

**USO EFICIENTE DE PABELLONES ELECTIVOS Y
GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA**
HALLAZGOS

COMISIÓN NACIONAL
DE PRODUCTIVIDAD
ENERO 2020

HALLAZGOS

1.- Sobre la utilización de los quirófanos electivos en el sistema público chileno (SNSS)

Hallazgo 1: Existen importantes espacios de mejora en el uso y desempeño de los quirófanos electivos del sistema de salud público chileno. Estimamos que en promedio la tasa de utilización de los quirófanos electivos en horario institucional es de 53%, lo que implica un uso diario de 4,8 horas (de las 9 horas institucionales). En el sistema público inglés es de 6,4 horas (de las 9 horas institucionales). La atención diaria de cirugías por quirófano es 3,3 en Chile, y 5,1 en Inglaterra.

Hallazgo 2: Existen significativas brechas respecto al uso y desempeño de los quirófanos electivos entre hospitales de alta complejidad. En promedio, los hospitales ocupan un quirófano electivo entre 3,7 y 6,4 horas diarias, inician entre $\frac{1}{4}$ y 1,5 horas tarde la primera intervención, y terminan la última intervención entre 1 y 2,8 horas antes del fin del horario institucional. Esto implica que se realizan entre 1,9 y 4,2 cirugías diarias por quirófano.

Hallazgo 3: En hospitales de sistemas de salud de países considerados de mejores prácticas se identifican los siguientes procedimientos asociados a la gestión de pabellones:

1. Turnos complementarios del equipo de apoyo en los horarios punta;
2. Turnos diurnos y vespertinos para dar una mayor continuidad operacional a los pabellones;
3. Quirófanos electivos operativos seis días a la semana.

Hallazgo 4: El recurso humano más escaso en los pabellones es el de anestesia. La oferta de este recurso cubre el 74% de la jornada institucional. La oferta total de horas de médicos cirujanos es suficiente para cubrir el horario institucional (representa un 247% de la jornada), pero la oferta efectiva depende de las otras actividades que realizan los médicos, y del balance entre especialidades. La oferta de enfermería y de técnicos paramédicos de pabellón es suficiente para cubrir el horario institucional (152% y 188% de la jornada, respectivamente).

Hallazgo 5: Existen importantes brechas a nivel hospitalario en la oferta institucional de recursos humanos asociado a pabellones. Solo un 19% de los hospitales tiene la oferta institucional de anestesia necesaria para cubrir el horario institucional. En cirugías, un 86% de los hospitales tiene la oferta institucional mínima necesaria, pero el porcentaje baja a 25% cuando se considera que el 40% de la jornada médica es destinada a pabellón. Para enfermería y TENS de pabellón.

Hallazgo 6: El recurso humano en pabellón con mayor ausentismo es el de los técnicos enfermeros de nivel superior (TENS), con un promedio de días de licencia (tipo 1) de 27 días por año, y 20% de ausentismo al mes. En el caso de enfermería las cifras son 16% y 10%, respectivamente. En el caso de los médicos quirúrgicos y anestelistas las cifras son 12% y 8%, respectivamente.

2.- Factores hospitalarios que inciden en la utilización de los quirófanos electivos

Hallazgo 7: Existe una importante brecha entre el sistema de salud público chileno (SNSS) y sistemas referentes (OCDE) respecto a la proporción de cirugías ambulatorias. Los sistemas referentes en promedio muestran que un 60% de las cirugías electivas son

ambulatorias. En el caso del SNSS la proporción está por debajo del 30%.

Hallazgo 8: Los niveles de atención ambulatoria en prestaciones de baja complejidad (por ejemplo, colecistectomías, hernioplastia, adenoidectomía) son bajos. Si bien entre los objetivos sanitarios de los establecimientos hospitalarios está el fomentar la atención ambulatoria, la información GRD (2017) muestra que:

1. De los 10 mil casos electivos (sin severidad y comorbilidad) que requirieron colecistectomías laparoscópicas (vesícula), cerca del 90% podía haber sido ambulatorio.
2. De los 4,6 mil casos electivos (sin severidad y comorbilidad) que requirieron una adenoidectomía (adenoides), el 95% podía haber sido ambulatorio.
3. De los 3,8 mil casos electivos (sin severidad y comorbilidad) que requirieron una hernioplastia abdominal, el 90% podía haber sido ambulatorio.

Hallazgo 9: Llevar a cabo una adecuada atención ambulatoria (médico como quirúrgica) en el sistema público de salud permitiría ahorrar cerca de 3,5 millones de días-cama, equivalente al 38% de la oferta anual nacional. El ahorro de este volumen de días-cama libera recursos financieros por 350 millones de dólares. En el caso particular de la atención quirúrgica, implica un ahorro de 1,5 millón de días-cama, equivalente a 150 millones de dólares. En ambos casos equivale a financiar 115 y 50 mil intervenciones quirúrgicas, respectivamente. Estos volúmenes de cirugías representan alrededor del 44 y 20% del volumen de la lista de espera quirúrgica a diciembre de 2018, respectivamente.

Hallazgo 10: Existe importante espacio para mejorar la gestión de la estancia hospitalaria.
Actualmente:

1. La sobre estancia en el SNSS supera los 1,5 millones de días-cama al año, esto equivale al 17% de la oferta anual de días-cama del sistema;
2. El pago actual de la sobre estancia (\$150 millones de dólares) equivale a financiar 50 mil cirugías;

El 90% de la sobre estancia está asociado a los ingresos por urgencia, los cuales representan el 50% de los ingresos hospitalarios, y por su carga de morbilidad explica en gran medida mucha de la ineficiencia del SNSS. Por ejemplo: (a.) *se observa que el 86% de los ingresos por urgencia están asociados a casos en GES como en No GES;* y (b.) *se estima que 1 de 3 personas en lista de espera ingresará a urgencia.*

Hallazgo 11: El 50% de los ingresos por urgencia no tienen asociado factor de riesgo o comorbilidad descompensada, lo cual da espacio para gestionar mejor aquel grupo. Esto último puede ser mediante herramientas clínicas de gestión. El reducir un 10% la sobre estancia de este grupo equivale (potencialmente) a un 7% más de egresos quirúrgicos electivos (sobre 25 mil intervenciones más).

Hallazgo 12: Existe una importante variabilidad entre hospitales del SNSS respecto al número de procedimientos y estancia de pacientes similares (mismo código GRD). Esto es particularmente más visible en los ingresos asociados a la urgencia.

En general:

1. El 16% de los 62 hospitales realiza a sus pacientes entre 1 a 3 procedimientos menos que la media nacional, mientras que un 45% de los hospitales realiza a sus pacientes entre 1 a 3 procedimientos más que la media nacional.
2. El 3% de los 62 hospitales tiene a sus pacientes 1 día menos que la media nacional, mientras que un 35% tiene a sus pacientes entre 1 a 3 días más que la media nacional.

En el caso de los ingresos por urgencia, se tiene que:

1. El 15% de los 62 hospitales realiza a sus pacientes entre 1 a 3 procedimientos menos que la media nacional, mientras que un 60% de los hospitales realiza a sus pacientes entre 1 a 4 procedimientos más que la media nacional.
2. El 3% de los 62 hospitales tiene a sus pacientes 1 día menos que la media nacional, mientras que un 71% tiene a sus pacientes entre 1 a 4 días más que la media nacional.

Hallazgo 13: Existe una importante variabilidad en la práctica clínica en las atenciones realizadas en el sistema hospitalario, medido como el desvío de la canasta común de atención por código GRD. Eliminar dicha variabilidad es equivalente a financiar entre 30 y 60 mil intervenciones más. Estos recursos provienen de los días de más que tendrían asociado casos con variabilidad clínica. Los recursos estimados oscilan entre 100 y 200 millones de dólares en días-cama. Cabe mencionar que entre el 10-15% de esos recursos se explican por ingresos electivos.

Hallazgo 14: La realización de cesáreas innecesarias implica un uso extra de días-cama de 21%, equivalente a 15 mil días-cama o 1,5 millones de dólares. Realizar una cesárea innecesaria implica un tiempo extra de uso de quirófano entre 19-48%, en el agregado equivale entre 5.431 y 17.161 horas o 4 y 13 millones de dólares, respectivamente.

Hallazgo 15: Existen brechas importantes respecto a la tasa de suspensión de las cirugías electivas entre el sistema de salud público chileno (12%) y el británico (3%). Además, la heterogeneidad en el sistema chileno es mucho mayor que la del británico. En el primer caso los hospitales presentan tasas de suspensión entre 4% y 22%, mientras que en el segundo caso es entre 3% y 12%.

Hallazgo 16: La mayoría de las causas de suspensión se asocian al proceso pre quirúrgico (56%), la no presentación del paciente es la principal de estas. La segunda mayor causa se asocia al proceso quirúrgico (24%), siendo la prolongación de cirugía la causa más relevante. La principal causa del proceso pos quirúrgico (5%) se debe a la falta de camas críticas.

3.- Gestión de tiempos de espera quirúrgica

Hallazgo 17: El tiempo medio de espera para una cirugía electiva en hospitales de alta complejidad al 31 de diciembre de 2017 fue de 379 días. La brecha hospitalaria fue de hasta 623 días. Es decir, dependiendo del hospital, un caso promedio en la lista de espera puede tomar hasta 623 días más en salir de la lista respecto al hospital que le toma menos tiempo. Estos tiempos de espera no (necesariamente) guardan relación con el volumen de la lista. Por ejemplo, existen hospitales cuyo tiempo medio de espera fue de 500 días, pero en un caso el volumen de la lista era de 2.000 personas, mientras que en otro hospital fue de 15.000 personas.

Hallazgo 18: Existen importantes brechas hospitalarias en los tiempos de espera a nivel de prestaciones.

1. Las 5 cirugías de adultos con mayor demanda presentan brechas cercanas a los 765 días entre hospitales.
2. Las 2 cirugías pediátricas con mayor demanda presentan brechas cercanas a los 550 días entre hospitales.

Estos tiempos de espera no guardan relación con el volumen de la lista. Por ejemplo, existen hospitales cuyo tiempo medio de espera por una colecistectomía fue de 480 días, pero en un caso, el volumen de la lista era de 87 casos, mientras que otro, era de 1.310 casos.

Hallazgo 19: Al menos el 40% de la demanda por atención en la lista de espera quirúrgica No GES está relacionada con prestaciones de baja complejidad:

1. En el caso adulto, las 5 prestaciones más demandadas representan un 30% del volumen de la lista quirúrgica;
2. En el caso pediátrico, las 2 prestaciones más demandadas representan un 10% de la lista de espera quirúrgica.

Las tasas de readmisión de la atención ambulatoria de dichas prestaciones sugieren que existe la capacidad para promover aún más el modelo de atención ambulatoria.

Hallazgo 20: Convergencia a tiempos máximos de referencia de 365 días en toda patología de resolución quirúrgica, implica una reducción en el costo de tratamiento en 30 millones de dólares y una reducción de al menos 100 días en el tiempo medio de espera.

Hallazgo 21: No existe un registro estándar de diagnósticos en la lista de espera quirúrgica No GES, esto impide realizar una priorización considerando factores de riesgo. La priorización de la lista ha sido adoptada por los establecimientos en forma autónoma, sin una clara directriz desde el nivel central, ni menos explícita y transparente.

Hallazgo 22: El registro del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) entre el período enero 2014 - septiembre 2018 presenta (aproximadamente) 9.3 millones de casos de espera No GES (quirúrgico como nueva especialidad), de los cuales un 4% no presenta registro de SOSPECHA del diagnóstico. Sin embargo, del 96% que sí presenta algún registro se puede mencionar que:

1. Algunos tienen como registro de diagnósticos el código FONASA de la prestación;
2. Algunos presentan registros que no describen ningún tipo de diagnóstico, por ejemplo: "No registra diagnóstico confirmado",

"Consulta no especificada", "No informado", "#NAME?", "Dolor agudo", "Evaluación", etc.;

3. En el caso que escriben el diagnóstico, al ser texto libre, existen distintas formas de registro, tales como: "Trastorno de la refracción, no especificado", "Vicio Refracción", "Vicio de Refracción H.52";

En el caso de la CONFIRMACIÓN del diagnóstico, un 57% no presenta registro alguno sobre diagnóstico, mientras que el 43% restante, presenta un similar patrón al caso anterior. Es decir, una proporción importante tiene registro, pero no de diagnósticos: "Evaluación", "Dr. Briones", "Dolor Agudo", "Otro", "No especificado", etc. Mientras que aquellos que sí tienen un registro de diagnóstico, no es estándar: "Otros trastornos de la refracción", "H527.4 - Vicio de refracción / Vicio de refracción", "Trastorno de la refracción, no especificado".

Hallazgo 23: Falta una definición ministerial que permita caracterizar conceptual y normativamente la lista de espera quirúrgica. Distintos elementos de definición se encuentran en manuales de registro y en la Norma Técnica Ministerial No. 118/11, que es una norma de registro de lista de espera, pero carece de una definición conceptual que norme aspectos que van más allá del registro, como el de la gestión.

4.- Esquema de financiamiento hospitalario

Hallazgo 24: El presupuesto de cada hospital se basa en su ejecución histórica y en una programación de la actividad hospitalaria. Esta última se debe ajustar al marco presupuestario definido por la ley de presupuesto. Además, el monto presupuestado resulta ser un límite blando al siempre permitir un mayor gasto sobre lo autorizado, independiente de su origen (mayor producción o ineficiencia).

Hallazgo 25: Falta un estudio actualizado de costos de producción de las prestaciones en los hospitales de la red pública. El estudio de 2011 encontró que, un 62% de las prestaciones costeadas tenían un precio

superior que su arancel MAI correspondiente. En promedio las diferencias fueron de un 111%.

Existen estudios mandatados por la Ley 19.966, a efectuarse cada tres años, para determinar el costo esperado de los problemas de salud garantizados (GES). Sin embargo, estos no se basan en un estudio de costos de las prestaciones, sino que recaen en los aranceles MAI/MLE reajustado por la inflación. Además, no consideran el costo de capital a pesar de que este es un requisito exigido en la ley.

Hallazgo 26: Los sistemas de contabilidad de costos de los hospitales están formulados para registrar gastos y coincidir con el sistema de gestión financiera administrada por la institución presupuestaria y el Tesoro Público.

5.- Estimación de costos asociados a la implementación de recomendaciones CNP

Hallazgo 27: El gasto de la actividad hospitalaria cerrada financiada por los hospitales en la actualidad corresponde a 3.020 millones de dólares para el año de referencia 2017. Este es el presupuesto relevante que se busca financiar (potencialmente) mediante GRD, pero que actualmente se financia mediante presupuesto histórico. Se compone de 1.300 millones de dólares para recursos humanos (salarios, bonificaciones y servicio de la deuda) equivalente al 43%, 900 millones de USD para compras de bienes y servicios equivalente al 29%, 700 millones de USD para infraestructura (asignado mediante el programa de inversiones hospitalarias 2018-22) equivalente al 24%, 100 millones de USD de servicio de la deuda hospitalaria equivalente al 4% y 20 millones de dólares para maquinarias y equipamientos que equivale a menos del 1%. Lo anterior implica un costo medio de 2800 dólares por egreso en 2017 para generar poco más de 1 millón de egresos.

Hallazgo 28: Respecto a la actividad en pabellón, el gasto relacionado (estimado por Fundación Chile con base en los datos de gastos de

Winsig/PERC de 2017) corresponde a 1410 millones de dólares para el año de referencia 2017. Esta cifra se compone de 500 millones de USD para recursos humanos (salarios y bonificaciones), 10 millones de USD de mantenimiento de equipos, 100 millones de USD para mantenimiento de infraestructura y finalmente 800 millones de USD correspondientes a bienes y servicios, de los cuales 500 millones de USD corresponden a costos variables (suministros y compra de servicios y arriendo) y 300 millones de USD a gastos fijos (gasto indirecto y servicios generales). Lo anterior implica un costo medio de 3000 dólares por cirugía, y la realización de 467 mil cirugías durante el año 2017.

Hallazgo 29 : A los montos anteriormente mencionados, debe agregarse la existencia de la deuda hospitalaria, consistente en cuentas por pagar a proveedores que aún no ha sido devengada en el gasto hospitalario. Para 2017, este monto fue de 1100 millones de dólares. Esto implica que el gasto de la actividad hospitalaria (devengado a través del presupuesto) y de pabellón estarían subestimados.

Hallazgo 30: Existen situaciones anómalas en la asignación presupuestaria de varias líneas de gasto:

1. La deuda hospitalaria se licua anualmente de forma incondicional cada año.
2. El gasto en infraestructura no se asigna a cada hospital según su depreciación en capital fijo o necesidades de renovación sino a planes de inversión ideados por cada gobierno (muchas veces asignando infraestructura a hospitales ineficientes y dejando de lado a hospitales productivos que poseen una infraestructura obsoleta), lo cual resulta ser un mecanismo caro y que solo beneficia a 14 de los 62 hospitales de alta complejidad.
3. El gasto en maquinarias y equipos agregado es de tan solo 20 millones de dólares. Esta cifra es completamente insuficiente: el sistema completo no puede comprar una sola unidad de ciertos

insumos (como tomógrafos y aparatos de rayos X), y existen hospitales con presupuesto cero en este ítem (Nueva Imperial) y otros con presupuesto anormalmente alto producto de terremotos que dañaron los equipamientos (La Serena y Coquimbo). Adicionalmente, este presupuesto no se asigna bajo criterios de productividad o depreciación de equipamientos.

4. En relación con el gasto en pabellón, existen anomalías en el registro que revelan que el ejercicio realizado es una aproximación imperfecta de la realidad, ya que no es claro qué se entiende por compras de servicios, así como tampoco se hace la distinción entre mantenimiento de equipos y de infraestructura, lo que dificulta tener una estimación precisa del costo de la actividad en pabellón.

Hallazgo 31: El costo por cirugía, calculado con base en el costo por minuto de pabellón, es de 3000 USD, una cifra inferior a la de Estados Unidos (que tiene un problema importante de sobrecostos en el sector salud) pero superior a la del Reino Unido (*benchmarking* internacional). Existe una amplia variabilidad de costos entre los hospitales chilenos, entre 900 dólares por cirugía mínimo y 6300 dólares por cirugía máximo. Las razones detrás de la alta dispersión de costos en Chile se deben, de acuerdo con el estudio realizado por Fundación Chile, a la complejidad de los hospitales (institutos son los de mayores costos, hospitales de baja complejidad son los de menores costos), al mayor gasto en recursos humanos en hospitales de zonas extremas (producto de las asignaciones al personal por trabajar en estos lugares), pero también a diferencias de costos de suministros que enfrentan los hospitales.

Hallazgo 32: Usando datos administrativos del personal hospitalario (enfermeras y TENS) dedicados al quirófano, se encuentra que para 2017 (utilizando datos de SIRH) la masa salarial fue de 21 millones de dólares para enfermeras y 33 millones de dólares para TENS. Por lo tanto, aplicar un incentivo al trabajo en el quirófano para el personal no médico suponiendo una asignación equivalente al 15% del salario,

umentando adicionalmente en un 33% la dotación de enfermeras (para cubrir las 9 horas), tiene un costo de 16 millones de dólares: 11 millones de dólares para las enfermeras y 5 millones de dólares para los TENS. Esto permitiría extender de 4,8 a 9 horas el funcionamiento del quirófano utilizando mejor los recursos humanos.

Hallazgo 33 : El funcionamiento del quirófano a 9 horas tiene un impacto en el costo medio por cirugía. Por un lado, el costo medio se reduce si se opera el volumen promedio del establecimiento nacional de mejor desempeño (llegando a 2600 por cirugía). Si se mantiene el ritmo de producción y se llega al desempeño promedio del referente internacional (5,1) cirugías-día por quirófano, el costo medio desciende a 2300 dólares por cirugía, cerrando la brecha con el Reino Unido.

Hallazgo 34 : La extensión del funcionamiento del quirófano de 9 a 12 horas también reduce el costo medio por cirugía. Realizando (aproximadamente) una cirugía adicional al día por quirófano (para llegar a 5,6), el costo medio es 2500 USD, producto del aumento del personal requerido. Si se logra mantener el ritmo de producción llegando a 6,8 cirugías-día por quirófano, el costo desciende a 2200, cerrando aún más la brecha con el Reino Unido.

Hallazgo 35: La extensión del funcionamiento del quirófano a 9 horas tiene un costo marginal muy por debajo del costo medio, al basarse en medidas de eficiencia y en bonos al personal no médico (cuyo monto es menor con comparación al gasto total). Extender la actividad implica un costo marginal de 1100 USD al día por quirófano (independiente de las cirugías alcanzadas), lo que destaca los beneficios monetarios de aumentar la actividad efectiva junto con utilizar mejor los recursos humanos para así prolongar la disponibilidad del quirófano.

Hallazgo 36 : La extensión del funcionamiento del quirófano de 9 a 12 horas tiene un costo marginal superior al escenario de 4,8 a 9 horas, principalmente por el aumento de dotación de personal médico y no médico. Extender entre 1 y 2 cirugías adicionales diarias por quirófano, en este caso implica un costo marginal de 1700 USD al día por

quirófano. Con ello, se resalta la conveniencia de la extensión a 12 horas, siempre y cuando se partan de las medidas de gestión (e incentivos) que aumenten la eficiencia al extender (en primer lugar) a 9 horas el funcionamiento del quirófano.

Hallazgo 37 : A nivel agregado, dentro de los 550 pabellones en el sector público de alta complejidad, el aumento a 9 horas implica un aumento del costo total de pabellón desde 1400 millones de USD a 1500 - 1600 millones de USD (dependiendo del aumento de cirugías por día y quirófano alcanzado). Esto se explica principalmente por una mejor distribución de los costos fijos en mayores horas trabajadas (casi el doble), pero con un aumento proporcional de los costos variables (prestaciones e insumos). Mientras que un aumento de la actividad a 12 horas implica un aumento del presupuesto a 1900-2100 millones de USD (dependiendo del número de cirugías alcanzadas por día y quirófano, ya sea 5,6 o 6,8).

Hallazgo 38 : Las buenas prácticas internacionales señalan que en general un sistema de pagos del tipo GRD coexiste con otros sistemas de pagos, principalmente del tipo presupuesto global. En promedio, para una lista de países europeos que han implementado el sistema de pago GRD, un 37% del gasto hospitalario es cubierto bajo esta modalidad. Esto implica que se puede elegir una combinación de presupuesto (diferenciando por líneas presupuestarias) que sea financiado mediante el esquema GRD, pero al menos es necesario incluir el costo variable (bienes y servicios).

Hallazgo 39: Actualmente, el presupuesto hospitalario solo contempla líneas de gasto para recursos humanos y bienes y servicios, con una modesta participación de gasto en máquinas y equipos (0.4%) y ninguna del costo de depreciación del capital fijo. Eventualmente, la incorporación de GRD como sistema de pago puede ayudar a cerrar brechas en las líneas de gasto deficitarias condicionadas a productividad.

Hallazgo 40: Implementar GRD considerando las partidas de bienes y servicios y recursos humanos (como lo propone MINSAL) en Chile tiene ciertas dificultades: el pago de salarios está comprometido por la Ley de Presupuesto (por lo que tiene características más de costo fijo que de variable). Por ello una opción razonable es considerar solamente los costos variables (bienes y servicios) para ser pagados mediante el sistema GRD.