



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA

IPSUSS



INSTITUTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN

¿Cómo se usan los pabellones quirúrgicos en Chile? Radiografía al sector estatal de salud

Raúl Aguilar-Barrientos*

Carolina Velasco O.**

Citar este artículo como: Aguilar-Barrientos, R. y Velasco, C. 2022). “¿Cómo se usan los pabellones quirúrgicos en Chile? Radiografía al sector estatal de salud”. *Documentos de trabajo N°1*. Instituto de Políticas Públicas de Salud (IPSUSS), Universidad San Sebastián.

* raul.aguilar@uss.cl

** carolina.velasco@uss.cl

RESUMEN

Contexto: Gran parte del gasto público en salud se destina a hospitales. Los recursos destinados a estos han aumentado en 50% en la última década, pero la producción hospitalaria, como los egresos, ha disminuido en un 3% en el mismo periodo. El pabellón quirúrgico consume gran parte del gasto hospitalario, por lo que la eficiencia con que se usen estos recintos, impacta en la productividad y en las finanzas de los hospitales.

Objetivo: Identificar en qué medida se está haciendo un uso eficiente de los pabellones, así como las causas que explican los resultados encontrados, para generar propuestas de mejora.

Método: Usando datos administrativos provistos por el Ministerio de Salud, se estima la cantidad de horas máximas de capacidad de cada pabellón de los hospitales dependientes del Ministerio de Salud de Chile para los años 2017 a 2021. Con base en ello, se calculan diferentes indicadores de habilitación y uso de estos recintos, así como las brechas con relación a las referencias. Además, se estudian las causas que explican el uso y habilitación de los pabellones. Se desagrega por tipo de pabellón y por Servicio de Salud. Para la realización de propuestas se revisa la literatura en Chile y en el mundo. Los hallazgos preliminares fueron socializados con personal de servicios quirúrgicos de hospitales de la Región Metropolitana.

Resultados: Cerca de 15% de los pabellones no están habilitados para ser utilizados y, del restante 85%, se utiliza cerca de 60% del tiempo disponible, en el periodo 2017 a 2019. Entre las causas que explican la inhabilitación de los quirófanos está la falta de personal y en menor medida el equipamiento. Respecto del uso de los pabellones, se programa hacer un menor uso que las horas totales disponibles, y se suspenden cirugías producto principalmente de problemas de gestión de los hospitales, ya sea por falta de material o de organización o porque no se prepara adecuadamente al paciente. Aumentar la tasa de uso al estándar de 83% y habilitar los pabellones en desuso, permitiría cubrir las cirugías en espera cada año en el periodo analizado.

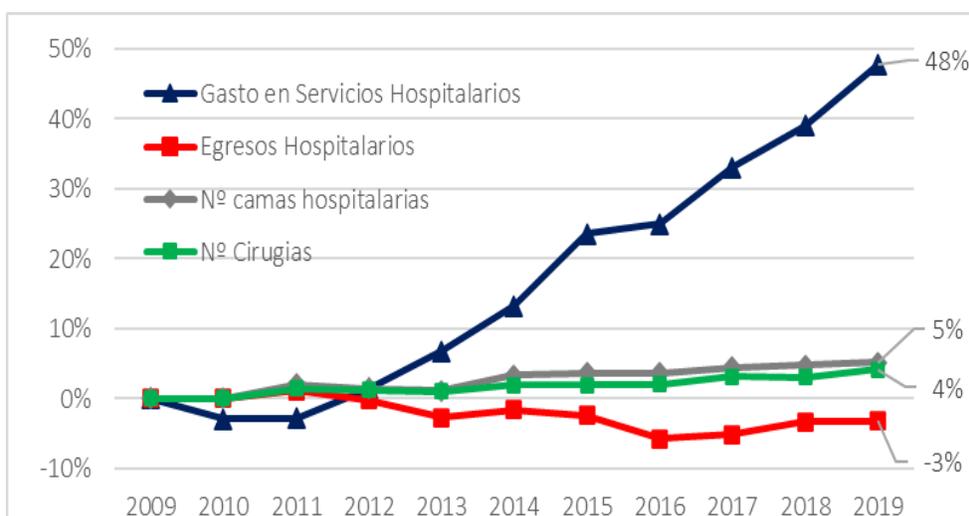
Conclusión: Mejorar las tasas de uso y habilitación permitiría ampliar la capacidad de hacer cirugías mayores y con ello reducir y eliminar las listas de espera; mejorando la oportunidad, calidad de la atención y sobre todo la vida de los ciudadanos, ahorrando importantes costos a las personas y al país. Mejorar las tasas de uso en algunos casos es de bajo costo, por ejemplo, instalando unidades prequirúrgicas que verifiquen que los pacientes están en condiciones para la cirugía, pero el marco actual no promueve un buen uso de los mismos. Las propuestas plantean como solución, primero, separar del Ministerio de Salud la dependencia de los hospitales, profesionalizando su administración, para que su objetivo se enfoque en mejorar la atención de los pacientes. Y segundo, entregar las competencias a los directores de estos recintos para que puedan gestionar sus recursos humanos, físicos, médicos y financieros, a cambio de metas y evaluaciones con consecuencias, asociadas a su cumplimiento.

¿Cómo se usan los pabellones quirúrgicos en Chile? Radiografía al sector estatal de salud

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad Chile destina un total de recursos (públicos y privados) a salud que corresponde a 9,3% de su Producto Interno Bruto (PIB), cifra que supera el promedio de 8,8% de los países desarrollados, grupo al que Chile pertenece desde 2010 (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, OCDE, 2021). Ello ha sido producto de un esfuerzo sostenido de aumento de los recursos durante las últimas décadas, lo que se refleja, por ejemplo, en que 18% del presupuesto público se destina a salud, lo que también supera el 15% que promedian los países de la OCDE (OCDE 2021). La gran mayoría del gasto público en salud (80%) se destina a servicios hospitalarios, nivel de atención que, además, ha aumentado el gasto en 50% en la última década (figura 1). Contrario a lo esperado, la producción hospitalaria (egresos) ha disminuido en un 3% en el mismo periodo y las cirugías se elevaron en apenas un 4%. Estos resultados se mantienen al considerar el nivel de complejidad de las cirugías.

Figura 1. Variación del gasto y producción de servicios hospitalarios de 2019 en relación con 2009



Fuente: IPSUSS con datos de la Dirección de Presupuestos.

El pabellón quirúrgico (o quirófano) es un lugar central de la organización de cualquier hospital tanto por la intensidad del consumo de recursos, como por el alto costo que significa (Perkins *et al.* 2014, Overdyk *et al.* 1998). De esta forma, el buen uso de los recursos dependiente de estas áreas presume un impacto importante en la productividad y en las finanzas para estos establecimientos.

Considerando lo anterior, en este trabajo se investiga en qué medida se está haciendo un uso eficiente de los pabellones de cirugía mayor, extendiendo a la totalidad del país, el análisis que

realizó la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad de 2020 con base en una muestra de hospitales. Para ello se considera la información oficial del Ministerio de Salud de todos los hospitales de su dependencia. En la siguiente sección se presentan la metodología y los datos usados en el trabajo y en la subsiguiente los resultados del análisis de habilitación y uso de pabellones. Posteriormente, se realiza una simulación del impacto en cantidad de cirugías y en reducción de listas de espera que tendría hacer un uso más intensivo de los quirófanos. Finalmente se presentan comentarios finales y propuestas, tanto para abordar las deficiencias detectadas, como para mejorar la gestión en el sector prestador de salud estatal.

II. DATOS Y METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

2.1 Datos

El análisis considera los pabellones dispuestos para cirugía mayor (ambulatoria, no ambulatoria, de urgencia y electiva), es decir, que están destinados para utilizarse con

“...procedimientos quirúrgicos que implican manipulación de órganos vitales y/o cuya incisión permite acceder a grandes cavidades y/o cavidades o estructuras estériles (incluye cirugía Máxilo – facial). Requiere de un equipo quirúrgico y anestesista especializado, se realiza siempre en pabellón quirúrgico. Demanda preparación preoperatoria, sedación, anestesia general y/o regional, eventualmente local. Utiliza recuperación post quirúrgica, puede necesitar apoyo a funciones vitales” (Departamento de Estadísticas en Salud 2021: 378).

Por lo tanto, se excluyen los pabellones para procedimientos¹ (por ejemplo, endoscopías) y para cirugías menores² (por ejemplo, reconstrucción y curación de heridas, extirpación de verrugas).

Respecto de las actividades consideradas para el análisis de cada pabellón, se incluyen solo las cirugías mayores, destino de los pabellones en análisis. Por lo que no se consideran los procedimientos y las cirugías menores, que podrían realizarse en pabellones dispuestos para ello (con menos requerimientos), así como tampoco las intervenciones secundarias realizadas en la misma cirugía (para evitar doble conteo, ya que en algunos registros se consideran por separado), ni las compras de servicios a establecimientos no pertenecientes a la red estatal del Ministerio de Salud (en adelante, Minsal), porque no se realizan en los pabellones en estudio.

En cuanto a los tipos de pabellones, se incluyen los de cirugía electiva (aquellas que su realización puede ser diferida)³, de uso indiferenciado, de uso obstétrico (cirugías propias de la especialidad, tanto de urgencia, como programadas) y de urgencia.

¹ Definido por el Minsal como *“...la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El periodo de observación post-operatoria debe ser en una unidad destinada para este fin y no en una cama de dotación.”*

² Definido por el Minsal como *“intervención quirúrgica diagnóstica y/o terapéutica de baja complejidad y riesgo vital, con escasas complicaciones, realizada bajo anestesia local y mínima medicación pre-operatoria”.*

³ <https://estadistica.ssmso.cl/download/manual-series-rem-2021-2022/>

La información corresponde a datos administrativos de todos los hospitales pertenecientes al Minsal para los años 2017 a 2021⁴, reportados por cada hospital al Minsal. Los datos no publicados se solicitaron oficialmente mediante la ley 20.285 de acceso a la información pública. Las fuentes utilizadas se detallan en el anexo 1. El número de pabellones y su estado (habilitado o no) es el informado a diciembre de cada año.

Cabe mencionar que los registros cuentan con múltiples inconsistencias o se encuentran sin información, lo que dificultó las estimaciones y el análisis. En casi la totalidad de las estimaciones fue necesario excluir Servicios de Salud (en adelante, Servicios), tal como se señala en las notas de cada tabla, cuando corresponde.

2.2. Metodología

En este trabajo se realiza (i) un análisis descriptivo de la habilitación y uso de los pabellones de cirugía mayor en los hospitales estatales que dependen del Ministerio de Salud, (ii) un estudio de algunas de las causas que explican los resultados en habilitación y uso de estos recintos, en particular, la suspensión de cirugías, y (iii) una simulación del impacto en cantidad de cirugías y reducción de listas de espera que tendría tanto aumentar la proporción del tiempo hábil en que se usan los quirófanos, como habilitar los pabellones en desuso. Para ello se calculan diferentes estadísticas e indicadores, con objeto de comparar el desempeño, tanto entre diversas unidades de análisis (hospitales, Servicios de Salud, tipo de pabellón, entre otros), como en el tiempo. Las estimaciones se realizan en horas por pabellón (no en número de pabellones), para alcanzar mayor exactitud y desagregación de los indicadores mencionados, como por ejemplo, la proporción de horas de uso de cada quirófano, respecto de las horas disponibles.

Para el cálculo de los indicadores, en primer lugar, se estima un máximo de horas disponibles para cada pabellón estudiado, agregando por Servicio de Salud (29), hospital (88) y tipo de pabellón (4)⁵. En segundo lugar, se computan las horas de pabellón habilitados con equipamiento (K), las horas de pabellón habilitados con equipamiento y personal (L), las horas de uso de cada pabellón, las horas programadas de uso y la duración promedio de una cirugía (división entre el total de horas de uso de los pabellones y la cantidad de cirugías realizadas). En tercer lugar, se combinan los datos anteriores para calcular los indicadores de uso, de habilitación, de horas programadas y el impacto que tendría (simulación) en cantidad de cirugías extra y en reducción de listas de espera, el poder

⁴ Por lo tanto, se excluyen los establecimientos dependientes de las fuerzas armadas y de orden público y los privados, categorizados en las bases de datos como “no dependientes”.

⁵ El total de horas se calcula como el máximo teórico de horas disponibles, estimadas a partir de la información proporcionada por Minsal. En el caso de los pabellones de cirugía electiva, esto corresponde a los días y horario hábiles (lunes a viernes de 08:00-17:00 horas, excluyendo festivos). En los quirófanos de urgencias, indiferenciados y obstétricos, se consideran 24 horas diarias por 365 días al año, exceptuando aquellos que reportan otros horarios (ej. horario hábil).

aumentar el uso y habilitación de los pabellones.

Finalmente, los hallazgos preliminares fueron expuestos, con reserva y embargo, ante personal de servicios quirúrgicos de dos hospitales de la Región Metropolitana.

Para considerar el efecto de la pandemia, los datos se reportan por separado para el periodo pre-pandemia (2017 a 2019) y para el periodo pandemia (2020-2021).

En la tabla 1 a continuación se presenta la cantidad de horas totales disponibles en los pabellones de los hospitales dependientes del Minsal. Se aprecia que esta no ha variado significativamente durante el periodo de análisis, ni tampoco cuando se consideran las horas por tipo de pabellón, ni al desagregar por Servicio (tabla A1 del anexo).

Tabla 1: Horas totales y proporción del total, por tipo de pabellones, 2017-2021

Año	2017		2018		2019		2020		2021	
	Hrs. totales	%								
Cirugía electiva	1.044.405	48	968.458	43	1.079.955	49	1.069.925	49	1.076.513	49
Urgencia	758.839	35	751.568	34	789.104	36	807.164	37	747.753	34
Indiferenciado	179.915	8	338.599	15	123.045	6	88.690	4	145.268	7
Obstétrico	192.273	9	177.396	8	220.968	10	213.698	10	228.425	10
TOTAL	2.175.432	100	2.236.021	100	2.213.072	100	2.179.477	100	2.197.959	100

Fuente: elaboración propia.

Nota: datos reportados a diciembre de cada año. N° = número. Hrs. = horas.

III. ANÁLISIS DEL USO DE PABELLONES

3.1 Habilitación y uso de pabellones

Una primera mirada respecto del uso real de los pabellones disponibles en Chile tiene que ver con cuántos de ellos están habilitados para ser usados. En una publicación previa se mostró este dato (Aguilar-Barrientos y Velasco 2022), que fue calculado como la cantidad de pabellones (y la proporción respecto del total) que cuenta tanto con equipamiento (K), como con personal (L). En este trabajo, según se mencionó en la sección de datos, los análisis se realizan respecto de las horas totales⁶.

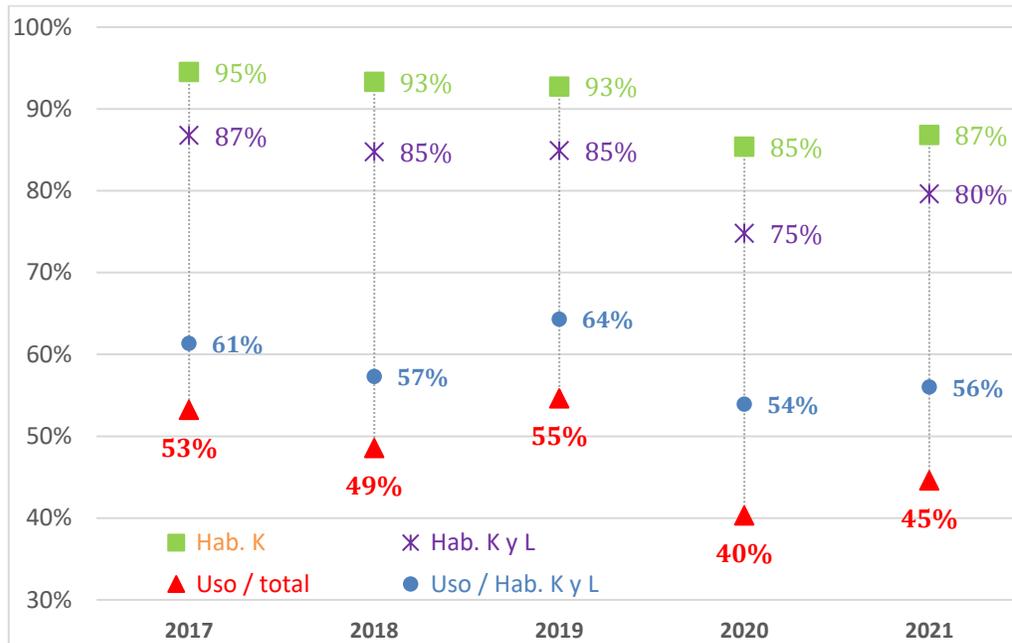
⁶ Por ello, las cifras sobre proporción de pabellones habilitados respecto del total difieren levemente con los del presente trabajo, que calcula la proporción de horas de pabellón habilitadas respecto de horas totales de pabellón disponibles.

La figura 2 muestra indicadores de habilitación de pabellones. En primer lugar, se aprecia que un 87% de las horas totales disponibles para el año 2017 están habilitadas con equipamiento y personal (K y L), cifra que cayó levemente en los años siguientes y que, en 2020 (primer año de la pandemia) llegó a 75%, con una recuperación moderada en 2021 (80%). Es decir, constantemente existe cerca de un 15 a 16% de las horas de pabellón inutilizadas por falta de equipamiento o personal, porque no se cuenta con los equipos físicos ni humanos para hacer funcionar los quirófanos. La falta de personal es la principal limitación para habilitar pabellones, puesto que en todos los casos, esta carencia es mayor que la de equipamiento, lo que refleja la necesidad de pensar en las políticas de formación de personal de la salud y en la carrera que se ofrece en el sector estatal.

Un segundo grupo de indicadores son la tasa de uso de los pabellones⁷ o proporción de horas de uso de los pabellones, tanto respecto del total de horas de pabellón, como del total de horas de pabellón habilitados. Ello permite estimar el nivel y la magnitud de las brechas respecto del uso eficiente de estos recintos, comparando con diferentes referentes, como por ejemplo, las tasas de uso de otros países. Los resultados no son alentadores, ya que, al considerar la totalidad de horas de pabellón (habilitados y no habilitados) entre 2017 y 2019 (pre pandemia), los pabellones se utilizaron a media capacidad, con un mínimo de 49% en 2018. A modo de comparación, la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) en su informe de 2020 toma como referencia una tasa de 83%, por lo que las cifras de Chile son bajas. Pero incluso al tomar la de Australia, que está entre 75 y 87%, de Estados Unidos, de 75% y de Canadá, de 70% (Kohnenkampf *et al.* 2021). Durante la pandemia este indicador en Chile se redujo aún más, llegando a 40% y 45% en 2020 y 2021, respectivamente.

Si bien al considerar solo las horas de pabellón habilitados con equipos y personal estas cifras mejoran, siguen siendo bajas, ya que muestran que un 40% del tiempo, los pabellones estaban inutilizados entre 2017-2019. Durante la pandemia esta cifra fue de 45%.

⁷ Medida agregada que incluye desde el ingreso del primer paciente hasta la salida del último paciente.

Figura 2. Indicadores de funcionamiento y uso de pabellones, 2017-2021

Fuente: elaboración propia.

Al revisar por tipo de pabellón (tabla 2), se ve que los de urgencia están todos habilitados con equipamiento (hab. K), lo que implica que podrían usarse en un 100% si contaran con el personal necesario para ser operados. No obstante, en ninguno de los períodos analizados (2017-2019 y 2020-2021) esto se logra. En este indicador, los pabellones de cirugía electiva son los que presentan las menores tasas con 88% en el período 2017-2019 y 73% en el de 2020-2021. Las cifras disminuyen cuando se considera la tasa de pabellones habilitados tanto con equipamiento como con personal (hab. K y L), llegando a 81 y 64%, en los respectivos períodos. Esto indica que, entre 2017 y 2019 se perdieron 20% de las horas en los pabellones de cirugía electiva, solo por no estar habilitados.

Los pabellones obstétricos y de uso indiferenciado se comportan de manera similar, con cifras de entre 93 y 96% para la proporción de horas habilitadas con equipamiento. No obstante, los de uso indiferenciado caen en mayor medida al considerar los habilitados también con personal, con un valor de 73% en el período 2017-2019, cifra que es de 81%, para los obstétricos.

Al observar el indicador de uso, también ocurre que los de tipo obstétrico e indiferenciado presentan las cifras más bajas, entre 18 y 25%. Al comparar con la referencia de 83%, la brecha queda entre 58 y 65 puntos porcentuales. En el caso de los pabellones de urgencia, la tasa de uso está entre 37 y 39%, es decir, 44 y 46 puntos porcentuales de brecha. Y, en los de cirugía electiva, que sufrieron una baja sustancial en la tasa de uso entre ambos períodos (de 73 a 53%), la brecha queda entre 10 y 30 puntos porcentuales. Cabe mencionar que, en comparación con los pabellones de cirugía electiva, los de urgencia deben tener disponibilidad para atender imprevistos, por lo que

su tasa de uso puede ser menor. En el caso de los obstétricos, también se considera disponibilidad para urgencias.

Los hallazgos señalados indican que, tomando el caso de los quirófanos de cirugía electiva, un 27% del tiempo total de pabellones se dejó de usar en el periodo pre-pandemia. En cuanto a los de urgencia, un 60% de las horas totales no se usan. Esta cifra es aún más grave en el caso de los obstétricos, en donde tres cuartos del tiempo total de pabellón está inutilizado. Y en el caso de los de uso indiferenciado, la cifra es de casi 80% del tiempo total.

La última columna de la tabla muestra, para cada tipo de pabellón, la proporción de horas de uso respecto del total de horas habilitadas con equipamiento y personal (hab. K y L). Es decir, se consideran solo los pabellones dispuestos para ser usados con equipamiento y personal y se revisa qué proporción de las horas hábiles se usan. Si bien este indicador de uso muestra mejores resultados, las cifras siguen siendo inferiores a los estándares, incluso en el periodo pre pandemia. En efecto, un 58% del tiempo estos no se usan en el caso de urgencia, cifra que es de 70% en los de obstétricos y de uso indiferenciado. Los de cirugía electiva presentan la mayor tasa de uso, con un 90%.

Tabla 2. Indicadores en porcentaje de habilitación y uso por tipo de pabellones, promedio 2017-2019 y 2020-2021

Tipo	Hab. K/total	Hab. K y L/total	Uso/total	Mín.	Máx.	Uso/hab. K y L
Promedio 2017-2019						
Cirugía electiva	88%	81%	73%	70%	76%	90%
Urgencias	100%	95%	39%	39%	40%	42%
Indiferenciado	93%	73%	21%	17%	25%	30%
Obstétrico	96%	81%	25%	21%	29%	31%
Promedio 2020-2021						
Cirugía electiva	73%	64%	53%	50%	56%	83%
Urgencias	100%	96%	37%	35%	40%	39%
Indiferenciado	93%	62%	23%	21%	25%	37%
Obstétrico	96%	85%	18%	18%	19%	22%

Fuente: elaboración propia.

Nota: información a diciembre de cada año. Uso/total, se refiere al promedio de horas usadas sobre la estimación del total de horas de pabellón para los años de estudio. Uso/hab. K y L, se refiere a las horas usadas sobre las horas de pabellón habilitadas con equipamiento y personal para funcionar. Mín. y Máx., se refieren a los valores mínimos y máximos del indicador de uso/total tomando como unidad de medida el pabellón.

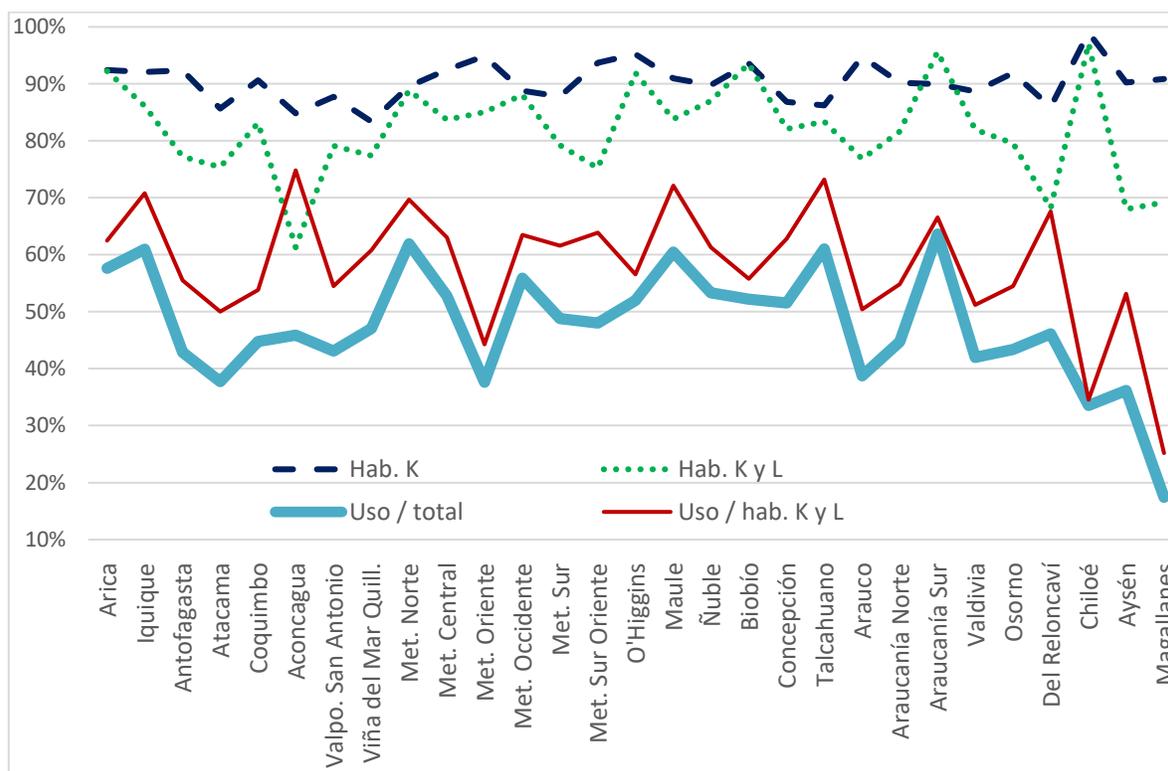
Al observar el desempeño por Servicio (figura 3), se aprecia que existe variabilidad en los resultados en todos los indicadores. Respecto a las magnitudes, se encuentran algunos que presentan buenos indicadores de habilitación de sus pabellones, como es el caso del de Chiloé, de Biobío y de

O'Higgins. Por el contrario, los Servicios que tienen una mayor cantidad de horas de pabellón en desuso son los de Aysén, de Magallanes y de Aconcagua, cuya carencia principal son los recursos humanos.

Respecto del uso, es posible apreciar que ninguno de los Servicios usa más del 65% de las horas totales de pabellón, siendo aquellos de mejor desempeño Araucanía Sur, Metropolitano Norte, Talcahuano, Iquique y Maule (60% o más) y los de menor uso Arauco, Atacama, Metropolitano Oriente, Aysén y Chiloé, con cifras menores a 40%, resaltando Magallanes con 17%.

Al observar la proporción de horas usadas sobre horas habilitadas con equipos y personal, es decir, el uso de las horas disponibles, el mejor resultado es para Aconcagua, con 75%, seguido por Talcahuano, Maule e Iquique, todos sobre 70%. Por su parte, las tasas más bajas de uso están en el Metropolitano Oriente, con 44%, de Chiloé, con 34,5% y, nuevamente de Magallanes con la menor tasa, de 25%, indicando que la mayoría del tiempo los pabellones no están siendo utilizados (al menos en cirugías mayores, que es para lo que están habilitados).

Figura 3. Indicadores de habilitación y uso de pabellones por Servicio de Salud, promedio 2017 a 2019



Fuente: elaboración propia.

Al desagregar por tipo de pabellón y servicio de salud, los resultados pre-pandemia (2017-2019) en general se mantienen. En el caso de los quirófanos de cirugía electiva (tabla A3 del anexo),

Magallanes presenta la tasa más baja de habilitación con equipamiento y personal (69%), lo que se explica en mayor medida por falta de personal que lo pueda operar, aunque también de equipamiento. Su tasa de uso sobre los habilitados es de 85%. Reloncaví tiene una tasa de habilitación de 74%, tanto por falta de equipamiento como por personal. No obstante, su tasa de uso sobre los pabellones que sí están habilitados es de 92% (uso/Hab. K y L). Araucanía Norte presenta una tasa de uso de las más bajas, con 75%. Por su parte, destaca Biobío con altas tasas de habilitación (94%) y de uso (85%).

En el caso de los pabellones de uso indiferenciado (tabla A4 en el anexo), hay Servicios cuyos datos no fue posible analizar (inconsistentes o faltantes), lo que evidencia problemas de registro de estos. Se encuentra una gran varianza en las tasas de quirófanos habilitados, pero sobre todo en las tasas de uso para el periodo de 2017 a 2019. Por ejemplo, hay varios Servicios con todos sus pabellones habilitados (Met. Central, Norte y Oriente), pero otros cuyas tasas no superan el 75%, como Atacama y Valdivia e incluso de 66% en el caso de Osorno. En cuanto al uso sobre los habilitados (uso/Hab. K y L), la situación es crítica, ya que algunos reportan haber usado 5% del tiempo de horas habilitadas con equipo y personal en cirugías mayores (Met. Central y Oriente). Si bien ello no implica que el resto del tiempo los pabellones estuvieron en desuso, el haberlos usado para otras prestaciones, como cirugía menor o procedimientos, implica una pérdida de recursos importante, puesto que están habilitados con todo lo necesario para cirugías mayores.

Algo similar ocurre en el caso de los pabellones de uso obstétrico (tabla A6 del anexo). Si bien solo la mitad de los Servicios reporta datos para este tipo de pabellones, se aprecia una alta variabilidad en las tasas de habilitación con equipamiento y personal. En efecto, casi 10 de los 15 que reportan tienen sobre el 95% de las horas habilitadas, pero tres tienen habilitados alrededor de 40-45% (Viña del Mar-Quillota, Met. Sur Oriente y Del Reloncaví) y Atacama reporta apenas 15% de horas de pabellones habilitados, exclusivamente por falta de personal. Respecto de las horas de uso sobre las horas de pabellón habilitados con equipo y personal (uso/hab. K y L), estas son bajas en promedio, con un 44%. Las excepciones son Aconcagua y Met. Sur con tasas de 96 y 89%, respectivamente. En el otro extremo Coquimbo y Viña del Mar-Quillota presentan tasas de uso de 11 y 13%, respectivamente.

Finalmente, los pabellones de urgencia (tabla A5 del anexo) tienen tasas de habilitación con equipamiento de 100% en todos los Servicios. Si bien varios están también habilitados con personal en su totalidad (Arica, Atacama, Met. Norte y Sur, O'Higgins, Maule y la mayoría de la zona sur), existen otros donde la falta de personal es notoria, como Ñuble y Osorno, pero sobre todo Magallanes, donde solo 61% de las horas de pabellón están dispuestas para uso. En relación con la utilización sobre las horas habilitadas (uso/Hab. K y L), las tasas son bajas (41%), llegando a estar entre 20 y 30% en varios Servicios, como Atacama, O'Higgins, Araucanía Norte, Valdivia y Chiloé.

3.2. Programación del uso de pabellones

Conocer la capacidad de programar la actividad quirúrgica y, por otra, de cumplir con dicho plan es relevante porque refleja la habilidad de gestión de cada hospital⁸. Desviaciones negativas respecto a la programación (ya sea por retrasos en el comienzo de la primera cirugía o extensión de una intervención) implicarán menor cantidad de intervenciones que las programadas y una menor eficiencia en el uso de estos espacios, con el consecuente retraso en la atención de otros pacientes, afectando las listas de espera.

El manual del Minsal (Departamento de Estadísticas en Salud 2021) para el registro de los datos indica que solo las cirugías electivas son programables. Por tanto, los pabellones exclusivos para este tipo de cirugías deberían poder ser programados completamente. Los de uso indiferenciado y obstétricos, pueden variar, debido a que los primeros se pueden usar en diversos tipos de cirugías mayores, programables o de urgencia, y los obstétricos combinan intervenciones programables (como histerectomías) con otras que no, como partos. Los de urgencia, por su naturaleza, tienen menor probabilidad de ser usados para cirugías electivas, particularmente en los casos donde existe solo uno. No obstante, en los hospitales con más de un pabellón de estos tres tipos (urgencia, obstétricos y de uso indiferenciado), puede no ser necesario que estén todos siempre disponibles, especialmente cuando se conoce la trayectoria de uso pasado de cada uno.

Si bien la tabla 3 muestra que, respecto de las horas de pabellón habilitadas con equipamiento y personal (hab. K y L), se programa un uso promedio de 84% en los recintos dedicados a las cirugías electivas, las cifras son diferentes a las esperadas en el resto de los quirófanos. En el caso de los de urgencia, un 49% de las horas se programan, en los de uso indiferenciado esta cifra es de 29% y en los obstétricos esta es de 39%. Lo anterior da cuenta de que el registro de los datos no se ajusta a lo señalado en los manuales y que las actividades quirúrgicas realizadas en los hospitales no necesariamente se condicen con lo esperado para cada categoría de pabellón.

Al observar la proporción de horas usadas realmente por sobre las programadas (Uso/Programadas en la tabla 3) para el periodo pre-pandemia (2017-2019), se aprecia que, en general no se cumple lo planificado, salvo en el caso de los de cirugía electiva, donde la programación de uso de 84% se cumple totalmente. De todas maneras, queda un 15% del tiempo de los pabellones que no es usado (ni programado). En el caso de los pabellones de uso indiferenciado, la tasa de cumplimiento es de 91% de lo programado que ya era bajo (33% del tiempo). En el caso de los pabellones obstétricos, estos indicadores son aún más bajos, puesto que la tasa de cumplimiento es de 73% sobre lo programado (42% del tiempo). Tal como se mencionara previamente, lo anterior no necesariamente

⁸ Las Orientaciones Técnicas del MINSAL hacia los hospitales, sobre el uso y programación de pabellones definen esta actividad como “crítica” dentro de la gestión hospitalaria ya que “... involucra la gestión y coordinación de los recursos humanos, como médicos, enfermeras y arsenaleras; los recursos físicos, el control de insumos y en particular, materiales y equipos especializados.”

indica que el resto del tiempo los pabellones están en desuso, pero sí implica que no se están utilizando para cirugía mayor, que es para lo que están habilitados y planificados.

Tabla 3. Programación y uso promedio de pabellones por tipo de pabellón, promedio 2017 a 2021

Años/Tipo de pabellón	Programadas/Total	Programadas/Hab. K y L	Uso/Programadas
Cirugía electiva	62%	84%	103%
2017-2019	73%	89%	101%
2020-2021	51%	79%	105%
Urgencia	47%	49%	85%
2017-2019	54%	58%	73%
2020-2021	39%	41%	97%
Indiferenciado	19%	29%	125%
2017-2019	24%	33%	91%
2020-2021	15%	24%	158%
Obstétrico	32%	39%	69%
2017-2019	34%	42%	73%
2020-2021	29%	35%	64%

Fuente: elaboración propia.

Al revisar para el período 2017-2019 la programación por Servicio (tabla A2 del anexo), se encuentra nuevamente una gran variabilidad en la proporción de las horas programadas sobre las horas habilitadas con equipos y personal en los pabellones. Por ejemplo, el Servicio de Arica programa usar un 75% de las horas de pabellón disponibles (Prog./Hab. K y L), pero Magallanes un 26%, donde el promedio para todos los Servicios que reportan el dato, es de 58%. Cabe mencionar que, al desagregar los datos, la calidad baja, puesto que se deben excluir a los que reportan errores o no registran la información.

Las diferencias podrían explicarse por el tipo de pabellón que maneja cada Servicio, ya que, si la mayoría es de cirugía electiva, la proporción de horas totales programables debiera ser mayor. En las tablas A3 hasta A6 del anexo se presentan estos datos, no obstante, incluso en el caso de los pabellones de cirugía electiva se aprecia una variabilidad importante en la proporción de horas programadas sobre las horas habilitadas (Prog./Hab.K y L), que va de 35% en el Servicio Met. Norte a 99% en Aconcagua. Para el resto de los pabellones estas diferencias son aún mayores. Por ejemplo, para los de uso indiferenciado, el Servicio Met. Oriente programa usar 5% de las horas habilitadas y el de Concepción y Met. Central el 100% de estas. Similarmente, en los obstétricos los de Viña del Mar-Quillota y Met. Occidente programan usar el 7% del tiempo de pabellón habilitado, y el Met. Central y Del Reloncaví el 100%.

Nuevamente, se encuentra que la capacidad de programar está poco desarrollada, puesto que al observar la proporción de estas horas que son realmente usadas (Uso/Prog.), son pocos los Servicios

que logran cumplirla, con algunos que duplican las horas programadas, como Arica con 178% y Met. Norte con 212%, y otros que no alcanzan el 70% de lo programado, como el Met. Central, Arauco y Concepción. La revisión de las tablas A3 hasta A6 del anexo da cuenta de que, incluso en los pabellones de cirugía electiva las tasas de uso sobre las programadas difieren fuertemente por Servicio. Por ejemplo, el Servicio Met. Norte utilizó un 230% más sus pabellones de cirugía mayor que lo programado y, por el contrario, el de Arauco un 81%.

Al revisar el cumplimiento de lo planificado en el resto de los pabellones se encuentran datos como 6% en el caso de los de uso indiferenciado en el Servicio Met. Central o de 10% en Aysén. Lo mismo ocurre en el caso de los obstétricos (13% Aconcagua y 340% Met. Occidente). De todas maneras, hay varios Servicios para los que no se cuenta con datos. Destaca el caso de Magallanes para los pabellones de urgencia, donde se programa usar un 1% de los pabellones y se termina usando un 4.137% de lo programado, lo que probablemente da cuenta de un problema sistemático de programación o de registro.

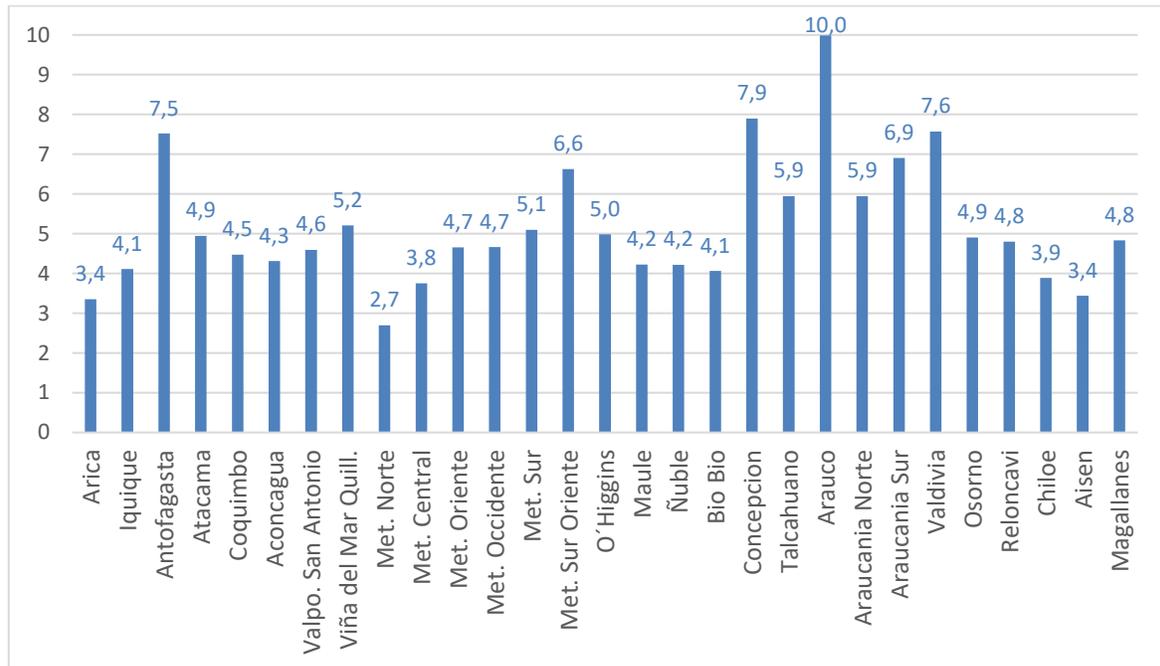
3.3 Suspensión de cirugías

a) Tasa de suspensión

La importancia de conocer y monitorear la tasa de suspensión de cirugías se relaciona con su impacto en las listas y tiempos de espera, en los costos, en los resultados sobre la salud (Magnusson *et al.* 2011) y en la satisfacción de los pacientes. Una investigación realizada en un centro terciario de salud en Canadá⁹ (Koh *et al.* 2021) mostró una tasa de suspensión de 7,8% (mínimo 3,5% y máximo 15,9%) y que la mayoría (85%) de los motivos de cancelación son prevenibles. En Chile la tasa de suspensión de cirugías reportada es en promedio de 6% para 2017, 8% en 2018, 8,5% en 2019 y 6,3% en 2020. Se excluye el año 2021 por inconsistencia de los datos registrados. Cabe mencionar que solo se reportan los datos globales, pero no por tipo de pabellón.

Al comparar por Servicio para el periodo pre-pandemia (2017-2019), se aprecian grandes diferencias en la tasa de suspensión, con un máximo de 10% en Arauco y un mínimo de 2,7% en el Metropolitano Occidente.

⁹ Hospital de Kingston (471 camas) Ontario, Canada. Investigación realizada con datos administrativos entre los años 2012 al 2016.

Figura 4. Tasa de suspensión por Servicio de Salud, promedio 2017-2019

Fuente: elaboración propia.

b) Motivos de suspensión

Conocer los motivos de suspensión de las cirugías permite, por una parte, abordarlas y con ello aumentar la cantidad de intervenciones y, por otra parte, pronosticar dichas suspensiones y así mejorar la programación. Los datos proporcionados por el Minsal consignan 55 motivos de suspensión, agrupados en 7 categorías: (i) atribuidos al paciente (16); (ii) administrativos (6); (iii) atribuidos a unidades de apoyo clínico (9); (iv) atribuidos al equipo quirúrgico (5); (v) infraestructura (6); (vi) emergencias (12) y (vii) gremiales (1), cuyo detalle se encuentra en la tabla A7 del Anexo. No obstante, solo se reportan agregados en dicha categoría.

En la tabla 4 se aprecia que, según la categorización utilizada por el Minsal, los hospitales son responsables de cerca de la mitad de las causas de suspensión de cirugías (equipo quirúrgico, administrativas, unidad de apoyo clínico e infraestructura) y se le atribuye a los pacientes la otra mitad. Entre las causas atribuibles a los pacientes están que este no se presenta, se atrasa o rechaza la cirugía, pero también el que no suspende la toma de medicamentos o no hace el ayuno, no trae todos los exámenes o no tiene una evaluación del especialista.

La tabla 4 también muestra una segunda agrupación de las causas. Esta se realiza con base en los trabajos Koh *et al.* (2021) y Gonzalez-Arevalo *et al.* (2009), que distinguen entre las causas que son evitables o prevenibles, es decir, causas administrativas logísticas o de información y aquellas que

no dependen de la gestión, como un incidente no planificado o médicamente agudo. Se aprecia que bajo esta mirada, más de 90% de las causas de suspensión en Chile consisten en situaciones posibles de prevenir y abordar mediante una gestión adecuada, tanto de la preparación de los pabellones, como de los pacientes.

Tabla 4. Causas de suspensión de cirugías, agrupadas según motivo

Motivos de suspensión		2017	2018	2019	2020
Origen causas según Minsal					
Pacientes	1) Pacientes	43,2%	51,5%	50,1%	48,1%
	2) Equipo quirúrgico	31,3%	20,7%	17,5%	19,5%
Hospital	3) Administrativas	17,1%	16,6%	15,5%	15,9%
	4) Unidad de apoyo clínico	7,8%	6,2%	7,5%	9,3%
	5) Gremiales	0,0%	3,1%	7,1%	4,1%
	6) Infraestructura	0,5%	1,4%	1,5%	1,4%
Externos	7) Emergencias	0,1%	0,5%	0,8%	1,7%
	8) Ataque de terceros	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Evitabilidad de las causas					
Evitables	1), 2), 3), 4), 6)	92%	96%	92%	94%
No evitables	5), 7), 8)	8%	4%	8%	6%

Fuente: elaboración propia.

Nota: los datos para el año 2021 se excluyeron por presentar inconsistencias. En base al trabajo de Koh et al. (2021) sobre las causas de suspensión distinguiendo las prevenibles de las no prevenibles. Se agruparon las causas en evitables y no evitables según los motivos de suspensión detallados en la tabla 4.

Los datos por Servicio para el periodo pre-pandemia (tabla A8 en el anexo) reflejan una situación bastante similar en cuanto al origen de las causas con base en la categorización del Minsal, con menor variación que para otros indicadores estudiados previamente. Algunas excepciones son el de Concepción, donde 58% de las causas son de origen del hospital y en el otro extremo el de Arauco, donde 37% lo son, atribuyendo a los pacientes la mayoría de las causas. No obstante, al observar la clasificación internacional, relativa a la posibilidad de evitar las suspensiones, se mantiene la conclusión de que la gran mayoría de las razones son posibles de evitar, superando en todos los Servicios el 85%. Todo lo anterior implica que existe un espacio relevante para mejorar.

IV. IMPACTO DE UN USO MÁS INTENSIVO DE LOS PABELLONES

En esta sección se realiza una simulación del aumento de cirugías que podrían realizarse si se habilitan todos los pabellones y si dichos pabellones se utilizaran más horas dentro del horario hábil. Se analizan varios escenarios, considerando, (i) el tipo de pabellón que se use -todos o se excluye el de urgencia-, (ii) la proporción de uso de los pabellones -83 y 90%- y (iii) la cantidad de pabellones usados como base para el cálculo -solo los habilitados con personal y equipamiento o el total de los pabellones-. Respecto del tipo de pabellón usado como base de cálculo, se considera, en la tabla 5, aumentar el uso de todos los pabellones, salvo los de urgencia y, en la tabla 6, todos los quirófanos. En cuanto a la proporción de horas de uso de cada pabellón, se usa la referencia de 83%, señalada en el informe de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2020) como un objetivo de comparación. A modo de cotejo, se agrega una referencia de 90%. Finalmente, en relación con la cantidad de pabellones, se asume como base los pabellones habilitados con equipo y personal, y luego se compara con un escenario donde se habilitan todos los pabellones, usando un 100% de la capacidad instalada en Chile.

Por tanto, el escenario más conservador, es decir, aquel en que se excluye a los pabellones de urgencia y se toma como base solo a los quirófanos actualmente habilitados, y solo el periodo pre-pandemia, muestra que, de aumentar a 83% su uso, se hubieran realizado entre 16.433 y 108.644 cirugías mayores más, según sea el año (columna “Sobre hrs. hab. K y L” en tabla 5). Si se hubiera habilitado el 100% de los pabellones y aumentado el uso a 83%, los valores estarían entre 141.607 y 223.782. Más aún, habilitar el 100% de los pabellones - ya construidos- con equipamiento y personal, y aumentar su uso a 90% hubiera permitido, al menos en 2018, cubrir todas las cirugías mayores en espera (2 últimas columnas de la tabla 5).

Tabla 5. Simulación de nuevas cirugías, excluyendo pabellones de urgencias

Años	N° Cirugías reales	Supuesto de uso de 83%		Supuesto de uso de 90%		Cirugías en espera
		Sobre hrs. hab. K y L	Sobre hrs. totales	Sobre hrs. hab. K y L	Sobre hrs. totales	
2017	387.438	44.536	143.986	80.968	188.805	285.625
2018	399.637	108.644	223.782	151.511	276.360	254.764
2019	452.775	16.433	141.607	56.004	191.735	287.524
2020	298.240	65.591	270.936	96.276	318.939	283.978
2021	233.485	54.644	179.836	78.944	214.694	315.945

Fuente: elaboración propia.

El escenario más optimista, que incluye el uso de los pabellones de urgencia (tabla 6), muestra que, si se habilita el 100% de los pabellones ya construidos y se aumenta la tasa de uso a 83%, se hubieran cubierto la totalidad de las cirugías mayores en espera entre 2018 y 2020. Más aún, si la tasa de uso

subiese a 90%, quedaría capacidad ociosa para cubrir nuevas intervenciones. Igualmente, si no se habilitaran los pabellones en desuso, aumentar la tasa de utilización a 90% también permitiría cubrir prácticamente el 100% de las cirugías mayores en espera. Incluso aumentarla solo a 83% permitiría cubrir el 75% de la lista de espera.

Tabla 6. Simulación de nuevas cirugías, considerando todos los tipos pabellones

Años	N° Cirugías reales	Supuesto de uso de 83%		Supuesto de uso de 90%		Cirugías en espera
		Sobre hrs. hab. K y L	Sobre hrs. totales	Sobre hrs. hab. K y L	Sobre hrs. totales	
2017	523.329	184.765	292.768	244.484	361.596	285.625
2018	549.431	246.483	389.621	313.608	468.819	254.764
2019	607.693	176.756	316.070	242.915	393.978	287.524
2020	438.973	237.005	464.980	294.015	541.217	283.978
2021	336.441	162.273	289.995	204.334	342.827	315.945

Fuente: elaboración propia.

V. COMENTARIOS FINALES Y PROPUESTAS

El análisis sobre habilitación y uso de pabellones de cirugía mayor realizado en este trabajo muestra en primer lugar, que existe una proporción relevante de los pabellones (entre 15 y 20%) que no está siendo usada. Esto, porque dichos recintos, a pesar de estar contruidos y dispuestos para este tipo de cirugías, no están habilitados, ya sea por falta de equipamiento, de personal o de ambos. La falta de personal es la mayor limitante, especialmente en algunos Servicios de Salud, como los de Iquique, Aconcagua, Arauco y Aysén. Según el estudio de la CNEP de 2020, los anestesiistas serían la mayor limitante.

Sin embargo, también se encuentra que, en los pabellones que sí cuentan con equipamiento y personal para funcionar, las tasas de uso de estos recintos bordean el 50%, muy por debajo de las de otros países (sobre 80%). Para intentar entender las razones de la baja utilización de los quirófanos destinados a cirugía mayor, se analiza la programación de uso de estos. Se encuentra que, en efecto, se planifica un uso menor a su capacidad, incluso en el caso de los quirófanos de cirugía electiva (con tasas cercanas a 80%), llegando a menos de 30% en los de uso indiferenciado.

Por otra parte, se encuentra que la tasa de suspensión de las cirugías bordea el 8%. Si bien no es una tasa llamativa en el contexto internacional, sí es posible reducirla considerablemente, ya que 9 de cada 10 causas de suspensión son prevenibles, es decir, pueden ser manejadas por el hospital. Por una parte, los hallazgos revelan la necesidad de abordar los problemas de gestión interna de los hospitales, como la coordinación con las unidades de apoyo y con los equipos quirúrgicos y sus

reemplazos y lo relativo a las razones administrativas. Si bien los registros oficiales no incluyen el horario de inicio y término de los pabellones, ni las diferencias en los tiempos que demora cada hospital en preparar un pabellón entre una y otra cirugía, el estudio de la CNEP de 2020 apunta a retrasos importantes en el inicio y a cierres tempranos de los pabellones. Dicho trabajo realiza recomendaciones que permiten aumentar el uso de los pabellones dividiendo al personal no médico en turnos y cambiando los regímenes laborales en cuanto a la flexibilidad y los incentivos económicos. Asimismo, propone contar con información mínima para el seguimiento y evaluación de resultados.

Propuesta 1. Por otra parte, las razones atribuibles a pacientes son en su gran mayoría evitables. La literatura apunta a que la instalación de unidades de seguimiento pre quirúrgico (igual recomendación realizada por la CNEP), como el monitoreo del entendimiento de las instrucciones por parte del paciente, permiten una reducción de 50% de las cancelaciones (McKendrick *et al.* 2015, Souzalnitski y Narouze 2014). Souzalnitski y Narouze (2014) plantean que es posible anticipar y resolver muchos de los problemas que se le atribuyen a los pacientes, mediante un chequeo en los días previos de aspectos como si cuenta con los exámenes y con la visita al especialista y explicándoles y recordándoles otros requerimientos como el ayuno. Mosadeghrad y Khalaj (2016) muestran que la identificación, corrección y anticipación de factores críticos en la suspensión de cirugías permitió una disminución de 32,4% de estas.

En Chile, el trabajo de Tello *et al.* (2020) encuentra que la red asistencial no gestiona la demanda, ya que no existe trazabilidad ni se acompaña a las personas durante su tránsito por el sistema, planteando la necesidad que exista comunicación y seguimiento de los pacientes como una condición para garantizar la continuidad de los cuidados (por ejemplo, mediante el teleseguimiento y la telemedicina). Para lograr dicho objetivo, desarrollan un esquema de acompañamiento de los pacientes, que considera tres áreas: (i) información a los usuarios; (ii) monitoreo del estado de salud y (iii) gestión de citas y acceso a prestaciones complementarias de salud.

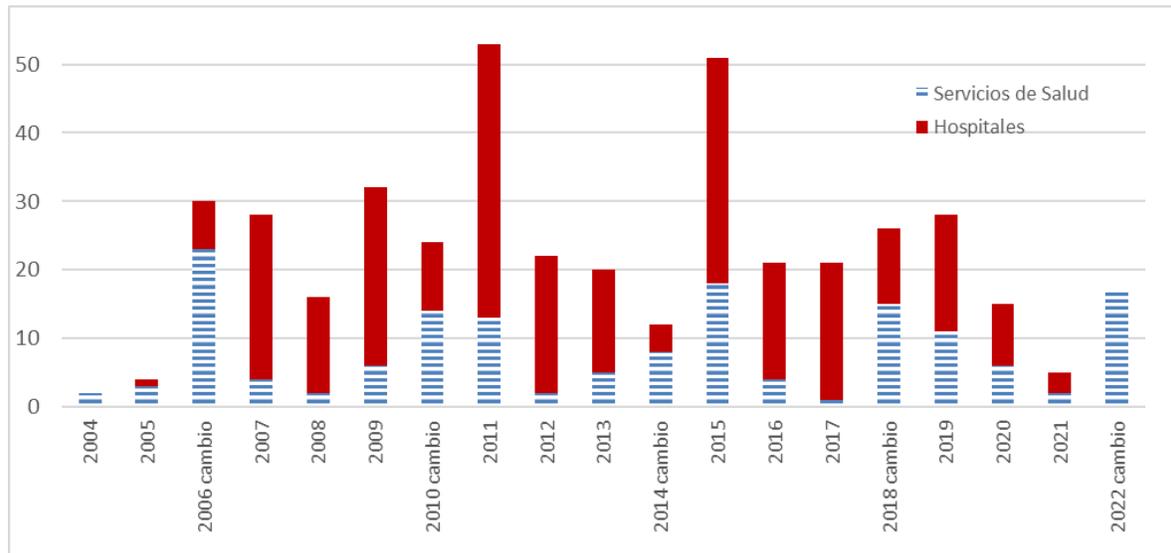
En relación con la gestión hospitalaria en su conjunto, existe bastante consenso en Chile respecto de las causas que impiden un uso eficiente de los recursos y una gestión enfocada en las necesidades de las personas en los prestadores estatales de salud: ni la institucionalidad, ni el marco normativo son propicios para administrar entidades complejas, de gran escala y dinámicas, como lo son los centros de salud, particularmente los hospitales (Hidalgo Vega *et al.* 2005, ESP-CEP 2017).

Minsal no ejerce su rol de rector del sistema de salud. Respecto de la institucionalidad, la falla estaría principalmente en que los Servicios (encargados de administrar los hospitales) y los hospitales dependen de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ello ha impedido que el Minsal ejerza su rol de rectoría (Benítez y Velasco 2020, Vergara *et al.* 2020, Waissbluth *et al.* 2021), porque actúa como juez (dicta y evalúa las políticas) y parte (aplica las políticas y es evaluado). Por tanto, no está en su interés evaluar y generar información sobre el desempeño de sus propios prestadores,

exponiéndose al escrutinio público (CEP-ESP 2017 y Butelman *et al.* 2014). Las escasas evaluaciones que existen han sido realizadas por externos (Barahona-Urbina 2011, Castro 2004 y 2008, Santelices *et al.* 2013a y 2013b, Comisión Nacional de Evaluación y Productividad 2020 y 2022, Henríquez 2020). En efecto, en este trabajo se encuentra que la calidad de los datos analizados no es buena, debido a múltiples inconsistencias en los registros y falta de estos, impidiendo el análisis y uso adecuados. Esto refleja que la información oficial no cuenta con un control de calidad (los datos no son validados por las entidades que los reportan, ni por el Minsal), lo que podría responder a que no se utilizan para propósitos de mejora de gestión, de evaluación de desempeño, ni se rinde cuentas con base en ellos.

Propuesta 2. Esta constatación lleva a proponer, primero, que la recopilación de la información sea armónica con los sistemas de gestión de los propios hospitales, para que no implique una sobrecarga. Segundo, que se verifique y valide la calidad de los datos (por ejemplo, que no se computen más de 24 horas al día). Tercero, que se entregue algún tipo de reporte de vuelta a los Servicios y hospitales, que les permita comparar su desempeño, tanto con ellos mismos, como con sus pares y que sea útil para efectos de mejorar su gestión. Cuarto, avanzar al desarrollo de indicadores de resultado públicos, que permitan a los usuarios conocer cómo se usan sus recursos en el sector estatal de salud. Por ejemplo, proporción de pabellones en desuso, tasa de suspensión de cirugías, horario real de inicio y término de los pabellones, entre otros. Lo anterior es fundamental para avanzar en transparencia y rendición de cuentas ante la ciudadanía.

Falta de incentivos para una gestión técnica y profesional. El que los Servicios de Salud y hospitales dependan del Minsal, es decir, de una entidad política, cuyas autoridades cambian con cada gobierno (figura 5), lleva a que sus decisiones responden a los requerimientos de cada nueva autoridad (que nombran y remueven a sus directores, ya que son cargos de confianza). Esto impide la planificación con mirada de mediano y largo plazo; la continuidad en la gestión; la administración técnica (y no política) y; la rendición de cuentas por los resultados ante los usuarios. Reflejo de ello son, por ejemplo, los hallazgos relativos a la baja capacidad de programación de pabellones y de cumplimientos de dichas programaciones, lo que da cuenta del bajo desarrollo de capacidades de planificación y análisis.

Figura 5. Directores de hospitales y de Servicios de Salud removidos anualmente, 2004 a 2022

Fuente: elaboración propia con datos solicitados al Minsal.

Gobiernos corporativos débiles en Servicios y hospitales. Tanto hospitales como Servicios son entidades unipersonales, es decir, están a cargo de una sola persona, careciendo de un consejo o directorio que los supervise y al que deban rendir cuentas, y que vele por el buen uso de los recursos y la satisfacción de las necesidades de sus usuarios. Además, los gobiernos unipersonales son más fáciles de capturar por los grupos de interés y por aquellos con mayor capacidad de organización (CEP-ESP 2017, Vergara *et al.* 2020, Waissbluth *et al.* 2021)

Falta de atribuciones de los Servicios para coordinar la red de su territorio y de asegurar la atención continua y la satisfacción de las necesidades de la población a su cargo. Entre otros, los Servicios (i) están obligados a financiar los hospitales (traspasar los recursos), independientemente de su desempeño y producción, (ii) no pueden determinar las exigencias de los convenios con los prestadores ni hacerlos cumplir y (iii) no definen los métodos de pago. Por lo tanto, no tienen herramientas para fomentar el cuidado de las poblaciones que tienen a cargo, ni la continuidad de la atención y el buen desempeño. Lo que se suma a la falta de incentivos para ello, debido a su dependencia del gobierno de turno, como se señaló.

Propuesta 3. En relación con estos problemas, diferentes trabajos han planteado reorganizar, tanto la estructura del sector estatal prestador, como su forma de gobierno y sus atribuciones (tabla A9 del anexo). El centro está en entregar a una entidad diferente del Minsal el trabajo de administrar hospitales, dejándole a la autoridad el rol de rectoría (funciones de salud pública). La nueva institucionalidad debe ser independiente del Minsal, de carácter técnico y con mirada de largo plazo, con gobiernos corporativos fuertes y no unipersonales, como directorios o consejos directivos, que velen por el cumplimiento en el tiempo de los objetivos de los prestadores de salud. Para ello la

elección de sus miembros debe asegurar su independencia del ciclo político y sus altas capacidades. Además, la nueva entidad debe poder nombrar, evaluar y remover a los responsables de los prestadores de salud, ya sea en cada hospital (director) o en el territorio (Servicios de Salud o quien los suceda), con base en su desempeño.

Propuesta 4. En cuanto a los administradores territoriales (actuales Servicios de Salud) se plantea fortalecer tanto su carácter técnico (con directorios y nuevas formas de elección de sus encargados), como su rol de gestor (organizador) de la red, con facultades para definir los prestadores que integrarán su red y la relación con ellos (mecanismos de pago de estos, exigencias, modelo de atención, entre otros). Por ejemplo, que puedan relacionar su financiamiento a su desempeño, nivel y tipo de actividad, con pagos empaquetados o por la resolución de un diagnóstico. El trabajo de Tello *et al.* (2020) muestra que, establecer metas de desempeño graduales y progresivas, permite mejorar los indicadores relativos a dichas metas. Como ejemplo, mencionan que ello permitió reducir las listas de espera de 18 meses a 18 semanas en Inglaterra.

Falta de atribuciones en los hospitales para una adecuada gestión de los recursos humanos. En cuanto al marco normativo (y en parte debido a la dependencia), los hospitales cuentan con pocas facultades para administrar sus recursos, especialmente sus equipos humanos. Esto ocurre incluso en los hospitales autogestionados, lo que, en comparación con el resto de los centros, cuentan con más facultades para administrar sus recursos, no obstante, se excluyen las políticas de recursos humanos. En efecto, contrataciones, dotaciones y sueldos son definidos, ya sea por los Servicios, o por el Minsal, o están fijos en la ley, siendo iguales para todos. Esto impide el uso de mecanismos de pago modernos, que apunten a mejorar los resultados y la satisfacción de los pacientes, y que se considere la diversidad de realidades de cada hospital o la escasez de especialidades, a la hora de generar las políticas de recursos humanos en cada institución. La CNEP señala en su estudio de 2020 que la imposibilidad de pagar más a las especialidades más escasas impide contar continuamente con este tipo de especialistas. El grueso de las remuneraciones es mediante salario por hora trabajada, lo que no se relaciona con el desempeño ni fomenta una carrera que motive a los profesionales y, además, dificulta atraerlos a las áreas de mayor necesidad y promueve el uso de horas extraordinarias y las compras de servicios más caros (Vergara 2015, Butelman *et al.* 2014).

Propuesta 5. En este ámbito, diversos autores (tabla A9 en anexo) han propuesto traspasar la gestión de los recursos humanos (y también financieros y físicos) a cada hospital, acorde con las necesidades de la realidad en que cada uno está inserto, de manera de hacerlos responsables por los resultados obtenidos (algunos van más allá planteando concesionar los hospitales o convertirlos en entidades autónomas, corporaciones o empresas públicas). En particular, Waissbluth *et al.* 2021 plantean la existencia de una carrera funcionaria más estimulante, “con acceso a perfeccionamiento continuo, reconocimiento remuneracional y movilidad laboral” (Waissbluth *et al.* 2021: 6), con la posibilidad de contratos de dedicación exclusiva, para evitar el fraccionamiento de la jornada y con ello no tener capacidad ociosa. Más aún, los propios afectados plantean que los hospitales deberían

recibir los recursos directamente y definir sus políticas de recursos humanos (Méndez *et al.* 2012).

Abordar los déficit descritos permitiría mejorar las tasas de uso y de habilitación de los pabellones, aumentando la cantidad de cirugías, y según cuánto se logre avanzar, acortar los tiempos y listas de espera, mejorando así la vida de las personas y de paso ahorrando importantes costos tanto a los usuarios como al país. En efecto, la simulación realizada muestra que, incluso sin necesidad de habilitar los pabellones actualmente en desuso, el solo hecho de incrementar a 90% la utilización de todos los pabellones de cirugía mayor, permitiría en todos los años estudiados eliminar las listas de espera. Si, además, se habilitan los pabellones que actualmente no cuentan con personal o equipamiento, tendríamos “capacidad sobrante”.

Finalmente, es importante señalar que las conclusiones de este estudio se ven limitadas por la calidad de los datos proporcionados.

VI. REFERENCIAS

- Aguilar-Barrientos, R. y Velasco, C. 2022. “Análisis de la oferta de pabellones quirúrgicos en los Servicios de Salud”. IPSUSS, Universidad San Sebastián.
- Al Talalwah, N., McIltrout, K. H. 2019. “Cancellation of Surgeries: Integrative Review”. *J Perianesth Nurs* 34(1): 86-96.
- Arredondo A., Bertoglia M. P., Inostroza M. *et al.* 2017. “Construcción política del sistema de salud chileno: La importancia de la estrategia y la transición”. M. Inostroza y H. Sánchez (eds.). Santiago: Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional Andrés Bello.
- Barahona-Urbina, P. 2011. “Análisis de eficiencia hospitalaria en Chile”. *An Fac med* 72(1):33-8.
- Benítez M. A. y Velasco, C. 2020. “Propuestas para una reforma integral del Fondo Nacional de Salud”. Comisión Integral para una reforma a Fonasa, Colección Centro de Estudios Públicos.
- Butelman, A., Duarte, F., Nehme, N. *et al.* 2014. “Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno”. *Informe de políticas públicas* 04. Espacio Público. Agosto.
- Castro, R. 2004. “Midiendo la (in)eficiencia de los hospitales públicos en Chile”. *Serie informe social* 83. Libertad y Desarrollo.
- Castro, R. 2008. “Midiendo la eficiencia de la salud municipal”. *Serie informe social* 97. Libertad y Desarrollo.
- CEP-ESP. 2017. “Propuesta de modernización de los prestadores de servicios de salud estatales”. Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuestas de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado. 2014. “Informe final”.
- Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y de Fonasa. 2020. “Informe Final de Acuerdos Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y del Fonasa. Ministerio de Salud.

Diciembre.

- Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. 2020. "Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no ges".
- Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. 2022. "Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud".
- Comisión Presidencial de Salud. 2010. "Informe comisión presidencial de salud 2010". Ministerio de Salud.
- Departamento de Estadísticas en Salud. 2021. "Manual Serie REM 2021-2022". Ministerio de Salud.
- Henríquez, M. 2020. "Eficiencia del gasto hospitalario en Chile". Fundación Observatorio Fiscal.
- González-Arévalo, A., Gómez-Arnau, J.I., De la Cruz, F.J. *et al.* 2009. "Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital". *Anaesthesia*, 64: 487-493.
- Hidalgo Vega, A., Corugedo de las Cuevas, I. y J. del Llano Señarís. 2005. *Economía de la salud*. Ediciones Pirámide: España.
- Koh, W., Phelan, R., Hopman, W. M. *et al.* 2021. "Cancellation of elective surgery: rates, reasons and effect on patient satisfaction". *Can J Surg* 64(2): E155-E161.
- Kohnenkampf, R. Rocco, C., Ortega, B. 2021. "Optimización de los procesos de gestión en cirugía electiva". *Revista Chilena de Anestesia*, 50.
- Magnusson, H., Fellander-Tsai, L., Hansson, M.G. *et al.* 2011. "Cancellations of elective surgery may cause an inferior postoperative course: the 'invisible hand' of health-care prioritization?". *Clin Ethics*; 6: 27-31.
- McKendrick, D. R., Cumming, G.P, y Lee, A. J. 2014. "A 5-year observational study of cancellations in the operating room: Does the introduction of preoperative preparation have an impact?" *Arabia J Anaesth.* 8(Suppl 1):S6-7
- Méndez, C., Miranda, C. Torres, M. C. *et al.* 2012. "Implementación de la política de hospitales autogestionados en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios". *Rev Chil Salud Pública* 16(3): 247-255.
- Mosadeghrad, A. M. y Khalaj, F. 2016. "Reducing cancelled surgery operations in a hospital: brief report". *Tehran Univ Med J*; 74 (5): 365-370.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, OCDE, 2021. "Health at a Glance 2021: OECD Indicators". OECD Publishing, Paris.
- Overdyk, F. J., Harvey, S. C., Fishman, R. L. *et al.* 1998. "Successful strategies for improving operating room efficiency at academic institutions". *Anesthesia & Analgesia*, 86(4): 896-906.
- Perkins, J. N., Chiang, T., Ruiz, A.G. *et al.* 2014. "Auditoría de tiempos de quirófano: un proyecto de mejora de la calidad". *Revista internacional de otorrinolaringología pediátrica* , 78 (5), 782-786.
- Santelices, E., Ormeño, H., Delgado, M. *et al.* 2013a. "Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria 2011". *Revista Médica de Chile* 141: 332-337.
- Santelices, E., Ormeño, H., Delgado, M. *et al.* 2013b. "Análisis de los determinantes de la eficiencia

- hospitalaria: el caso de Chile”. *Revista Médica de Chile* 141: 457-463.
- Souzdalnitcki, D. y Narouze, S. 2014. “Evidence-based approaches toward reducing cancellations on the day of surgery”. *Saudi J Anaesth* 8(Suppl 1):S6-7.
- Tello, C., Fulgueiras, M., Riveros, S. *et al.* 2020. “Salud Centrada en el Paciente. Modelo de acompañamiento a personas que esperan por atención en el sistema público de salud en Chile”. *Nota técnica* N°IDB-TN-2030. Banco Interamericano del Desarrollo.
- Vergara, M. 2015. “Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile: fortaleciendo la opción pública”.
- Vergara, M., B. Yarza, M. I. Gómez *et al.* 2020. “Propuesta para la Provisión Pública de Servicios de Salud”. *Imaginacion*.
- Weissbluth, M., Infante, A. del Campo, R. I. *et al.* 2021. “Las personas demandan un nuevo trato en salud: reforma impostergable”. *Reflexiones de valor público*. Centro de Sistemas Públicos. Ingeniería Industrial. Universidad de Chile.
- Wongtangman, K., Azimaraghi, O., Freda, J. *et al.* 2022. “Incidence and predictors of case cancellation within 24 h in patients scheduled for elective surgical procedures”. *Journal of Clinical Anesthesia*, 83, [110987].

VII. ANEXOS

Tabla A1. Fuentes de los datos

Fuente
Base de estadísticas hospitalarias 2017 al 2021, disponible en https://deis.minsal.cl/
Reporte estadístico mensual 2017 a 2021, disponible en https://deis.minsal.cl/
Información obtenida vía “ley de transparencia 20.285” sobre capacidad instalada y horas de uso de pabellones quirúrgicos de la red pública a MINSAL.
Estadísticas de cirugías por especialidad, 2017 al 2021, disponible en https://deis.minsal.cl/
Estadísticas de suspensión de cirugías por Servicio de Salud, 2017 al 2020, disponible en https://deis.minsal.cl/
Estadísticas de la lista de espera 2017 al 2021, disponibles en https://deis.minsal.cl/

Tabla A2. Indicadores de habilitación y uso por Servicio de Salud, promedio 2017-2019

Servicio de Salud	Hab. K	Hab. K y L	Uso/Total	Uso/hab. K y L	Prog./Hab. K y L	Uso/Prog.
Arica	93%	93%	69%	74%	42%	178%
Iquique	94%	71%	63%	89%	90%	99%
Antofagasta	95%	83%	45%	54%	63%	85%
Atacama	87%	74%	36%	49%	33%	149%
Coquimbo	95%	80%	49%	61%	77%	79%
Aconcagua	92%	60%	47%	78%	166%	47%
Valpo. San Antonio	94%	84%	50%	59%	42%	142%
Viña del Mar Quill.	90%	83%	53%	63%	76%	84%
Met. Norte	94%	95%	69%	72%	34%	212%
Met. Central	97%	88%	60%	68%	101%	68%
Me. Oriente	97%	92%	44%	47%	34%	138%
Met. Occidente	93%	90%	57%	63%	70%	90%
Met. Sur	87%	80%	52%	65%	74%	87%
Met. Sur Oriente	96%	82%	50%	62%	54%	114%
O'Higgins	97%	94%	58%	62%	66%	94%
Maule	93%	87%	66%	75%	76%	100%
Ñuble	96%	92%	55%	60%	79%	75%
Biobío	98%	98%	58%	59%	80%	75%
Concepción	88%	83%	57%	68%	99%	69%
Talcahuano	95%	93%	70%	75%	91%	83%
Arauco	94%	73%	47%	64%	92%	69%
Araucanía Norte	99%	97%	49%	50%	72%	70%
Araucanía Sur	95%	94%	71%	76%	98%	77%
Valdivia	94%	88%	48%	55%	90%	61%
Osorno	94%	81%	51%	63%	52%	121%
Del Reloncaví	84%	76%	50%	65%	96%	68%
Chiloé	100%	98%	32%	33%	50%	66%
Aysén	94%	69%	34%	50%	95%	53%
Magallanes	92%	76%	15%	19%	18%	108%
Promedio	94%	85%	52%	61%	68%	95%

Fuente: elaboración propia.

Tabla A3. Indicadores habilitación y uso por Servicio de Salud para pabellón de cirugía electiva, promedio 2017-2019

Servicio de Salud	Hab. K	Hab. K y L	Uso/total	Uso/Hab. K y L	Prog./Hab. K y L	Uso/Prog.
Arica	89%	89%	80%	90%	72%	125%
Antofagasta	92%	83%	71%	86%	85%	100%
Atacama	82%	70%	67%	95%	96%	99%
Coquimbo	94%	86%	83%	97%	91%	107%
Aconcagua	81%	93%	77%	83%	99%	84%
Valpo. San Antonio	89%	74%	63%	85%	73%	115%
Viña del Mar Quill.	85%	84%	78%	92%	92%	101%
Met. Norte	91%	92%	74%	80%	35%	230%
Met. Central	92%	74%	73%	98%	-	86%
Me. Oriente	93%	86%	76%	88%	91%	96%
Met. Occidente	88%	83%	74%	90%	89%	101%
Met. Sur	78%	72%	61%	84%	80%	105%
Met. Sur Oriente	92%	86%	72%	84%	80%	104%
Maule	89%	82%	82%	99%	-	95%
Ñuble	92%	92%	79%	85%	95%	90%
Biobío	96%	96%	83%	86%	86%	98%
Concepción	80%	73%	66%	91%	98%	93%
Talcahuano	94%	90%	76%	84%	87%	97%
Arauco	93%	68%	51%	75%	92%	81%
Araucanía Norte	97%	93%	84%	91%	87%	104%
Valdivia	90%	79%	68%	86%	91%	94%
Osorno	92%	78%	72%	93%	89%	107%
Del Reloncaví	76%	73%	66%	90%	73%	93%
Aysén	94%	78%	66%	84%	92%	91%
Promedio	89%	82%	72%	88%	85%	104%

Fuente: elaboración propia.

Nota: los Servicios de Salud excluidos presentan inconsistencias en los datos o datos faltantes para los años 2017 al 2019, de acuerdo con la informado.

Tabla A4. Indicadores habilitación y uso por Servicio de Salud para pabellón de uso indiferenciado, promedio 2017-2019

Servicio de Salud	Hab. K	Hab. K y L	Uso/Total	Uso/Hab. K y L	Prog./Hab. K y L	Uso/Prog.
Iquique	100%	102%	59%	57%	-	179%
Antofagasta	89%	82%	20%	24%	13%	199%
Atacama	73%	38%	5%	12%	16%	78%
Coquimbo	86%	25%	18%	73%	52%	177%
Met. Norte	100%	97%	74%	77%	12%	962%
Met. Central	100%	100%	6%	6%	100%	6%
Met. Oriente	99%	92%	3%	3%	5%	83%
Met. Occidente	79%	56%	42%	74%	72%	100%
Met. Sur	98%	33%	21%	63%	62%	101%
Maule	87%	72%	35%	49%	48%	110%
Ñuble	99%	79%	26%	33%	34%	99%
Concepción	96%	95%	70%	73%	100%	73%
Araucanía Sur	100%	100%	28%	28%	21%	134%
Valdivia	68%	59%	44%	74%	71%	105%
Osorno	58%	38%	36%	96%	-	126%
Del Reloncaví	81%	78%	50%	63%	96%	67%
Chiloé	100%	95%	10%	11%	55%	19%
Aysén	90%	25%	2%	8%	-	10%
Promedio	89%	70%	30%	46%	50%	146%

Fuente: elaboración propia.

Nota: los Servicios de Salud excluidos presentan inconsistencias en los datos o datos faltantes para los años 2017 al 2019, de acuerdo con lo informado.

Tabla A5. Indicadores de habilitación y uso por Servicio de Salud para pabellón de urgencia, promedio 2017-2019.

Servicio de Salud	Hab. K	Hab. K y L	Uso/Total	Uso/Hab. K y L	Prog./Hab. K y L	Uso/Prog.
Arica	100%	100%	56%	56%	-	-
Iquique	100%	64%	43%	67%	66%	101%
Antofagasta	100%	79%	43%	55%	88%	62%
Atacama	100%	100%	30%	30%	-	-
Coquimbo	100%	99%	33%	33%	73%	46%
Aconcagua	100%	49%	31%	63%	213%	29%
Valpo. San Antonio	100%	97%	34%	35%	11%	322%
Viña del Mar Quill.	100%	99%	45%	46%	75%	61%
Met. Norte	100%	97%	60%	62%	91%	68%
Met. Central	100%	96%	41%	43%	-	-
Me. Oriente	100%	97%	44%	46%	70%	65%
Met. Occidente	100%	100%	41%	41%	69%	59%
Met. Sur	100%	89%	31%	35%	26%	136%
O'Higgins	100%	100%	27%	27%	34%	80%
Maule	100%	100%	60%	60%	47%	129%
Ñuble	100%	88%	38%	44%	52%	83%
Biobío	100%	100%	35%	35%	78%	44%
Concepción	100%	100%	38%	38%	100%	38%
Talcahuano	100%	100%	51%	51%	100%	51%
Arauco	100%	100%	24%	24%	90%	26%
Araucanía Norte	100%	100%	21%	21%	61%	35%
Valdivia	100%	100%	26%	26%	89%	29%
Osorno	100%	88%	32%	36%	21%	169%
Del Reloncaví	100%	98%	47%	48%	96%	50%
Chiloé	100%	100%	20%	20%	26%	76%
Aysén	100%	100%	28%	28%	100%	28%
Magallanes	100%	63%	24%	38%	1%	4.137%
Promedio	100%	93%	37%	41%	62%	247%

Fuente: elaboración propia.

Nota: los Servicios de Salud excluidos presentan inconsistencias en los datos o datos faltantes para los años 2017 al 2019, de acuerdo con lo informado.

Tabla A6. Indicadores habilitación y uso por Servicio de Salud para pabellón obstétrico, promedio 2017-2019

Servicio de Salud	Hab. K	Hab. K y L	Uso/Total	Uso/Hab. K y L	Prog./Hab. K y L	Uso/Prog.
Arica	99%	99%	51%	52%	48%	127%
Antofagasta	96%	94%	19%	20%	22%	91%
Coquimbo	99%	99%	11%	11%	69%	19%
Aconcagua	100%	15%	15%	96%	-	13%
Viña del Mar Quill.	81%	46%	6%	13%	7%	240%
Met. Central	100%	100%	38%	38%	100%	38%
Met. Occidente	99%	100%	24%	24%	7%	340%
Met. Sur	74%	70%	62%	89%	83%	116%
Met. Sur Oriente	99%	44%	32%	71%	60%	163%
O'Higgins	100%	100%	26%	26%	64%	40%
Maule	100%	100%	50%	50%	97%	51%
Ñuble	100%	100%	23%	23%	93%	25%
Biobío	98%	98%	47%	48%	62%	89%
Araucanía Sur	98%	95%	67%	70%	89%	79%
Del Reloncaví	86%	41%	9%	23%	100%	23%
Promedio	95%	80%	32%	44%	64%	97%

Fuente: elaboración propia.

Nota: los Servicios de Salud excluidos presentan inconsistencias en los datos o datos faltantes para los años 2017 al 2019, de acuerdo con lo informado.

Tabla A7. Categorías y motivos de suspensión de cirugías

Categoría	Causal	
Atribuidas al paciente	<ul style="list-style-type: none"> - No se presenta / No se ubica - Rechaza operación - Patología aguda - Falta de ayuno - Patología crónica descompensada - Paciente fallece - Sin suspensión de anticoagulante u otras drogas proscritas (excluidas) - Anticipación de cirugía por agudización de patología. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio incompleto - Exámenes alterados no corregidos - Falta de preparación de piel, intestinal, antibiótica u otra específica - Sin evaluación de especialista indicada - Descompensación en pabellón - Sin indicación quirúrgica - Atraso en el ingreso - Patología no informada, no conocida (alergia al látex)
Administrativas	<ul style="list-style-type: none"> - Error de programación - Sin cupo en recuperación - Reemplazado por urgencia - Documentación incompleta 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta disponibilidad de cama en Unidades de Paciente Crítico - Sin consentimiento informado firmado /ausencia de tutor legal consignado
Unidades de apoyo clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumental y/o material con falla de esterilización - Instrumental incompleto o no disponible - Falta coordinación con Unidad Anatomía Patología (biopsia rápida) - Equipamiento no operativo - Falta medicamentos/stock insuficiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de insumos/stock insuficiente - Falta coordinación con Unidad de Imagenología - Falta de ropa quirúrgica/stock insuficiente - Falta sangre o hemoderivados
Equipo Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - Falta / disponibilidad de cirujano - Falta / disponibilidad de técnico paramédico - Falta / disponibilidad de anestesiólogo 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta / disponibilidad profesional no médico - Prolongación de tabla
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal de aseo - Falta energía eléctrica - Falta de climatización 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de red húmeda - Falta ascensor - Falta gases clínicos
Emergencias	<ul style="list-style-type: none"> - Desastres naturales: terremotos, aluviones, tsunamis, inundaciones, erupciones volcánicas, etc. - Destrucción repentina e irrecuperable de la infraestructura del hospital - Desastres de eventos deportivos - Actos de marcada connotación pública - Accidentes múltiples 	<ul style="list-style-type: none"> - Inundaciones - Incendios o amago de incendio - Emergencias sanitarias - Incendios forestales - Derrame de productos químicos - Aviso de bombas - Actos delictuales
Gremiales	<ul style="list-style-type: none"> - Paro o movilización de funcionarios 	

Fuente: elaboración propia.

Tabla A8. Causas de suspensión de cirugías por Servicio de Salud, promedio 2017-2019

Servicio de Salud	Origen causa Minsal			Evitabilidad de las causas	
	Pacientes	Hospital	Otros	Evitables	No evitables
Arica	53,0%	45,7%	1,3%	98%	2%
Iquique	43,5%	55,9%	0,6%	94%	6%
Antofagasta	43,2%	55,7%	1,0%	94%	6%
Atacama	49,4%	49,4%	1,3%	99%	1%
Coquimbo	51,2%	47,6%	1,2%	96%	4%
Aconcagua	60,7%	39,0%	0,3%	95%	5%
Valpo. San Antonio	54,9%	44,2%	0,9%	98%	2%
Viña del Mar-Quill.	46,5%	53,4%	0,1%	88%	12%
Met. Norte	45,3%	53,4%	1,3%	92%	8%
Met. Central	53,6%	46,1%	0,4%	93%	7%
Me. Oriente	48,7%	51,1%	0,2%	97%	3%
Met. Occidente	52,3%	45,7%	2,0%	98%	2%
Met. Sur	54,3%	44,9%	0,8%	96%	4%
Met. Sur Oriente	52,2%	45,8%	2,0%	93%	7%
O'Higgins	43,6%	54,3%	2,1%	92%	8%
Maule	62,1%	37,1%	0,7%	98%	2%
Ñuble	47,4%	52,3%	0,3%	95%	5%
Biobío	56,8%	43,2%	0,1%	96%	4%
Concepción	42,0%	57,7%	0,3%	86%	14%
Talcahuano	46,9%	52,4%	0,7%	90%	10%
Arauco	63,1%	36,6%	0,2%	92%	8%
Araucanía Norte	57,5%	42,5%	0,0%	100%	0%
Araucanía Sur	57,7%	41,4%	0,9%	98%	2%
Valdivia	44,1%	55,8%	0,0%	88%	12%
Osorno	50,0%	49,7%	0,2%	99%	1%
Del Reloncaví	39,5%	60,5%	0,0%	100%	0%
Chiloé	43,6%	53,7%	2,7%	88%	12%
Aysén	50,5%	48,9%	0,6%	99%	1%
Magallanes	45,6%	53,3%	1,1%	92%	8%
Promedio	50%	49%	1%	95%	5%

Fuente: elaboración propia.

Tabla A9. Resumen propuestas de reforma sector prestador de salud estatal (PARTE 1)

Ámbito	Comisión Presidencial 2010	Sánchez e Inostroza (2011)	Espacio Público (2014)	Vergara (2015)
Ministerio de Salud (Minsal)	Política de formación de especialistas	Formación de especialistas.	Aumentar oferta de especialistas.	
Crea entidad a cargo de prestadores	Controla y garantiza oportunidad, calidad, universalidad, equidad y gratuidad cuando corresponda.		Reemplaza Subsecretaría de Redes Asistenciales por un esquema tipo ex SNS.	Independiente del MINSAL, tipo ex-SNS, .
Gobernanza superior nueva entidad	Consejo Especial estatal.	Consejo Especial.	Directorio con cuerpo colegiado multidisciplinario. Y director ejecutivo.	Directorio colegiado multidisciplinario.
Atribuciones nueva entidad	Concesión de hospitales y de un Servicio de Salud (incluyendo APS) con pago per cápita para la totalidad de la atención.		Directores de los SS dependen del director ejecutivo.	
Servicios de Salud (o sucesor)	Directorios colegiados, con representación de la sociedad. Atribuciones y autonomía para nombrar y remover directores de hospitales y consultorios, fomentar autogestión hospitalaria y modelo salud familiar y resolutivez, usando concesiones o DFL 36.	Directorios colegiados con representación de la sociedad. Autonomía y atribuciones para definir directores de hospitales y consultorios; fijar políticas para la red.	Gestores de redes. Definen mecanismo de pago a hospitales y APS.	Directorio colegiado. Financiados por pago per cápita desde Fonasa. Firman convenio de desempeño con Subsecretaría de Redes.
Hospitales	Nuevo modelo gestión (concesiones totales), con atribuciones para gestionar recursos (humanos, financieros, tecnológicos) y aumentar asociación público privada.	Potenciar descentralización y autogestión bajo la norma actual.	Traspasar gestión de recursos humanos a hospitales. Reciben pago empaquetado desde SS.	Directorios colegiados (representantes APS y de actores) en cada hospital autogestionado . Director hospital con derecho a voz, elegido por directorio desde SADP. Podría ser tipo empresa pública.
Atención primaria de Salud (APS)	Precisar qué es resolutivez, profundizar modelo salud familiar y adecuar per cápita. Mejorar vinculación con demás niveles. Revisar marco institucional.		Reciben del SS pago per cápita más fondo interconsultas.	Fondo de compra para interconsultas de especialidad. Analizar modelo del Reino Unido con médicos generales / de familia.

Ámbito	Comisión Presidencial 2010	Sánchez e Inostroza (2011)	Espacio Público (2014)	Vergara (2015)
Normas laborales	Nuevo trato laboral con personal de la salud para abordar inamovilidad y precariedad, premio a productividad, excelencia y jornadas extendidas.	Mejorar forma de pago e incentivos a directivos. Mejorar limitaciones SADP. Relacionar pagos con productividad, excelencia, horas extra y calidad. Terminar con inamovilidad y precariedad.	Ampliar ADP a subdirecciones de hospitales. Mejorar remuneraciones directivos y especialistas escasos (junto con aumento oferta). Ajustar dotaciones a estándares actuales.	Terminar con contratos alternativos, ajustar dotaciones a nuevos estándares, transferir gestión de personal a hospitales, aumentar remuneraciones en urgencias y unidad de pacientes críticos. Incorporar SADP y elevar remuneraciones en subdirecciones.
Inversión	Plan de fortalecimiento de largo plazo para hospitales y APS para cumplir estándares acreditación.	Acuerdo político de U\$ 700 millones para inversión anual a 10 años.	Plan de modernización. Aumentar recursos para mantenimiento (subtítulo 29).	Actualizar estándares, definir criterios y modernizar formulación y ejecución de inversiones. Nuevos modelos de financiamiento. Evaluar concesiones.
Fonasa	Métodos de pago a hospitales más asociados a prestación de servicios y a resultados.	Más atribuciones para pagar por garantías vencidas y exigir acreditación a prestadores.	Cambio en mecanismo de financiamiento de SS (per cápita)	Establecer convenio con Subsecretaría de redes.
Superintendencia de Salud	Independiente del gobierno de turno, modificando definición de gobierno superior (ej. ratificación Senado) y duración cargo (6 años). Un solo marco legal para sector privado y público.	Independiente del gobierno de turno, modificando definición de gobierno superior (ej. ratificación Senado) y duración cargo (6 años). Un solo marco legal para sector privado y público.		

Tabla A9. Resumen propuestas de reforma sector prestador de salud estatal (PARTE 2)

Ámbito	CEP-ESP (2017)	Vergara <i>et al.</i> (2020)	Waissbluth <i>et al.</i> (2021)
Ministerio de Salud (Minsal)	Evaluar y monitorear políticas, con indicadores para todo el país. Desarrollar las funciones esenciales de salud pública.	Una subsecretaría, con rol rector (regulación y provisión de bienes públicos). Agencia con autonomía dependiente del Minsal para ETESA y calidad. Aumento formación especialistas e incorporación extranjeros.	
Crea entidad a cargo de prestadores	Dirección Nacional de Salud (DNS). Independiente del Ministerio de Salud y de Fonasa.	Sistema Nacional de Servicios de Salud, independiente del Minsal. Territorio y gobierno único para establecimientos (no implica único propietario). Gestión única y centralizada del apoyo y asignación de recursos (pro trabajo en red).	Instituto Nacional de Salud (INS), con alta autonomía del gobierno, con roles de: implementar políticas de largo plazo, rectoría técnica de la red, integración de los sistemas para mejor toma de decisiones.
Gobernanza superior nueva entidad	Directorio cuya integración y designación asegure independencia y capacidad técnica. Participa SADP y el Senado u otros. Renovación intercalada en periodos diferentes al presidencial.	Directorio u órgano colegiado multidisciplinario seleccionados vía SADP, con el visto bueno del Parlamento.	
Atribuciones nueva entidad	Monitorea desempeño. Define directorio de las Organizaciones Locales de Salud (OLS) o director ejecutivo, con selección por SADP.	Directorio elige tanto al director ejecutivo como a los directores de SS, a propuesta del primero. El director ejecutivo elegiría a los directores de hospitales autogestionados de las ternas que se le propongan y puede removerlo ante incumplimientos del convenio de desempeño.	
Servicios de Salud (o sucesor)	Reemplazan SS por OLS. Directorio y director ejecutivo de la OLS. Define su red y convenios (métodos de pago, exigencias). Apoyo a hospitales hacia autonomía.	Gestores de la red, con población a cargo. Reciben per-cápita ajustado. Organizan oferta (convenios).	Creación de Servicios Locales de Salud en 57 territorios. Gobernanza desconcentrada, mayores recursos y facultades. Directorio con participación de autoridades políticas y sociales. Coordina la red local hospital-consultorios.

Ámbito	CEP-ESP (2017)	Vergara <i>et al.</i> (2020)	Waissbluth <i>et al.</i> (2021)
Hospitales	Transformación en entidades más autónomas (empresas del Estado / corporaciones). Define convenios y RRHH. Cuentan con directorio que define al director ejecutivo. Financiamiento por GRD hasta alcanzar 80-100% de los pagos, desde OLS.	Autogestionados con directorios. Financiamiento: (i) pago empaquetado GES y NO GES, actualizado, según producción y cumplimiento de metas (ajustes para transición) desde OLS y (ii) pago para interconsultas exitosas y contrarreferidas desde APS. Atribuciones para gestión de todos los recursos con límites estrictos.	Reingeniería de procesos e integración tecnológica, asegurando uso de la capacidad.
Atención primaria de Salud (APS)	Reciben de la OLS un pago per cápita ajustado y un fondo para compra de prestaciones ambulatorias complejas (excedentes apropiables). Atribuciones para negociar con OLS y aseguradores, para concesionar y comprar servicios.	Recibe solo aporte per-cápita integral más fondo para comprar interconsultas (excedentes apropiables), ajustados por riesgo.	Directivos designados similar a SADP, por 5 años. Equipo APS rinde cuentas por resultados de su población (considerando sus características). Modelo salud familiar, con apoyo de la red, participación social e intersectorialidad.
Normas laborales	Revisar normas APS. Participación de otras entidades en APS bajo iguales condiciones. Autonomía en hospitales para definir planta, remuneraciones, etc.	Escuela de formación continua para altos cargos en salud. Carrera transparente y vinculada al desempeño, con apoyo y acompañamiento a líderes. Regularizar dotaciones, ampliar oferta de especialistas y aumentar remuneraciones a las más escasas, con flexibilidad para cerrar brechas con sector privado y para facilitar trabajo en la tarde.	Cargos directivos serán concursables por INS y dejan de ser de confianza. Carrera funcionaria única y estimulante: perfeccionamiento, reconocimiento y movilidad laboral, participación en espacios de análisis y toma de decisiones, dedicación exclusiva, uso integral de instalaciones.
Inversión	Recursos para reposición y mantenimiento en financiamiento regular (subtítulo 29 pasa a ser un ingreso de Fonasa). Inversiones nuevas definidas por DNS.	Actualización infraestructura y capacidad instalada. Mejorar institucionalidad a cargo para acelerar proyectos. Ampliar uso de subtítulo 29 para incentivar mantenimiento . Nueva inversión definida por SS o niveles superiores.	
Fonasa	Se convierte en asegurador, técnico e independiente de ciclos políticos. Directorio que vela por usuarios y define director ejecutivo (con SADP). Atribuciones para definir convenios con prestadores (pagos y exigencias). Administra todos los recursos del plan de salud.	Agencia que debe velar por sus beneficiarios. Recauda y financia a sus beneficiarios, negocia con Dipres y controla y transfiere riesgo a los SS (mediante convenios que exigen resultados y métodos de pago <i>ad hoc</i>).	

Ámbito	CEP-ESP (2017)	Vergara <i>et al.</i> (2020)	Waissbluth <i>et al.</i> (2021)
Superintendencia de Salud	Ampliar atribuciones sobre Fonasa (más allá de lo GES). Se plantea otorgar, ya sea a esta entidad o una nueva, atribuciones para velar por calidad de los prestadores de salud (revisa evidencia y monitorea indicadores de resultados).		

Fuente: elaboración propia.