



INSTITUTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN

¿Cómo se usan los pabellones quirúrgicos en la región Metropolitana?

Autores

Raúl Aguilar-Barrientos
raul.aguilar@uss.cl

José Guzmán Chaparro
jose.guzmanc@uss.cl

Carolina Velasco Ortúzar
carolina.velasco@uss.cl

Citar este artículo como: Aguilar-Barrientos, R., Guzmán C., J. y Velasco, C. (2023). "¿Cómo se usan los pabellones quirúrgicos en la región Metropolitana?". Documento de trabajo N°7/2023. Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS), Universidad San Sebastián.

¿Cómo se usan los pabellones quirúrgicos en la región Metropolitana?

Raúl Aguilar-Barrientos, José Guzmán C. y Carolina Velasco O.

Resumen ejecutivo

El trabajo de Aguilar-Barrientos y Velasco (2022) sobre pabellones de cirugía mayor en los hospitales estatales evidenció la necesidad de mejorar el uso de estos recintos; tanto porque 14% no está habilitado, ya sea por falta de personal y en menor medida de equipamiento; como porque el restante 86% se utiliza un 61% del tiempo. Entre otras razones están: (i) la baja capacidad de programar el uso de pabellones, (ii) la pobre calidad de los datos, (iii) el poco uso de indicadores e información en general para monitorear, y (iv) que las suspensiones de cirugías se pueden evitar con una mejor preparación de pacientes y pabellones. Esto se suma a la evidencia de retraso en el inicio y término anticipado de la jornada en los pabellones (Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, 2020). Las simulaciones indican que habilitar los quirófanos faltantes y elevar su uso al nivel de la referencia internacional (83%), permitiría hacer más cirugías cubriendo gran parte de las cirugías en espera.

Este informe profundiza el análisis de pabellones a nivel regional obteniendo conclusiones y recomendaciones más ajustadas a la realidad local. Respecto de la región Metropolitana, hay un doble desafío: (i) habilitar el 13% de horas de pabellones que no están funcionando, ya sea por falta de equipamiento, personal o ambos y (ii) aumentar las horas de uso de los que sí están habilitados, que entre 2017 y 2019 promediaba 61%. Incrementar dicha tasa de uso a 83% (referencia internacional de uso) permitiría cubrir la totalidad de las cirugías no GES en espera. Más aún, habilitar todos los pabellones y usarlos 90% del tiempo permitiría duplicar la totalidad de dichas cirugías, indicando que no es necesario construir más pabellones, sino optimizar el uso de la capacidad actual.

Para incrementar la tasa de uso de la región Metropolitana se debe mejorar la capacidad de programar el uso de los quirófanos y de cumplir dichas planificaciones. En algunos casos se planifica usar una baja proporción del tiempo disponible y en otros se sobrepasa con creces la planificación. Asimismo, es posible reducir la suspensión de cirugías electivas de la región, puesto que prácticamente la totalidad de estas últimas (95%) se puede evitar mediante una mejor gestión de los pabellones y pacientes.

Por lo tanto, se avala la propuesta de diversos expertos y otros actores técnicos y políticos de cambiar la institucionalidad y gobernanza de los hospitales públicos, separando su administración del Ministerio de Salud (Minsal); para evitar que sus objetivos y la elección de sus directivos dependan del ciclo político e incentivar una planificación de largo plazo, con foco en la mejora de la atención de las personas. Ello requiere que los directivos rindan cuentas por sus resultados y que dispongan de sus recursos (humanos, financieros, médicos y técnicos).

Además, se plantean medidas específicas (que se facilitan mediante los cambios estructurales propuestos), como: (i) uso de incentivos (económicos o de otro tipo) en los convenios de los hospitales, directivos y personal responsable de los pabellones asociados al cumplimiento de metas de habilitación y uso de pabellones y de suspensión de cirugías. (ii) Permitir a los encargados redistribuir horarios y tareas entre el personal de pabellón para darle continuidad operacional y evitar suspensiones de cirugías. (iii) Usar la programación como una herramienta efectiva de gestión, mejorando los registros y usándolos para planificar y anticiparse a las necesidades. (iv) Evitar las suspensiones de cirugías por problemas con los pacientes (mediante el seguimiento “pre-quirúrgico” de ellos) y con los pabellones (a través de la verificación previa de estos recintos, de los insumos y personal requeridos).

1. Introducción

El trabajo “¿Cómo se usan los pabellones quirúrgicos en Chile? Radiografía al sector estatal de salud” (2022) del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián (IPSUSS), documentó para Chile diferentes indicadores sobre habilitación, programación y uso de los quirófanos de cirugía mayor y suspensión de cirugías. Dicho estudio muestra que:

- Cerca de 14% de las horas de pabellones para este tipo de cirugías en los hospitales estatales dependientes del Ministerio de Salud (Minsal) no están habilitadas para ser utilizadas; el restante 86% se utiliza un 61% del tiempo.
- Entre las causas que explican la inhabilitación de los quirófanos está la falta de personal y, en menor medida, de equipamiento.
- Entre las razones del bajo uso de los quirófanos están que: (i) se programa hacer un uso menor a las horas totales disponibles y (ii) las suspensiones de cirugías responden casi todas a causas evitables mediante una mejor gestión (preparación de pacientes y pabellones).
- A ello se suman los hallazgos de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2020): Retraso en la hora de inicio y término anticipado de la jornada en los pabellones.
- Finalmente, se encuentra que la calidad de los datos reportados por los hospitales y Servicios de Salud al Minsal es baja, al igual que su uso por dichas entidades.

El trabajo del IPSUSS concluye que:

- Habilitar los quirófanos que faltan y elevar las tasas de uso al nivel de la referencia internacional (83%), permitiría aumentar la cantidad de cirugías mayores que se realizan en Chile, resolviendo gran parte o la totalidad de las listas de espera actuales según sea la zona.
- Ello mejoraría la oportunidad y calidad de la atención y con ello el bienestar de las personas, además de ahorrar importantes costos (en cirugías más complejas por el agravamiento de los problemas de salud, en subsidios por incapacidad laboral y por obsolescencia de capacidades laborales) aprovechando de mejor manera los recursos públicos de los contribuyentes.
- Urge mejorar la calidad y uso de datos para monitorear el desempeño de los recintos.

El estudio menciona propuestas para elevar la habilitación y uso de los pabellones:

- Cambios a nivel macro o estructural respecto de la institucionalidad y gobernanza de los hospitales estatales, pero también de sus atribuciones, lo que concita apoyo transversal. Se plantea separar del Ministerio de Salud (Minsal) la dependencia de los hospitales, desconectando la elección de sus directivos del ciclo político, otorgándole a su administración un carácter más técnico y la posibilidad de planificar pensando en la atención de las personas y en el largo plazo y no solo en las metas de cada gobierno o autoridad correspondiente. Ello implica contar con directivos elegidos y evaluados por su desempeño, que rindan cuentas ante la ciudadanía; quienes deben poseer las atribuciones necesarias para cumplir con las metas, disponiendo de sus recursos humanos, físicos, médicos y financieros.
- Medidas a nivel micro o buenas prácticas, cuya aplicación se facilita si se realizan los cambios macro. Por ejemplo, contar con responsables de quirófanos, que verifiquen que los pabellones están dispuestos para su uso y hacer seguimiento del paciente, cerciorándose de que estén preparados para las cirugías y procedimientos.
- Mejorar la gestión por medio de buena información, con datos procesados, validados y publicados por el Minsal, generando reportes útiles a los hospitales y a las personas para que conozcan el desempeño y uso de los recursos públicos en salud.

Con objeto de tener una visión más amplia de la gestión territorial de estos establecimientos y sus recursos, así como de las diferencias, déficit y potencialidades de cada zona, en esta oportunidad se presenta un desglose regional de los indicadores mencionados por tipo de pabellón de cirugía mayor

(excluye pabellones para procedimientos y cirugías menores) y por complejidad de los hospitales (cuando es posible). La complejidad¹ se refiere, principalmente, a la índole de prestaciones que se otorgan en el recinto (siendo las de menor complejidad aquellas más sencillas y las de mayor complejidad las más complejas y especializadas), pero también considera el tamaño del hospital (camas, médicos y pabellones) y tipo de médicos (residentes, especialistas), de pabellones (de cirugía mayor, de procedimientos) y de unidades de apoyo, entre otros. La información utilizada corresponde a datos administrativos, recopilados por el Ministerio de salud, y reportados por cada hospital (ver Aguilar-Barrientos y Velasco 2022), obtenidos a través de ley sobre “acceso a la información pública 20.285”.

La región Metropolitana cuenta con hospitales de alta, mediana y baja complejidad. Por lo tanto, los resultados se comparan con los obtenidos para igual tipo de hospital en los diferentes niveles de análisis, salvo cuando los datos no lo permiten². Dado que la región Metropolitana no pertenece a una macrozona, los resultados se comparan con el nivel nacional solamente³.

En la sección siguiente se presentan los indicadores de uso y habilitación de los pabellones de cirugía mayor, en la sección 3, los indicadores de programación y cumplimiento de estos y en la sección 4, las tasas de suspensión y las razones de dichas suspensiones. En la sección 5 se simula cuántas más cirugías se podrían haber realizado al habilitar y utilizar los pabellones en porcentajes similares a estándares internacionales y otras referencias, con objeto de visibilizar el impacto de un mejor uso de estos recintos a nivel regional. Finalmente, se entregan conclusiones y recomendaciones relevantes a considerar en la planificación de políticas públicas en este ámbito, en general, y a nivel regional, así como propuestas para abordar los déficits encontrados.

2. Habilitación y uso de pabellones de cirugía mayor en la región Metropolitana

En la región Metropolitana se cuenta con hospitales de alta, mediana y baja complejidad.

2.1 Tasas generales de habilitación y uso

La tabla 1 muestra indicadores de habilitación y uso de pabellones de cirugía mayor para la región Metropolitana, los que se comparan con los resultados del país para hospitales de igual complejidad.

En cuanto a la habilitación de pabellones, se aprecia que:

- La proporción de horas de pabellones que cuentan con el equipamiento necesario para funcionar respecto del total de horas (Hab. K / total) en la región Metropolitana es de 94%, en promedio, mientras que la tasa de horas de pabellones habilitados con equipamiento y personal (Hab. K y L / total) promedia 87%, ambas cifras son similares a las del país.
- En la región Metropolitana se observa que las tasas de habilitación con personal y equipamiento sobre el total de horas de pabellón (Hab. K y L / total) difieren según complejidad del hospital, siendo más baja en los de mediana complejidad (75%), inferior en 10 puntos al promedio nacional;

¹ La complejidad de los establecimientos está definida en el “Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Decreto N° 140 DEL 2004)”, en sus Artículos 44 y 45. Las especificaciones sobre los servicios y características se encuentran en la “Norma 150 de 14 junio 2013. Subsecretaría de redes asistenciales”.

² Ver anexo 1 para mayor detalle sobre la metodología y uso de los datos (por ejemplo, criterios de exclusión, tratamiento de datos faltantes, etc.). En este trabajo no se calculó la significancia estadística de las diferencias.

³ En este trabajo no se calculó la significancia estadística de las diferencias.

y más alta en los hospitales de baja complejidad (91%), superando el promedio del país en 26 puntos.

- Resalta la diferencia que hay entre la tasa de habilitación con equipamiento y aquella con equipamiento y personal en los hospitales de mediana complejidad de la región, con cifras de 96 y 75%, respectivamente, lo que refleja un déficit de personal en este tipo de hospitales. Este déficit también se da a nivel nacional, pero en los hospitales de baja complejidad, donde la tasa de habilitación con equipamiento es de 89% y aquella con equipamiento y personal es de 65%.

Respecto de los indicadores de uso de pabellones de cirugía mayor, se aprecia que:

- Respecto de la totalidad de horas de pabellones (habilitados y no habilitados), la proporción de horas en que se usan respecto del total de horas de pabellones (Uso / total) promedia 53% en la región Metropolitana, cifra superior en 4 puntos al promedio nacional. Resalta el bajo uso de los pabellones de los hospitales de mediana y baja complejidad de la región, con tasas de 34 y 3% del tiempo, respectivamente. Todas estas tasas son inferiores a la referencia de 83%, utilizada por la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2020).
- Por su parte, la tasa de uso sobre las horas de quirófanos habilitados con equipamiento y personal (Uso / hab. K y L) en la región Metropolitana es de 61%, superando al promedio nacional en 3 puntos. Nuevamente, resaltan las bajas tasas de uso en hospitales de mediana y baja complejidad, con 45 y 3%, respectivamente, lo que no se ve reflejado en el promedio de la región, por la baja proporción que sus horas representan en el total de horas de la región.

Tabla 1. Indicadores de habilitación y uso de pabellones de cirugía mayor (%), 2017-2019

Zona	Complejidad hospital	Hab. K / total	Hab. K y L / total	Uso / total	Uso / hab. K y L
Región Metropolitana	Promedio	94	87	53	61
	Alta	94	87	55	64
	Mediana	96	75	34	45
	Baja	98	91	3	3
País	Promedio*	94	86	49	58
	Alta*	94	87	54	62
	Mediana*	96	85	25	30
	Baja*	89	65	13	20

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Cada cifra representa el promedio de horas de los años 2017 a 2019. * Excluye la información de pabellones que reportan datos inconsistentes o que no reportan datos (ver anexo 1). Hab. = habilitadas. K = equipamiento. L = personal.

2.2 Tasas de habilitación y uso por tipo de pabellón

En la tabla 2 se presentan los indicadores de habilitación y uso promedio por tipo de pabellón (incluye todos los niveles de complejidad de hospitales), los que se comparan con los resultados del país:

- La región Metropolitana presenta tasas de habilitación de horas de pabellones con equipamiento y personal (Hab. K y L / total) similares a las del país en los pabellones de cirugía electiva y de urgencia. Para los de uso indiferenciado y de uso obstétrico, las tasas regionales superan a las nacionales, aunque igualmente revelan la necesidad de habilitar más pabellones, ya que casi un quinto del tiempo los quirófanos están inutilizados.
- Las tasas de uso respecto del total de horas (Uso / total) en la región Metropolitana varían entre 23 y 71%, superando a las tasas nacionales en los pabellones de uso indiferenciado y de urgencia.

En todos los casos las tasas se alejan de la referencia internacional de 83%, utilizada por la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2020).

- Por su parte, las tasas de uso de los pabellones respecto de aquellos habilitados con equipamiento y personal (Uso / hab. K y L) de la región Metropolitana son mayores o similares a las del país en todos los tipos de quirófanos. Estas diferencias son mayores en aquellos de uso indiferenciado y de urgencia, con 28 y 45% de utilización, respectivamente, frente a 22 y 41% a nivel nacional, respectivamente.

Tabla 2. Indicadores de habilitación y uso por tipo de pabellón (%), hospitales de todas las complejidades, 2017-2019

Zona	Tipo de pabellón	Hab. K / total	Hab. K y L / total	Uso / total	Uso / hab. K y L
Región Metropolitana	Cirugía electiva	88	82	71	86
	Indiferenciado	98	83	23	28
	Urgencia	100	95	43	45
	Obstétrico	98	85	25	30
País	Cirugía electiva*	88	81	71	87
	Indiferenciado*	93	77	17	22
	Urgencia	100	95	39	41
	Obstétrico*	97	81	24	30

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Cada cifra representa el promedio de horas de los años 2017 a 2019. Los promedios consideran a hospitales de todas las complejidades. * Excluye la información de pabellones que reportan datos inconsistentes o que no reportan datos (ver anexo 1). Hab. = habilitadas. K = equipamiento. L = personal.

3. Programación de uso de pabellones de cirugía mayor en la región Metropolitana

Para entender las razones detrás de la baja utilización de los pabellones de cirugía mayor se analiza, en primer lugar, algunos indicadores sobre la programación de uso, y el cumplimiento de esta, de los diferentes tipos de pabellones de cirugía mayor para la región Metropolitana y el país y según nivel de complejidad hospitalaria.

Cabe considerar que, si bien los indicadores de programación y uso de los pabellones de urgencia se presentan en la última columna de la tabla, estos se excluyen para el cálculo de los promedios, por la inconsistencia en su registro (ver nota en tabla 3).

Los resultados para los hospitales de todas las complejidades indican que:

- Excluyendo los pabellones de urgencia, en promedio, en la región Metropolitana se programa usar, en promedio, un 65% del tiempo disponible de los pabellones habilitados con equipamiento y personal (“Progra. / hab. K y L” en la columna “Total*”), 6 puntos inferior a la tasa nacional. Ello se explica principalmente por las tasas en los hospitales de alta y baja complejidad (69 y 3%, respectivamente), que se encuentran muy por debajo de los promedios nacionales en estos hospitales, especialmente en estos últimos. Asimismo, esta tasa en los pabellones de uso obstétrico alcanza solo un 19%, 23 puntos por debajo de la tasa nacional.
- Por el contrario, la proporción de horas usadas realmente respecto de las programadas (Uso / progra.) es mayor a 100% en la mayoría de los casos, es decir, se usa más que lo programado.

- Las bajas tasas de programación y el sobrecumplimiento de la programación de cirugías mayores indican que esta herramienta no es considerada para la gestión y planificación del trabajo de los pabellones en dichos hospitales, por lo que es importante entender sus causas.

Tabla 3. Porcentaje de horas programadas para ser usadas (%), hospitales de todas las complejidades 2017 – 2019

Indicador de programación	Total*	Complejidad hospital			Tipo pabellón			
		Alta *	Mediana*	Baja*	Cirugía electiva	Indiferenciado	Obstétrico	Urgencia
Región Metropolitana								
Progra. / total	54	57	30	3	67	25	17	49
Progra. / hab. K y L	65	69	41	3	81	30	19	52
Uso/ progra.	109	108	111	96	106	93	152	87
País								
Progra. / total	57**	66**	28**	16**	70**	21**	34**	54
Progra. / hab. K y L	71**	80**	35**	25**	87**	27**	42**	57
Uso/ progra.	97**	97**	102**	81**	100**	82**	72**	72

Fuente: Elaboración propia.
Nota: Cada cifra representa el promedio de los años 2017 a 2019. * No considera el dato para los pabellones de urgencia, puesto que el manual de registros estadísticos del Minsal no es explícito sobre la obligatoriedad del registro de cirugías mayores programadas en dichos pabellones. ** Excluye la información de pabellones que reportan datos inconsistentes o que no reportan datos (ver anexo 1). Hab. = habilitadas. K = equipamiento. L = personal. Progra. = programación.

4. Tasas y causas de suspensión de cirugías mayores electivas

En segundo lugar, para entender las razones detrás del bajo uso de los pabellones de cirugía mayor se analiza la suspensión de cirugías electivas. Cabe mencionar que en este caso no es posible desagregar los indicadores por complejidad del hospital, sino que son tasas agregadas por Servicio de Salud.

- La región Metropolitana tiene una proporción de cirugías electivas que se suspenden inferior a la tasa que muestra el país.
- No obstante, según la clasificación internacional 95% de las suspensiones de cirugías electivas de la región Metropolitana son evitables, cifra similar a la del país, lo que muestra una oportunidad para aumentar el tiempo de uso de los pabellones. La cifra de suspensiones evitables podría ser resultado de la falta de gestión en cuanto a preparar (i) los pabellones y lo requerido para que funcionen: documentación incompleta, falta de camas, de instrumental, medicamentos u otros insumos, equipamiento no operativo, falla de coordinación con otras unidades, ausencia y retraso del personal; y (ii) los pacientes: Verificar que hayan realizado el ayuno y la suspensión de la toma de medicamentos, que cuenten con la evaluación del especialista, entre otros.

Tabla 4. Indicadores de suspensión de cirugías electivas (%), 2017 – 2019

Zona	Tasa suspensión	Causas suspensión				
		Clasificación MINSAL			Clasificación internacional	
		Paciente	Hospital	Otros	Evitables	No evitables

Región Metropolitana	4,6	51,1	47,8	1,1	95	5
País	7,5	50,3	48,9	0,8	94,7	5,3

Fuente: Elaboración propia.
Nota: Cada cifra representa el promedio de los años 2017 a 2019.

5. Simulación e implicancia de aumentar las tasas de habilitación y uso de pabellones

Para cuantificar el impacto de los resultados anteriores, al igual que lo realizado en Aguilar-Barrientos y Velasco (2022), adicionando esta vez las cifras a nivel regional, se calcula cuántas más cirugías se podrían realizar si es que se habilitaran todos los pabellones y si dichos pabellones se utilizaran más horas dentro de su horario de funcionamiento.

En cuanto al aumento de uso de los pabellones, se considera la referencia de 83%, señalada en el informe de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2020) y, a modo de cotejo, se agrega un escenario de 90% de uso. Respecto a los pabellones de cirugía mayor que se usan como base de cálculo, se asumen dos escenarios, uno considera los que actualmente están habilitados con equipamiento y personal y otro en que se habilitan todos los pabellones, es decir, donde se pone a disposición el 100% de la capacidad instalada en Chile. Luego, las cifras obtenidas sobre el número de nuevas cirugías posibles de realizar en los escenarios supuestos se comparan con la cantidad de cirugías mayores no GES en espera en la región Metropolitana.

Los resultados para la región se muestran en la tabla 5, indicando lo siguiente:

- En el escenario más conservador, es decir, donde se utilizan solo los pabellones habilitados (Sobre hrs. hab. K y L) y se aumenta la tasa de uso de estos a 83%, se podrían realizar, en promedio, 73.154 nuevas cirugías, incrementando en más de un tercio la cantidad de cirugías actuales. Con este aumento se cubrirían con holgura el número de cirugías mayores no GES en espera.
- En el mejor de los escenarios, es decir, si se habilitan todos los pabellones (Sobre hrs. totales) y se usan el 90% del tiempo (Aumento de uso a 90%), se podrían realizar, en promedio, 140.764 cirugías nuevas, con esto se puede cubrir dos veces el número de cirugías no GES en espera.

Tabla 5. Simulación de nuevas cirugías a realizar, 2017 a 2019, región Metropolitana

Años	Número de cirugías reales	Aumento de uso a 83%		Aumento de uso a 90%		Cirugías no GES en espera
		Sobre hrs. hab. K y L	Sobre hrs. totales	Sobre hrs. hab. K y L	Sobre hrs. totales	
2017	196.929	71.271	111.158	93.890	137.141	71.209
2018	193.901	70.175	109.449	92.447	135.033	65.118
2019	215.562	78.015	121.675	102.774	150.117	69.234
Promedio	202.131	73.154	114.094	96.370	140.764	68.520

Fuente: Elaboración propia con base en Minsal.
Nota: Corresponde a las cirugías mayores realizadas en total en la región. No incluye procedimientos, cirugías menores y compras de cirugías mayores realizadas fuera de los establecimientos de la red estatal. Hab. = habilitadas. K = equipamiento. L = personal. Hrs. = horas.

6. Comentarios finales y recomendaciones regionales

6.1 Resumen y comentarios:

- Se aprecia que, tanto en la región Metropolitana como en el país, existen espacios para aprovechar de mejor manera los recursos actuales.
- Al igual que en el país, la región Metropolitana tiene un primer desafío de habilitar pabellones, ya que 13% de los quirófanos construidos no cuenta con el equipamiento o personal necesario para funcionar. Este déficit es mayor en los hospitales de mediana complejidad, donde uno de cada cuatro pabellones no está habilitado (25%) y en los pabellones de cirugía electiva y uso indiferenciado (cerca de 20% de horas de pabellón no están habilitadas).
- La región Metropolitana también enfrenta un desafío de usar una mayor proporción del tiempo los pabellones ya habilitados, puesto que los quirófanos de los hospitales de mediana y baja complejidad se usan 45 y 6% del tiempo, respectivamente, y los de uso indiferenciado y obstétrico se usan un 28 y 30%, respectivamente. En general, los hospitales de todas las complejidades y tipos de pabellones presentan cifras bajas en comparación con la referencia internacional de 83% para las tasas de uso.
- Respecto de las razones del bajo uso, el trabajo da cuenta de que se programa usar una proporción baja de las horas disponibles y, además, las planificaciones no se cumplen, superando en la mayoría de los casos el 100%. Los resultados son disímiles según el tipo de hospital y pabellón (tasa de uso sobre programación va desde 87 a 152%). Esto sugiere que no existe un uso de este indicador de programación, al menos para planificar el trabajo de los hospitales, por lo que es relevante entender las razones. Una adecuada programación permite una mejor preparación, planificación y organización, haciendo un mejor uso de los pabellones.
- En cuanto a las suspensiones, estas son menos frecuentes que en el resto del país, no obstante, casi todas son evitables (95%). Por lo tanto, existe un desafío de abordar sus causas, como la falta de gestión en cuanto a preparar los pabellones -y lo requerido para que funcionen- y a los pacientes. Esto último, mediante una mejor gestión prequirúrgica, por ejemplo, implementando unidades especializadas en esta etapa del proceso.
- En conclusión, es posible aumentar la cantidad de cirugías realizadas sin construir nuevos quirófanos. En efecto, las simulaciones indican que, en el caso de la región Metropolitana, habilitar una mayor proporción de los pabellones ya construidos y usarlos un mayor porcentaje del tiempo disponible, permitiría cubrir en la totalidad o incluso sobrepasar (dependiendo de la intensidad de uso) las cirugías no GES en espera.

6.2 Recomendaciones

La recomendación general planteada en Aguilar-Barrientos y Velasco (2022) tiene que ver con un cambio estructural mayor, donde se separa del Minsal la función de prestación ejercida actualmente por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Se propone que la dependencia y decisiones de administración generales de la red de prestadores pasen a una entidad pública de altas capacidades técnicas e independiente del gobierno de turno. Para ello la designación de su gobierno corporativo debe ser realizada por mecanismos que aseguren ambos aspectos, planteándose algunas opciones como la ratificación por parte del Senado, la participación de expertos, entre otros.

Un segundo aspecto relevante de la propuesta es que los prestadores públicos de salud que dependan de esta nueva institución posean atribuciones para tomar las decisiones necesarias sobre su personal, recursos financieros y mecanismos de administración. De esta forma podrán responder a las necesidades de sus pacientes y a la realidad local, lo que es fundamental para que posteriormente sean evaluados por su desempeño, rindiendo cuentas ante la comunidad.

Pero también existen propuestas de menor envergadura que pueden aplicarse en un plazo más corto a nivel local y regional o implementarse como pilotos y proyectos a evaluar. Las recomendaciones que se plantean a continuación se agrupan en los siguientes ámbitos:

Uso de incentivos

- Considerar un indicador de habilitación y de proporción de tiempo de uso de pabellones en la evaluación de desempeño, convenio u otro instrumento de rendición de cuentas, tanto de quien está a cargo del hospital como de quien organiza y coordina la red de hospitales.
- Utilizar mecanismos de pago a equipos directivos y personal que consideren el desempeño esperado en los indicadores de uso y habilitación de pabellones (pago por desempeño, con premios según cumplimiento de indicadores relevantes).
- Los encargados del hospital deben poder establecer incentivos para comenzar el funcionamiento de los pabellones a tiempo, para reducir los tiempos entre cirugías y establecer estándares de tiempos máximos entre cirugías, entre otros.

Cambio en atribuciones

- Otorgar atribuciones a los encargados para redistribuir horarios del personal de pabellón (médicos, técnicos, enfermeras, etc.) adscritos al estatuto administrativo. Por ejemplo, cambiar la jornada de 08:00 a 17:00 por 3 turnos de 6 horas intercalados, haciendo coincidir dichos turnos por 1 hora (inicio y final de jornada) y así realizar labores de preparación o alimentación del personal sin que el recambio de personal afecte (o que minimice el efecto en) la continuidad operacional del pabellón. Ello requiere visibilizar y reconocer la necesidad de modificación del régimen laboral de esta área del hospital.
- Modificar las normas relativas a las tareas del personal de enfermería (enfermeras o técnicos paramédicos) dentro del pabellón, pudiendo la misma persona acreditarse para desempeñar más de un rol. Por ejemplo, realizar funciones de pabellonera, arsenalera o auxiliar de anestesia. Esto con el objeto de disminuir la probabilidad de suspensión de una cirugía por falta de quien ejerce solo esta función.

Mejorar y usar la programación como una herramienta efectiva de gestión

- Cada hospital debe estimar, por una parte, la capacidad productiva máxima de los pabellones quirúrgicos por especialidad dentro de la jornada regular y en jornada extraordinaria. Y, por otra parte, la demanda de cirugías, su estacionalidad y tasa de crecimiento por especialidad (revisando datos previos), para pronosticar con anticipación (i) la necesidad de jornadas extraordinarias de funcionamiento y (ii) solicitar derivaciones a centros públicos y privados.
- Modificar el objetivo del indicador de cumplimiento de programación y actividad quirúrgica (horas reales de uso sobre horas programadas), porque actualmente podría estar incentivando la programación de pocas horas de uso, para que la tasa de uso real sobre las horas programadas sea mayor a 100%. Para ello, se puede modificar el indicador, agregando el objetivo de disminuir la variabilidad entre el tiempo programado y el efectivo.

Gestionar la preparación de las cirugías para evitar las suspensiones por problemas con los pacientes y pabellones

- Implementar sistemas “pre-quirúrgicos” de acompañamiento, seguimiento y trazabilidad de los pacientes en espera para cirugías de carácter electivo (sean ambulatorias o no).

- Determinar causas más frecuentes por establecimiento de suspensiones quirúrgicas evitables y establecer protocolos que disminuyan estos eventos. Ello, en lo relativo a la gestión de (i) pabellones (falta de miembros del equipo, material en condiciones para ser utilizados, problemas estructurales, falta de stock de medicamentos o materiales, consentimiento para cirugía sin firmar etc.) y (ii) pacientes (toma de medicamentos, realización de exámenes y ayuno, entre otros).
- Establecer criterios de tiempos máximos de espera por especialidad y patología con el objeto de estimar posibles brechas en la satisfacción de la demanda.

7. Referencias

- 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 en Salud (IPSUSS), Universidad San Sebastián.
- Al Talalwah, N., McIlrot, K. H. 2019. “Cancellation of Surgeries: Integrative Review”. *J Perianesth Nurs* 34(1): 86-96.
- Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. 2020. “Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no GES”
- 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.
- 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.
- 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 Panamericana de la Salud, 2020, “Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción, Serie Salud Universal, Organización Mundial de la Salud: Washington, D.C.
- 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.
- Souzdalnitiski, D. y Narouze, S. 2014. “Evidence-based approaches toward reducing cancellations on the day of surgery”. *Saudi J Anaesth* 8(Suppl 1): S6-7.