



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

***HOSPITALIZACIONES EVITABLES SENSIBLES A SER ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA:
MEDICIÓN DE LOS COSTOS EVITABLES SOBRE LA RED ASISTENCIAL EN CHILE, 2010-2019.
(RESULTADOS PRELIMINARES)***

Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS).

Raúl Aguilar Barrientos.

La **Re**
acreditación
es de **todos**



01

Introducción.

- Método de selección de HE → Ambulatory Care Sensitive Conditions.
- Clasificación de HE → Ambulatory Care Sensitive Conditions.

02

Costo para la red pública de salud.

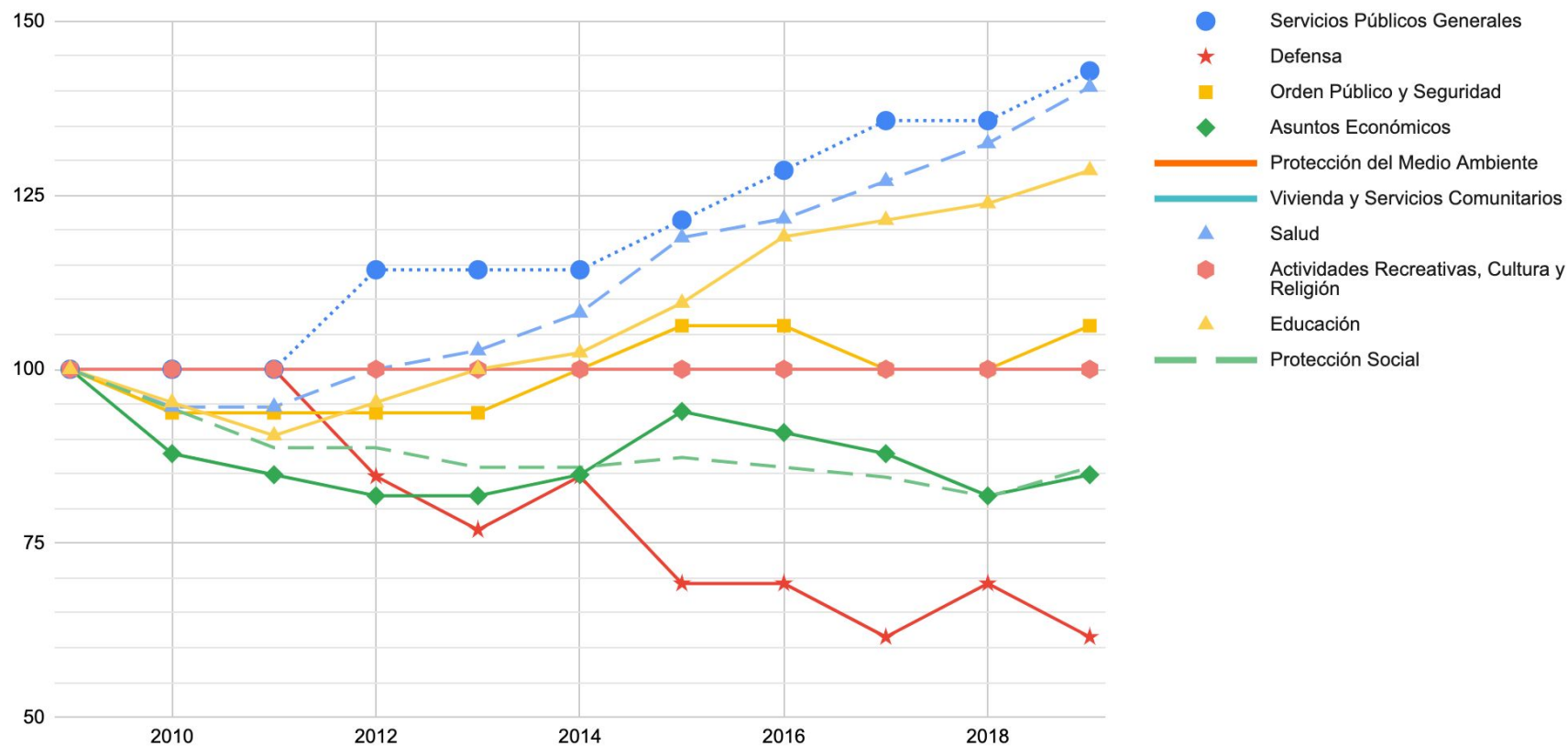
- Distribución por tipo y Servicio de Salud.
- Estimación de costos directos por Servicio de Salud.
- Resultado por Servicio de Salud.

03

Recomendaciones.

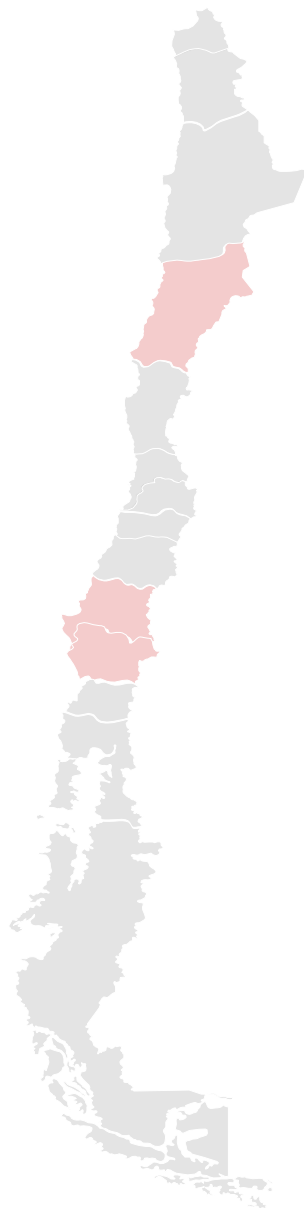
01 Introducción

Evolución gasto del gobierno central 2010-2019 como % del PIB.
(Índice 2009=100).



Fuente: Elaboración propia en base a “Clasificación Funcional Erogaciones” DIPRES.

01 Introducción



Atención Primaria de Salud (APS).

2,342 establecimientos

- Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando atención ambulatoria.
- Enfocada en lo preventivo y promocional, anticipándose a la enfermedad, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

Atención Secundaria de Salud.

117 establecimientos

4 Serv. Salud / 44 comunas no con establecimientos de este nivel.

- Atenciones y procedimientos de especialidades ambulatorias, alimentados de solicitudes de interconsultas generada la APS.

Atención Terciaria de Salud.

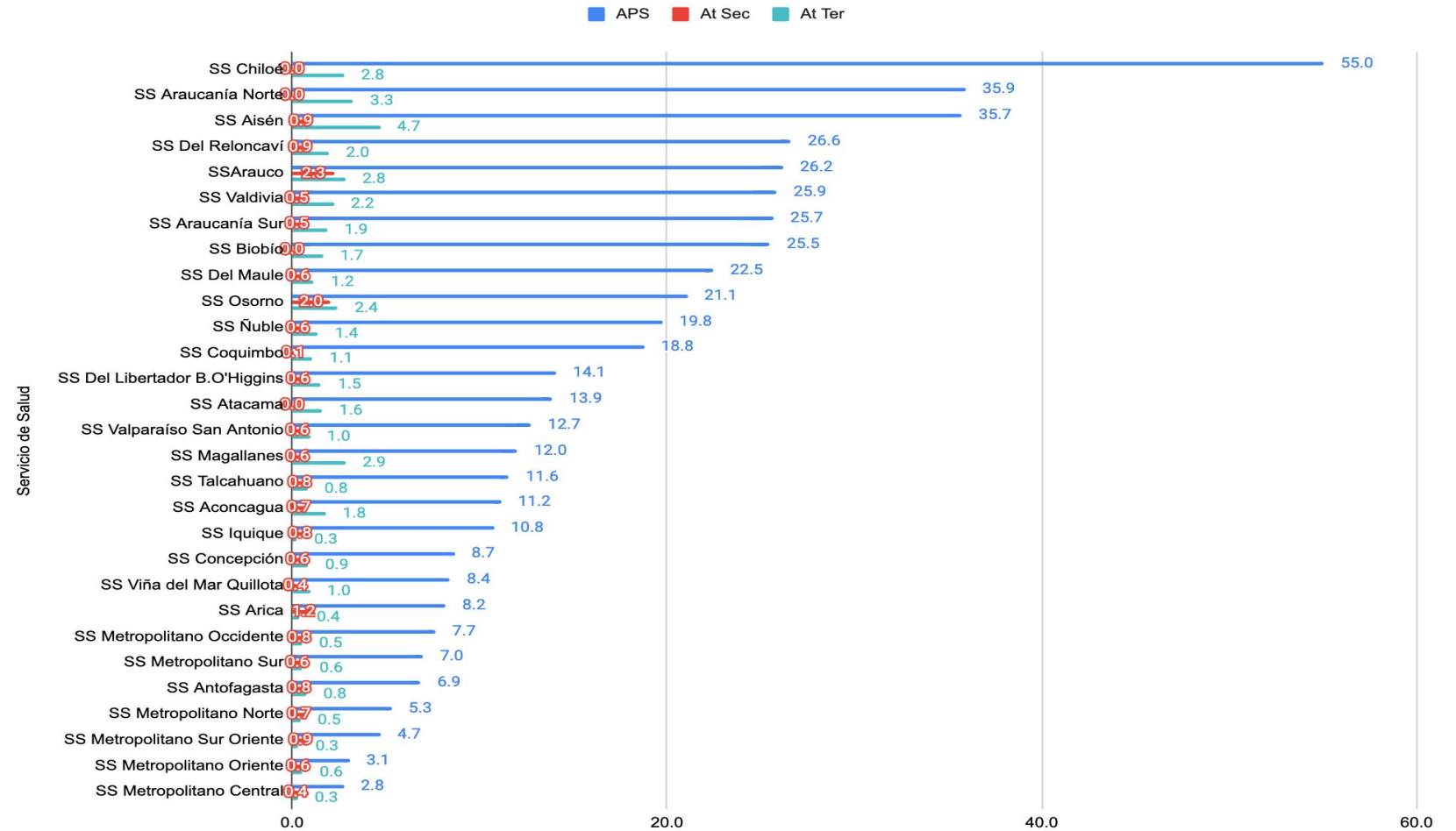
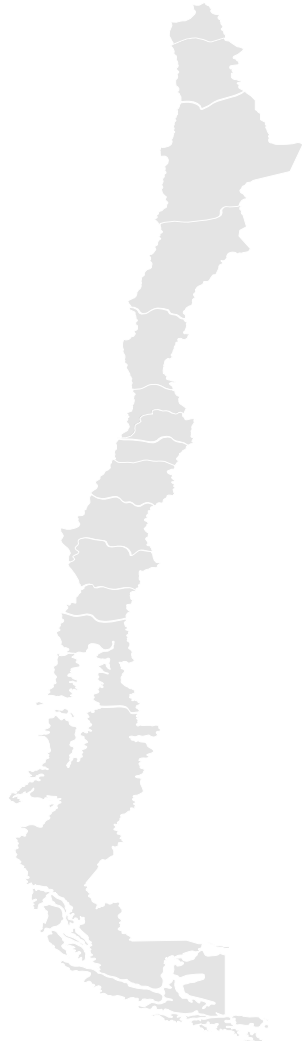
194 Hospitales

(101 BC / 30 MC / 63 AC)

- Atención de urgencia hospitalaria y la atención cerrada de Hospitalización, en el cual son incluidas las intervenciones quirúrgicas complejas.

01 Introducción

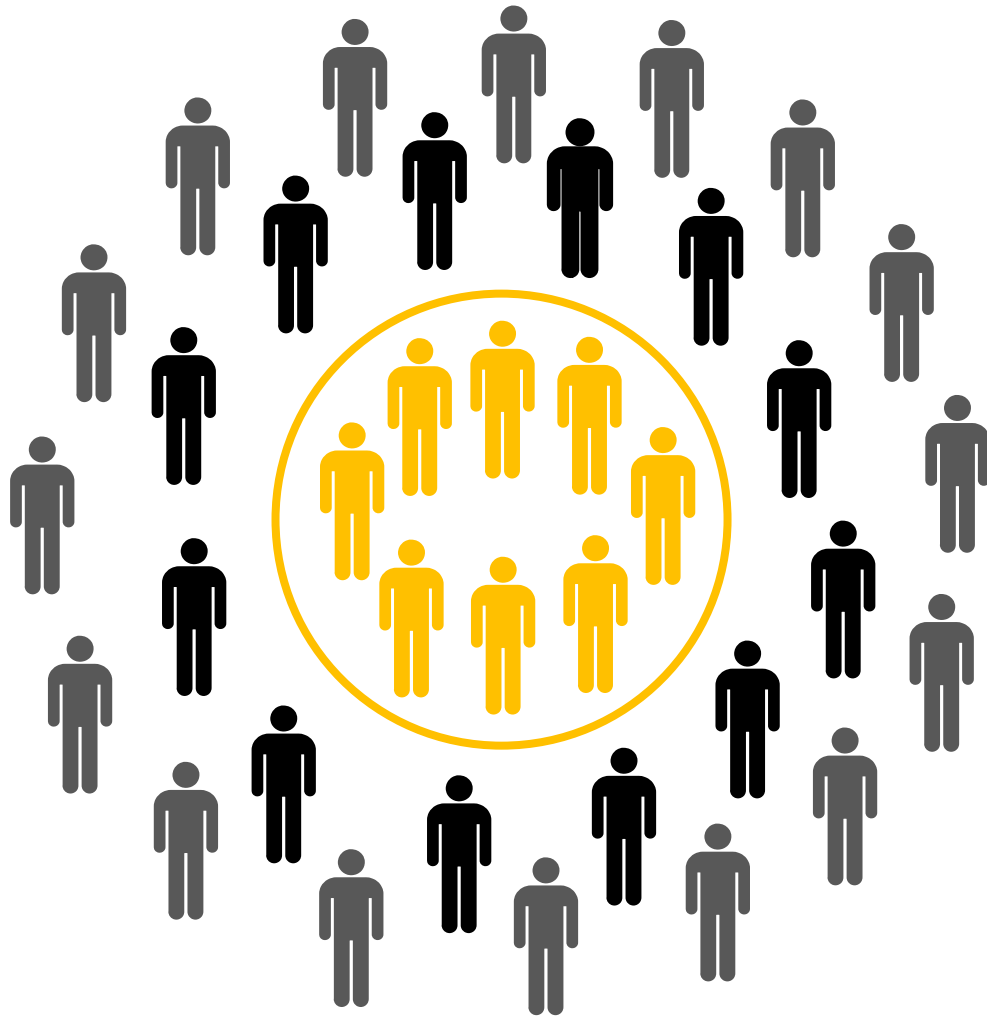
Establecimientos pertenecientes a la Red Pública de Salud, cada 100,000 beneficiarios de FONASA.



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS-FONASA.

NOTA:

1. Último año disponible sobre estadística de beneficiarios, 2018.



Hospitalizaciones Evitables (HE).

Reingresos Hospitalarios / Hospitalizaciones prolongadas.

Hospitalización por procedimiento ambulatorios

HE, sensibles a ser atendidas en Atención Primaria de salud (APS)
(Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC)



HE, sensibles a ser atendidas en Atención Primaria de salud (APS)

(Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC)

1. Originalmente ACSC fueron desarrollados en NYU'90, como medida de uso de servicios hospitalarios que se basa en la selección de casos “hospitalizaciones evitable” mediante el acceso a servicios ambulatorios (*Billing, 1993*).
2. A contar del 2000, algunos países de Europa, se comenzó a utilizar como medida de resolución de la APS (*Caminal, 2004*).
3. Hasta la fecha se han utilizados diferentes selecciones de ACSC en España, Irlanda, Alemania y Portugal con el objeto de medir, en forma indirecta, la capacidad resolutive de la APS.
4. El 2007 la OCDE (*Health at a Glance*) comenzó a medir la tasa de ACSC por problema de salud (ICC, EPOC, DM < 15 años) para pesquisar:
 - a. falta de manejo de afecciones crónicas,
 - b. deficiente coordinación en la atención (entre niveles).
 - c. niveles de acceso a la atención.
5. El 2015 de OPS selección de “hospitalizaciones evitable por APS”, incluyendolo como indicador estratégico.

01 Introducción

Selección de HE (ACSC) consideradas como sensibles a ser atendidas por APS .

Etapa 01 Revisión bibliográfica

- i. Selección de códigos, nomenclatura y homologaciones.
- ii. Ronda de opinión de expertos.

Etapa 02 Discusión sobre elecciones y métodos

- i. Análisis de exclusiones.
- ii. Disponibilidad de datos.

Etapa 03 Selección de listado

- i. PAHO 2015.
- ii. Disponibilidad de información de acceso libre, en CIE-10 (Base de egresos DEIS)
- ii. Disponibilidad de egresos por comuna de origen.



Autor / Método / Nomenclatura

- Brown, 2001 / Delphi / CIE-9
- Falik, 2001 / Millman 1993 / CIE - 9
- OCDE, 2007 / Delphi / CIE- 9 ;10
- Walker 2009 / Panel experto / CIE-9
- Berry, 2011 / AHRQ 2007 / CIE-10
- Caldeira, 2011/ ACSC Brazil / CIE-10
- PAHO, 2015 /Delphi -AHRQ/ CIE 10

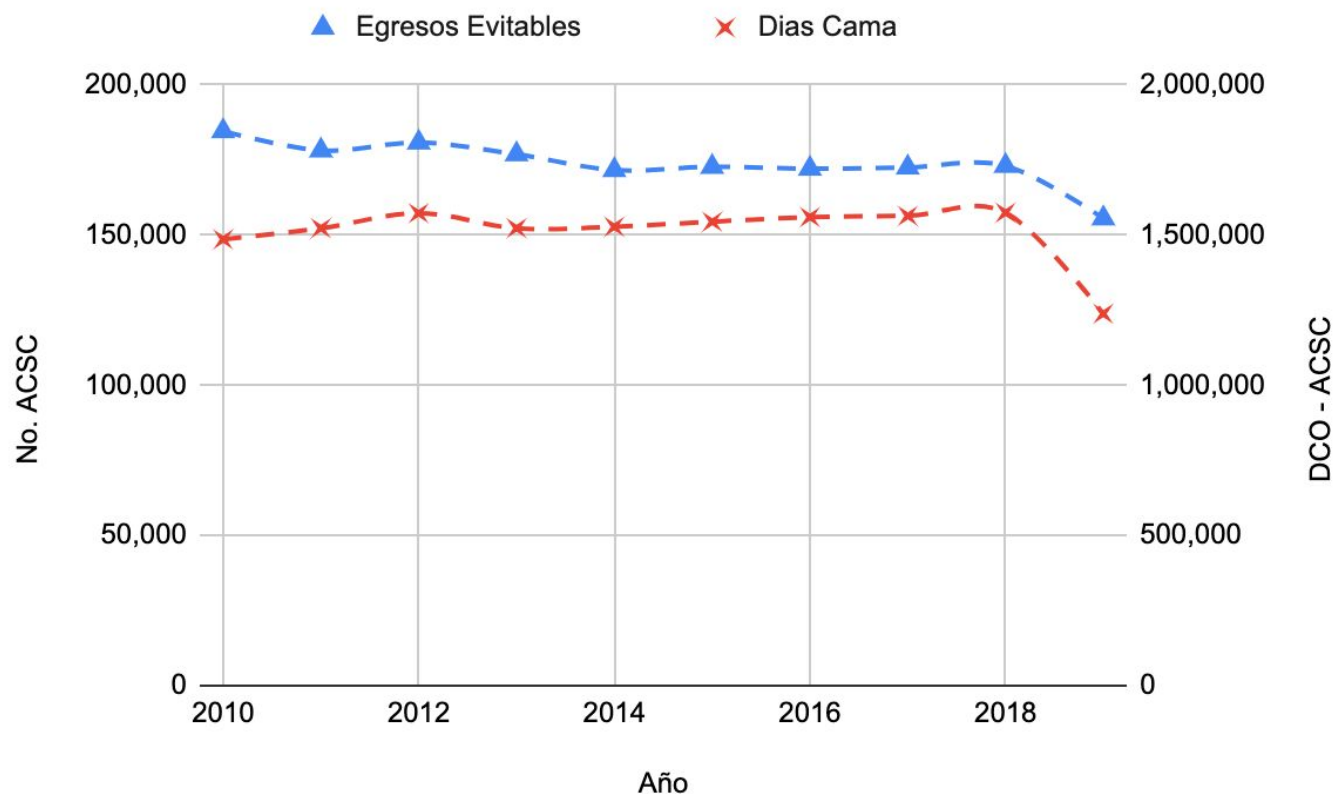
Método Delphi

- 2 salubristas.
- 1 Matrona APS.
- 1 Médico Internista.
- 1 Médico de APS Municipal.
- 2 Directores de APS.

- 532 códigos CIE-10.
- 3,7 % del total de códigos de diagnóstico.

02 Costo para la red pública de salud.

No. egresos y días cama HE-ACSC 2010-2019.



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS-PAHO.

Año	Total Sistema de Salud	
	Egresos Evitables ACSC	Días Cama Ocupados
2010	184,628	1,486,030
2011	178,192	1,522,782
2012	180,826	1,573,120
2013	176,918	1,522,668
2014	171,657	1,528,068
2015	172,730	1,544,813
2016	172,118	1,559,955
2017	172,526	1,564,393
2018	173,060	1,574,510
2019	155,571	1,237,774
Total	1,738,226	15,114,113



HE-ACSC ocupan en promedio el 21,3% de la oferta de “días camas hospitalarias”.

(mín 9,5%; máx 24%).

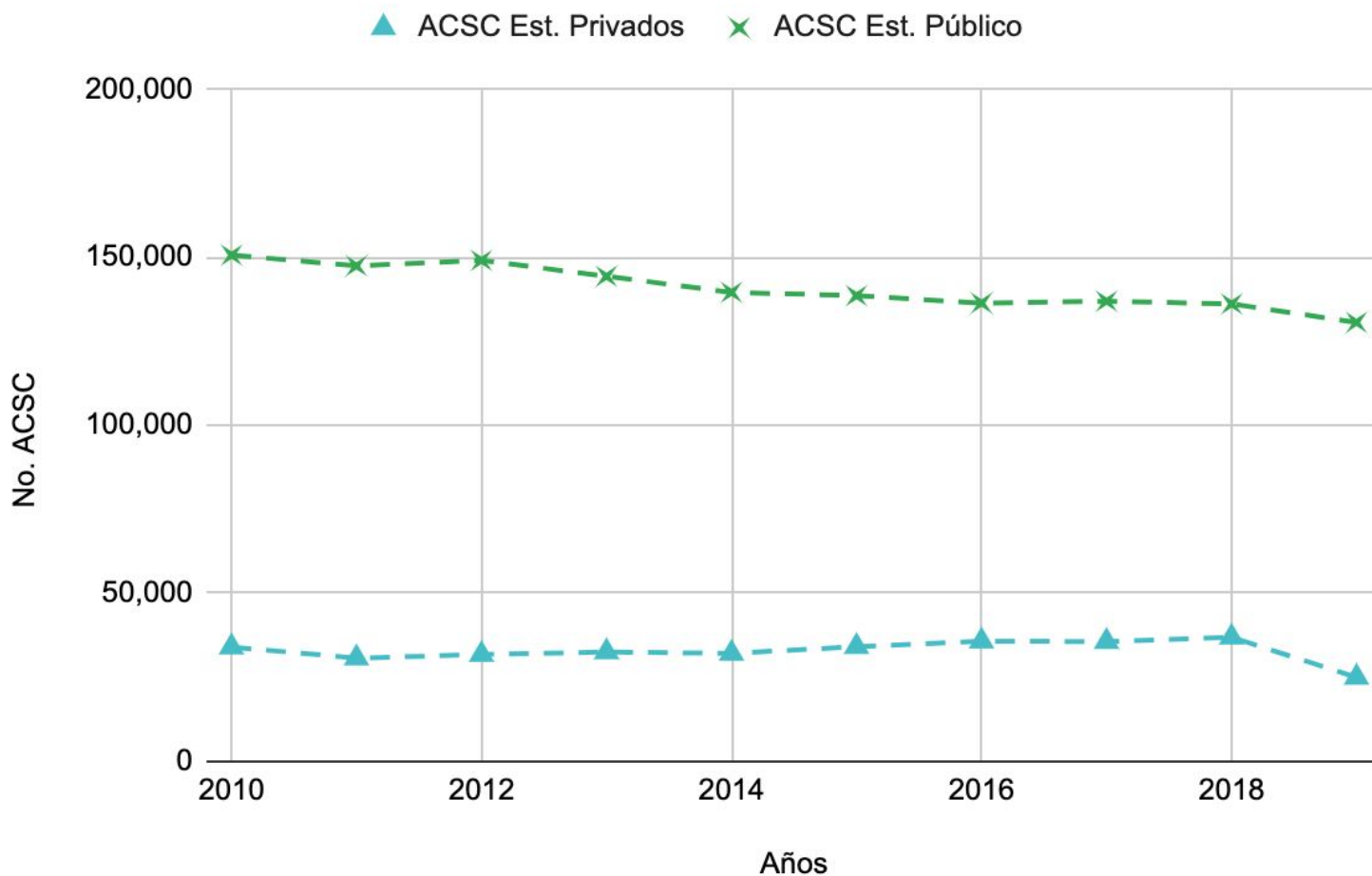


HE-ACSC son en promedio el 11% de los “egresos hospitalarios”.

(mín 7,2%; máx 13,1%)

02 Costo para la red pública de salud.

No. egresos HE-ACSC público y privado 2010-2019.



HE-ACSC ocupan en promedio el 18,6% de la oferta de “días camas hospitalarias públicas”.

(mín 7,9%; máx 24%).

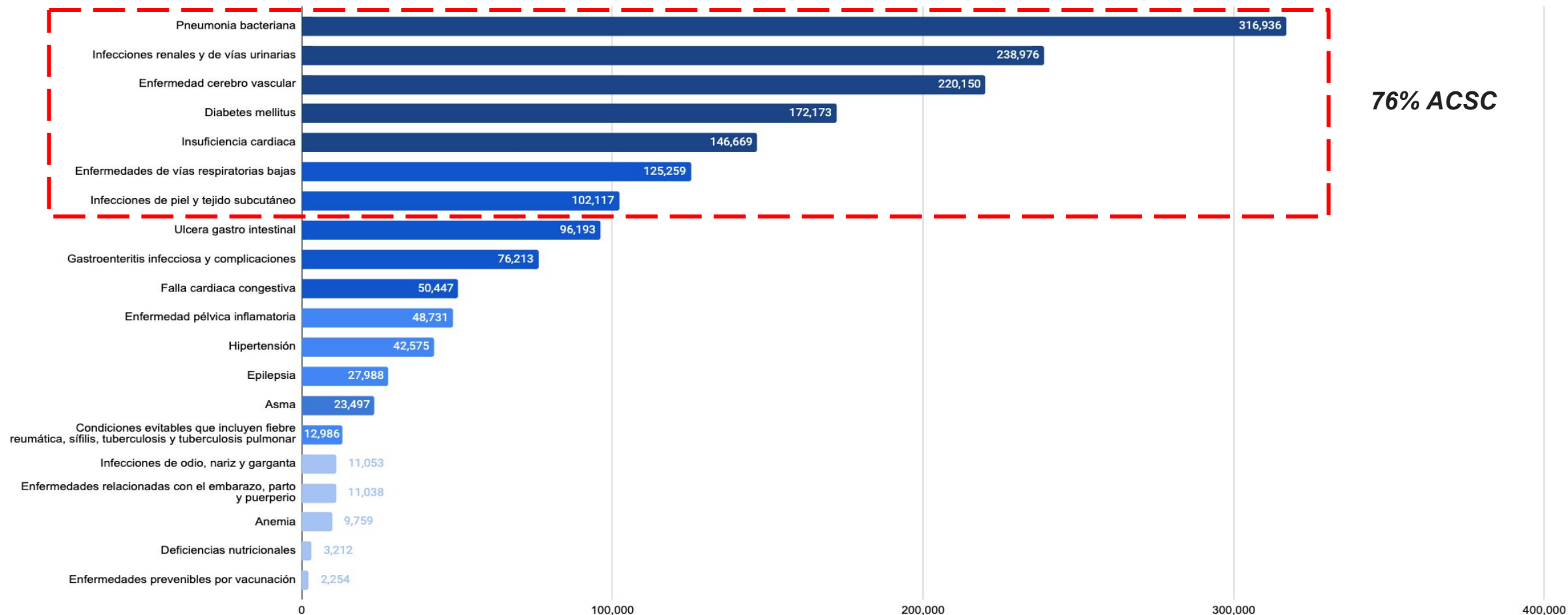


HE-ACSC son en promedio el 15,1% de los “egresos hospitalarios”.

(mín 7%; máx 19,3%)

02 Costo para la red pública de salud.

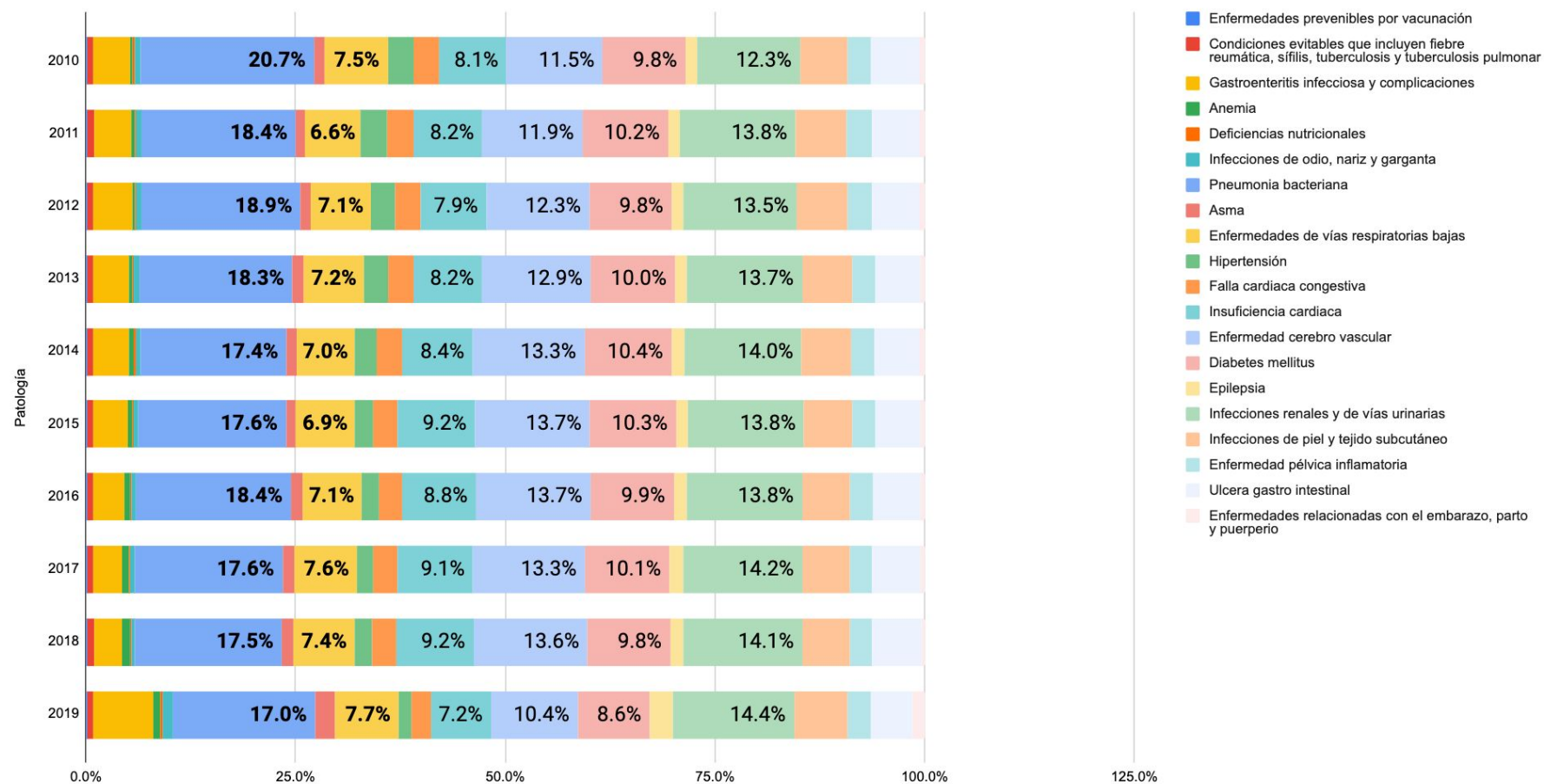
No. egresos HE-ACSC por grupo 2010-2019.



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS-PAHO.

02 Costo para la red pública de salud.

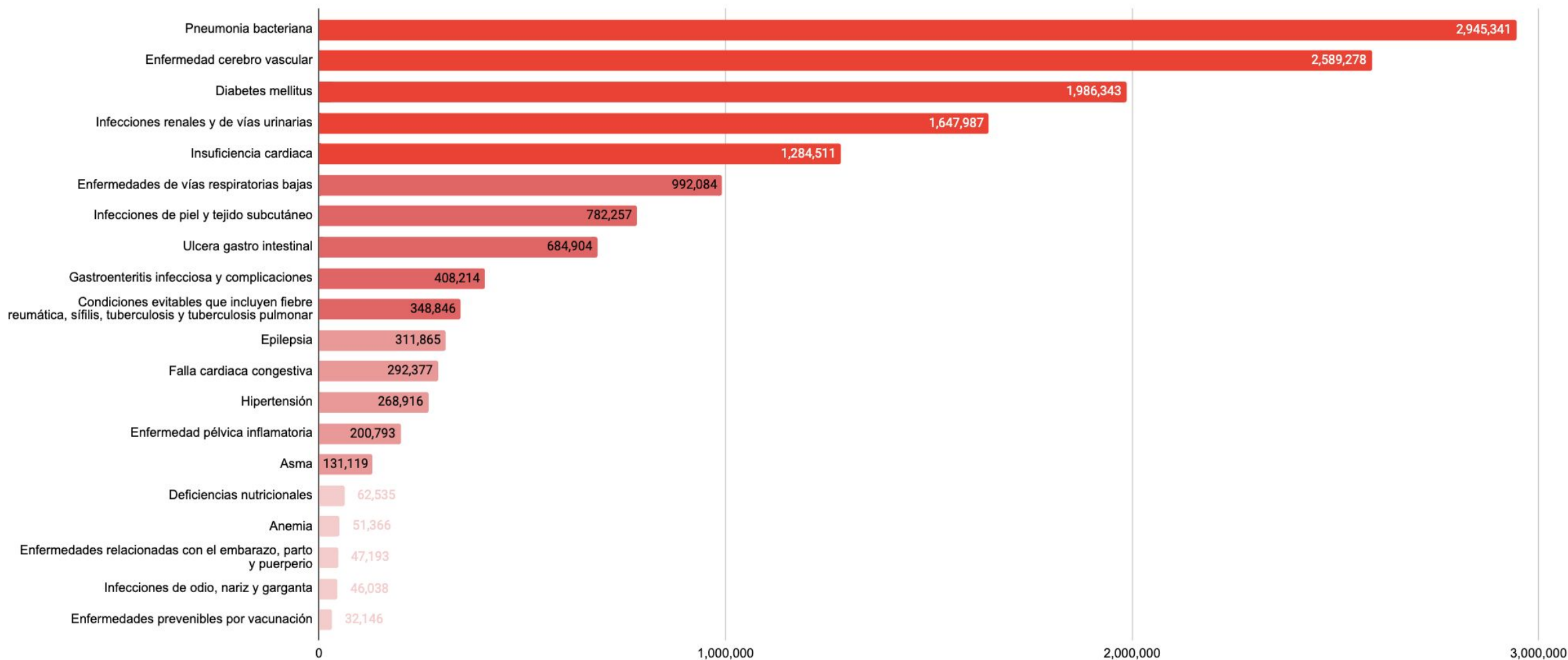
% HE-ACSC por grupo y año 2010-2019.



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS-PAHO.

02 Costo para la red pública de salud.

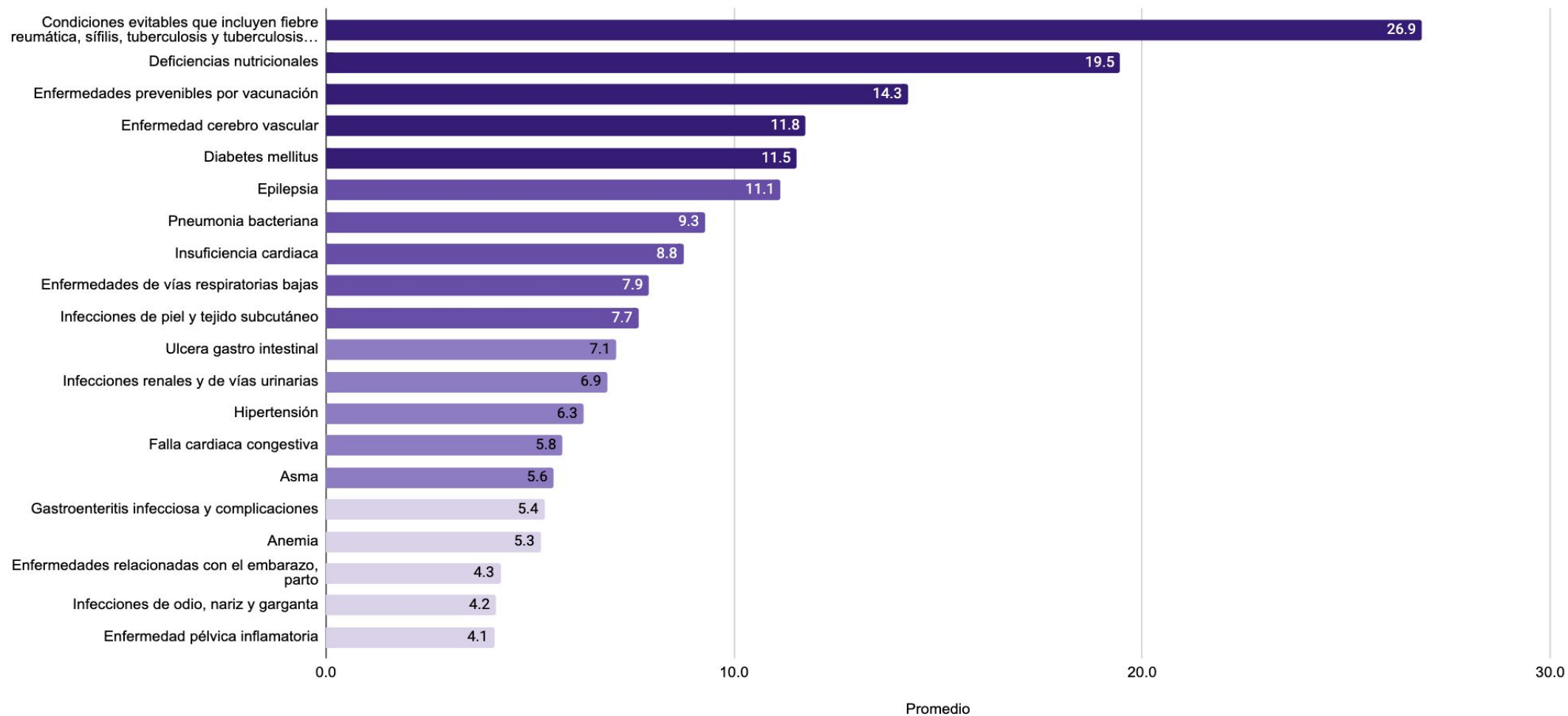
No. días cama HE-ACSC por grupo 2010-2019.



Fuente: Elaboración propia en base a DEIS-PAHO.

02 Costo para la red pública de salud.

Promedio días de estada HE-ACSC por grupo 2010-2019.

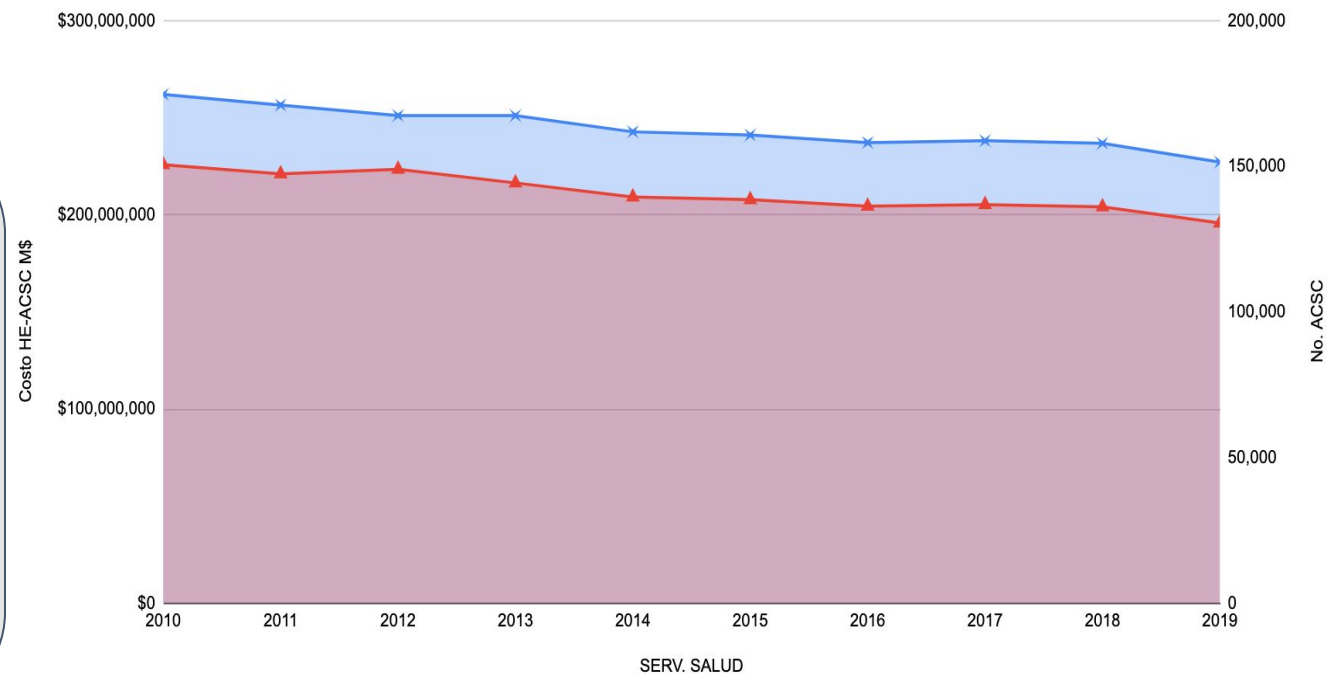


Fuente: Elaboración propia en base a DEIS-PAHO.

02 Costo para la red pública de salud.

1. Estimación \$ de escenario intermedio.
2. Escenario sin ajuste de complejidad, ni ingreso por urgencias (aumenta el Cme 12%).
3. Var % 2010-2019 = **-13.31%**
4. Cme por año ACSC 2010-2019 M\$ 244,504,116.
5. M\$ 244,504,116 $\equiv \equiv$ US\$ 300 MM.

*Costo total HE-ACSC en M\$ 2010-2019.
(M\$ del 2019)*

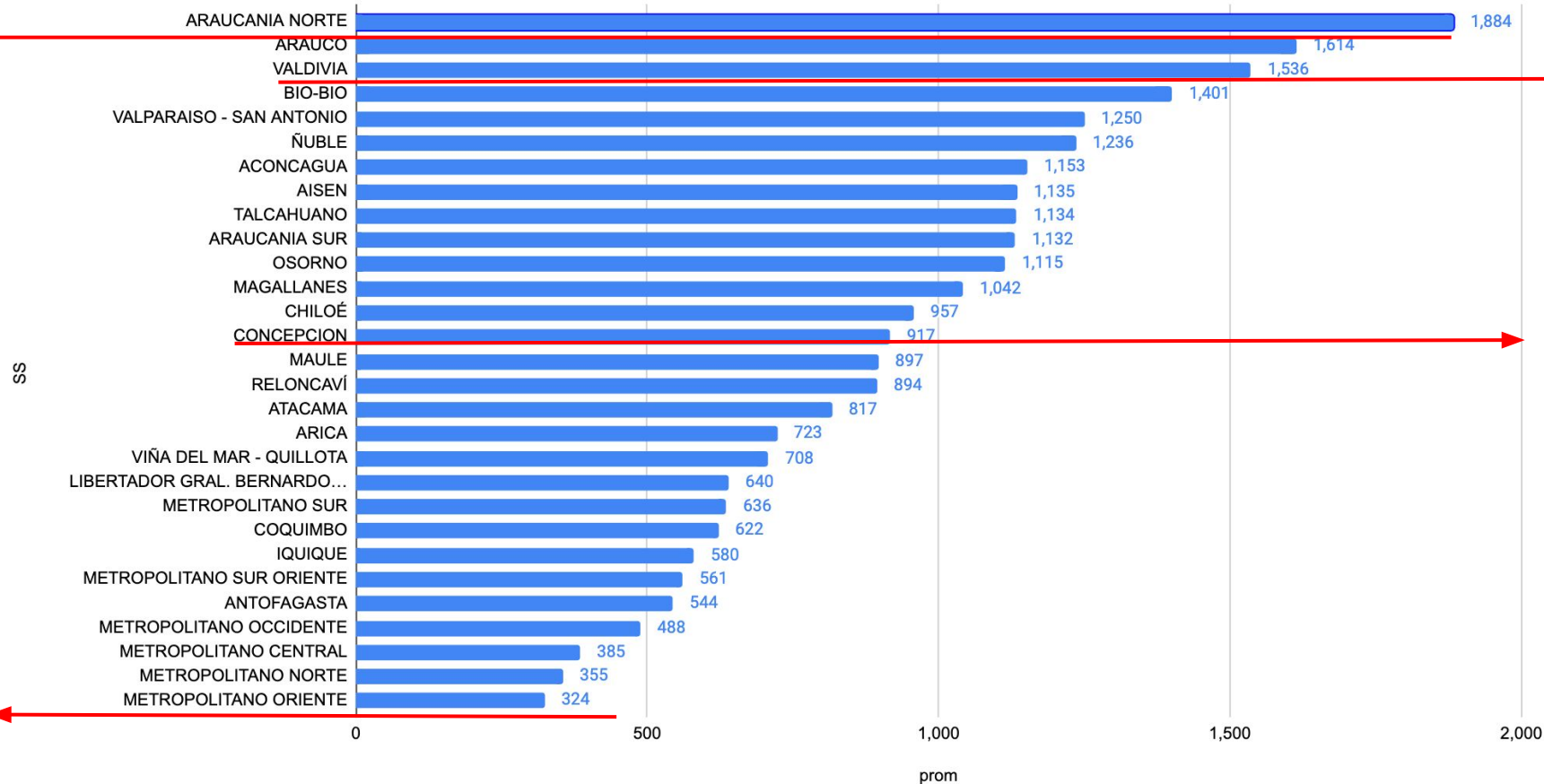


Fuente: Elaboración propia en base a DEIS-PAHO-SIGFE.

02 Costo para la red pública de salud.

Promedio de HE- ACSC 2010-2019 cada 100,000 beneficiarios de FONASA

**36 est.
APS/100,000
FONASA**



**26 Est.
APS/100,000 benef
FONASA.**

**Est 8,7
APS/100,000 benef
FONASA.**

**3,1 est.
APS/100,000
FONASA**

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS-PAHO.

03 Recomendaciones.

532 Códigos HE-ACSC
(PAHO, 2015).

1. El pago capitado no ayuda a disminuir la tasa de ACSC:
 - a. Un estudio demostró (WHO, 2015) el efecto del pago por desempeño en la disminución de la tasa ACSC en TBC e Infec del tracto urinario.
2. Priorizar:
 - a. La implementación de telemonitoreo demostró ser efectiva en la disminución de las HE-ACSC en UK (Purdy,2010).

HE-ACSC → Crónicos

1. Sistema de estratificación por riesgo por cada grupo:
 - a. Portugal disminuyó la tasa de ACSC en pacientes con diabetes (WHO, 2015) ajustando la intensidad del monitoreo por score de riesgo.
2. Explorar el costo-beneficio del telemonitoreo:
 - a. La implementación de telemonitoreo demostró ser efectiva en la disminución de las HE-ACSC en UK (Purdy,2010).

HE-ACSC → Agudos

1. Aumentar los servicios primarios para casos agudos:
 - a. El aumento de camas hospitalarias sin aumento de servicios primarios demostró producir “demanda inducida por la oferta” (Ansari Z. et cols, 2012), aumentando la tasa de ACSC.
 - b. Varios estudios demostraron que(Ansari Z. et cols, 2012; Chris H.et cols, 2010; Weissman.et cols, 2001) aumentar los servicios ambulatorios disminuye la probabilidad de ingresos HE-ACSC.
2. *En Chile, las comunas que cuentan con Salas IRA y ERA, en el nivel primario muestran menor tasa de HE-ACSC por Enf. respiratorias.
**De igual forma, las comunas que implementaron SAPU y SAR muestran menor tasa de HE-ACSC.

03 Recomendaciones.

532 Códigos HE-ACSC
(PAHO, 2015).

HE-ACSC → Crónicos

1. Sistema de estratificación por riesgo por cada grupo:
 - a. *Portugal disminuyó la tasa de ACSC en pacientes con diabetes (WHO, 2015) ajustando la intensidad del monitoreo por score de riesgo.*
2. Explorar el costo-beneficio del telemonitoreo:
 - a. La implementación de telemonitoreo demostró ser efectiva en la disminución de las HE-ACSC en UK (Purdy,2010).

1. El pago capitado no ayuda a disminuir la tasa de ACSC:
 - a. *Un estudio demostró (WHO, 2015) el efecto del pago por desempeño en la disminución de la tasa ACSC en TBC e Infec del tracto urinario.*
2. Priorizar:
 - a. La implementación de telemonitoreo demostró ser efectiva en la disminución de las HE-ACSC en UK (Purdy,2010).

HE-ACSC → Agudos

1. Aumentar los servicios primarios para casos agudos:
 - a. *El aumento de camas hospitalarias sin aumento de servicios primarios demostró producir “demanda inducida por la oferta” (Ansari Z. et cols, 2012), aumentando la tasa de ACSC.*
 - b. *Varios estudios demostraron que(Ansari Z. et cols, 2012; Chris H.et cols, 2010; Weissman.et cols, 2001) aumentar los servicios ambulatorios disminuye la probabilidad de ingresos HE-ACSC.*
2. *En Chile, las comunas que cuentan con Salas IRA y ERA, en el nivel primario muestran menor tasa de HE-ACSC por Enf. respiratorias.
**De igual forma, las comunas que implementaron SAPU y SAR muestran menor tasa de HE-ACSC.

03 Recomendaciones.

532 Códigos HE-ACSC
(PAHO, 2015).

HE-ACSC → Crónicos

1. Sistema de estratificación por riesgo por cada grupo:
 - a. *Portugal disminuyó la tasa de ACSC en pacientes con diabetes (WHO, 2015) ajustando la intensidad del monitoreo por score de riesgo.*
2. Explorar el costo-beneficio del telemonitoreo:
 - a. La implementación de telemonitoreo demostró ser efectiva en la disminución de las HE-ACSC en UK (Purdy,2010).

1. El pago capitado no ayuda a disminuir la tasa de ACSC:
 - a. *Un estudio demostró (WHO, 2015) el efecto del pago por desempeño en la disminución de la tasa ACSC en TBC e Infec del tracto urinario.*
2. Priorizar:
 - a. La implementación de telemonitoreo demostró ser efectiva en la disminución de las HE-ACSC en UK (Purdy,2010).

HE-ACSC → Agudos

1. Aumentar los servicios primarios para casos agudos:
 - a. *El aumento de camas hospitalarias sin aumento de servicios primarios demostró producir “demanda inducida por la oferta” (Ansari Z. et cols, 2012), aumentando la tasa de ACSC.*
 - b. *Varios estudios demostraron que(Ansari Z. et cols, 2012; Chris H.et cols, 2010; Weissman.et cols, 2001) aumentar los servicios ambulatorios disminuye la probabilidad de ingresos HE-ACSC.*
2. *En Chile, las comunas que cuentan con Salas IRA y ERA, en el nivel primario muestran menor tasa de HE-ACSC por Enf. respiratorias.
**De igual forma, las comunas que implementaron SAPU y SAR muestran menor tasa de HE-ACSC.



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

***HOSPITALIZACIONES EVITABLES SENSIBLES A SER ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA:
MEDICIÓN DE LOS COSTOS EVITABLES SOBRE LA RED ASISTENCIAL EN CHILE, 2010-2019.***

Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS).

Raúl Aguilar Barrientos.

La **Re**
acreditación
es de **todos**

