencial y sus establecimientos dependientes). Estos datos no incluyen el presupuesto del nivel central del Ministerio de Salud, de la Subsecretaría de Salud Pública, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales ni de FONASA. Por este motivo, los montos asociados al gasto en personal en los Servicios de Salud son significativamente mayores que las cifras consolidadas para el nivel central y no son directamente comparables entre sí. En consecuencia, cualquier análisis del gasto en personal debe considerar esta distinción para evitar sobre interpretaciones o inconsistencias en la comparación de fuentes presupuestarias.

El estudio de la eficiencia de estos recursos cobra relevancia ante factores demográficos y administrativos, tales como el aumento del 19% en la población beneficiaria de FONASA mayor de 60 años entre 2019 y 2023 (DIPRES, 2025), y la necesidad de regularizar mecanismos contractuales transitorios, específicamente honorarios, expandidos durante la emergencia sanitaria (DESAL/MINSAL, 2025). La consolidación fiscal posterior a la pandemia requiere orientar el crecimiento del gasto hacia la mejora en la productividad y la gestión del personal (OCDE, 2023).

Esta investigación establece como unidad de análisis a los Servicios de Salud de la Red Asistencial, abordando la evolución financiera del gasto en personal y la composición contractual. Se examina la estructura del gasto según los regímenes estatutarios —Estatuto Administrativo (DFL 29) y leyes médicas (Ley 19.664 y Ley 15.076)— contrastándola con las dotaciones máximas autorizadas. Asimismo, se considera la desagregación funcional de las remuneraciones (planta, contrata e incentivos) para detectar diferencias territoriales y desafíos de gestión (DIPRES, 2024; DESAL/MINSAL, 2025).

Respecto al acceso a la información, se observa una restricción en la disponibilidad de datos desagregados y actualizados sobre el gasto en personal por Servicio de Salud y estamento en los portales de la administración central. Esta situación dificulta la generación de evidencia detallada, factor que organismos internacionales señalan como relevante para la gobernanza, la rendición de cuentas y la formulación de políticas públicas (WHO, 2017). La falta de datos contraviene el modelo planteado por la OMS para la toma de decisiones basada en evidencia, que enfatiza la transparencia y la accesibilidad de la información como pilares fundamentales (WHO, 2017).

Marco conceptual y normativo

Tensiones del gasto en personal en los Sistemas de Salud

El gasto en personal constituye la partida presupuestaria de mayor envergadura en los sistemas de salud a nivel global, representando consistentemente entre el 50% y el 70% del gasto corriente en la mayoría de los países de la OCDE (OCDE, 2023; OMS, 2010, 2016). La tendencia al alza de este componente no responde únicamente a ineficiencias administrativas, sino que se explica por la interacción entre fenómenos macroeconómicos estructurales, la configuración del poder organizacional y la rigidez de las finanzas públicas (World Bank, 2020). A esta visión estructural se suma la perspectiva de Cutler y McClellan (2001) y Cutler (2002), según la cual el incremento del gasto está intrínsecamente ligado al cambio tecnológico y a la mejora en la calidad de los resultados sanitarios.

Bajo este enfoque, el personal no es solo un costo creciente, sino el vehículo necesario para implementar innovaciones que, aunque intensivas en capital humano, generan beneficios sociales en términos de longevidad y productividad que superan con creces la inversión realizada.

La teoría clásica de la “Enfermedad de Costos” de Baumol ofrece un punto de partida para entender el aumento sostenido de los salarios en sectores como salud (Baumol & Bowen, 1966), pero su capacidad explicativa es hoy considerada insuficiente. Esto debido a que el incremento del gasto laboral en salud no se debe solo a la baja productividad comparativa, sino a transformaciones profundas en la composición de tareas, habilidades requeridas y regulaciones profesionales. Al respecto, la evidencia empírica aportada por Hartwig (2008) en el contexto de economías avanzadas confirma que, si bien existe un crecimiento desequilibrado donde los servicios de salud absorben una proporción creciente del gasto debido a su naturaleza de "sector estancado", este fenómeno no necesariamente deriva en un estancamiento del crecimiento agregado, sino en una reasignación de recursos hacia sectores de alta relevancia social.

En particular, el cambio tecnológico sesgado hacia habilidades ha demostrado que la innovación no reemplaza a la fuerza laboral sanitaria, sino que aumenta la demanda de profesionales con competencias avanzadas, elevando los salarios relativos y la participación del gasto en personal (Acemoglu & Restrepo, 2018; Autor, 2019). Paralelamente, la evidencia internacional indica que la tecnología clínica y digital opera mayoritariamente como un complemento al trabajo humano, reforzando la necesidad de perfiles especializados —una ampliación conceptual respecto del “residuo tecnológico” de Newhouse (1977)—, lo que incrementa la complejidad operacional de los servicios. Este aumento en la complejidad es precisamente lo que Hartwig identifica como un desafío para las métricas tradicionales de productividad: el incremento del gasto en personal refleja, en última instancia, una inversión en calidad y en servicios que son intrínsecamente resistentes a la automatización.

La OCDE ha profundizado este enfoque mediante el paradigma de los mercados laborales basados en tareas, subrayando que el crecimiento del gasto deriva de una estructura ocupacional con baja sustituibilidad entre categorías, expansión del ámbito profesional y creación de nuevas funciones clínicas y técnico-digitales (OCDE, 2016; OCDE, 2021). Este marco supera la explicación clásica de Baumol al mostrar que la presión sobre el gasto no surge solo de diferencias de productividad, sino de cómo se reorganiza el trabajo en sistemas donde las tareas críticas no pueden transferirse a personal menos costoso sin comprometer la calidad.

En términos de demanda, si bien la Ley de Wagner continúa siendo un argumento válido —la salud como bien superior cuya participación en el gasto público aumenta con el ingreso (Culyer & Newhouse, 2000)—, la literatura reciente incorpora el fenómeno de la demanda inducida por la oferta profesional. La expansión de capacidades clínicas, la autonomía decisional y la complejidad tecnológica incentivan un mayor volumen e intensidad de intervenciones, lo que se traduce en más horas-personal por paciente y presión sostenida sobre las dotaciones (Fuchs, 2014). Este mecanismo profundiza aún más la brecha entre crecimiento económico y gasto sanitario, reforzando la superación de las explicaciones puramente macroeconómicas.

En el plano organizacional, la dificultad para gestionar y contener este gasto radica en la naturaleza del hospital como una "Burocracia Profesional". Según Mintzberg (1979), a diferencia de las estructuras jerárquicas tradicionales, el poder en salud reside en el núcleo operativo (clínicos), quienes controlan la asignación de recursos mediante sus decisiones médicas descentralizadas. Esta autonomía limita la capacidad de la administración central para racionalizar costos, ya que cualquier restricción financiera lineal suele chocar con los estándares de práctica clínica y la autonomía profesional. Más aún, los sistemas de salud operan como Sistemas Adaptativos Complejos (SAC), donde los agentes interactúan de forma no lineal (Plsek & Greenhalgh, 2001). Bajo este paradigma, intervenciones restrictivas sobre el presupuesto de personal pueden generar propiedades emergentes contraproducentes, como el aumento del "presentismo" o la pérdida de productividad por *burnout*, lo que paradójicamente eleva los costos finales a través de licencias médicas y la necesidad de reemplazos (Brooks et al., 2010).

Finalmente, la gestión financiera enfrenta la tensión estructural de la rigidez presupuestaria, definida como la incapacidad de reasignar recursos en el corto plazo debido a compromisos contractuales, marcos estatutarios y normas de gasto público (World Bank, 2020). Esta rigidez genera una disociación crítica entre eficiencia técnica y eficiencia asignativa: aun cuando existan oportunidades para reorganizar tareas o introducir tecnología que mejore productividad, la arquitectura institucional impide materializar dichos cambios, provocando un ciclo donde los recursos adicionales se destinan a sostener la operatividad diaria y cubrir suplencias, más que a inversiones estratégicas (Eberhardt et al., 2014; OCDE, 2025). En Chile, esta dinámica se expresa de manera clara: el gasto en suplencias y reemplazos frecuentemente supera los recursos destinados a resolver problemas estratégicos como las listas de espera quirúrgicas (DIPRES, 2025), mientras que el envejecimiento poblacional y la

concentración del gasto en los últimos años de vida continúan intensificando la demanda por cuidados complejos (Zweifel et al., 1999).

En conjunto, estos enfoques contemporáneos —cambio tecnológico sesgado a habilidades, mercados laborales basados en tareas, demanda inducida, sistemas adaptativos complejos y rigidez presupuestaria— permiten entender que la presión sobre el gasto en personal supera ampliamente el marco explicativo original de Baumol. La dinámica actual del trabajo sanitario no solo reproduce la brecha de productividad, sino que la amplifica mediante mecanismos organizacionales, tecnológicos y regulatorios, consolidando un escenario donde la contención del gasto requiere transformaciones profundas en la configuración del trabajo y en la arquitectura institucional de los sistemas de salud.

Marco normativo que regula la dotación y el gasto de personal de los Servicios de Salud

El funcionamiento de los Servicios de Salud en Chile[2] se encuentra normado por un conjunto de leyes y decretos que regulan la conformación de la dotación, los límites de cargos autorizados, las jornadas de trabajo y los regímenes de remuneraciones. Estos marcos jurídicos definen la estructura del gasto en personal y explican las diferencias observadas entre estamentos, territorios y Servicios de Salud. Las normas más relevantes son el Decreto con Fuerza de Ley N.º 29 (Estatuto Administrativo), la Ley N.º 19.664 y la Ley N.º 15.076, a las que se suma la Ley de Presupuestos del Sector Público, que cada año actualiza los límites máximos de dotación.

Estatuto Administrativo: Decreto con Fuerza de Ley N.º 29 de 2005

El Estatuto Administrativo regula al personal de los Servicios de Salud afecto al régimen general de la Ley N.º 18.834. Este grupo comprende a profesionales no médicos —como enfermeras, matronas, kinesiólogos, nutricionistas, psicólogos y otros profesionales universitarios—, así como a técnicos de salud (por ejemplo, técnicos en enfermería, laboratorio, farmacia e imagenología), personal administrativo y personal auxiliar y de apoyo operativo.

[2] Los Servicios de Salud en Chile se definen como organismos estatales funcionalmente descentralizados y dotados de personalidad jurídica, cuya misión principal es la gestión de la Red Asistencial. Esta función implica la coordinación clínica-asistencial de los proveedores, la gestión económica y de recursos humanos, y la administración de inversiones en un territorio determinado, actuando como el eje integrador entre los distintos niveles de complejidad operativa del sistema público (Zanga, 2023).

El Estatuto establece las normas relativas a la carrera funcionaria, la calidad jurídica (planta y contrata), los sistemas de calificación y los principios generales de la estructura de remuneraciones. En este marco, define componentes estructurales de la remuneración tales como el sueldo base asociado a la Escala Única de Sueldos, la asignación de antigüedad, el incremento previsional, la asignación de zona y las normas sobre pago de horas extraordinarias.

Para este conjunto de funcionarios, la Ley de Presupuestos determina anualmente la dotación máxima autorizada, condicionando el número de cargos financiados y, en consecuencia, la estructura del gasto en personal de cada Servicio de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2016).

Estatuto de los profesionales funcionarios de los Servicios de Salud (ley médica)

La Ley N.º 19.664 establece un régimen de remuneraciones especial para médicos, odontólogos, químico-farmacéuticos y bioquímicos que se desempeñan en los Servicios de Salud con jornadas de 11, 22, 33 o 44 horas semanales. Este estatuto regula la carrera profesional, incluyendo los sistemas de destinación y formación y el acceso a la planta superior, así como un conjunto de asignaciones que inciden directamente en el gasto en personal, tales como la asignación de antigüedad, la asignación de experiencia calificada, el reforzamiento profesional diurno, la asignación de responsabilidad y la asignación de estímulo.

Adicionalmente, contempla incentivos asociados al desempeño individual y colectivo, regulados mediante decretos específicos. La Ley de Presupuestos fija anualmente el número máximo de horas autorizadas bajo este régimen, lo que incide de manera directa en la planificación financiera y en la composición del gasto en personal de los Servicios de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2016).

Normas sobre ejercicio y remuneraciones del personal médico

La Ley N.º 15.076 regula a los médicos que se desempeñan en los Servicios de Salud bajo una jornada de 28 horas semanales, régimen históricamente asociado a la cobertura de funciones asistenciales de alta demanda, particularmente en servicios de urgencia. Este estatuto establece las condiciones de ingreso, concursos, incompatibilidades y causales de cesación en el cargo, así como asignaciones específicas vinculadas a la antigüedad, la responsabilidad profesional y los pagos por suplencias.

El Decreto con Fuerza de Ley N.º 1 de 2001 fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de esta normativa, precisando la estructura remuneratoria y las restricciones aplicables. La Ley de Presupuestos determina anualmente el

número máximo de cargos autorizados bajo este régimen, estableciendo un límite financiero diferenciado respecto de las horas autorizadas bajo la Ley N.º 19.664. En conjunto, este estatuto configura un componente relevante del gasto en personal médico de los Servicios de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2016).

Ley de Presupuestos del Sector Público y Glosa de Dotación

La Ley de Presupuestos complementa y operacionaliza los regímenes anteriores mediante la fijación anual de la dotación máxima de personal para cada Servicio de Salud, diferenciada por tipo de estatuto, número de cargos, horas médicas y límites de gasto. La Glosa 02 del programa Servicios de Salud establece las restricciones para contratar personal, define techos para horas extraordinarias, asignaciones de turno, bonificaciones y componentes variables de remuneración, y obliga a que cualquier modificación de dotación sea visada por la Dirección de Presupuestos (Ley de Presupuestos 2024). En la práctica, esta glosa constituye el principal instrumento de control financiero sobre la estructura de recursos humanos en la red asistencial.

Normas complementarias y reglamentos aplicables

La regulación de remuneraciones del personal de los Servicios de Salud se complementa con un conjunto de decretos y normas específicas que operacionalizan beneficios establecidos por la ley. Entre ellas destacan el Decreto N.º 29 de 2015, que regula la asignación de responsabilidad; el Decreto Supremo N.º 847 de 2001, relativo a la asignación de estímulo; el Decreto Supremo N.º 848 de 2001, que regula el desempeño individual; el Decreto Supremo N.º 849 de 2000, sobre desempeño colectivo; y el Decreto Supremo N.º 123 de 2004, que establece el sistema de metas sanitarias y de mejoramiento de la atención.

Estos cuerpos normativos definen criterios de otorgamiento, periodicidad, límites financieros y mecanismos de evaluación, configurando un sistema de remuneraciones complejo, altamente reglado y fuertemente condicionado por la normativa presupuestaria vigente.

Implicancias del marco normativo en la gestión del gasto en personal

La coexistencia de distintos regímenes estatutarios y escalas de remuneraciones genera una marcada heterogeneidad en los costos asociados a cada estamento y tipo de jornada laboral. Los Servicios de Salud administran simultáneamente personal afecto al Estatuto Administrativo, profesionales regidos por la Ley N.º 19.664 y médicos adscritos a la Ley N.º 15.076, cada uno con estructuras de

remuneraciones, asignaciones e incentivos específicos, así como con límites presupuestarios diferenciados.

Esta arquitectura normativa condiciona de manera directa la planificación financiera institucional, la asignación territorial del gasto, la composición de la dotación y la capacidad de respuesta del sistema frente a aumentos de la demanda asistencial o a brechas persistentes de personal, tal como se desprende del marco regulatorio vigente y de la aplicación anual de la Ley de Presupuestos. Si bien el marco normativo incorpora instrumentos de seguimiento del desempeño hospitalario —como los Compromisos de Gestión y los sistemas de evaluación de establecimientos autogestionados—, estos se orientan principalmente al control del cumplimiento de metas operativas y financieras, sin integrarse sistemáticamente con el análisis del gasto en personal ni con evaluaciones formales de eficiencia técnica.

Metodología

Diseño del estudio

El estudio adopta un diseño descriptivo, comparativo y longitudinal, orientado a caracterizar la evolución del gasto en personal en los Servicios de Salud de Chile durante el período 2019–2024. El enfoque es observacional y no experimental, con énfasis en la descripción de tendencias temporales, comparaciones territoriales y análisis de la estructura del gasto, sin pretensión de establecer relaciones causales (Last & Abramson, 2014).

Unidad de análisis y cobertura

La unidad de análisis corresponde a los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El análisis considera la totalidad de los servicios existentes en el período de estudio y cubre seis años consecutivos (2019–2024), lo que permite examinar cambios asociados tanto a la dinámica estructural del sistema como a eventos coyunturales relevantes, como la pandemia por COVID-19.

Fuentes de información

Se utilizaron fuentes administrativas oficiales del sector público de salud, entre las que se incluyen:

- Ejecución presupuestaria y contable de gasto en personal de los Servicios de Salud, proveniente de la Dirección de Presupuestos (DIPRES).

- Información de dotación de personal y regímenes estatutarios de los Servicios de Salud, elaborada a partir de registros administrativos del Ministerio de Salud.
- Datos de población beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA), utilizados para la construcción de indicadores per cápita.
- Normativa vigente en materia de remuneraciones del sector salud, incluyendo el Estatuto Administrativo (DFL N.º 29 de 2005), la Ley N.º 19.664, la Ley N.º 15.076 y la Ley de Presupuestos de cada año.

Variables de estudio

El conjunto de variables, fuentes y criterios de desagregación utilizados en el estudio se organiza en una matriz técnica que resume los elementos centrales del análisis y orienta la construcción de los indicadores derivados (WHO, 2010). Esta sistematización se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1.

Matriz de variables, fuentes e indicadores del estudio

Variable	Definición operacional	Nivel de análisis	Fuente	Uso en el análisis
Gasto en personal	Monto anual ejecutado en remuneraciones del personal de los Servicios de Salud, expresado en pesos corrientes y ajustado a pesos reales mediante IPC	Servicio–año	DIPRES	Análisis temporal, per cápita, composición del gasto
Egresos hospitalarios	Número anual de egresos hospitalarios registrados en establecimientos dependientes de cada Servicio de Salud	Servicio–año	DEIS / MINSAL	Análisis descriptivo de producción y relación gasto–egresos
Dotación de personal	Número de funcionarios según régimen estatutario (Estatuto Administrativo, Ley 19.664 y Ley 15.076)	Servicio–año	MINSAL	Contextualización del gasto en personal

Población beneficiaria FONASA	Población adscrita a cada Servicio de Salud	Servicio–año	FONASA	Construcción de indicadores per cápita
Composición del gasto	Desagregación del gasto en personal en componentes médicos, no médicos y remuneraciones variables	Servicio–año	DIPRES	Análisis estructural del gasto

Nota Elaboración propia a partir de datos de FONASA, DIPRES, DEIS, Leyes y normativas vigentes, y clasificaciones del INE.

Adicionalmente, el gasto en personal se desagrega en componentes médicos y no médicos, así como en remuneraciones base, asignaciones e incentivos, conforme a la clasificación presupuestaria vigente.

Finalmente, se reconocen como limitaciones del estudio la disponibilidad restringida y heterogénea de datos desagregados por estamento y por Servicio de Salud en los portales oficiales. La ausencia de series completas y transparentes dificulta análisis de mayor precisión y limita la posibilidad de evaluar componentes de remuneraciones específicos. Esta brecha informacional contrasta con estándares internacionales de sistemas de información en salud y con las recomendaciones de organismos como la OMS, que promueven políticas basadas en evidencia sustentadas en datos administrativos abiertos, consistentes y comparables.

Tratamiento de los datos

Los montos de gasto en personal fueron ajustados a precios constantes de diciembre de 2024 mediante el Índice de Precios al Consumidor (IPC) del Instituto Nacional de Estadísticas (serie referencial con base anual 2023), con el fin de analizar variaciones reales en el tiempo (OCDE, 2017). Para efectos comparativos, se construyeron indicadores de gasto per cápita, dividiendo el gasto total en personal por la población beneficiaria FONASA correspondiente a cada Servicio de Salud.

Los datos fueron organizados en formato panel servicio–año, permitiendo realizar comparaciones tanto transversales (entre servicios en un mismo año) como longitudinales (dentro de cada servicio a lo largo del tiempo).

Estrategia de análisis

El estudio analiza la evolución y estructura del gasto en personal de los Servicios de Salud mediante un enfoque descriptivo y territorial. Se examina el

crecimiento histórico (análisis temporal), la distribución territorial del gasto por usuario (gasto per cápita) y la distribución interna del presupuesto según cargos y tipos de remuneración (composición).

Finalmente, se analiza la relación entre el gasto en personal y la producción hospitalaria (egresos) desde una perspectiva descriptiva y comparativa, identificando patrones y trayectorias temporales a nivel de Servicios de Salud, sin estimar modelos econométricos ni pruebas formales de asociación estadística. (OCDE, 2017; WHO, 2010).

El estudio utiliza exclusivamente información administrativa agregada y de acceso público, por lo que no involucra datos personales ni identificables. Entre las principales limitaciones se encuentra la imposibilidad de atribuir cambios en el gasto a efectos causales específicos, así como la ausencia de indicadores directos de productividad ajustados por complejidad asistencial, los que se reconocen como líneas relevantes para investigaciones futuras.

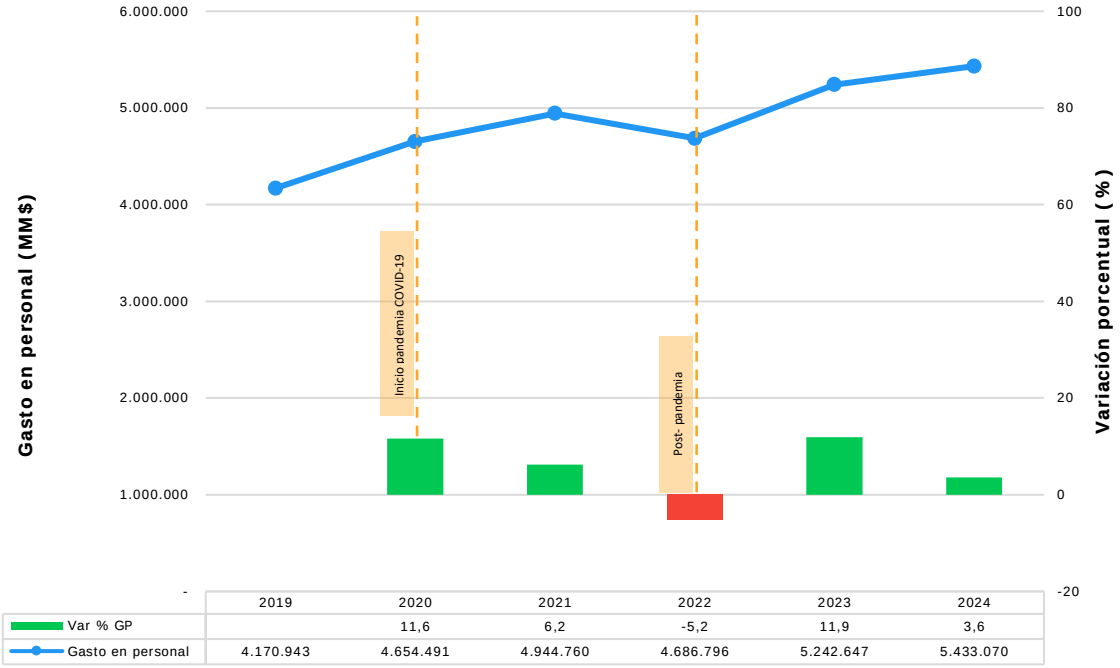
Resultados

Gasto total del personal en Servicios de Salud

La Figura 1 presenta la evolución del gasto total en personal de los Servicios de Salud de Chile para el período 2019–2024, expresado en millones de pesos chilenos (2024/12 =100). A nivel agregado, el gasto total en personal aumentó desde $4.170.943 millones en 2019 hasta $5.433.070 millones en 2024. La trayectoria interanual no fue uniforme: el gasto real aumentó 11,6% en 2020 y 6,2% en 2021, disminuyó 5,2% en 2022, volvió a aumentar 11,9% en 2023 y 3,6% en 2024.

Figura 1

Evolución del gasto en personal de los Servicios de Salud (MM$), 2019–2024



	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Var % GP		11,6	6,2	-5,2	11,9	3,6
Gasto en personal	4.170.943	4.654.491	4.944.760	4.686.796	5.242.647	5.433.070

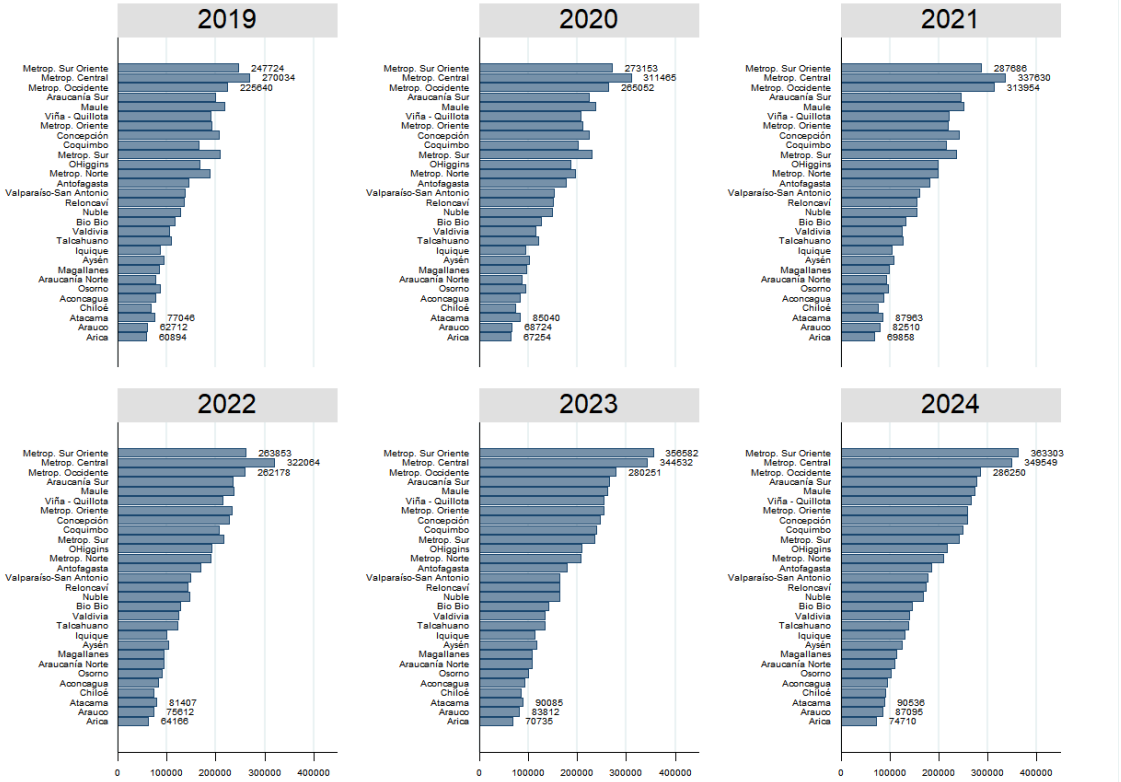
Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) e información del IPC del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Cobertura Nacional - Año base 2023.

En términos absolutos, el aumento acumulado real entre 2019 y 2024 es de $1.262.127 millones, lo que refleja una expansión relevante del gasto en recursos humanos en la red pública de salud durante el período. La disminución observada en 2022 se concentra principalmente en remuneraciones variables (-15,7%), otras remuneraciones (-6,6%) y remuneraciones de personal médico (-2,7%).

Desde una perspectiva territorial (ver Figura 2), todos los Servicios de Salud presentan incrementos absolutos del gasto en personal entre 2019 y 2024. Sin embargo, la magnitud del gasto y su nivel absoluto varían considerablemente entre servicios. Los valores más altos se concentran de forma persistente en los Servicios de Salud de mayor tamaño poblacional y complejidad asistencial, particularmente en la Región Metropolitana.

Figura 2

Evolución del gasto en personal por Servicio de Salud (MM$), 2019–2024



Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) e información del IPC del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Cobertura Nacional - Año base 2023.

En 2024, los mayores niveles de gasto en personal corresponden a los Servicios de Salud Metropolitano Sur Oriente ($363.303 millones), Metropolitano Central ($349.549 millones), Metropolitano Occidente ($286.250 millones), Maule ($274.505 millones), Viña del Mar–Quillota ($267.165 millones) y Concepción ($259.711 millones). Estos servicios se mantienen sistemáticamente en los tramos superiores del gasto durante todo el período analizado.

En contraste, los Servicios de Salud con menores niveles de gasto absoluto en personal a lo largo del período corresponden a Arica, Arauco, Atacama, Aconcagua y Chiloé, cuyos montos en 2024 se sitúan por debajo de los $105.000 millones. Aun así, incluso en estos servicios de menor tamaño relativo, el gasto en personal presenta una trayectoria similar al total nacional entre 2019 y 2024. Al comparar la evolución interanual, se observa que el aumento del gasto no es homogéneo entre servicios. Algunos Servicios de Salud exhiben incrementos más pronunciados en determinados años, especialmente entre 2020 y 2021, y nuevamente entre 2022 y 2024. No obstante, la tendencia general es de expansión del gasto en personal en la totalidad de la red asistencial.

En síntesis, los datos muestran un crecimiento sostenido del gasto total en personal en los Servicios de Salud de Chile durante el período 2019–2024, con excepción de 2022, cuando a nivel agregado se produjo una contracción real del gasto, observada en la gran mayoría de los Servicios de Salud. Pese a que a nivel territorial hay diferencias absolutas en el gasto entre servicios, al comparar los extremos del período todos los Servicios de Salud terminan 2024 con niveles de ejecución superiores a los de 2019.

Variación real anual del gasto en personal

La Figura 3 presenta la variación porcentual real interanual del gasto en personal ejecutado por los Servicios de Salud para el período 2020–2024. A nivel agregado, el total nacional muestra fluctuaciones anuales relevantes, con tasas de variación que oscilan entre -5,2% en 2022 y 11,9% en 2023.

Figura 3

Variación porcentual real anual del gasto en personal de los Servicios de Salud (%), 2020–2024



Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) e información del IPC del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Cobertura Nacional - Año base 2023. Las cifras de gasto en personal ejecutado se presentan en pesos constantes de diciembre de 2024, deflactadas mediante el Índice de Precios al Consumidor (IPC) publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Las variaciones porcentuales corresponden a variaciones reales interanuales, calculadas sobre la base del gasto anual acumulado de cada Servicio de Salud.

En el año 2021, se observa una desaceleración de las tasas de crecimiento real, con valores inferiores al año previo en la mayoría de los Servicios de Salud. Algunos servicios presentan incrementos elevados, como Arauco (20,1%) y Metropolitano Occidente (18,4%), mientras que otros muestran tasas más bajas, particularmente Antofagasta (2,2%) y Metropolitano Norte (0,3%).

En 2022, las variaciones reales del gasto en personal reflejan una contracción en la gran mayoría de la red asistencial, con excepción de los Servicios Metropolitano Oriente (5,7%) y Araucanía Norte (0,6%). La contracción es

consistente con el resultado nacional, donde el gasto real en personal disminuyó 5,2%. Destacan Metropolitano Occidente (-16,5%), Arauco (-8,4%) y Arica (-8,1%).

Durante 2023, el comportamiento es más mixto. El total nacional alcanza una variación de 11,9%, aunque se observan diferencias marcadas entre servicios. Algunos registran aumentos elevados, como Metropolitano Sur Oriente (35,1%) y Viña del Mar–Quillota (18,0%), mientras que otros presentan incrementos más acotados, como Antofagasta (6,5%) y Metropolitano Occidente (6,9%).

Finalmente, en 2024 las variaciones reales vuelven a ser positivas en la totalidad de los servicios, aunque el total nacional registra el menor incremento positivo del período (3,6%). En este año destaca el aumento real de Iquique (16,4%), Chiloé (8,6%) y Valparaíso-San Antonio (8,0%). En contraste, las variaciones de menor magnitud se observan en Atacama (0,5%), Metropolitano Norte (0,6%) y Araucanía Norte (0,8%), aunque igualmente positivas.

En conjunto, la información muestra que la variación porcentual real del gasto en personal presenta alta variabilidad interanual y una marcada heterogeneidad territorial, con diferencias sustantivas en la magnitud de los cambios entre Servicios de Salud y entre años, con variaciones negativas en el año 2022 que marca el período de post-pandemia.

Gasto en personal per cápita por población beneficiaria FONASA (2019–2024)

El gasto en personal per cápita se calcula como el gasto total en recursos humanos de cada Servicio de Salud dividido por la población beneficiaria FONASA adscrita a dicho servicio. Este indicador permite describir la magnitud del gasto en personal en relación con la población asignada a cada territorio, facilitando comparaciones entre Servicios de Salud de distinto tamaño poblacional.

Como se observa en la figura 4, a nivel nacional el gasto en personal per cápita presenta una tendencia creciente durante el período 2019–2024, aumentando desde $349.694 en 2019 hasta $408.425 en 2024. El incremento se observa de manera generalizada a lo largo del período, con una disminución puntual en 2022, seguida de una recuperación en 2023 y 2024.

Figura 4

Gasto per cápita en personal de los Servicios de Salud ($), 2019–2024



Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES), población beneficiaria de FONASA e información del IPC del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Cobertura Nacional - Año base 2023.

Se identifican diferencias en los niveles de gasto per cápita entre Servicios de Salud, tanto en el inicio como en el término del período. En 2024, los valores más elevados corresponden a Servicios de Salud de menor tamaño poblacional y mayor dispersión territorial. Destacan Aysén, que alcanza un gasto per cápita de $1.504.642, seguido por Magallanes ($762.283), Araucanía Norte ($560.348) y Arauco ($536.517). Estos servicios mantienen niveles per cápita altos de forma consistente durante todo el período analizado.

En contraste, los Servicios de Salud de mayor tamaño poblacional, particularmente los de la Región Metropolitana, presentan niveles de gasto per cápita considerablemente menores. En 2024, el gasto per cápita del Servicio de Salud Metropolitano Central es de $377.695, Metropolitano Norte de $239.358, Metropolitano Occidente de $238.005 y Metropolitano Sur de $213.418. Estos valores se sitúan sistemáticamente por debajo del promedio nacional en la mayor parte del período.

Asimismo, se observa una alta dispersión del gasto per cápita entre Servicios de Salud. En 2024, la diferencia entre el valor máximo (Aysén) y el mínimo (Metropolitano Sur) supera ampliamente el millón de pesos por beneficiario, lo que evidencia heterogeneidad en la magnitud del gasto en recursos humanos por población adscrita.

En síntesis, los resultados muestran que el gasto en personal per cápita aumenta en el período 2019–2024 a nivel nacional, pero presenta marcadas diferencias territoriales, con valores más elevados en Servicios de Salud de menor población beneficiaria y menores niveles en los Servicios de Salud de alta concentración poblacional, particularmente en la Región Metropolitana.

Composición del gasto en personal por estamento en los Servicios de Salud

Participación del gasto en personal médico

La Tabla 2 presenta la participación porcentual del gasto en personal médico sobre el gasto total en personal de los Servicios de Salud para el período 2019–2024. A nivel agregado, el gasto en personal médico representa entre 29,7% y 33,7% del gasto total en personal durante el período analizado. En términos temporales, se observa una reducción de la participación relativa entre 2019 y 2023, seguida de un aumento en 2024, cuando el total nacional alcanza un 31,9%.

Tabla 2.
Participación del gasto en personal médico sobre el gasto total en personal de los Servicios de Salud, 2019–2024 (%)

Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aconcagua	25,9	24,9	23,0	24,1	23,3	25,2
Antofagasta	29,6	28,0	27,6	29,9	29,1	31,1
Araucanía Norte	34,5	33,9	31,9	31,9	29,5	31,5
Araucanía Sur	37,3	36,4	34,3	32,7	30,7	32,9
Arauco	30,8	28,5	26,2	26,5	25,6	28,8
Arica	36,2	34,6	33,5	34,1	33,9	35,4
Atacama	34,5	33,9	32,1	33,9	32,8	36,2
Aysén	35,8	35,1	33,6	34,4	33,5	35,5
Bio Bio	30,8	30,9	29,3	30,0	28,6	31,4
Chiloé	38,5	37,9	36,1	36,9	34,6	35,4
Concepción	33,0	31,8	28,8	29,7	28,7	30,9
Coquimbo	32,9	29,7	28,9	29,8	27,4	29,1
Iquique	34,8	32,6	29,6	30,6	29,1	31,0

Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Magallanes	36,6	34,1	32,6	33,1	32,9	34,6
Maule	33,9	32,9	31,1	31,5	29,5	30,5
Metrop. Central	27,8	25,6	22,9	23,1	21,7	23,4
Metrop. Norte	32,4	31,7	30,7	30,6	29,4	31,7
Metrop. Occidente	33,7	32,3	27,2	31,0	30,6	33,5
Metrop. Oriente	34,5	32,3	30,8	29,9	28,6	31,4
Metrop. Sur	34,7	33,8	32,6	33,6	32,0	35,3
Metrop. Sur Oriente	31,8	29,9	28,0	29,5	26,2	28,7
Ñuble	35,0	33,1	31,3	32,7	31,0	34,9
O'Higgins	31,5	29,1	27,8	27,7	26,1	28,2
Osorno	34,6	33,4	32,3	33,3	31,2	33,2
Reloncaví	34,7	32,5	31,3	32,8	30,9	32,6
Talcahuano	37,4	36,2	33,9	34,4	33,0	35,6
Valdivia	37,4	36,5	33,4	32,9	32,1	34,0
Valparaíso-San Antonio	32,7	31,6	30,3	31,3	30,4	32,3
Viña - Quillota	35,1	34,0	32,3	33,4	29,8	31,2
Promedio Nacional	**33,7**	**32,3**	**30,5**	**31,2**	**29,7**	**31,9**

Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES).

Desde una perspectiva territorial, se identifican diferencias relevantes entre Servicios de Salud en la proporción del gasto destinado a personal médico. En 2024, los valores más altos corresponden a Chiloé (35,41%), Talcahuano (35,59%), Arica (35,40%), Aysén (35,50%) y Atacama (36,24%), todos ellos con participaciones superiores al promedio nacional. Estos servicios mantienen, en general, niveles elevados de participación médica durante la mayor parte del período observado.

En contraste, los Servicios de Salud de la Región Metropolitana presentan proporciones relativamente menores de gasto en personal médico. En 2024, la participación médica alcanza 23,42% en el Servicio Metropolitano Central, 28,66% en Metropolitano Sur Oriente y 31,71% en Metropolitano Norte, situándose algunos de ellos de forma persistente por debajo del promedio nacional.

Al analizar la evolución temporal, la mayoría de los Servicios de Salud muestra una disminución gradual de la participación del gasto médico entre 2019 y 2021, seguida de variaciones moderadas en los años posteriores. En varios casos, el año 2023 marca el punto más bajo de participación relativa, con una recuperación parcial en 2024. Este patrón se observa tanto en servicios metropolitanos como no metropolitanos, aunque con distinta magnitud.

Asimismo, se aprecia una heterogeneidad persistente en la estructura del gasto en personal entre Servicios de Salud. En 2024, la brecha entre el valor máximo (Atacama, 36,24%) y el mínimo (Metropolitano Central, 23,42%) supera los 12 puntos porcentuales, reflejando diferencias sustantivas en la composición del gasto en recursos humanos.

En síntesis, los resultados muestran que el gasto en personal médico constituye aproximadamente un tercio del gasto total en personal de los Servicios de Salud, con variaciones territoriales relevantes y una trayectoria temporal caracterizada por una reducción relativa hasta 2023 y una recuperación parcial en 2024.

Participación del gasto en personal no médico

La participación del gasto en personal no médico sobre el gasto total en personal de los Servicios de Salud se mantiene como el componente predominante del gasto en recursos humanos a lo largo del período 2019–2024. A nivel agregado, este componente concentra entre 34,5% y 40,1% del gasto total, con una trayectoria que muestra una reducción relativa hasta 2021 y un aumento sostenido en los años posteriores, alcanzando su valor máximo en 2024 (40,10%).

Se observan diferencias persistentes entre Servicios de Salud en la proporción del gasto destinada a personal no médico. Como observamos en la tabla 3, en 2024 los mayores porcentajes se registran en O'Higgins (45,1%), Araucanía Norte (44,1%), Metropolitano Oriente (43,7%), Aconcagua (43,6%) y Osorno (42,7%), todos ellos por sobre el promedio nacional. En estos servicios, la participación del gasto no médico se mantiene elevada durante la mayor parte del período observado.

Tabla 3.
Participación porcentual del gasto en personal no médico sobre el gasto total en personal de los Servicios de Salud, 2019–2024

Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aconcagua	41,1	38,8	37,1	40,4	41,7	43,6
Antofagasta	40,1	35,8	35,4	37,1	39,4	40,9
Araucanía Norte	37,1	37,2	36,7	40,6	41,5	44,1
Araucanía Sur	34,4	33,6	32,9	35,0	36,6	38,7
Arauco	41,7	39,6	36,3	36,3	37,5	41,5
Arica	36,3	34,9	33,6	38,0	38,8	39,2
Atacama	40,7	38,5	35,8	38,2	40,0	42,4
Aysén	36,4	37,4	36,3	37,3	37,8	39,1
Bio Bio	38,5	37,9	35,7	36,3	36,7	38,9

Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Chiloé	35,8	34,5	32,9	35,3	35,7	37,4
Concepción	36,6	35,4	33,4	34,7	36,0	38,2
Coquimbo	33,5	32,9	31,2	33,9	35,2	39,3
Iquique	33,9	32,3	31,3	33,7	37,2	40,2
Magallanes	34,2	32,5	31,3	34,0	35,5	36,1
Maule	39,0	38,4	35,6	36,9	38,6	41,0
Metrop. Central	37,0	35,7	31,8	33,1	35,2	38,1
Metrop. Norte	33,9	37,1	36,4	37,2	38,1	40,9
Metrop. Occidente	39,5	36,8	31,9	35,3	36,9	40,8
Metrop. Oriente	39,3	40,1	37,2	41,2	42,3	43,7
Metrop. Sur	35,1	33,8	32,3	34,1	35,9	37,4
Metrop. Sur Oriente	31,8	32,9	30,7	33,4	34,8	37,6
Ñuble	36,3	35,8	34,5	35,4	35,8	39,1
O'Higgins	42,2	42,8	39,2	43,0	43,6	45,1
Osorno	41,0	39,4	38,4	39,8	40,3	42,7
Reloncaví	36,3	34,1	33,0	35,1	35,6	37,4
Talcahuano	37,1	35,7	34,8	35,3	36,3	39,9
Valdivia	35,4	35,0	32,6	35,9	37,4	38,9
Valparaíso-San Antonio	39,4	38,2	36,5	36,4	38,5	40,8
Viña - Quillota	36,2	37,1	35,3	37,5	39,0	40,0
Promedio Nacional	**37,2**	**36,4**	**34,5**	**36,6**	**37,9**	**40,1**

Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES).

En contraste, los menores niveles de participación del gasto no médico se observan en Servicios de Salud de mayor complejidad asistencial y concentración hospitalaria. En 2024, los valores más bajos corresponden a Magallanes (36,1%), Chiloé (37,4%), Reloncaví (37,4%) y Metropolitano Sur (37,4%), aunque sin descender por debajo del 36% del gasto total en personal.

Al analizar la evolución temporal, la mayoría de los Servicios de Salud muestra un patrón común caracterizado por una reducción de la participación del gasto no médico entre 2019 y 2021, seguida de una recuperación progresiva en los años posteriores. En varios servicios, el año 2021 marca el punto más bajo de participación relativa, mientras que 2024 concentra los valores más altos del período.

Asimismo, se observa una heterogeneidad persistente en la estructura del gasto en personal entre Servicios de Salud. En 2024, la brecha entre el valor máximo (O'Higgins, 45,1%) y el mínimo (Magallanes, 36,1%) alcanza los 9 puntos porcentuales, reflejando diferencias territoriales relevantes en la composición del gasto en recursos humanos.

En síntesis, los resultados muestran que el gasto en personal no médico constituye el componente mayoritario del gasto en personal de los Servicios de Salud, con una participación que se ha incrementado en los últimos años del período analizado y con variaciones territoriales moderadas pero persistentes entre servicios.

Limitaciones en la desagregación del gasto en personal no médico

El gasto en personal no médico considerado en este estudio corresponde a un agregado funcional, que incluye a profesionales no médicos, personal técnico, administrativo y auxiliar, conforme a la clasificación utilizada en la ejecución presupuestaria de los Servicios de Salud. Esta agregación responde a las limitaciones de desagregación disponibles en los registros administrativos, los cuales no permiten identificar de manera sistemática y comparable el gasto ejecutado por estamento funcional al interior del componente no médico.

Si bien existen registros de dotación por estamento a nivel de los Servicios de Salud, estos no se encuentran directamente vinculados a la ejecución del gasto en personal, lo que impide una imputación precisa del gasto por tipo de funcionario sin recurrir a supuestos adicionales. En consecuencia, el análisis del gasto no médico se presenta de forma agregada, privilegiando la comparabilidad temporal y territorial por sobre una desagregación interna más detallada.

Esta limitación no afecta la consistencia del análisis descriptivo de la estructura del gasto en personal, pero restringe la posibilidad de evaluar la composición interna del gasto no médico entre profesionales, técnicos y personal administrativo. La desagregación de estos componentes constituye una línea relevante para futuras investigaciones, condicionada a una mayor disponibilidad y apertura de datos administrativos desagregados.

Componentes variables del gasto en personal en los Servicios de Salud

La Tabla 4 muestra la participación del gasto en remuneraciones variables sobre el gasto total en personal de los Servicios de Salud para el período 2019–2024.

A nivel nacional, este componente presenta una trayectoria claramente diferenciada en el tiempo, con un aumento pronunciado entre 2019 y 2021, seguido de una reducción progresiva a partir de 2022. El promedio nacional alcanza su valor máximo en 2021 (23,8%) y desciende hasta 17,2% en 2024, retornando a niveles cercanos a los observados al inicio del período.

Tabla 4.
Participación del gasto en remuneraciones variables sobre el gasto total en personal de los Servicios de Salud, 2019–2024

Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aconcagua	18,6	23,3	25,6	21,5	20,2	17,7
Antofagasta	16,9	24,3	23,8	19,2	16,8	14,7
Araucanía Norte	17,6	20,1	21,5	17,3	16,1	14,5
Araucanía Sur	19,0	20,8	22,9	20,5	19,7	16,9
Arauco	18,5	22,6	27,1	27,3	25,9	20,4
Arica	15,1	19,5	21,0	15,5	13,3	12,4
Atacama	13,5	17,9	21,5	17,1	14,8	12,0
Aysén	16,5	16,3	17,5	16,1	16,1	13,8
Bio Bio	19,6	21,2	23,8	22,9	23,0	20,2
Chiloé	15,0	16,7	20,2	17,1	17,4	16,6
Concepción	17,8	21,4	25,4	23,3	22,2	19,2
Coquimbo	23,8	29,5	31,0	27,6	27,3	22,0
Iquique	20,5	24,6	28,3	24,7	21,7	17,8
Magallanes	16,9	22,1	23,6	20,5	18,3	17,1
Maule	15,4	18,0	21,3	20,3	18,9	15,8
Metrop. Central	25,8	30,4	35,9	35,0	32,8	29,0
Metrop. Norte	24,3	22,2	22,1	22,1	21,6	17,7
Metrop. Occidente	15,4	21,8	32,3	24,0	21,8	16,9
Metrop. Oriente	12,1	14,9	18,7	17,0	15,1	12,4
Metrop. Sur	20,3	23,6	24,9	22,1	21,0	17,5
Metrop. Sur Oriente	24,8	26,7	29,3	24,9	25,5	21,4
Ñuble	18,8	21,6	23,7	22,3	22,4	16,6
O'Higgins	14,7	15,9	20,9	18,6	17,5	15,5
Osorno	13,6	17,6	18,7	16,1	16,7	14,7
Reloncaví	16,6	22,2	23,5	20,5	20,9	19,4
Talcahuano	13,4	17,1	19,5	19,1	18,2	13,5
Valdivia	15,9	19,5	23,7	20,6	19,6	17,2
Valparaíso-San Antonio	16,3	19,8	21,9	21,8	20,1	17,4

Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Viña - Quillota	18,2	19,5	21,7	19,1	20,0	19,3
Promedio Nacional	**17,8**	**21,1**	**23,8**	**21,2**	**20,2**	**17,2**

Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES).

El análisis por Servicio de Salud evidencia una alta dispersión territorial en la magnitud del gasto variable. En 2021, varios servicios alcanzan participaciones superiores al 30% del gasto total en personal, destacando Metropolitano Central (35,9%), Metropolitano Occidente (32,3%) y Coquimbo (31,0%). Estos valores contrastan con participaciones considerablemente menores observadas en otros servicios durante el mismo año.

En los años posteriores, la participación del gasto variable disminuye de manera generalizada en la mayoría de los Servicios de Salud. En 2024, los valores más elevados se concentran en Metropolitano Central (29,0%), Coquimbo (22,0%), Metropolitano Sur Oriente (21,4%) y Arauco (20,4%). En contraste, varios servicios presentan participaciones inferiores al 15%, como Atacama (12,0%), Arica (12,4%) y Metropolitano Oriente (12,4%).

Desde una perspectiva temporal, se observa un patrón común entre servicios, caracterizado por un aumento del gasto variable hasta 2021 y una contracción sostenida en los años siguientes. En la mayoría de los casos, 2021 representa el punto más alto del período, mientras que 2024 muestra una convergencia hacia niveles más bajos y homogéneos entre servicios.

En conjunto, los resultados indican que el gasto en remuneraciones variables constituye un componente relevante pero altamente volátil del gasto en personal en los Servicios de Salud, con marcadas diferencias entre territorios y una disminución generalizada de su participación relativa en los últimos años del período analizado.

Otras remuneraciones del gasto en personal en los Servicios de Salud

La Tabla 5 muestra la participación del gasto asociado a viáticos, traslados y otras remuneraciones sobre el gasto total en personal de los Servicios de Salud durante el período 2019–2024. A nivel nacional, este componente presenta una participación relativamente estable, con valores que fluctúan entre 10,3% y 12,2% del gasto total en personal. El promedio nacional alcanza su mayor nivel en 2023 (12,2%) y disminuye en 2024 hasta 10,8%.

Tabla 5

Participación del gasto en viáticos, traslados y otras remuneraciones sobre el gasto total en personal de los Servicios de Salud, 2019–2024

Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aconcagua	14,4	13,0	14,3	14,0	14,7	13,5
Antofagasta	13,5	11,9	13,1	13,8	14,7	13,4
Araucanía Norte	10,8	8,8	9,9	10,2	12,9	9,9
Araucanía Sur	9,3	9,2	9,9	11,8	12,9	11,5
Arauco	9,0	9,3	10,3	9,9	11,0	9,3
Arica	12,4	11,1	11,9	12,4	14,0	13,0
Atacama	11,3	9,7	10,6	10,8	12,4	9,3
Aysén	11,4	11,2	12,6	12,3	12,6	11,6
Bio Bio	11,1	10,1	11,2	10,8	11,7	9,5
Chiloé	10,7	10,9	10,9	10,7	12,3	10,6
Concepción	12,7	11,4	12,4	12,3	13,0	11,7
Coquimbo	9,8	7,8	8,9	8,7	10,0	9,7
Iquique	10,9	10,5	10,7	11,0	11,9	10,9
Magallanes	12,3	11,3	12,5	12,4	13,2	12,3
Maule	11,7	10,7	12,0	11,3	12,9	12,7
Metrop. Central	9,3	8,3	9,4	8,8	10,3	9,5
Metrop. Norte	9,4	8,9	10,7	10,0	10,9	9,7
Metrop. Occidente	11,4	9,1	8,7	9,6	10,7	8,9
Metrop. Oriente	14,1	12,7	13,3	11,9	14,0	12,4
Metrop. Sur	9,9	8,8	10,2	10,2	11,1	9,8
Metrop. Sur Oriente	11,6	10,5	12,0	12,2	13,5	12,3
Ñuble	9,8	9,5	10,6	9,6	10,8	9,4
O'Higgins	11,6	12,1	12,0	10,6	12,8	11,2
Osorno	10,8	9,6	10,6	10,7	11,8	9,4
Reloncaví	12,5	11,2	12,2	11,5	12,6	10,6
Talcahuano	12,1	11,0	11,8	11,2	12,5	11,0
Valdivia	11,3	9,1	10,3	10,6	10,9	9,9
Valparaíso-San Antonio	11,7	10,4	11,4	10,5	11,1	9,5
Viña - Quillota	10,4	9,4	10,6	10,1	11,2	9,5
Promedio Nacional	**11,3**	**10,3**	**11,2**	**11,0**	**12,2**	**10,8**

Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES).

El análisis por Servicio de Salud evidencia variaciones territoriales moderadas, sin extremos tan marcados como los observados en otros componentes del gasto. En 2024, los mayores porcentajes corresponden a Aconcagua (13,5%), Antofagasta (13,4%), Arica (13,0%), Maule (12,7%) y Metropolitano Oriente (12,4%). Estos servicios se sitúan de forma consistente en los tramos superiores de participación durante el período analizado.

En contraste, los valores más bajos en 2024 se observan en Atacama (9,3%), Arauco (9,3%), Metropolitano Occidente (8,9%), Ñuble (9,4%) y Osorno (9,4%). Aun así, las diferencias entre servicios se mantienen acotadas, con una dispersión inferior a cinco puntos porcentuales entre el valor máximo y mínimo del año.

Desde una perspectiva temporal, la mayoría de los Servicios de Salud muestra fluctuaciones acotadas año a año, sin una tendencia sostenida claramente definida. En varios servicios, se observa un leve aumento de la participación de este componente entre 2021 y 2023, seguido de una reducción en 2024, patrón que también se refleja en el promedio nacional.

En conjunto, los resultados indican que el gasto en viáticos, traslados y otras remuneraciones constituye un componente secundario pero estable dentro de la estructura del gasto en personal de los Servicios de Salud, con diferencias territoriales moderadas y una participación relativamente constante a lo largo del período analizado.

Dotación de personal en los Servicios de Salud según régimen estatutario

La Tabla 6 presenta la evolución de la dotación de personal de los Servicios de Salud desagregada por régimen estatutario —Ley N.º 15.076, Ley N.º 19.664 y Estatuto Administrativo (Ley N.º 18.834)— para el período 2019–2024. A nivel agregado, la dotación total muestra un incremento sostenido en los tres regímenes, con magnitudes y ritmos de crecimiento diferenciados.

Tabla 6.
Dotación de personal por régimen estatutario en los Servicios de Salud, 2019–2024
(número de personas funcionarias)

Servicio Salud		2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aconcagua	Ley 15.076: Médica	114	111	112	138	147	149

Servicio Salud		2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	263	270	287	289	312	307
	Ley18.834 Estatuto administrativo	2.299	2.342	2.458	2.664	2.776	2.944
Antofagasta	Ley 15.076: Médica	222	252	262	280	288	282
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	493	545	566	588	609	626
	Ley18.834 Estatuto administrativo	3.793	4.104	4.289	4.442	4.577	4.790
Araucanía Norte	Ley 15.076: Médica	59	70	78	97	96	96
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	348	384	413	436	453	466
	Ley18.834 Estatuto administrativo	2.072	2.289	2.767	3.001	3.179	3.374
Araucanía Sur	Ley 15.076: Médica	209	265	296	310	318	372
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	880	995	1.066	1.111	1.159	1.217
	Ley18.834 Estatuto administrativo	5.029	5.722	6.193	6.750	7.220	7.955
Arauco	Ley 15.076: Médica	34	36	36	40	48	47
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	287	307	321	326	355	386
	Ley18.834 Estatuto administrativo	1.873	1.927	1.973	2.079	2.196	2.483
Arica	Ley 15.076: Médica	71	75	73	79	94	91
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	225	228	232	257	293	311
	Ley18.834 Estatuto administrativo	1.435	1.497	1.643	1.732	1.818	1.891
Atacama	Ley 15.076: Médica	101	105	104	120	123	127
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	321	330	338	352	389	393
	Ley18.834 Estatuto administrativo	2.008	2.001	2.024	2.155	2.284	2.427
Aysén	Ley 15.076: Médica	82	89	91	95	102	115
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	299	322	341	350	389	401
	Ley18.834 Estatuto administrativo	1.989	2.123	2.136	2.273	2.376	2.553
Bio Bio	Ley 15.076: Médica	138	144	153	170	170	173

Servicio Salud		2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	476	503	515	539	581	608
	Ley18.834 Estatuto administrativo	3.378	3.464	3.553	3.726	3.820	4.086
Chiloé	Ley 15.076: Médica	82	82	87	103	115	120
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	294	312	323	320	347	355
	Ley18.834 Estatuto administrativo	1.548	1.595	1.711	1.856	2.070	2.385
Concepción	Ley 15.076: Médica	246	249	265	289	286	288
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	736	778	811	835	895	919
	Ley18.834 Estatuto administrativo	5.441	5.666	5.872	6.164	6.503	6.970
Coquimbo	Ley 15.076: Médica	184	230	246	301	303	313
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	672	718	761	816	859	893
	Ley18.834 Estatuto administrativo	4.248	4.854	5.326	5.864	6.640	7.145
Iquique	Ley 15.076: Médica	92	101	100	114	132	207
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	324	338	342	360	402	433
	Ley18.834 Estatuto administrativo	1.865	1.997	2.167	2.333	2.866	3.653
Magallanes	Ley 15.076: Médica	88	92	91	100	104	102
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	252	266	275	290	328	334
	Ley18.834 Estatuto administrativo	1.761	1.885	1.948	2.193	2.306	2.463
Maule	Ley 15.076: Médica	336	355	372	399	418	440
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	820	874	922	952	1.008	1.068
	Ley18.834 Estatuto administrativo	6.586	6.719	7.025	7.367	7.816	8.481
Metrop. Central	Ley 15.076: Médica	374	412	409	462	471	505
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	763	832	833	882	914	906
	Ley18.834 Estatuto administrativo	6.564	7.139	6.779	7.763	8.029	8.384

Servicio Salud		2019	2020	2021	2022	2023	2024
Metrop. Norte	Ley 15.076: Médica	278	295	296	308	298	312
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	639	653	669	684	710	683
	Ley18.834 Estatuto administrativo	4.521	4.863	4.942	5.143	5.494	5.610
Metrop. Occidente	Ley 15.076: Médica	457	557	565	577	600	644
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	840	896	921	936	1.005	1.052
	Ley18.834 Estatuto administrativo	5.926	6.688	6.755	6.941	7.429	8.192
Metrop. Oriente	Ley 15.076: Médica	357	389	400	481	483	511
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	680	746	783	859	899	937
	Ley18.834 Estatuto administrativo	4.756	5.495	5.519	6.659	6.893	7.182
Metrop. Sur	Ley 15.076: Médica	381	400	414	440	460	468
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	784	855	879	896	931	929
	Ley18.834 Estatuto administrativo	5.331	5.577	5.608	5.872	6.160	6.431
Metrop. Sur Oriente	Ley 15.076: Médica	438	473	501	570	702	716
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	870	962	1.011	1.065	1.216	1.239
	Ley18.834 Estatuto administrativo	5.991	6.065	6.129	6.752	8.773	9.170
Ñuble	Ley 15.076: Médica	151	157	157	186	188	207
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	562	594	601	634	660	707
	Ley18.834 Estatuto administrativo	3.607	3.788	3.855	4.093	4.242	4.692
O'Higgins	Ley 15.076: Médica	252	269	264	306	315	319
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	615	624	643	716	751	779
	Ley18.834 Estatuto administrativo	5.544	5.652	5.718	6.513	6.659	7.064
Osorno	Ley 15.076: Médica	85	110	119	124	132	131
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	356	375	393	395	395	409

Servicio Salud		2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Ley18.834 Estatuto administrativo	2.488	2.549	2.578	2.664	2.716	2.901
Reloncaví	Ley 15.076: Médica	176	193	204	208	228	227
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	553	587	604	646	675	713
	Ley18.834 Estatuto administrativo	3.452	3.518	3.569	3.820	4.064	4.274
Talcahuano	Ley 15.076: Médica	155	172	169	190	189	187
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	487	513	537	549	566	583
	Ley18.834 Estatuto administrativo	2.825	3.072	3.111	3.329	3.435	3.789
Valdivia	Ley 15.076: Médica	100	113	115	126	133	156
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	487	512	549	569	602	617
	Ley18.834 Estatuto administrativo	2.903	3.002	3.100	3.684	3.779	4.047
Valparaíso-San Antonio	Ley 15.076: Médica	222	230	232	257	289	314
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	495	547	563	587	626	673
	Ley18.834 Estatuto administrativo	3.755	3.913	4.021	4.579	4.868	5.436
Viña - Quillota	Ley 15.076: Médica	296	342	386	435	441	471
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	689	732	776	845	892	927
	Ley18.834 Estatuto administrativo	5.109	5.687	6.096	6.722	7.551	7.918
Total general	Ley 15.076: Médica	5.780	6.368	6.597	7.305	7.673	8.090
	Ley 19.664 Nueva ley Médica	15.510	16.598	17.275	18.084	19.221	19.871
	Ley18.834 Estatuto administrativo	108.097	115.193	118.865	129.133	138.539	148.690

Nota. Elaboración propia con base en registros administrativos de dotación del Ministerio de Salud (MINSAL).

El Estatuto Administrativo (Ley N.º 18.834) concentra, de forma ampliamente mayoritaria, la dotación de personal en los Servicios de Salud durante todo el período analizado. A nivel nacional, este régimen pasa de 108.097 funcionarios en 2019 a 148.690 en 2024, registrando el mayor aumento absoluto entre los tres estatutos. Este crecimiento se observa de manera generalizada en todos los

Servicios de Salud, con especial magnitud en aquellos de mayor tamaño poblacional y complejidad asistencial, particularmente en la Región Metropolitana.

La Ley N.º 19.664 (Nueva Ley Médica) constituye el segundo régimen en términos de dotación. A nivel nacional, el número de funcionarios adscritos a este estatuto aumenta de 15.510 en 2019 a 19.871 en 2024, manteniendo una trayectoria creciente durante todo el período. Este incremento se registra en la totalidad de los Servicios de Salud, con mayores dotaciones absolutas en los servicios metropolitanos y en aquellos con alta concentración hospitalaria.

Por su parte, la Ley N.º 15.076 presenta la menor dotación relativa, aunque con un crecimiento sostenido en el período observado. A nivel nacional, la dotación bajo este régimen aumenta desde 5.780 funcionarios en 2019 hasta 8.090 en 2024. El crecimiento es particularmente visible a partir de 2021, con incrementos en la mayoría de los Servicios de Salud, tanto metropolitanos como no metropolitanos.

Se observa que los Servicios de Salud de mayor tamaño concentran las dotaciones más elevadas en los tres regímenes estatutarios, destacando Metropolitano Central, Metropolitano Occidente, Metropolitano Sur Oriente, Maule y Araucanía Sur. En contraste, los Servicios de Salud de menor tamaño poblacional presentan dotaciones absolutas más reducidas, aunque con trayectorias de crecimiento similares en el tiempo.

En conjunto, los resultados muestran una expansión generalizada de la dotación de personal en los Servicios de Salud entre 2019 y 2024, con un predominio estructural del Estatuto Administrativo, acompañado por un crecimiento sostenido de los regímenes médicos regulados por las Leyes N.º 19.664 y N.º 15.076.

Indicadores de producción hospitalaria a nivel de Servicios de Salud

Con el fin de contrastar la evolución del gasto en personal y el crecimiento de las dotaciones con los resultados del quehacer asistencial, esta sección incorpora indicadores descriptivos de producción hospitalaria y utilización de la capacidad instalada medidos a nivel de Servicio de Salud. En particular, se analizan el número de egresos hospitalarios y el porcentaje de ocupación de camas, ambos ampliamente utilizados en la evaluación del desempeño de hospitales públicos y definidos normativamente por el Ministerio de Salud.

Estos indicadores permiten describir la evolución de la producción hospitalaria y del uso de la capacidad instalada en paralelo con la trayectoria de los recursos humanos y financieros. Su análisis resulta especialmente relevante en un contexto donde el gasto en personal ha mostrado una expansión acumulada entre 2019 y 2024, sin que ello implique necesariamente cambios proporcionales en los niveles de producción asistencial.

De acuerdo con la Norma General Técnica N.º 168 y el Manual de Egresos Hospitalarios del DEIS, el egreso hospitalario corresponde a la salida formal de un paciente desde un establecimiento de hospitalización, ya sea por alta médica, traslado o fallecimiento, constituyendo la unidad básica de medición de la producción hospitalaria. Por su parte, el porcentaje de ocupación de camas refleja el nivel de utilización de la capacidad instalada y la presión operativa sobre la red hospitalaria.

El análisis conjunto de estos indicadores permite comparar la trayectoria del gasto y de las dotaciones con la evolución del volumen de egresos y del uso de la capacidad instalada. Dado el carácter descriptivo del estudio y la ausencia de ajuste por complejidad asistencial, estos indicadores no constituyen por sí solos una estimación de productividad ni de eficiencia técnica; permiten identificar patrones que requieren análisis específicos posteriores.

Distribución y evolución de los egresos hospitalarios por Servicio de Salud

La Tabla 7 presenta el número de egresos hospitalarios registrados en los distintos Servicios de Salud del país durante el período 2019–2024. Los datos evidencian una disminución significativa de los egresos hospitalarios a partir del año 2020, configurando un quiebre relevante en la evolución de la producción hospitalaria respecto del año 2019.

Tabla 7.
Evolución de los egresos hospitalarios por Servicio de Salud en Chile, 2019–2024

Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aconcagua	22.872	17.335	16.627	18.229	19.685	17.226
Antofagasta	32.264	27.350	28.670	28.747	30.589	26.435
Araucanía Norte	21.167	14.759	16.077	18.741	20.170	17.125
Araucanía Sur	58.239	43.691	45.218	48.538	53.290	46.005
Arauco	14.621	12.098	12.166	12.891	13.903	10.704
Arica	16.656	13.845	14.514	15.283	16.346	14.167
Atacama	18.457	15.459	15.943	16.571	17.732	14.825
Aysén	11.428	8.814	9.022	9.847	10.929	9.009

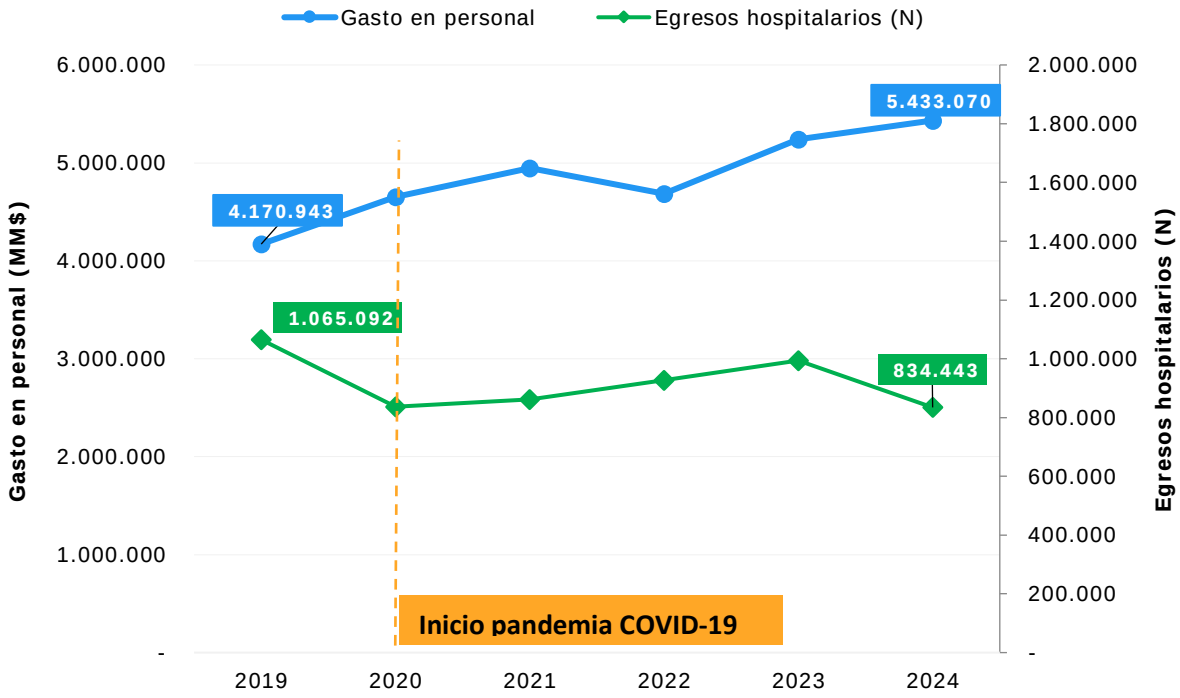
Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bio Bio	34.729	25.898	26.882	30.837	31.552	25.147
Chiloé	13.711	11.098	11.649	12.790	12.750	10.462
Concepción	50.350	35.851	38.075	41.714	45.719	38.608
Coquimbo	42.207	34.381	36.633	39.183	43.873	36.342
Iquique	18.384	15.713	15.994	17.116	18.421	14.888
Magallanes	14.255	10.132	11.427	11.947	13.390	10.986
Maule	75.135	58.945	58.447	66.096	70.968	60.594
Metrop. Central	52.472	41.530	33.975	42.505	45.995	37.867
Metrop. Norte	40.728	31.942	32.017	33.800	34.330	27.700
Metrop. Occidente	60.318	48.815	54.508	57.982	60.065	49.945
Metrop. Oriente	51.323	37.425	38.374	42.231	47.418	36.516
Metrop. Sur	67.818	56.509	60.487	61.786	60.990	49.226
Metrop. Sur Oriente	74.760	61.449	66.695	69.639	70.979	59.095
Ñuble	32.900	26.826	27.283	28.204	30.419	27.607
O'Higgins	52.346	41.252	42.715	45.854	46.038	39.189
Osorno	18.758	15.404	16.238	18.269	19.462	16.516
Reloncaví	26.377	22.330	23.322	23.610	26.880	23.232
Talcahuano	27.943	20.384	20.581	24.201	26.273	23.500
Valdivia	35.405	26.355	25.178	27.285	31.219	26.275
Valparaíso-San Antonio	33.056	22.500	24.048	25.116	28.905	25.894
Viña - Quillota	46.413	38.192	38.735	38.198	45.837	39.358
Total general	**1.065.092**	**836.282**	**861.500**	**927.210**	**994.127**	**834.443**

Nota. Elaboración propia con base en las estadísticas hospitalarias del DEIS.

El total de egresos hospitalarios del sistema público no retorna en 2024 a los niveles observados en 2019. Los 834.443 egresos de 2024 son, además, inferiores a los 836.282 registrados en 2020, primer año de la pandemia, y constituyen el nivel más bajo de toda la serie analizada. Este comportamiento contrasta con el aumento acumulado del gasto en personal y con la expansión de la dotación bajo todos los regímenes estatutarios. Esta divergencia entre recursos y producción constituye un hallazgo central del análisis.

Figura 5.

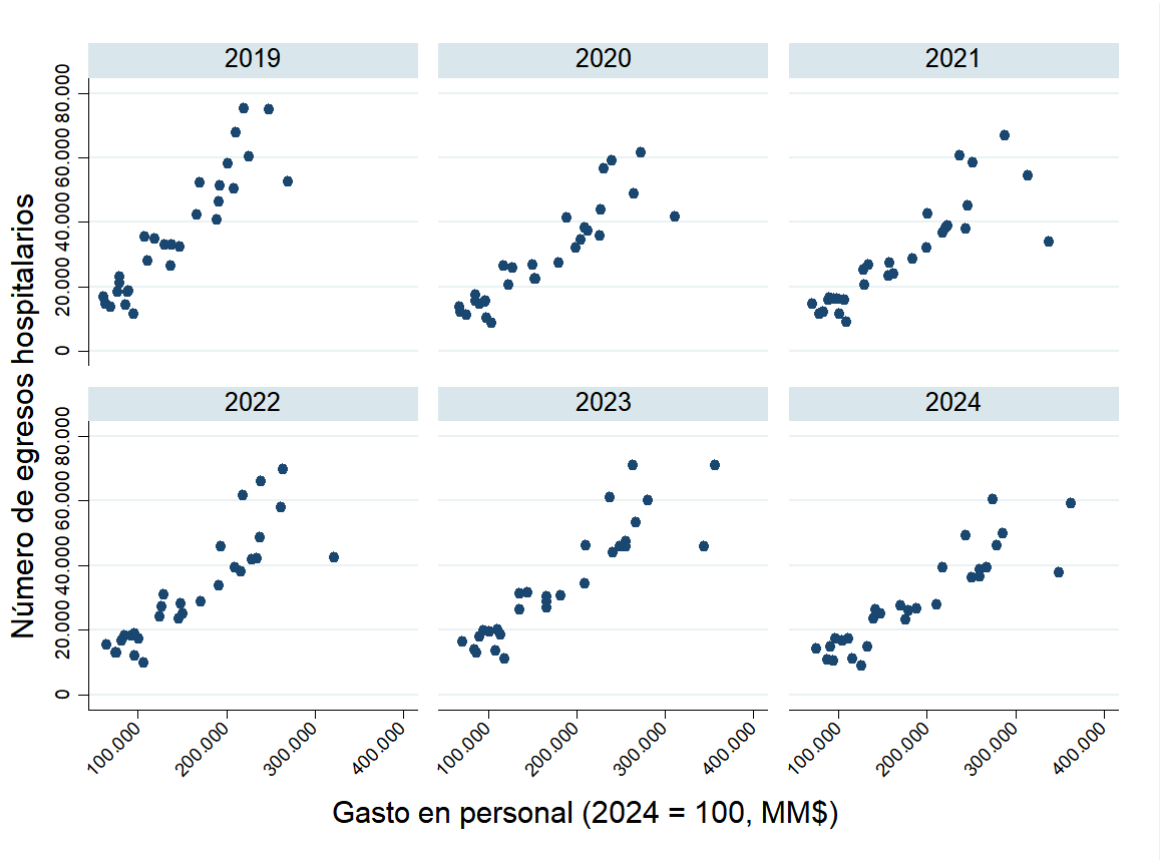
Evolución del gasto en personal y los egresos hospitalarios en los Servicios de Salud, según año



Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES), estadísticas hospitalarias del DEIS e información del IPC del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Cobertura Nacional - Año base 2023.

Los Servicios de Salud de mayor tamaño poblacional —particularmente los metropolitanos— concentran el mayor volumen absoluto de egresos hospitalarios. Sin embargo, son también aquellos donde la brecha entre crecimiento del gasto en personal y recuperación de egresos resulta más evidente. En varios de estos servicios, los egresos de 2023 y 2024 permanecen por debajo de los niveles prepandemia, mientras el gasto real en personal de 2024 se mantiene en todos ellos por sobre los niveles de 2019.

Figura 6.
Relación entre egresos hospitalarios y gasto en personal



Nota. Elaboración propia con base en datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES), estadísticas hospitalarias del DEIS e información del IPC del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Cobertura Nacional - Año base 2023.

En contraste, los Servicios de Salud de menor tamaño relativo muestran recuperaciones más dinámicas en sus egresos, aunque con una marcada variabilidad interanual. Incluso en estos casos, la evolución de la producción no es proporcional al incremento de las dotaciones y del gasto per cápita. Dado el carácter descriptivo del estudio, este patrón no permite atribuir causas específicas; constituye una señal para profundizar en análisis posteriores que incorporen complejidad asistencial, perfil epidemiológico, disponibilidad efectiva de camas y organización de turnos y procesos clínicos.

Porcentaje de ocupación de camas

La Tabla 8 presenta el porcentaje de ocupación de camas hospitalarias por Servicio de Salud para el período 2019–2024, indicador que describe el nivel de utilización de la capacidad instalada en los establecimientos de atención cerrada. Este indicador permite aproximarse a la presión operativa sobre la red hospitalaria y se interpreta de manera conjunta con los egresos hospitalarios.

Tabla 8.

Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias por Servicio de Salud, 2019–2024 (%)

Servicio Salud	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Aconcagua	83,5	74,9	77,0	79,7	82,6	84,1
Antofagasta	77,2	71,8	72,6	77,3	78,8	79,4
Araucanía Norte	68,7	50,9	61,2	62,1	66,3	66,0
Araucanía Sur	81,1	66,5	74,7	75,4	79,8	79,6
Arauco	57,0	50,6	62,1	67,0	72,9	69,6
Arica	93,6	75,7	82,0	86,9	87,6	81,4
Atacama	67,0	57,7	63,5	72,2	76,2	75,2
Aysén	70,5	60,1	66,5	73,4	72,8	71,8
Bio Bio	70,3	57,2	70,1	74,9	76,6	76,3
Chiloé	67,7	61,4	72,8	73,8	78,0	77,7
Concepción	78,8	58,0	69,0	74,3	78,8	78,9
Coquimbo	77,0	64,7	75,4	79,1	80,6	82,9
Iquique	83,7	70,2	84,5	87,5	88,4	84,1
Magallanes	76,5	61,2	65,5	71,8	74,2	71,4
Maule	74,2	61,1	69,0	72,2	78,1	77,6
Metrop. Central	86,8	80,2	84,7	84,8	86,4	84,9
Metrop. Norte	88,9	65,5	81,0	84,1	86,5	86,6
Metrop. Occidente	83,8	76,0	81,7	82,6	83,0	83,5
Metrop. Oriente	84,4	75,6	84,0	79,0	80,5	82,3
Metrop. Sur	87,0	76,6	80,5	80,2	80,2	81,8
Metrop. Sur Oriente	84,9	77,3	81,2	81,8	84,1	85,2
Ñuble	75,2	60,9	70,6	74,9	78,6	78,7
O'Higgins	79,8	67,0	72,2	76,4	78,4	81,3
Osorno	72,5	66,9	73,9	77,6	76,9	77,3
Reloncaví	84,4	74,0	81,9	86,5	85,6	87,5
Talcahuano	82,2	69,3	77,4	82,8	85,5	86,5
Valdivia	73,8	59,8	70,1	74,3	79,3	83,1
Valparaíso-San Antonio	83,0	70,5	81,2	85,5	87,0	85,0
Viña - Quillota	83,0	68,6	70,4	78,9	81,6	82,2

Nota. Elaboración propia con las estadísticas hospitalarias del DEIS.

Figura 7

Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias por Servicio de Salud, 2019–2024 (%)

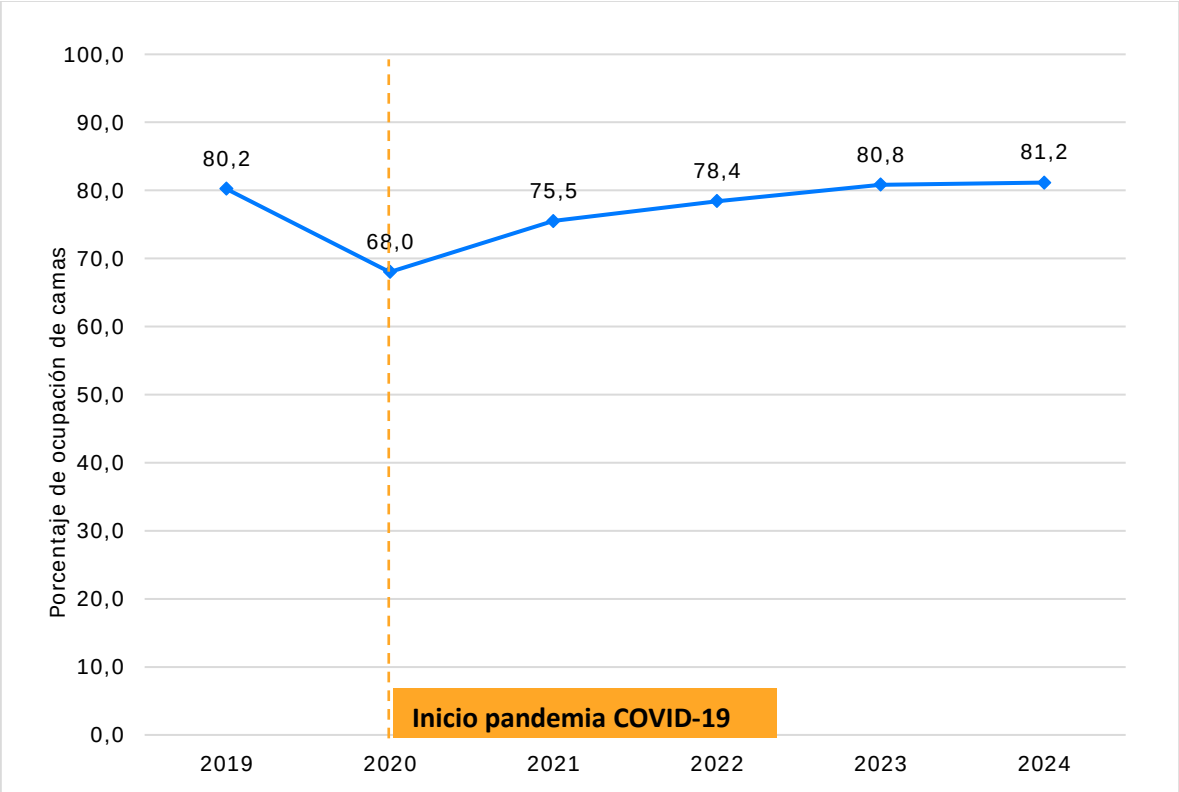


Nota. Elaboración propia con las estadísticas hospitalarias del DEIS.

A nivel nacional los datos muestran un descenso generalizado del porcentaje de ocupación en 2020, respecto de 2019, observable en la totalidad de los Servicios de Salud. Este comportamiento refleja un quiebre relevante en el uso de la capacidad hospitalaria, con caídas particularmente pronunciadas en servicios como Metropolitano Norte (de 88,9% a 65,5%), Concepción (de 78,8% a 58,0%), Arica (de 93,6% a 75,7%) y Araucanía Norte (de 68,7% a 50,9%).

Figura 8.

Evolución del porcentaje de ocupación en los Servicios de Salud, 2019-2024



Nota. Elaboración propia con las estadísticas hospitalarias del DEIS.

En los años posteriores se observa una recuperación progresiva de la ocupación de camas, con una trayectoria heterogénea entre Servicios de Salud. Entre 2021 y 2023, la mayoría de los servicios incrementa sus niveles de ocupación, alcanzando en varios casos valores similares o superiores a los registrados antes de 2020. En 2024, numerosos servicios presentan ocupaciones iguales o superiores al 80%, destacando Reloncaví (87,5%), Metropolitano Norte (86,6%), Talcahuano (86,5%), Metropolitano Sur Oriente (85,2%) y Valparaíso–San Antonio (85,0%).

Se observa que los Servicios de Salud de mayor complejidad y tamaño poblacional presentan de manera persistente los niveles más altos de ocupación de camas. Los servicios metropolitanos, en particular Metropolitano Central, Norte, Sur y Sur Oriente, mantienen ocupaciones elevadas a lo largo de todo el período, con valores que oscilan mayoritariamente entre 80% y 87%. En contraste, los servicios de menor tamaño relativo exhiben ocupaciones más variables, con valores inferiores al promedio nacional durante parte del período, aunque con una tendencia al alza hacia los años finales.

Asimismo, se identifica una convergencia parcial de los niveles de ocupación en 2024, con una reducción de la brecha entre servicios respecto de 2020. Mientras ese año varios servicios registraban ocupaciones inferiores al 60%, en 2024 la mayoría se sitúa en rangos superiores al 75%, lo que da cuenta de una mayor utilización de la capacidad instalada hospitalaria hacia el final del período analizado.

En conjunto, los resultados muestran que el porcentaje de ocupación de camas experimentó una caída abrupta en 2020, seguida de una recuperación sostenida en los años posteriores, alcanzando en 2024 niveles elevados en gran parte de los Servicios de Salud. Estos patrones constituyen un insumo relevante para la lectura conjunta con los resultados de gasto en personal, dotación y egresos hospitalarios previamente presentados.

Discusión

El presente estudio exploratorio analizó la evolución del gasto en personal, la dotación de funcionarios y un conjunto de indicadores de producción hospitalaria en los Servicios de Salud de Chile entre los años 2019 y 2024. La discusión de los resultados se centra en observar un conjunto de hallazgos empíricos que, desde una perspectiva descriptiva y comparativa, sirven como sustrato de evidencia para orientar el desarrollo de futuras investigaciones sobre el gasto en personal del sistema público y su productividad (OCDE, 2023; WHO, 2010).

Un primer hallazgo central es el desacople persistente entre el crecimiento real del gasto en personal y la evolución de la producción hospitalaria, medida a través del número de egresos. Este crecimiento del gasto no fue lineal en el tiempo, observándose una desaceleración en 2021, una contracción real generalizada en 2022 y una recuperación posterior heterogénea entre Servicios de Salud, con diferencias sustantivas en la magnitud de las variaciones interanuales. Durante el período analizado, el gasto total en personal aumentó en términos acumulados —con un incremento superior a $1,26 billones de pesos entre 2019 y 2024, equivalente a un aumento real de 30,3%—, acompañado por una expansión generalizada de la dotación bajo todos los regímenes estatutarios, particularmente del Estatuto Administrativo. Sin embargo, esta expansión de recursos no se traduce en un aumento proporcional del volumen de egresos hospitalarios, los cuales disminuyen 21,7% entre 2019 y 2024, permanecen por debajo de los niveles de 2019 en la totalidad de los Servicios de Salud y, en el agregado nacional, quedan incluso levemente por debajo del

volumen de 2020, lo que da cuenta de una recuperación incompleta de la producción hospitalaria.

Esta divergencia se observa de manera generalizada en el territorio y resulta especialmente visible en los Servicios de Salud de mayor tamaño poblacional y complejidad asistencial, donde el gasto en personal presenta aumentos reales relevantes en varios años mientras la recuperación de los egresos es parcial. Desde una perspectiva analítica, este patrón configura un desacople descriptivo entre la evolución del gasto y la de los egresos, que justifica estudiar la productividad del sistema hospitalario en investigaciones posteriores, en línea con lo documentado por estudios internacionales sobre sistemas públicos de salud (OCDE, 2020; WHO, 2010). Cabe señalar que el análisis desarrollado es de carácter descriptivo y longitudinal, por lo que no incorpora estimaciones econométricas ni pruebas formales de correlación estadística entre el gasto en personal y los egresos hospitalarios. En consecuencia, los resultados permiten identificar patrones empíricos persistentes de desacople, pero no establecer relaciones causales ni asociaciones estadísticas directas.

La evidencia presentada es coherente con la literatura que advierte que el aumento del gasto en salud, y en particular del gasto en recursos humanos, no garantiza mejoras automáticas en los resultados productivos si no va acompañado de transformaciones organizacionales, rediseño de procesos clínicos y mejoras en los sistemas de gestión (OCDE, 2023; World Bank, 2020). En este sentido, los resultados son compatibles con la hipótesis de que factores organizacionales y restricciones institucionales pueden influir en la conversión del mayor gasto en producción asistencial; sin embargo, el diseño del estudio no permite identificar ni estimar el efecto de dichos mecanismos. La caracterización de los hospitales públicos como burocracias profesionales (Mintzberg, 1979) se utiliza, por tanto, como marco interpretativo y no como explicación causal de los patrones observados.

Un segundo elemento relevante de discusión se relaciona con el uso de la capacidad instalada hospitalaria, medido a través del porcentaje de ocupación de camas. Los resultados muestran una caída abrupta de la ocupación hospitalaria en 2020, consistente con la evidencia internacional que documenta una reducción generalizada de la actividad hospitalaria y del uso efectivo de camas durante la pandemia por COVID-19, producto de la postergación de hospitalizaciones electivas y de la reorganización de la capacidad instalada (OCDE, 2021; WHO, 2020). Hacia 2024, la ocupación de camas alcanza niveles elevados en la mayoría de los Servicios de Salud, frecuentemente superiores al 80%, patrón particularmente marcado en los servicios metropolitanos y de mayor complejidad, donde la ocupación se mantiene persistentemente alta.

Desde el punto de vista normativo, este hallazgo es coherente con los criterios utilizados en el Instrumento de Autogestión Hospitalaria, donde el porcentaje de ocupación de camas se concibe como un indicador de funcionalidad operativa y no como un objetivo de maximización (MINSAL, 2018). Tanto los estándares nacionales como internacionales coinciden en que ocupaciones persistentemente cercanas al 100% reflejan escenarios de saturación y fragilidad operativa, asociados a mayores dificultades para gestionar flujos clínicos, responder a demandas no programadas y reducir la duración de las hospitalizaciones (OCDE, 2020; WHO, 2020).

Al igual que en el caso del gasto y los egresos, el estudio no incorpora pruebas formales de correlación estadística entre la ocupación de camas y el gasto en personal. La coexistencia de altos niveles de ocupación con una producción hospitalaria contenida constituye un patrón descriptivo que justifica examinar, en estudios posteriores, la relación entre presión sobre la capacidad instalada, complejidad asistencial, duración de las estancias, organización de los procesos y eficiencia productiva.

Un tercer hallazgo relevante se vincula con la composición del gasto en personal, particularmente el crecimiento del gasto en personal no médico, que se consolida como el componente mayoritario del gasto en recursos humanos, alcanzando en 2024 más del 40% del total nacional. Esta tendencia es transversal a los Servicios de Salud y se intensifica en los años posteriores a la pandemia. La información disponible no permite una desagregación funcional detallada de este componente, que agrupa tanto funciones administrativas, técnicas y de apoyo como profesionales clínicos no médicos, por lo que la caracterización de su composición y de sus efectos sobre la capacidad productiva queda planteada para estudios posteriores con desagregación por estamento.

Desde una perspectiva organizacional, la literatura sobre burocracias profesionales ofrece un marco posible para analizar cómo las funciones de coordinación, control y soporte pueden incidir en los costos y en la flexibilidad de las organizaciones hospitalarias (Mintzberg, 1979). Sin embargo, dado que este estudio no desagrega el gasto no médico por función o estamento, los datos presentados no permiten determinar qué categorías explican su crecimiento. La imposibilidad de desagregar este componente constituye una limitación del estudio y pone de relieve una restricción de los sistemas de información disponibles para la evaluación del gasto público en salud, aspecto señalado por organismos internacionales (OCDE, 2020; WHO, 2017). Transparentar las funciones y el aporte del personal no médico a la producción asistencial es, en este sentido, una condición para evaluar el sistema y generar evidencia que sustente la mejora de la política pública de salud.

Finalmente, el análisis del gasto en remuneraciones variables aporta un cuarto elemento interpretativo. Este componente aumentó en 2020 y 2021 y disminuyó posteriormente hasta 2024, configurando un patrón temporal coincidente con la disrupción y posterior normalización del período pandémico. Con la información disponible no es posible establecer qué parte de esta trayectoria responde a medidas extraordinarias, cambios de dotación u otros mecanismos de remuneraciones. Su composición y función como instrumento de ajuste requieren, por tanto, un análisis específico posterior.

Conclusiones

El presente estudio exploratorio analizó la evolución del gasto en personal, la dotación de funcionarios y un conjunto de indicadores de producción hospitalaria en los Servicios de Salud de Chile entre los años 2019 y 2024, aportando evidencia empírica descriptiva relevante para el análisis de la eficiencia y sostenibilidad del sistema público de salud.

Los resultados muestran un crecimiento acumulado del gasto en personal y de la dotación de funcionarios en la totalidad de los Servicios de Salud y regímenes estatutarios, con un aumento real de 30,3% entre 2019 y 2024. Este aumento de recursos humanos ocurre en un contexto de recuperación incompleta de la producción hospitalaria, ya que los egresos hospitalarios disminuyen 21,7% en igual período, no retornan a los niveles previos a la pandemia y registran en 2024 el nivel más bajo de la serie.

Cabe destacar que la evolución del gasto en personal presentó una alta variabilidad interanual, incluyendo una contracción real en 2022 a nivel nacional, seguida de una recuperación heterogénea entre Servicios de Salud, lo que refuerza la necesidad de interpretar los resultados desde una perspectiva temporal y territorial.

Asimismo, el análisis de los indicadores de producción muestra que la recuperación del uso de la capacidad instalada, expresada en elevados porcentajes de ocupación de camas hacia el final del período, no se acompaña de incrementos proporcionales en el volumen de egresos hospitalarios. Este patrón descriptivo justifica profundizar en el estudio de la presión asistencial, la complejidad de los casos y la organización de los procesos hospitalarios.

En relación con la estructura del gasto, se constata una alta participación del gasto en personal no médico, que se consolida como el componente mayoritario del gasto en recursos humanos, junto con una trayectoria temporal diferenciada del gasto en remuneraciones variables durante el período analizado. La información disponible permite describir estos cambios, pero no atribuirlos a categorías funcionales específicas ni inferir por sí sola el grado de rigidez o flexibilidad operativa del sistema.

En conjunto, los hallazgos muestran que el aumento de los recursos financieros y de la dotación coexistió con una recuperación incompleta de los egresos hospitalarios. Este resultado no permite establecer causalidad, pero plantea la necesidad de complementar el análisis financiero con dimensiones

organizacionales, de gestión, complejidad asistencial y utilización efectiva de los recursos humanos. En este sentido, el estudio contribuye a delimitar preguntas y variables relevantes para evaluaciones posteriores de eficiencia del gasto público en salud.

Finalmente, si bien el sistema público de salud chileno cuenta con instrumentos formales de gestión que incorporan indicadores de ocupación de camas, rotación y días promedio de estadía —en particular a través del Instrumento de Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red, basado en la metodología de *Balanced Scorecard*, y de los Compromisos de Gestión del sector salud—, los resultados de este estudio ponen de relieve la necesidad de avanzar hacia un uso más sistemático e integrado de esta información con el análisis del gasto en personal. En específico, los hallazgos sugieren que dichos indicadores, actualmente utilizados principalmente con fines de monitoreo, control y cumplimiento de metas, podrían ser explotados de manera más intensiva en evaluaciones de eficiencia técnica que permitan vincular de forma explícita los recursos humanos disponibles con la producción asistencial y el desempeño hospitalario a nivel de Servicios de Salud.

Referencias

Acemoglu, D., & Restrepo, P. (2018). Artificial intelligence, automation and work (NBER Working Paper No. 24196). National Bureau of Economic Research. https://doi.org/10.3386/w24196

Autor, D. H. (2019). Work of the past, work of the future. AEA Papers and Proceedings, 109, 1–32. https://doi.org/10.1257/pandp.20191110

Baumol, W. J., & Bowen, W. G. (1966). Performing arts: The economic dilemma. Twentieth Century Fund.

Brooks, A. C., Bradt, J., Eyre, L., Hunt, A., & Dileo, C. (2010). Creative approaches for reducing burnout in medical personnel. Arts in Psychotherapy, 37(3), 255–263.

Cuadernos Médico-Sociales. (2024). El presupuesto público de salud: marco analítico.

Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (Eds.). (2000). Handbook of health economics. Elsevier.

Cutler, D. M. (2002). Health care and the public sector (NBER Working Paper No. 8802). National Bureau of Economic Research.

Cutler, D. M., & McClellan, M. (2001). Productivity change in health care. American Economic Review, 91(2), 281–286.

Dirección de Presupuestos. (2024). Presentación gasto público en salud. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.

Dirección de Presupuestos. (2025). Informe a la Comisión de Salud del Senado. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.

Eberhardt, M., Fogelgren-Pedersen, A., & Ramm-Schmidt, H. (2014). Health system efficiency and institutional constraints: Evidence from OECD countries. OECD Health Working Papers.

Fuchs, V. R. (2014). Why are health expenditures rising? National Bureau of Economic Research.

Hartwig, J. (2008). What drives health care expenditure? Baumol's model of unbalanced growth revisited. Journal of Health Economics, 27(3), 603–623. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.05.006

Last, J. M., & Abramson, J. H. (2014). A dictionary of epidemiology (6th ed.). Oxford University Press.

Ministerio de Salud de Chile. (2016). Manual de remuneraciones del sector público de salud: Sistemas remuneratorios de los funcionarios regidos por el DL 249/73, Ley N.º 19.664 y Ley N.º 15.076. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Departamento de Gestión de Recursos Humanos.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Norma general técnica N.º 168: Sistema de egresos hospitalarios. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud de Chile. (2024). Instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red 2024 (versión 1.2). Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud de Chile, & Dirección de Presupuestos. (2024). Orientaciones técnicas compromisos de gestión año 2024. Gobierno de Chile.

Mintzberg, H. (1979). The structuring of organizations. Prentice Hall.

Newhouse, J. P. (1977). Medical-care expenditure: A cross-national survey. Journal of Human Resources, 12(1), 115–125.

Observatorio del Gasto Fiscal. (2020). Eficiencia del gasto hospitalario en Chile.

OCDE. (2016). Skills for a digital world. Organisation for Economic Co-operation and Development.

OCDE. (2021). Health at a glance 2021: OECD indicators. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en

OCDE. (2025). Health at a glance 2025. OECD Publishing.

OCDE. (2017). Health at a glance 2017: OECD indicators. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

OCDE. (2020). Health at a glance 2020: OECD indicators. OECD Publishing.

OCDE. (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Global Health Expenditure Database.

Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. BMJ, 323(7313), 625–628. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625

Redacción Médica. (2024). Los cuatro pilares de la OCDE para que el PIB sanitario alcance un 10,6%.

Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Estudios y Desarrollo. (2025). Informe de regularización de dotaciones y contratos de honorarios postpandemia. Ministerio de Salud de Chile.

UNAB/ISP. (2024). Informe sobre productividad hospitalaria.

World Bank. (2020). Improving public hospital efficiency: Policy options and lessons learned. World Bank Group.

World Health Organization. (2010). Health systems financing: The path to universal coverage. WHO.

World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO.

World Health Organization. (2017). WHO guidelines on evidence-informed policy-making. WHO.

World Health Organization. (2010). The world health report 2010: Health systems financing: The path to universal coverage. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/44371

World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/250381

World Health Organization. (2020). Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. WHO.

Zanga, R. (2023). Portfolio of services for the manager assistance network healthcare in Chile. Public Health Open Access, 7(2), 000258. https://doi.org/10.23880/phoa-16000258

Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: A red herring? Health Economics, 8(6), 485–496. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199909)8:6<485::AID-HEC461>3.0.CO;2-4