



UNIVERSIDAD  
SAN SEBASTIAN



IPSUSS  
Instituto de Políticas  
Públicas en Salud

# **Análisis de la Oferta de Pabellones Quirúrgicos en los Servicios de Salud**

---



## Análisis de Oferta de Pabellones Quirúrgicos en los Servicios de Salud Públicos

**Carolina Velasco Ortúzar**

**Raúl Aguilar Barrientos**

Instituto de Políticas Públicas en Salud

Universidad San Sebastián

### RESUMEN:

- a. El número de pabellones quirúrgicos de la red pública no ha variado significativamente, al comparar los resultados del 1er semestre de 2017 con el mismo periodo del año 2022.
- b. Al 1er semestre de 2022 existen 659 pabellones; que se según especialidad se distribuyen de la siguiente forma: 77% destinado a cirugías electivas (o programadas), el 15% a cirugías de urgencias, 5% a cirugías obstétricas y 3% a cirugías indiferenciadas.
- c. La capacidad de los pabellones quirúrgicos de la red pública **aún no recupera los niveles de disponibilidad que presentaba antes de la pandemia de COVID-19**. El 1er semestre de 2019 un 91% de los pabellones estaban efectivamente en uso (en trabajo), es decir, que contaban con equipamiento y personal para poder operar, mientras en el mismo periodo de 2022 esta cifra es de 83%.
- d. Lo anterior es sumamente relevante, ya que, según la última información publicada por el Ministerio de Salud (MINSAL), el N° de cirugías en lista de espera<sup>1</sup> llegó a 332.523, que corresponden a 294.632 personas que en promedio esperan 600 días (*con un máximo de 950 días de espera en el Servicio de Salud de Valdivia*).
- e. Los *Servicios de Salud* que presentan el menor porcentaje de pabellones efectivamente disponibles para funcionar son Iquique (60%), Atacama (61%), del Reloncaví y Magallanes (67%), Viña del Mar (69%), Valparaíso (73%).

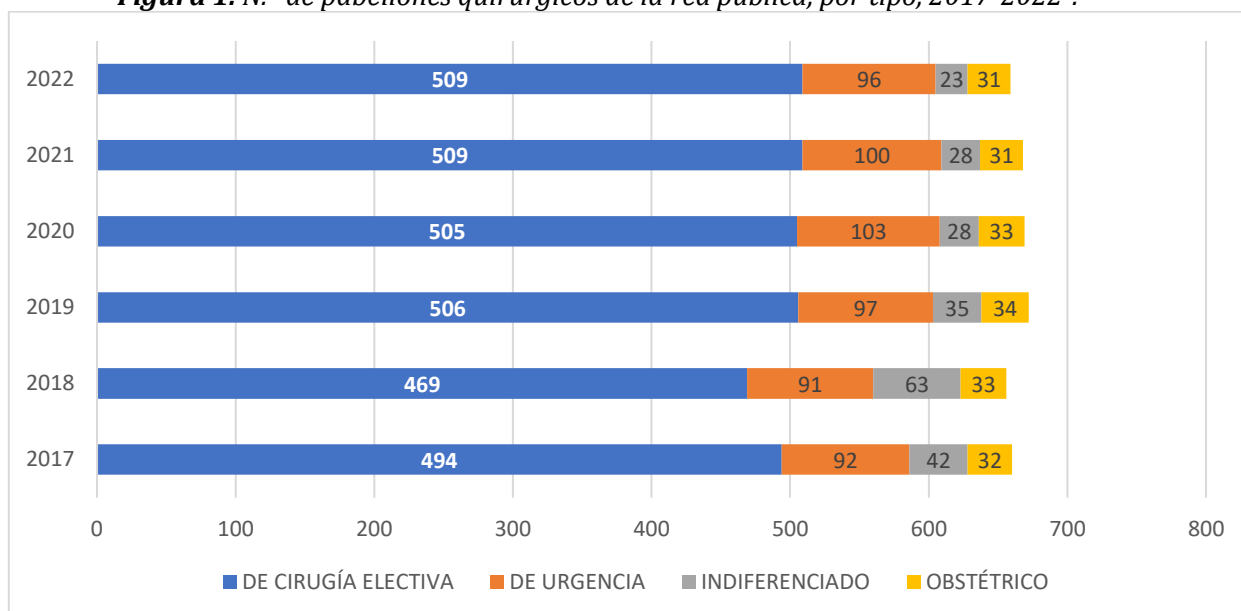
---

<sup>1</sup> Cirugías no AUGE (GES).

## 1. Dotación de pabellones quirúrgicos de la red pública

La red pública de hospitales cuenta con un *stock* de 659 pabellones quirúrgicos al 1er semestre de 2022. Estos, se distribuyen de la siguiente forma: 77% destinado a cirugías electivas (o programadas), el 15% a cirugías de urgencias, 5% a cirugías obstétricas y 3% a cirugías indiferenciadas. El detalle se muestra a continuación en la figura 1.

**Figura 1.** N.º de pabellones quirúrgicos de la red pública, por tipo, 2017-2022<sup>2</sup>.



Fuente: elaboración propia con base en MINSAL.

Es importante considerar, por una parte, la oferta de infraestructura de la red pública y, por otra parte; si esta se encuentra efectivamente disponible<sup>3</sup> para satisfacer, por ejemplo, la demanda por cirugías de la lista de espera.

La evolución general de los pabellones en el periodo estudiado muestra - en la figura 1- que una disminución en la oferta de pabellones de 2% al comparar las cifras prepandemia con las actuales, aun cuando la demanda por cirugías en la lista de espera<sup>4</sup> ha aumentado<sup>5</sup>.

En los últimos datos publicados por MINSAL, éstas llegaron a ser 332.523 en 294.632 personas, las que deben esperar en promedio 600 días, al corte del 1er semestre (con

<sup>2</sup> Corresponde a los pabellones quirúrgicos en dotación 1er semestre de cada año.

<sup>3</sup> Se refiere a equipamiento y personal suficiente y necesario para operar.

<sup>4</sup> Cirugías no Auge o GES.

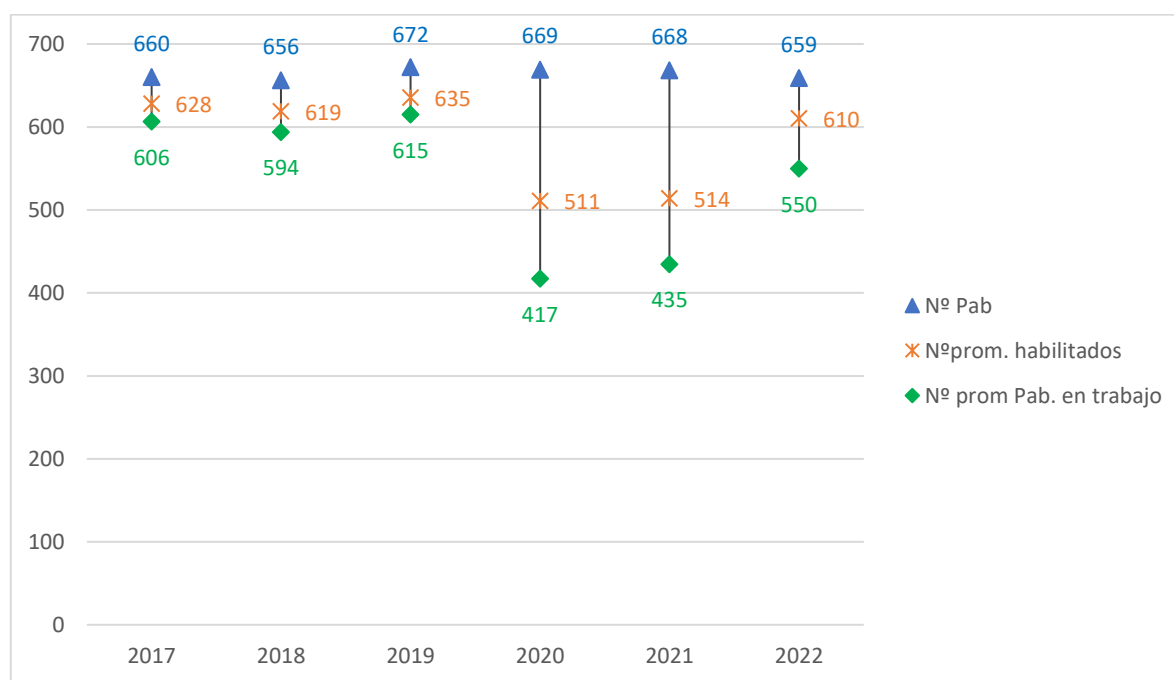
<sup>5</sup> Al corte del 1er semestre 2022.

un máximo de 950 días de espera en el Servicio de Salud de Valdivia). Por lo tanto, es importante no solo comprender la distribución de pabellones en la red pública, sino cuántos de estos efectivamente se encuentran habilitados para realizar cirugías.

## 2. Pabellones quirúrgicos efectivamente habilitados<sup>6</sup> de la red pública.

En la figura 2 se presenta la evolución del total de pabellones de la red estatal, así como de los que están habilitados con equipamiento y de los que están en trabajo, es decir, que cuentan con equipamiento y personal para operar. Al comparar con igual periodo en los años previos a la pandemia (2017-2019), se aprecia que la red estatal aún no recupera la capacidad de pabellones quirúrgicos efectivamente disponibles para realizar intervenciones quirúrgicas. En efecto, mientras antes de la pandemia los hospitales públicos del país contaban con un 91% de sus pabellones en trabajo, esta cifra es de 83% en la actualidad.

**Figura 2:** Comparación N.º pabellones, promedio de pabellones habilitados (con equipamiento) y pabellones en trabajo (con equipamiento y personal) de la red estatal, para el 1er semestre de cada año entre 2017-2022.



Fuente: elaboración propia con base en datos del MINSAL.

<sup>6</sup> Pabellones quirúrgicos que cuentan con material, equipamiento y personal para realizar cirugías.



Asimismo, es posible desagregar las razones de por qué no están habilitados los pabellones. La tabla 1 muestra la proporción de pabellones que cuentan con equipamiento (habilitados) y la proporción que cuentan con equipamiento y personal (en trabajo). En esta se aprecia que, en primer lugar, en 2022 hay una menor proporción de pabellones habilitados, es decir, de aquellos que cuentan con el equipamiento, aunque la diferencia es de 2 puntos porcentuales (95 y 93%). Esto podría responder a la falta de mantenimiento y de reposición del equipamiento necesario.

Por otra parte, llama la atención que, al observar la proporción de pabellones en trabajo (tabla 1), esta cifra es bastante más baja en 2022 que en 2019 (pasando de 91 a 83%). Esto implica que la baja en las capacidades de uso de los pabellones responde en mayor medida a un problema de disponibilidad de personal para operar los pabellones. En este sentido, es relevante estudiar en mayor profundidad el rol que tienen las elevadas ausencias del personal y el déficit real de este, para buscar soluciones que se hagan cargo de este problema.

**Tabla 1.** Estadísticas de pabellones quirúrgicos habilitados con equipamiento y efectivamente habilitados en trabajo (equipamiento y personal), red pública 2017-2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pabellones (N°)	660	656	672	669	668	659
Habilitados (%)	0,95	0,94	0,95	0,76	0,77	0,93
En trabajo (%)	0,92	0,90	0,91	0,62	0,65	0,83

*Fuente: elaboración propia con base en datos del MINSAL.*

La tabla 2 muestra, para cada servicio de salud, la brecha entre el N° de pabellones totales y los que están efectivamente habilitados para ser utilizados. Se observa que los servicios de Salud que presentan el menor porcentaje de pabellones efectivamente disponibles para funcionar son: Iquique (60%), Atacama (61%), del Reloncaví y Magallanes (67%), Viña del Mar (69%), Valparaíso (73%). Por el contrario, aquellos con mayor capacidad habilitada (menor brecha) son Coquimbo (96%), Talcahuano (98%), Ñuble, Araucanía Norte y Chiloé (con 100%).



**Tabla 2.** Brecha entre N.º pabellones quirúrgicos vs promedio de quirúrgicos efectivamente habilitados por servicio de salud, 1er semestre de 2022.

Servicios de Salud	N.º Pabellones	Pabellones efectivamente habilitados para trabajo.	% Pab. efectivamente habilitados.
Iquique	10	6	60%
Atacama	13	8	61%
Del Reloncaví	17	11	67%
Magallanes	12	8	67%
Viña del Mar Quillota	36	25	69%
Valparaíso San Antonio	26	19	73%
Antofagasta	25	19	76%
Metropolitano Central	35	27	77%
Metropolitano Sur	52	41	78%
Biobío	14	11	79%
Maule	43	34	79%
Arauco	6	5	80%
Araucanía Sur	31	25	82%
Metropolitano Sur			
Oriente	58	49	84%
Aisén	7	6	84%
Concepción	33	29	87%
Osorno	11	10	90%
Aconcagua	10	9	90%
Metropolitano Oriente	48	44	91%
Arica	9	8	92%
O'Higgins	29	27	92%
Valdivia	16	15	93%
Metropolitano Occidente	43	41	95%
Coquimbo	28	27	96%
Talcahuano	14	14	98%
Ñuble	15	15	100%
Araucanía Norte	12	12	100%
Chiloé	6	6	100%

Fuente: elaboración propia con base en datos del MINSAL.

**Nota:**

- a. Sin dato de mayo y junio del Servicio de Salud Metropolitano Norte.



## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Los resultados presentados son preocupantes. En primer lugar, porque el número de personas que esperan por cirugías crece con el tiempo, pero, la cantidad de pabellones disponibles no ha aumentado y, más aún, la capacidad de estos aún no llega siquiera a los niveles previos a la pandemia. En segundo lugar, los resultados muestran que, aunque se recuperan dichos niveles, queda un espacio para seguir avanzando en que una mayor proporción de los pabellones se pueda utilizar. Lo anterior, requiere de una política permanente de monitoreo y gestión que permita mantener o reponer el equipamiento necesario, así como abordar las causas de la falta de personal, sea que respondan a un déficit de personal contratado o las ausencias por licencia médica u otras razones.

A lo anterior se debe agregar que los datos registrados sobre capacidad de los pabellones no consideran el uso real de éstos. Es decir, que en 2022 un 83% de los pabellones está preparado para ser utilizado, no implica que toda esa capacidad haya sido usada, en cuanto no se cuenta con ese dato.

El estudio de la Comisión Nacional de Productividad sobre uso de pabellones (publicado en 2020) muestra que el uso de estos pabellones es efectivamente menor a la capacidad presentada. Esto, no sólo por problemas de equipamiento y falta de personal, sino también por problemas con el personal y con los pacientes. En efecto, el estudio indica que los pabellones no empiezan a funcionar a la hora (se atrasan), en mayor medida que en otros países de referencia (como Inglaterra), así como también porque los pacientes no están preparados, ya sea porque no cumplen con los requisitos (por ejemplo, estar en ayuna), o por problemas administrativos que no se resolvieron previamente.

En un contexto en que el gasto en salud (tanto público como privado) ha crecido de manera relevante en el último tiempo (siendo incluso mayor que el promedio de los países desarrollados, al medirlo como proporción del PIB), usar de mejor manera los recursos es imperioso. Para ello existen diferentes propuestas y alternativas. En el corto plazo, se debe intentar solucionar los problemas de las personas que llevan mucho tiempo esperando, lo que, al igual que se hizo durante la pandemia, requiere recurrir a todos los pabellones disponibles, sea en el sector público y privado. Un estudio de la UNAB (2022) muestra que existen métodos de compra al sector privado que incluso podrían ser más económicos al intentar resolver la lista de espera exclusivamente en el sector público, como es el uso de los *Grupos Relacionados de Diagnóstico*, haciendo más transparente los costos de atención y la gestión clínica.



Asimismo, recuperar al menos los niveles de capacidad prepandemia es urgente, donde cada hospital y los servicios de salud deben responsabilizarse por dicha habilitación, revisando en cada caso, por una parte, cuánto de ello se debe a falta de recursos para mantenimiento y reposición y cuánto de ello a un déficit de gestión de los recursos. Y, por otra parte, es urgente adoptar medidas para aumentar las dotaciones efectivas de personal, es decir, revisar las medidas de contratación y reemplazo y abordar las causas de las ausencias laborales.

Finalmente, existen propuestas que permiten hacerse cargo de los déficits estructurales que se presentan en el sector prestador estatal hospitalario. Diversos trabajos (Vergara, Yarza, Gómez et al. 2020, Centro de Estudios Públicos 2017) han dado cuenta de que la institucionalidad de estos prestadores es inadecuada, debido a la dependencia que tienen del Ministerio de Salud y a la falta de atribuciones de los hospitales. En efecto, el Ministerio de Salud es la entidad rectora de todo el sistema, pero, además, es dueño de los prestadores, lo que le genera un evidente conflicto de intereses a la hora de evaluar su propio desempeño y tomar medidas para mejorarlo. Por lo tanto, se ha planteado, por una parte, la creación de una entidad pública independiente del Ministerio de Salud, que cuente con una gobernanza sólida y técnica (directorío con personas con vasta experiencia y altas capacidades), que esté a cargo de la administración de los prestadores. Esto requiere, a su vez, fortalecer también las estructuras directivas de los hospitales, pero sobre todo la entrega de mayores atribuciones para que puedan gestionar sus recursos (humanos, físicos, financieros) para buscar las mejores soluciones para sus pacientes.

Estos cambios son fundamentales para fortalecer las capacidades del sector estatal, en orden a que realmente pueda otorgar soluciones oportunas a los problemas de salud de sus beneficiarios. Estos cambios toman tiempo y requieren de acuerdos por parte de diversos sectores y actores involucrados, teniendo siempre como norte a las personas.