

# Situación y análisis de las camas hospitalarias en Chile

Situation and analysis of hospital beds in Chile

Dagoberto Duarte Quapper<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

El presente artículo muestra la situación de las camas hospitalaria en Chile, públicas y privadas, con un breve análisis de su funcionamiento centrado en particular en su productividad. Se hace un recuento histórico de la disponibilidad de camas públicas y privadas desde el año 1978 al 2023. Las cifras utilizadas provienen en su mayoría de registros del MINSAL y en algunos casos se consideraron otras fuentes como la agrupación Clínicas de Chile. El estudio del funcionamiento de las camas hospitalarias se hace en función del Índice Ocupacional (IO) de dos años seleccionados. Los resultados más relevantes muestran la escasez de camas hospitalarias según parámetros internacionales (OCDE). Se muestra además la conversión de camas hospitalarias, en particular del sector público. El estudio de la productividad de las camas hospitalarias muestra que esta escasez es más crítica en aquellas que a nuestro juicio son las más necesarias para resolver la lista de espera. Se discuten algunas alternativas para abordar esta situación. Se resalta la necesidad de incorporar este elemento en la discusión acerca de la productividad del sector público y de la necesidad de mejorar la calidad de la información disponible a nivel oficial.

*Palabras clave:* Capacidad de Camas en Hospitales, Reconversión de Camas, indicadores, productividad hospitalaria, listas de espera.

## ABSTRACT

---

This article presents the current situation of public and private hospital beds in Chile, with a brief analysis of their functioning, focusing specifically on their productivity. A historical account of the availability of public and private beds from 1978 to 2023 is provided. The figures used come mostly from MINSAL records, and in some cases other sources, such as the Clínicas de Chile association, were considered. The study of hospital bed functioning is based on the Occupational Index (OI) for two selected years. The most relevant results show the shortage of hospital beds according to international parameters (OECD). The conversion of hospital beds, particularly in the public sector, is also shown. The study of hospital bed productivity shows that this shortage is most critical in those that, in our judgment, are most necessary to resolve the waiting list. Some alternatives to address this situation are discussed. The need to incorporate this element into the discussion about public sector productivity and the need to improve the quality of the information available at the official level are highlighted.

*Keywords:* Hospital Bed Capacity, Bed Conversion, Indicators, Hospital Productivity, Waiting Lists.

---

Recibido el 08 de agosto de 2025. Aceptado el 08 de septiembre de 2025.

1 Médico de Familia. MsSc y PhD en Psicología, Universidad Católica de Lovaina (UCL), La Nueva. Chile. Correspondencia a: [dagoberto.duarte@gmail.com](mailto:dagoberto.duarte@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

---

En el debate público nacional, cuándo se analiza la situación del sector salud, uno de los temas recurrentes es cómo disminuir las listas de espera. En forma recurrente se apunta a una mala gestión del sector público. Por otro lado, gobiernos de distinto signo han aumentado los recursos presupuestarios a salud, sin que se observe una disminución significativa de las listas de espera ni de la productividad de los establecimientos públicos.

Dentro de los problemas de gestión que ha sido estudiado, está el uso de los pabellones quirúrgicos, que explicaría la baja productividad hospitalaria. Esto, en consonancia con que uno de los temas más recurrentes es la lista de espera quirúrgica, aunque también existe espera de procedimientos no quirúrgicos. La cirugía es un proceso en que intervienen otras partes del sistema de atención, aparte de los pabellones. Para que una persona acceda al pabellón, debe estar en condiciones de soportar la cirugía, cosa que no siempre se consigue. Algunas de las personas que requieren cirugía, al mismo tiempo son portadores de enfermedades crónicas que, si no están compensadas, alarga su espera. Por otro lado, al momento de acceder a un acto quirúrgico, los profesionales a cargo deben estar seguros de que existe una cama, para que la persona continúe su evolución de manera segura. La disponibilidad de camas hospitalarias no ha sido estudiada con detención en el caso chileno. A lo más, se comparan cifras de la disponibilidad de camas por 1.000 personas junto a países de la OECD. Según las últimas publicaciones, Chile aparece con un promedio de 1,9 camas por 1.000 habitantes, mientras que el promedio de la OECD es 4,7 en países europeos (OECD, 2024).

En el presente estudio haremos una revisión del estado de las camas hospitalarias en Chile en una serie histórica que parte el año 1978 y termina el año 2023. Es decir, se considera un período de 45 años. Aparte del número, disponibilidad y tipo de camas (públicas o privadas), se agrega en una segunda parte un indicador del uso de las camas hospitalarias, pero sólo las que son públicas ya que en este caso no se encontró una serie con los mismos indicadores para las camas del sector privado.

## MATERIAL Y METODO

---

El primer hecho que es necesario mencionar, es que la información acerca de este tema está dispersa en distintas fuentes y distintos formatos. Tradicionalmente, el Ministerio de Salud

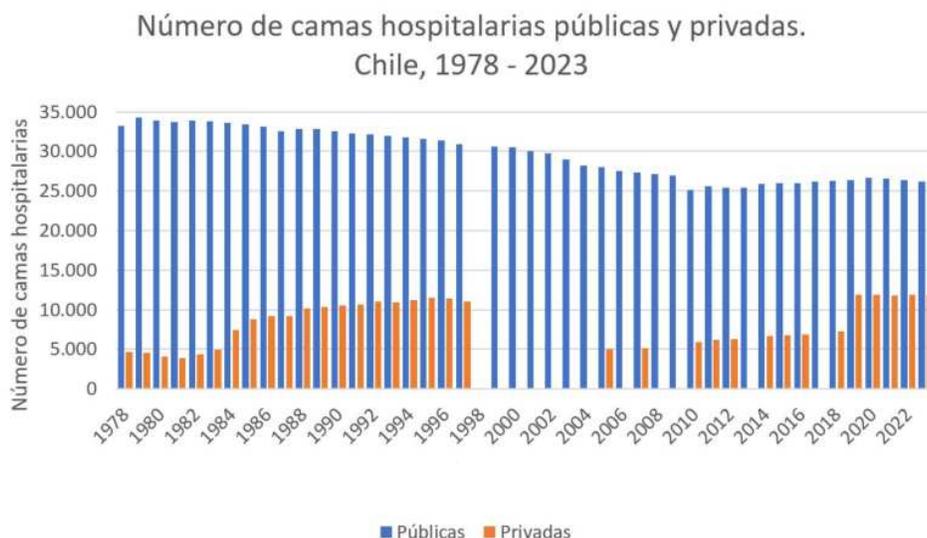
(MINSAL) publicaba un Anuario de “Estadísticas de Atenciones y Recursos para la Salud” que incorporaba el número y algunos indicadores de funcionamiento tanto de las camas públicas, las privadas y las que dependen de las FFAA. Esta publicación se suspendió el año 1998. Posteriormente, durante una década, el MINSAL sólo publicó el número de camas públicas en formato impreso. A contar del 2010 hasta la fecha, el MINSAL publica datos en formato digital. Además, en ese momento se cambió la manera en que se publicaban los datos. Anteriormente, las camas eran contabilizadas según el servicio clínico en que estaban localizadas. Esta nomenclatura se modificó, como se describe más adelante. El 2019 se comienza a publicar nuevamente datos de disponibilidad de camas hospitalarias privadas y dependientes de las FFAA. Por último, los indicadores sobre actividad hospitalaria se publican desde el 2014 en formato digital, pero sólo para hospitales públicos. En consecuencia, algunos indicadores sólo se presentan para las fechas en que existe información.

## DISPONIBILIDAD DE CAMAS HOSPITALARIAS

---

En el gráfico 1 se aprecia que el número de camas hospitalarias públicas comenzó un descenso sostenido desde comienzos de los años ochenta del siglo XX, al mismo tiempo que comenzó un aumento sostenido de las camas hospitalarias privadas. El mayor número de camas hospitalarias públicas se dio en 1979 con 34.314 unidades. A partir de 1980 se observa un descenso sostenido, llegando a su menor valor el año 2010, con 25.085 camas públicas, lo que marca un descenso de cerca de un 25% respecto a lo observado en 1979. En el mismo período se observa un aumento sostenido de las camas privadas, que llega a su máximo en 1995 con 11.549 camas (Ministerio de Salud, 1999). En ese período las camas administradas por las FFAA se contaban dentro de las camas privadas, sin hacer una distinción. Existe a continuación un período en que no se encontraron cifras confiables de camas privadas. Sólo se encontraron cifras, a contar de 2005, en las memorias de Clínicas de Chile, (Clínicas de Chile, Memoria, 2012 al 2023, en [www.clinicasdechile.cl](http://www.clinicasdechile.cl)) pero que informa sólo de establecimientos mayores a 10 camas y que no incorpora las camas administradas por las FFAA. El 2019 el MINSAL comienza a publicar en formato digital la disponibilidad de camas privadas junto con aquellas

**Gráfico 1:** Número de camas hospitalarias en Chile, públicas y privadas. 1978-2023.



Fuentes: a) Ministerio de Salud, 1999; b) Ministerio de Salud (2005); c) Ministerio de Salud. (2010). d) Ministerio de Salud, (2024) e) Clínicas de Chile, Memorias.

administradas por las FFAA (Ministerio de Salud, 2024). La proporción entre camas públicas y privadas muestra una variación concordante a lo que se acaba de describir: el año 1980 el 90% de las camas hospitalarias eran públicas, mientras que en la actualidad esta cifra llega al 70%.

La nomenclatura respecto a si las camas hospitalarias son públicas, privadas o dependientes de las FFAA no ha sido estable en el tiempo. En la tabla 1 reconstruimos las cifras en cuatro años distintos, para mostrar cifras equivalentes.

Las cifras de la tabla 1 muestran que las camas hospitalarias públicas descendieron entre 2002 y 2023 en 3.494 unidades (-11,6% respecto al año 2002); las privadas aumentaron en 934 unidades (+10,6% respecto al año 2002); las administradas por las FFA aumentaron en 7 (+0,3% respecto del año 2002). En total, la disponibilidad de camas hospitalarias en Chile descendió en 2.553 unidades, lo que equivale a un 6,3% respecto al año 2002. Como al mismo tiempo aumentó la población, el indicador de camas hospitalarias por

**Tabla 1:** Número de camas hospitalarias en Chile en cuatro años seleccionados.

	Comparación 2002 - 2023			
	2002	2009	2019	2023
<b>Población<sup>a</sup></b>	15.691.701	16.881.078	19.107.216	19.960.889
<b>Camas públicas<sup>b</sup></b>	29.714	26.959	26.382	26.220
N° de camas por 1.000	1,89	26.959	1,38	1,31
Porcentaje sobre el total de camas	73,1%	ND	68,9%	68,8%
<b>Camas privadas</b>	8.805 <sup>b</sup>	ND	9.686	9.739
N° de camas por 1.000	0,56	ND	0,51	0,49
Porcentaje sobre el total de camas	21,7%	ND	25,3%	25,6%
<b>FFAA</b>	2.145 <sup>b</sup>	ND	2.230	2.152
N° de camas por 1.000	0,14	ND	0,12	0,11
Porcentaje sobre el total de camas	5,3%	ND	5,8%	5,6%
<b>Total de camas hospitalarias</b>	40.664	ND	38.298	38.111
N° de camas por 1.000 personas	2,59	ND	2,00	1,91

a) INE, 2022. b) OPS. 2002 c) Ministerio de Salud (2024)

1.000 personas, bajó desde 2,59 el año 2002 a 1,91 el año 2023, lo que significa una caída equivalente al 26,3% respecto a lo observado el año 2002.

### TIPOS DE CAMAS HOSPITALARIAS SEGÚN DESTINO

Como se puede apreciar en las tablas 2 y 3 los tipos de camas hospitalarias en Chile, ordenadas de acuerdo con su destino, muestran una

modificación en el tiempo en cuanto a su nomenclatura. Inicialmente las camas eran asignadas según servicio clínico (Ministerio de Salud, 1999), pero posteriormente, a contar del año 2010, se identificaron según una categorización del nivel de riesgo/dependencia (Ministerio de Salud, 2012). Esta clasificación se informa desde el 2014 en las camas públicas (Ministerio de Salud, 2024) y desde el 2019 en las camas privadas (Ministerio de Salud, 2024).

**Tabla 2:** Tipo y destino de camas hospitalarias en Chile, públicas y privadas. 1989

	Medic	Cirug	Obste	Pedia	Trauma	Psiqui	Sala	Pensi	Otros	Total
Público	6.111 18,6%	3.629 11,1%	5.043 15,4%	7.186 21,9%	1.105 3,4%	3.315 10,1%	1.657 5,0%	1.165 3,5%	3.607 11,0%	32.818 100,0%
Privado	1.102 10,6%	899 8,7%	970 9,4%	1.579 15,2%	788 7,6%	1.201 11,6%	1.695 16,4%	878 8,5%	1.254 12,1%	10.366 100,0%
Total	7.213 16,7%	4.528 10,5%	6.013 13,9%	8.765 20,3%	1.893 4,4%	4.516 10,5%	3.352 7,8%	2.043 4,7%	4.861 11,3%	43.184

En la tabla 2 se muestran las camas hospitalarias, tanto públicas como privadas, en el año 1989, según un informe del Ministerio de Salud. En primer lugar, el 76,0% de las camas eran públicas y el 24,0% eran privadas. Dentro de las camas públicas, el mayor porcentaje eran las camas

pediátricas (21,9%), seguidas por las camas de medicina (18,6%), obstetricia (15,4%) y cirugía (11,1%). En el sector privado, el mayor porcentaje correspondía a “Salas” (16,4%), seguidas por las camas pediátricas (15,2%), las camas de medicina (10,6%), obstétricas (9,4%) y quirúrgicas (8,7%).

**Tabla 3:** Tipos y destinos de camas hospitalarias públicas en Chile. Años 2010 y 2023

Áreas de cuidado	Públicas		Privadas(*)	
	2010	2023	Dif 23-10	2023
Área Cuidados Intensivos Adultos	457	1.079	622	672
Área Cuidados Intermedios Adulto	1.111	9.371	8.260	2.223
Área Adulto Cuidados Básicos	12.688	6.776	-5.912	4.955
Área Cuidados Intensivos Pediatría	377	455	78	306
Área Cuidados Intermedios Pediatría	615	2.354	1.739	477
Área Médica Pediatría Cuidados Básicos	3.976	1.431	-2.545	569
Área Obstetricia	2.944	2.320	-624	1.218
Área Pensionado	1.018	468	-550	635
Área Psiquiatría Adulto y Pediatría	1.899	1.761	-138	835
Área Sociosanitaria Adulto		205	205	1
Total	25.085	26.220	1.135	11.891

(\*) Considera las camas hospitalarias dependientes de las FFAA.

La tabla 3 muestra las camas hospitalarias en los años 2010 y 2023 (en el caso de las públicas) y 2023 (en el caso de las privadas). En el caso de las camas públicas, se ve que entre ambos años existe un aumento de 1.135 nuevas camas (+4,5%). A

pesar de esto, el indicador de camas por habitante disminuyó de 1,47 camas por 1.000 personas el 2010 a 1,31 camas por mil habitantes el año 2023, considerando sólo las camas públicas. Es llamativo la reconversión de camas públicas. Por ejemplo,

se ve un aumento de 622 camas intensivo adultos y un aumento de 8.260 camas de intermedio adultos, al mismo tiempo que disminuyen en 5.912 las camas de cuidados básicos de adulto. En el área pediátrica se ve una situación similar: aumentan las camas de cuidados intensivos y las de cuidados medios, mientras disminuye fuertemente las camas de cuidados básicos. Finalmente, las camas de obstetricia y las destinadas a pensionado disminuyen de manera importante (21,2% y 54,1% respectivamente).

Es difícil hacer una comparación entre los años 1989, 2010 y 2023 por el cambio en la nomenclatura de las camas hospitalarias y por la modificación en el número absoluto de camas hospitalarias públicas. A pesar de eso, se puede hacer una aproximación comparando grandes cifras para estudiar su composición. En 1989, por ejemplo, el total de camas hospitalarias de los servicios de medicina, cirugía y traumatología llegó a 33,1% del total de camas públicas. Esta cifra se puede comparar, grosso modo, con las camas destinadas a adultos en la nomenclatura actual, que llegan a representar el 56,8% el año 2010 y el 66,5% de las camas disponibles en el sector público el año 2023. Las camas que aparecen en la categoría “Otros” posiblemente también se destinaban a personas adultas (servicios como neurología, otorrinolaringología u oftalmología estaban consideradas en este grupo y estaban destinadas a atender personas adultas o pediátricas, pero con mayor frecuencia eran las primeras). Las camas destinadas a población pediátrica en 1989 representaban el 21,9% de las camas públicas, el 19,8% el año 2010 y el 16,2% el año 2023. Algo similar se aprecia con las camas obstétricas, que en 1989 representaban el 15,4% de las camas públicas, mientras

que el año 2010 representaban el 11,7% y el 2023 el porcentaje llegó a 8,8%.

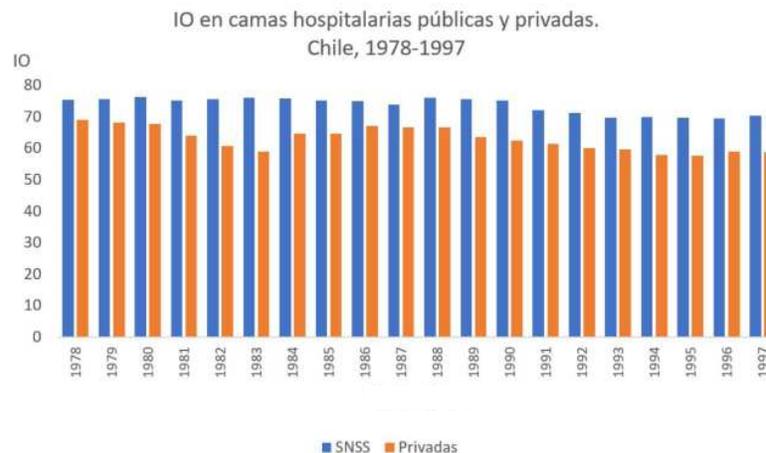
Un ejercicio similar se puede hacer con las camas hospitalarias privadas. Las camas ubicadas en los servicios de medicina, cirugía y traumatología llegaban a 26,9% en 1989, mientras que en 2023 llegan a 66,1%. Las camas destinadas a pediatría en 1989 eran 15,2%, mientras que en 2023 llegan a 11,4%. Por último, las camas privadas destinadas a obstetricia en 1989 fueron 9,4% y el 2023 fueron 10,3%.

### INDICADORES DE ACTIVIDAD

A continuación, hemos seleccionado el Índice Ocupacional (IO) como una manera de evaluar la situación de las camas hospitalarias tanto en el sector público como privado. Este indicador lo hemos seleccionado porque es uno de los que da cuenta de la demanda que existe sobre este recurso y su grado de uso. Un mayor IO significa que existe una mayor demanda satisfecha. Un menor IO significa que ese tipo de camas hospitalarias no está en relación con la demanda que tienen los usuarios o bien que no se responde adecuadamente a dicha demanda. Su cálculo se obtiene dividiendo los Días Cama Ocupados (DCO) sobre los Días Camas Disponibles (DCD). Se considera que un IO debería estar entre el 80% y el 90% en situaciones de equilibrio.

En el gráfico 2 se muestra el IO entre los años 1978 y 1997. Se aprecia que en el período señalado hubo un mayor IO en los establecimientos públicos (73,6% promedio), en comparación con los privados (62,9%). Recordemos que en ese tiempo las camas se dividían según el servicio clínico en que estaban ubicadas. Según la información del MINSAL (Ministerio de Salud, 1999) al interior

**Gráfico 2:** Número de camas hospitalarias en Chile, públicas y privadas. 1978-2023.



de cada establecimiento sólo se separaban en cuatro servicios clínicos: medicina, cirugía, pediatría y obstetricia. El examen de los IO por servicio clínico muestra que tanto medicina (promedio 77,4%) como cirugía (promedio 78,6%) mostraban un IO sobre el 70% y en ocasiones sobre el 80%. En el caso de obstetricia, el IO en ese período es 74,8% en promedio, con una tendencia a la baja. En el caso de las camas pediátricas, el promedio es 66,4%, también con tendencia a la baja. En todo el período analizado se da la misma situación con las camas privadas, pero siempre con valores más bajos que los del sector público.

A continuación, hemos hecho el mismo análisis para los años 2014 y 2023. En este caso, sólo se cuenta con datos de las camas públicas. Hemos separado en el análisis los datos de acuerdo con el

nivel de complejidad de cada establecimiento. Este nivel de complejidad lo establece el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2025). Hemos agrupado la información de cada establecimiento en Alta, Mediana y Baja Complejidad. Al interior de cada grupo hemos agrupado las camas hospitalarias según si están destinadas a la atención para adultos, pacientes pediátricos, obstetricia, psiquiatría y pensionado. En el caso de las camas para adultos y pediátricas hemos agregado además una separación según riesgo/dependencia. Recordemos que la clasificación de las camas hospitalarias deja de ser en base al servicio clínico en que prestan servicios y se ordenan según un indicador de riesgo/dependencia (Ministerio de Salud, 2012).

En la tabla 4 se muestran los resultados de este ejercicio.

**Tabla 4:** Índice ocupacional en dos años seleccionados en camas hospitalarias públicas, según niveles de complejidad hospitalaria y complejidad del tipo de camas.

Nivel de complejidad	2014			2023		
	DCD	DCO	IO	DCD	DCO	IO
Alta Complejidad	6.950.322	5.835.422	83,96	7.342.508	6.149.408	83,75
Área Cuidados Intensivos Adultos	185.045	166.119	89,77	369.142	313.741	84,99
Área Cuidados Medios Adultos	1.190.536	1.089.045	91,48	3.108.720	2.811.145	90,43
Área Cuidados Básicos Adultos	2.856.080	2.567.397	89,89	1.355.048	1.176.797	86,85
Área Cuidados Intensivos Pediátricos	156.237	126.160	80,75	176.135	133.647	75,88
Área Cuidados Medios Pediátricos	477.448	357.946	74,97	854.832	637.771	74,61
Área Cuidados Básicos Pediátricos	737.035	471.042	63,91	328.605	200.042	60,88
Área Obstetricia	791.651	617.654	78,02	657.757	475.513	72,29
Área Pensionado	186.025	108.731	58,45	84.604	44.460	52,55
Área Psiquiatría Adultos y Pediátrica	370.265	331.328	89,48	407.665	356.292	87,40
Mediana Complejidad	967.188	681.599	70,47	1.036.430	780.453	75,30
Área Cuidados Intensivos Adultos	4.943	4.225	85,47	18.121	12.309	67,93
Área Cuidados Medios Adultos	85.856	72.474	84,41	401.133	333.539	83,15
Área Cuidados Básicos Adultos	408.749	298.891	73,12	231.233	171.113	74,00
Área Neonatología Cuidados Intensivos	889	760	85,49	168	45	26,79
Área Médica Pediátrica Cuidados Medios	8.613	4.765	55,32	19.784	11.175	56,49
Área Cuidados Básicos Pediátricos	109.847	32.848	29,90	77.559	27.850	35,91
Área Obstetricia	104.260	59.446	57,02	84.161	45.222	53,73
Área Pensionado	30.730	14.046	45,71	8.107	2.651	32,70
Área Psiquiatría Adultos y Pediátrica	213.301	194.144	91,02	196.164	176.549	90,00
Baja Complejidad	1.210.891	632.810	52,26	1.057.981	699.192	66,09
Área Cuidados Medios Adultos	1.099	618	56,23	80.555	67.274	83,51
Área Cuidados Básicos Adultos	867.972	544.014	62,68	737.685	534.159	72,41
Área Médica Pediátrica Cuidados Medios	362	-	0,00	2.507	897	35,78
Área Cuidados Básicos Pediátricos	186.468	42.424	22,75	92.145	20.130	21,85
Área Obstetricia	130.782	40.660	31,09	69.259	12.973	18,73
Área Pensionado	22.012	3.435	15,61	2.877	50	1,74
Área Psiquiatría Adulto	2.196	1.659	75,55	7.620	4.078	53,52
Total general	9.128.401	7.149.831	78,33	9.436.919	7.629.053	80,84

Notas: DCD= Días camas disponibles; DCO=Días Camas Ocupados; IO= Índice Ocupacional.

Los datos de la Tabla 4 muestran, en primer lugar, que aumentó el número de Días Camas Disponibles en el conjunto de establecimientos hospitalarios públicos en 308.518, lo que representa un 0,03% de aumento del año 2023 en relación con el año 2014. El mayor aumento se da entre los hospitales de mediana complejidad (7,2%) mientras que los de alta complejidad aumentaron en 5,6%. Al mismo tiempo los Días Camas Disponibles en los Hospitales de Baja Complejidad descendieron en un 12,6%. El análisis por Áreas de Cuidado de los Hospitales muestra que, en aquellos de Alta Complejidad, el mayor aumento de Días Camas Disponibles se da en el Área de Cuidados Medios Adultos, que subió en un 161%, seguido por el Área de Cuidados Intensivos Adultos con un 99%. También se ve un aumento en los Días Camas Disponibles en el Área Cuidados Medios Pediátricos, con un 79%. Los otros cinco tipos de camas muestran aumentos menores o simplemente una disminución, siendo más notorios los descensos en Área Cuidados Básicos Pediátricos y Área Pensionado. En el caso de los Hospitales de Mediana Complejidad se da una situación similar: se observa un crecimiento en el Área Cuidados Intensivos Adultos (267%), el Área de Cuidados Medios Adultos (367%) y el Área Médica Pediátrica Cuidados Medios (130%). Todas las otras Áreas de cuidado muestran una disminución. Por último, en el caso de los Hospitales de Baja Complejidad se ve un incremento en el Área Cuidados Medios Adultos (7.230%) y Área Psiquiatría Adultos (247%). En el caso del área pediátrica de cuidados medios, el 2010 sólo estaba presente en un hospital (H. de Molina), mientras que el 2014 está presente en otro establecimiento (H. San Vicente de Arauco). Las otras cuatro áreas de cuidado muestran una disminución respecto a Días Camas Disponibles.

En relación al IO para el conjunto de establecimientos fue de 78,33 el 2014 y 80,84 el 2023, es decir, un aumento en un 2,5%. Respecto al IO, en los Hospitales de Alta Complejidad, se obtiene un IO de 83,75% el año 2023 para el conjunto de camas, muy similar al valor obtenido en el año 2014 (83,96%). De las nueve Áreas de Cuidado, 4 están sobre el 80% el año 2023, destacándose el Área Cuidados Medios Adultos que en ambos años muestra un IO sobre el 90%. Comparando ambos años, se aprecia una disminución en el Área Pensionado (10%), Obstetricia (7%), Cuidados Intensivos Pediátricos (6%), Área Cuidados Básicos Pediátricos (5%) y Área Cuidados Básicos Adultos (3%). En los

Hospitales de Mediana Complejidad se aprecia un aumento del 7% en el IO en el conjunto de establecimientos. Al hacer un análisis por áreas de cuidado, el aumento del IO se aprecia en el Área Cuidados Básicos Pediátricos (20%), el Área Médica Pediátrica Cuidados Medios (2%) y el Área Cuidados Básicos Adultos (1%). En cambio, disminuye el IO en las áreas de cuidado en Pensionado (18%) y Obstetricia (6%). Las otras áreas de cuidado muestran resultados similares en ambos años (diferencias menores al 1%). Por último, en los Hospitales de Baja Complejidad se ve un aumento en un 26% del IO, dado especialmente por las Área Cuidados Medios Adultos (49%) y Área Cuidados Básicos Adultos (16%). Las otras cuatro áreas de cuidado de estos establecimientos muestran un descenso del IO.

## DISCUSIÓN

El análisis de los datos reseñados en este estudio muestra al menos dos hechos claros: la disminución de camas hospitalarias en el sector público y la reconversión de camas, tanto en el sector público como en el privado. Respecto al primer punto, las cifras mostradas muestran claramente que las camas hospitalarias públicas vienen disminuyendo desde la década del ochenta del siglo pasado, al tiempo que aumentaban las camas del sector privado. Esto estaba en coincidencia con el modelo económico aplicado por las autoridades de esa época, que buscaba reducir el tamaño del Estado y dar un mayor espacio para el desarrollo del sector privado. Si bien las definiciones económicas cambiaron a partir del año 1990, la disminución de camas se mantuvo por lo menos por otros 20 años, alcanzando su mínimo en 2010. Es cierto que en esos años se hizo un esfuerzo para la construcción de nuevos hospitales públicos, como el Hospital Padre Hurtado que inició su funcionamiento en 1998. Pero la obsolescencia estructural de la mayoría de los Hospitales Públicos contribuyó a que el número de camas siguiera disminuyendo. El 2014, en su segundo período presidencial, Michelle Bachelet propuso la construcción de 20 nuevos hospitales, dejar otros 20 en construcción y otros 20 en estudio y licitación. El segundo gobierno del presidente Sebastián Piñera continuó con esta iniciativa con el compromiso de construir 25 nuevos hospitales. Diez años después no se aprecia que el número de camas hospitalarias públicas haya aumentado, a pesar de que algunos de los proyectos se han materializado. En parte, esto se explica porque muchos de los proyectos se

concibieron como de reposición. Han sido pocos los proyectos que dan lugar a un nuevo establecimiento. Por otro lado, sabemos que la construcción de nuevas camas sigue un largo proceso, que parte con un estudio pre-inversional, continúa con la licitación de obras y luego la construcción propiamente tal. A esto se agrega la adquisición de nuevos equipamientos para terminar con un proceso, a veces bastante tórpido, que termina con la autorización sanitaria de las nuevas instalaciones. Nuestra experiencia es que desde que se toma la decisión política de construir un nuevo establecimiento hospitalario hasta que este comience a funcionar, pasan al menos diez años y en ocasiones la demora es de 20 años o más. En ese caso, nuevamente, se deberían revisar los parámetros usados en los estudios pre-inversionales, para asegurarse que a la hora de comenzar el funcionamiento del nuevo hospital dichos parámetros realmente reflejen la realidad en que deben comenzar a funcionar (Kucan, 2022)

Una alternativa que no ha sido explorada con profundidad en Chile es la construcción de establecimientos sanitarios modulares. Existen al menos dos tipos de construcciones con estas características. En la primera, un hospital se construye con todas sus instalaciones nuevas en formato modular. En la segunda, sólo se construye una parte en formato modular, la cual, en este caso, funciona en conjunto con un hospital ya construido en formato tradicional. La construcción modular se desarrolla en menor tiempo, lo que permitiría aumentar el número de camas hospitalarias públicas en el corto plazo. Permite además concentrar los esfuerzos en construir aquellas camas que hoy funcionan con un alto IO, que es un indicador que refleja su alta demanda. Es el caso de las camas de adultos de cuidados medios, las que debieran construirse aledañas a hospitales en funcionamiento. Países como Inglaterra han explorado esta alternativa con buenos resultados (Clough, 2021a; Clough I. 2021b. Clough I. 2021c; Navardauskas, PK. 2021.).

El segundo hecho que destaca en esta revisión es lo que habitualmente se conoce como conversión de camas. No nos referimos al proceso que se hace anualmente en los hospitales, preparándose para los efectos del invierno, sino que al hecho que se observa, a través de los años, cómo la oferta de camas hospitalarias, públicas y privadas se ha ido modificando. Este hecho tiene que ver claramente con las modificaciones epidemiológicas y demográficas que ha experimentado la población chilena. Porcentualmente la población

pediátrica es cada vez menor. La tasa de natalidad ha caído de manera significativa. Se observa un aumento en la expectativa de vida, lo que significa que la carga de morbilidad se ha modificado, con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y cáncer. Así, se explica que las camas más demandadas hoy son las camas de cuidados intensivos y las camas de adulto de cuidados medios, lo que se comprueba con el número de camas y un aumento de la disponibilidad de Días Camas Disponibles (DCD). Al mismo tiempo, se observa una disminución, en cifras absolutas y porcentuales, de las camas destinadas a adultos de cuidados básicos, las camas pediátricas y las camas de obstetricia. Se puede argumentar que este proceso se debe profundizar aún más, pero no se aprecia un espacio suficiente, al menos a nivel nacional, que logre superar la falta de camas de cuidados medios al nivel de lo que se necesita hoy. Por ejemplo, el IO de las camas de obstetricia en los Hospitales de Alta Complejidad es un 72,29% en promedio. La distribución parte con un IO muy bajo (37,37% el 2014 y 18,4% el 2023, Hospital de Tomé) y termina con un IO sobre el 80% considerado como necesario (96,46% el 2015 y 83,3% el 2023, Hospital de Talca). Los hospitales que tienen un IO bajo en el caso de las camas obstétricas tienen al mismo tiempo muy pocas camas disponibles. El Hospital de Tomé, por ejemplo, cuenta con 6 camas obstétricas tanto el año 2014 como el 2023. En definitiva, continuar con la conversión de camas aparece como una estrategia que debe ser analizada al interior de cada establecimiento, pero no parece ser un hecho que resuelva la falta de camas a nivel nacional.

Uno de los temas que se ha estudiado bastante en la literatura nacional es el de la productividad hospitalaria pública (Sánchez, 2024). Los resultados que acabamos de mostrar en este estudio muestran que existe un recurso que está relacionado con una menor cantidad de prestaciones hospitalarias, medidos sobre todo en la cantidad de egresos. Es cierto que se puede alegar que existe una capacidad instalada sin uso en los hospitales públicos. Pero, a diferencia de otros estudios, nosotros hemos hecho un análisis en detalle del tipo de camas, que no es lo mismo que trabajar con datos agregados. La capacidad no utilizada de camas hospitalarias se da en aquellas camas que no son las más demandadas por la población y que seguramente no son las necesarias para resolver las listas de espera. En cambio, aquellas que soportan una mayor demanda, como son las camas de cuidados intensivos adultos y las de cuidados

medios adultos están funcionando al límite de su IO, especialmente en los hospitales de mayor complejidad. Creemos que a futuro los estudios que se realicen para analizar el funcionamiento y la productividad de los hospitales públicos deberían explorar el rendimiento de las camas hospitalarias en forma desagregada, considerando el nivel de complejidad de los establecimientos.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se debe mencionar la falta de información en ciertos períodos y las modificaciones que se observan a través del tiempo. Hubiese sido interesante contar con información más detallada sobre el funcionamiento de las camas privadas, por ejemplo, y hacer un contraste con los mismos indicadores de las camas públicas, aunque con las precauciones necesarias porque sabemos que ambos universos no están sometidos a la misma presión ni responden de la misma forma a la demanda de la población en general. De la misma forma, la incorporación de otros indicadores, como los días de estada o el peso de complejidad medido por GRD limitan en parte las conclusiones ya que no permiten estudiar con detención temas más específicos. Por otro lado, quisimos agregar una reflexión acerca de los proyectos hospitalarios en construcción y ver de qué manera se podría modificar la disponibilidad de camas, especialmente las públicas. A pesar de varios intentos no fue posible contar con esta información desde el Ministerio de Salud.

## REFERENCIAS

- Clínicas de Chile. Memoria, 2012 al 2023. Accedido en [www.clinicasdechile.cl](http://www.clinicasdechile.cl)
- Clínicas de Chile. Dimensionamiento del sector salud en Chile. Cifras al año 2020. Accedido en [www.clinicasdechile.cl](http://www.clinicasdechile.cl)
- Clínicas de Chile, Dimensionamiento del sector salud privado en Chile. Actualización a cifras año 2018. Accedido en [www.clinicasdechile.cl](http://www.clinicasdechile.cl)
- Clínicas de Chile. Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. Actualización a cifras año 2014. Accedido en [www.clinicasdechile.cl](http://www.clinicasdechile.cl)
- Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. Actualización a cifras año 2016. Accedido en [www.clinicasdechile.cl](http://www.clinicasdechile.cl)
- Clough I. (2021<sup>a</sup>). Building back smarter—part one: the case for modular healthcare facilities in the NHS. *British Journal of Healthcare Management*. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2021.0104>
- Clough I. (2021b). Building back smarter—part two: practical considerations for the commissioning and delivery of modular facilities. *British Journal of Healthcare Management*. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2021.0138>
- Clough I. (2021c). Building back smarter—part three: placing modular facilities in a resource limited healthcare system. *British Journal of Healthcare Management*. 2021. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2021.0149>
- INE. (2022). Estimaciones y proyecciones 2002-2035 comunas, accedido desde <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>, el 8/12/2022.
- Kucan G.; Graser K.; Grossmann D.; Daniel M. Hall D. (2022). Modular Adaptable Hospital Design (MAHD): Proposing a Design and Construction Methodology for Flexible and Adaptable Hospitals. *Construction Research Congress 2022*.
- Ministerio de Salud. (1999). *Depto. Coordinación e Informática. Estadísticas e Indicadores de Atenciones. Chile. 1978-1998*
- Ministerio de Salud. (2005). DEIS. Anuario de Estadísticas de atenciones y recursos para la salud. 1999-2004.
- Ministerio de Salud. (2010). DEIS. Estadísticas de Atenciones y Recursos para la salud. Chile, Años 2005 a 2009.
- Ministerio de Salud. (2012). Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ord. 2110.
- Ministerio de Salud. (2024). DEIS, DIGERA, Superintendencia de Salud. Dotación de camas 2010-2023 Establecimientos Pertenecientes al SNSS. Accedido el 11-03-2024 en <https://deis.minsal.cl/#estadisticas>
- Ministerio de Salud. (2024). DEIS, DIGERA, Superintendencia de Salud. Dotación de camas 2019-2023 Establecimientos No pertenecientes al SNSS. Accedido en 11-03-2024 en <https://deis.minsal.cl/#estadisticas>
- Ministerio de Salud. (2025). DEIS, Listado de Establecimientos MINSAL. Disponible en <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>. Accedido el 07-01-2025
- Navardauskas, PK. (2021). Life cycle cost (LCC) comparison of a modular building structure with conventional structure in healthcare. Dissertation submitted in partial fulfilment of the Master of Science degree

- in Civil Engineering at Delft University of Technology. Disponible en <http://repository.tudelft.nl/>
- OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
  - OPS. (2002). Perfil del sistema de servicios de salud – Chile, revisado en abril 2002.
  - Sánchez, E.; Inostroza, M. (2024). El desafío de la Productividad Hospitalaria y la atención de paciente en el Sistema de Salud Pública de Chile. UNAB.