



Comisión
Nacional de
Productividad

USO EFICIENTE DE QUIRÓFANOS ELECTIVOS Y GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

RESUMEN EJECUTIVO

COMISIÓN NACIONAL
DE PRODUCTIVIDAD
ENERO 2020

RESUMEN EJECUTIVO

La importancia de una mejor atención quirúrgica en el sistema de salud público

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) atiende a las demandas de salud del 80% de la población, fue creado en 1979 y está representado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes: (i.) los 29 servicios de salud; (ii.) el Fondo Nacional de Salud (FONASA); (iii.) el Instituto de Salud Pública (ISP); y (iv.) la Central de Abastecimiento (CENABAST). Desde la implementación de las garantías explícitas de salud (GES), este sistema enfrenta significativos desafíos. Si bien el incremento de recursos en el sector ha sido importante (a una tasa real anual promedio de 9% entre 2000-2016), y en los últimos 70 años el sistema ha conseguido logros muy relevantes como la reducción de mortalidad infantil (en un 93%) y la mortalidad materna (en un 94%), reducir de 63% a 0,5% la malnutrición infantil en menores de 5 años, y elevar la expectativa de vida de 50 a 80 años, entre otros aspectos. Este incremento (uno de los mayores a nivel OCDE) no se ha visto reflejado en una mejora significativa en la capacidad de resolución de los problemas de salud de la población. En efecto, aún existen excesivos tiempos de espera por atención (un año o más) y el volumen de atención no ha variado significativamente (mismo número de egresos).

Los desafíos son múltiples, y se traducen en un estrés constante en el sistema, tanto, entre los incumbentes, que buscan desde sus perspectivas proponer mejoras al sistema (MINSAL, DIPRES, Servicios de Salud, Colegio Médico, FENATS, etc.), como en la población, que demanda una atención más oportuna a sus necesidades sanitarias. En este contexto, la Presidenta Michelle Bachelet mandató a la Comisión Nacional de Productividad este estudio, para abordar la eficiencia en el uso de quirófanos electivos y el manejo de lista de espera No GES.

Este mandato fue posteriormente ratificado por el Presidente Sebastián Piñera. Para cumplir con los objetivos propuestos, esta Comisión trabajó en conjunto con distintas entidades del sector salud (a nivel central como hospitales) y consultores (nacionales e internacionales), recopilando información, discutiendo los hallazgos identificados y las distintas alternativas de solución, basados en evidencia.¹

Entre los hallazgos identificados, se observan importantes brechas entre la oferta médica de especialistas y la demanda por atención, tanto a nivel nacional como en zonas específicas del país. Por ejemplo, según estimaciones de este estudio, la oferta institucional de anestesistas actualmente cubre solo un 75% del horario institucional destinado a las cirugías electivas. Y, en general, se observa que la proporción de médicos y enfermeras por habitante representa la mitad (o menos) del valor promedio de la OCDE. El SNSS ha llevado a cabo sendos esfuerzos, muy en particular, aquellos asociados a mejorar los tiempos de espera quirúrgicos. Una adecuada gestión de los tiempos de espera quirúrgicos permite al sistema trabajar de una manera más eficiente, mientras que a las personas les permite recibir una atención oportuna que se traduce en una mejor recuperación y calidad de vida. En efecto, actualmente los casos quirúrgicos GES representan la parte de mejora en el ámbito de los tiempos de espera. Por el contrario, los

¹ Respecto a la información utilizada, se trabajó con las principales fuentes oficiales de salud dentro del período 2014-2018, las cuales tienen que ver con la actividad agregada del sector público de salud, la infraestructura de este, los recursos humanos, los gastos y compras de servicios asociados a la actividad hospitalaria y las listas de espera, tanto GES como No GES. Además, se tuvo acceso a dos fuentes nuevas de información, la primera es la base denominada Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), la cual permite comparar el perfil de atención de pacientes similares que egresaron de los hospitales del sistema, y la segunda, es la información de 80 mil intervenciones quirúrgicas electivas realizadas durante el período 2016-2017.

casos quirúrgicos No GES representan el ajuste que debió realizar el sistema una vez que se establecieron prioridades garantizadas por ley. Prueba de ello es que la mayoría de los casos en espera quirúrgica son No GES (99%). Por otro lado, se observa una importante heterogeneidad en los tiempos de espera por cirugía electiva No GES entre los distintos servicios de salud del país (y hospitales), alcanzando brechas superiores a los 400 días, incluso para mismas prestaciones. Además, la capacidad productiva de atención quirúrgica es baja (en comparación con el *benchmarking*). Mientras un quirófano electivo en Chile realiza alrededor de 750 cirugías al año, los referentes internacionales hacen sobre 1.000.

Los hallazgos identificados (a partir de la información recolectada) representan una aproximación a la realidad del estado actual de la capacidad del sistema para dar respuesta a los problemas de salud quirúrgico. Los órdenes de magnitud en algunos casos son importantes. Por ejemplo, respecto a la gestión de camas se puede observar brechas hospitalarias de hasta 12 días en la estancia de pacientes con similares procedimientos, diagnósticos y factores de riesgo. En el caso de la utilización de pabellones hay establecimientos con muy pocas horas diarias de uso (3,7 horas de 9), mientras que otros muestran una capacidad similar al de establecimientos de sistemas referentes (6,4 horas de 9). Esto último prueba que parte de las soluciones para mejorar la capacidad resolutive quirúrgica se encuentran en el propio sistema, y solo es necesario promover una mayor discusión mediante evidencia.

Las recomendaciones se basan principalmente en los hallazgos recopilados como en las buenas prácticas identificadas, tanto a nivel nacional como internacional, este estudio propone **26 recomendaciones** para un mayor y mejor uso de los recursos asociados a los pabellones electivos que conducirían a aumentar la oferta de resolución quirúrgica para los casos GES como No GES. Adicionalmente, mejoraría el tiempo de espera quirúrgica en la lista No

GES, para así ofrecer una atención más oportuna y justa. En este sentido, estimamos que cada una de estas por si sola tienen un impacto marginal, pero aplicadas en su conjunto, son capaces de generar un impacto positivo y significativo. De hecho, al término de la elaboración de este estudio algunas de las políticas sugeridas, en particular aquellas que tienen relación con el esquema de financiamiento comenzaron a ser implementadas.

Principales hallazgos y recomendaciones para una mejor gestión hospitalaria

En primer lugar, para entender las barreras a la productividad de los quirófanos y de realización de cirugías electivas, fue necesario caracterizar adecuadamente el proceso de atención quirúrgica. Esto permitió medir debidamente la eficiencia en el uso de los quirófanos. El proceso de atención quirúrgica se origina en la indicación médica (otorgada en los servicios clínicos o en la urgencia), seguido por un proceso prequirúrgico (exámenes, evaluación, seguimiento y admisión). Luego, la intervención quirúrgica y finalmente el postquirúrgico (estancia y egreso). Todos estos procesos pueden ser realizados durante la jornada (ambulatoria) o bien, requerir que el paciente pernocte en el hospital (atención cerrada). Dependiendo si la atención es ambulatoria o cerrada, cada tipo de paciente es operado en un pabellón ad-hoc a su condición, distinguiendo también entre quirófanos electivos y de urgencia. Los quirófanos electivos (el foco de este estudio) deben funcionar en un horario institucional de 9 horas en los días hábiles y los de urgencia as 24 horas al día.

La intervención quirúrgica y la etapa de recuperación son las partes más críticas del proceso quirúrgico. Para llevarse a cabo requieren de Técnicos en Enfermería de Nivel Superior o TENS (al menos tres, como pabelloneros, arsenaleros y apoyo de anestesia), enfermeras y médicos (cirujanos, dos por cirugía, y anestesistas, uno por cirugía). La asignación por especialidad se realiza según bloques de horario (comúnmente dos bloques por semana), mientras que la distribución de

horas por bloque se define de acuerdo con la programación del establecimiento (mensual o semestral).

Con base en lo anterior se puede determinar la eficiencia del uso de los pabellones mediante diversas maneras. La primera consiste en los tiempos utilizados de cada quirófano para la realización de cirugías electivas dentro del horario asignado de funcionamiento (horario institucional). La segunda consiste en la cantidad de cirugías electivas realizadas por quirófano al día o al año, como medida de la capacidad de resolución de la demanda. La tercera consiste en el buen uso de las horas disponibles y en el cumplimiento de la programación, definidos como la hora de inicio de cada cirugía y el tiempo de retraso.

Al aplicar estas formas de medir eficiencia en el uso de los quirófanos de los hospitales públicos (foco del estudio), se encuentra que un quirófano promedio usa 4,8 de 9 horas institucionales, en comparación con el Reino Unido (*benchmarking*) donde se utiliza 6,4 de las 9 horas institucionales (**Hallazgo 1**). Respecto a la cantidad de cirugías diarias por quirófano, Chile realiza tan solo 3,3 cirugías diarias contra 5,1 cirugías diarias en Reino Unido. Finalmente, la primera cirugía en Chile empieza (en promedio) con 40 minutos de retraso y la última termina casi 2 horas antes. En el caso del Reino Unido los atrasos y términos anticipados son menores (no pasan de los 5-10 minutos en promedio). Adicionalmente, para cada uno de estos indicadores en Chile, se encuentra una brecha importante entre los hospitales, tal que algunos alcanzan el *benchmarking* internacional, mientras otros presentan un desempeño significativamente bajo (**Hallazgo 2**).

Las experiencias de los países de la OCDE presentan varias buenas prácticas asociadas a la gestión de pabellones. Por ejemplo, destacamos el uso de turnos complementarios del equipo de apoyo en el horario punta; turnos diurnos y vespertinos (**Recomendación 1 y Recomendación 2**) y uso de herramientas de gestión y de incentivos que induzcan un mejor uso de los bloques quirúrgicos

(**Recomendación 3, Recomendación 4, Recomendación 9 y Recomendación 10**). Por otra parte, se observa que es necesario suplir algunas brechas de recursos, en particular anestesistas, y utilizar de mejor forma los recursos que están disponibles y son más que suficientes para trabajar 9 horas diarias: cirujanos, enfermeras y TENS (**Recomendación 5, Recomendación 6, Recomendación 7 y Recomendación 8**). Finalmente, es necesario abordar los graves problemas de ausentismo del personal² no médico (enfermeras y TENS), reflejado en los **Hallazgos 5 y 6**.

Para mejorar la productividad de los quirófanos electivos de los hospitales públicos chilenos, la CNP propone una serie de recomendaciones en línea con lo establecido en los países desarrollados (OCDE). Es necesario aprovechar mejor y de manera eficiente la actual jornada de 9 horas, para lo que se propone establecer dos turnos para el personal crítico en el funcionamiento de pabellón: enfermería y TENS. En particular, se plantea tener dos turnos divididos cada uno en actividades de pabellón y otras actividades hospitalarias (como la atención prequirúrgica), separados por un horario de colación o almuerzo, tal que ambos turnos se traslapen entre sí y se dé continuidad a la actividad en pabellón con un descanso adecuado a la labor que se realiza dentro de pabellón.

También se podría extender el horario de uso de los pabellones a 12 horas. Esto requeriría de un sistema de turnos similar al anteriormente descrito, pero de 3 relevos. Asimismo, para premiar el estrés que involucra la actividad de pabellón y dado los salarios que perciben enfermeras y TENS vinculados a esta actividad en pabellón, se plantea utilizar incentivos monetarios a cambio de menor ausentismo y menos retrasos. Muy en especial, se propone estos incentivos económicos

² Se aduce que—en particular para los equipos técnicos y de enfermería—existen múltiples estresores en el trabajo que llevarían a altos niveles de ausentismo, tales como: la falta de luz natural, amenaza permanente de situaciones de riesgo clínico, dificultad para salir del lugar de trabajo, etc.

asociados a la acreditación de competencias.³ También se busca premiar con alicientes monetarios (y no pecuniarios) al equipo médico, a cambio de una mejor ocupación de pabellón, y condicionar las compras de servicios al rendimiento del equipo médico en el horario institucional.⁴ Finalmente, un mejor uso de las horas médicas disponibles, mejores prácticas de gestión (en especial coordinación y preparación de pacientes, información de uso de quirófanos, trazabilidad de pacientes y uso de tecnologías de la información) e incentivos monetarios a las jefaturas, permitirían aumentar significativamente la disponibilidad y uso de los quirófanos electivos (**Recomendación 11, Recomendación 12, Recomendación 13 y Recomendación 14**).

Existen otros aspectos hospitalarios que, si bien no pertenecen directamente a la actividad de pabellón, influyen también en su desempeño. Por ejemplo, existe un muy bajo nivel de ambulatorización de cirugías que conlleva un mal uso de camas hospitalarias (**Hallazgo 7 y Hallazgo 8**) que, además, involucra un alto uso del presupuesto hospitalario, ya que el sistema paga por cada día de estadía del paciente, incentivando una estancia excesiva (**Hallazgo 9 y Hallazgo 10**). Para ello se elaboraron las **Recomendaciones 15 y 16**. Actualmente, las modificaciones que está teniendo la ley de presupuesto del sector salud van en línea con esta última recomendación.

Por otro lado, una adecuada gestión de los ingresos por urgencia (varios de los cuales no son casos necesariamente urgentes sino gente

esperando demasiado tiempo) es también necesaria, sobre todo considerando que la mayoría de los ingresos urgentes son de baja severidad (**Hallazgo 11**). También es necesario reducir el alto número de suspensiones quirúrgicas. Estas son consecuencia de déficits en la gestión hospitalaria, tales como uso prolongado de pabellón, pacientes que no se presentan o no se ubican y errores de programación (**Hallazgo 15 y Hallazgo 16**). Finalmente, es necesario gestionar de mejor manera la importante variabilidad clínica existente en los hospitales (por ejemplo, el alto número de cesáreas innecesarias), apuntando a la estandarización de los procedimientos quirúrgicos, desterrando la lógica de que “cada paciente es un universo” (**Hallazgo 12, Hallazgo 13 y Hallazgo 14**). La implementación del Grupo Relacionado de Diagnóstico GRD como herramienta de gestión más el uso de tecnologías de información pueden ser de gran ayuda, pero requieren ser complementadas mediante incentivos a los directivos de los hospitales y también mayor autonomía de directivos respecto a las autoridades políticas (**Recomendación 17, Recomendación 18, Recomendación 19, Recomendación 20, Recomendación 21 y Recomendación 22**).

Principales hallazgos y recomendaciones para la gestión de listas de espera

Parte importante de una mejor gestión de los pacientes quirúrgicos guarda relación con una adecuada forma de gestionar los tiempos de espera de los pacientes. Si bien el tiempo promedio de espera ha ido disminuyendo los últimos años, se estima que, para cirugías No GES, el tiempo medio de espera entre hospitales para 2017 todavía superaba el año (375 días), con brechas hospitalarias superiores a los 400 días (**Hallazgo 17 y Hallazgo 18**). Adicionalmente, a partir de la información de la lista de espera se concluye que el grueso de casos en espera (40%) son de baja complejidad (**Hallazgo 19**), por lo que una proporción importante de esta podrían intervenir de manera ambulatoria, permitiendo así un uso más eficiente de los recursos y una mejor atención y recuperación del paciente.

³ En el caso de los TENS, salvo arsenalería, las actividades que llevan a cabo en el pabellón no forman parte de su currículum formativo como técnicos profesionales. Los TENS no son reconocidos como tales ni en el código sanitario, ni reglamentariamente, y por lo tanto son contratados como auxiliares. Por lo tanto, es el propio técnico y el establecimiento en el que trabaja los que deben generar espacios para adquirir las competencias adicionales, los cuales no son específicamente remunerados.

⁴ En el contexto de incentivos no pecuniarios están la definición del horario de bloques como la inversión en equipamiento médico y capacitaciones o cursos.

A partir de la evidencia nacional e internacional se concluye que parte de la mejora en la gestión de los tiempos de espera quirúrgico de los casos No GES viene del establecimiento de plazos máximos de referencia. Para esto, se considera el tipo de prestación, diagnósticos y factores de riesgo del paciente. Este tipo de política se observó en el sistema del Reino Unido y el sistema de Catalunya. En el primer caso todas las prestaciones tienen plazos máximos garantizados, siendo un año el tiempo máximo. En Catalunya, un subconjunto de prestaciones tiene asociado plazos con garantías, mientras que las restantes solo tiene asociado plazos máximos de referencia. Para llegar a implementar este tipo de política sanitaria de manera institucional es necesario hacer mejoras al registro de la lista de espera. Con la información disponible de la lista de espera en Chile es imposible realizar una priorización clínica, a excepción del uso del tiempo. Esto se debe a la falta de un registro estándar de diagnósticos, que impide priorizar considerando factores de riesgo (**Hallazgo 21** y **Hallazgo 22**). La falta de un buen sistema de registro mediante tecnología dificulta un buen seguimiento de los casos en espera. A nivel nacional se identificaron dos hospitales que levantaron la información para iniciar el proceso de priorización de cirugías No GES. De este esfuerzo nació un primer ejercicio a nivel central para llevar a cabo dicha implementación al resto de los establecimientos. Sin embargo, hoy no existe claridad del estado de dicha política. Ante esto, la CNP recomienda reforzar la implementación de políticas de priorización desde el MINSAL en conjunto con los hospitales, para generar criterios claros de priorización (**Recomendación 23**). También se recomienda estandarizar los diagnósticos y procedimientos mediante la codificación internacional CIE-10 y CIE 9-MC⁵ (**Recomendación 24**) y transparentar la

⁵El CIE 10 es el acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, 10a edición. Esta es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de morbilidad y mortalidad. El CIE 9-MC es el acrónimo de la clasificación internacional de enfermedades, 9a edición.

información respecto a la priorización mediante la publicación de los plazos máximos de referencia y la regla de priorización (**Recomendación 25**).

Principales hallazgos y recomendaciones para el financiamiento de hospitales públicos

A pesar del importante aumento del presupuesto y gasto, el actual esquema de financiamiento de los hospitales públicos de Chile no logra aumentar el volumen de atención hospitalaria, ni mejorar la gestión de quirófanos, ni, consecuentemente, reducir los tiempos de espera. En efecto, la evidencia sugiere la necesidad de modificar la forma como se financian los hospitales públicos en Chile. Pero, según la experiencia internacional, es necesario realizar antes un estudio de costos de las prestaciones (tal que se vean reflejados los costos reales) e implementar mejores sistemas de contabilidad de costos (**Recomendación 26**). También la evidencia internacional (mayoría de países desarrollados) sugiere que es necesario transitar desde el actual esquema de financiamiento hacia uno que considere un pago por resolución (tipo GRD), considerando las particularidades del caso chileno.

Conclusiones

Los principales hallazgos de este mandato evidencian que existe un amplio espacio de mejora en los hospitales de la red pública respecto a la productividad de los quirófanos electivos. De aplicarse todas estas medidas, consideramos que existirán importantes beneficios para la ciudadanía: *existirá un mayor número de atenciones quirúrgicas, las cuales se realizarían de manera oportuna, bajo un marco de justicia y transparencia*. Se estima que el incremento en el volumen de atención sería de al menos 27% respecto al volumen actual, a un costo adicional de apenas 7%; y que podría llegar a incrementarse en un 106%, a un

costo adicional menor a la mitad de ello (50%).⁶ Este esfuerzo de gasto, orientado principalmente a las asignaciones de insumos y personal es mínimo en comparación a los beneficios que produce, tanto para los pacientes (se atienden más personas), como para el fisco (pues aprovecha mejor la capacidad instalada a una fracción de los costos medios actuales). Es “construir un segundo hospital” dentro del primero, una alternativa mucho menos costosa que la construcción de otro hospital.

Es importante destacar que finalmente, la aplicación del conjunto de las 26 recomendaciones propuestas en este estudio permitiría a las personas recibir una atención oportuna que se traduciría en un mayor bienestar, recuperación y calidad de vida.

⁶ Actualmente, cada cirugía tiene un costo aproximado de 3000 USD, pero la extensión a 9 horas de funcionamiento del quirófano reduciría a 2600 USD el costo unitario con solo 1 cirugía adicional al día (y a 2300 USD si se mantiene el ritmo de producción similar al benchmarking). Asimismo, la extensión eficiente a 12 horas terminaría por reducir el costo medio a 2500 USD inicialmente, y manteniendo el ritmo a 2200.