

COMISIÓN NACIONAL DE PRODUCTIVIDAD

Mandatos presidenciales

Secretaría Ejecutiva
Mayo, 2019

1. Ministerio de Salud;
2. FONASA;
3. Establecimientos de alta complejidad;
4. Servicios de Salud.

1. LISTA GES Y NO GES;
2. RESUMEN DE ESTADISTICAS MENSUALES (REM);
3. UNIDAD DE GESTION CENTRALIZADA DE QUIROFANOS (UGCQ);
4. SISTEMA DE RECURSOS HUMANO (SIRH);
5. TABLAS QUIRURGICAS (18H + 4C + RI);
6. GRUPO RELACIONADO DE DIAGNÓSTICO;
7. WINSIG+PERC & CHILECOMPRAS.

Logros & Desafíos del SNSS

1. Reducir en un 93% la mortalidad infantil (94% maternal).
2. Reducir de un 65% a un 0,5% la malnutrición infantil.
3. Planes de prevención/vacunación.
4. Incrementar la expectativa de vida de 50 a 80 años.

Desafíos (en la alta complejidad)

1. Mayor eficiencia hospitalaria.

En el caso particular del estudio, eficiencia en el uso de quirófanos.

2. Mejor gestión de los tiempos de espera.

En el caso particular del estudio, gestión de tiempos quirúrgicos.

Desafíos en quirófano: mejorar (y aumentar) su uso

1. Cerrar la brecha de utilización de quirófano electivo respecto a referentes. Permitiendo ir de 3 a 4 cirugías por día.

-> TEQ NO GES podría caer de 340 a 280 días

2. Disponer 12 horas algunos quirófanos electivos. Permitiendo ir a 6 cirugías por día por quirófano electivo.

-> TEQ NO GES podría caer de 340 a 200 días

Objetivo 1:

Generar recomendaciones de política que permitan hacer un mejor y mayor uso de los quirófanos y equipos asociados a cirugías electivas.

Desafíos en TEQ: mejorar gestión y reducir variabilidad

1. Mejorar la gestión para ordenar la atención bajo criterios clínicos y transparentes.

-> Hoy el registro no lo permite

2. Reducir la excesiva heterogeneidad de TEQ entre hospitales/servicios.

-> Hoy se observan brechas de 400 días

Objetivo 2:

Generar recomendaciones de política para realizar una mejor gestión en la priorización de pacientes con patologías de resolución quirúrgica.

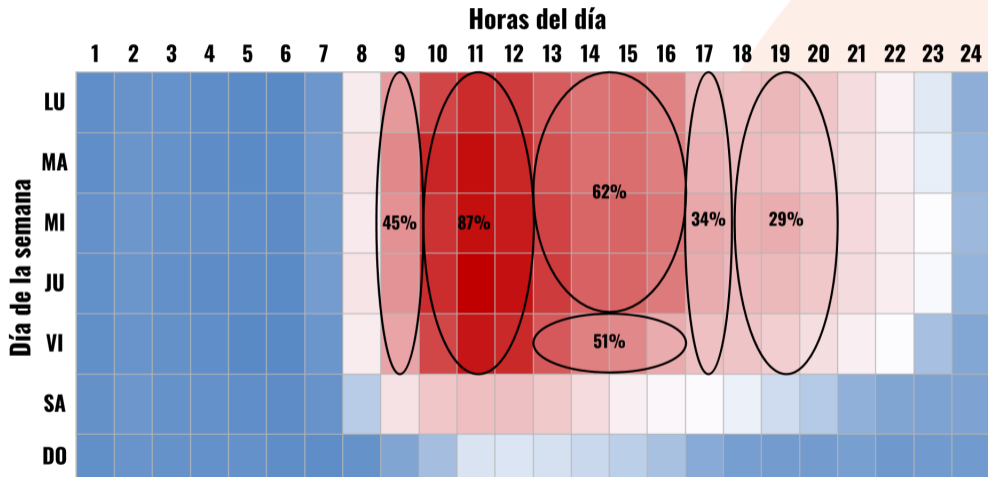
Hallazgos sobre uso de quirófanos electivos

Hallazgo en uso de Qx: uso inferior respecto a referente

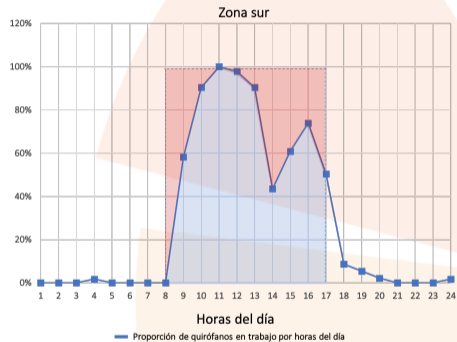
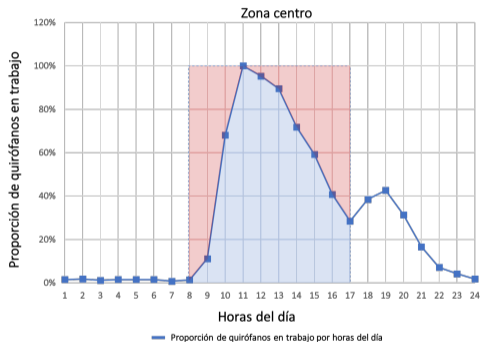
	Hora de inicio	Hora de fin	Horas de uso	Tasa de uso	Cirugías/día
SNSS	08.54 (08.18-09.36)	14.48 (12.48-16.06)	04.54 (02.54-06.36)	62% (36%-83%)	3.3 (1.9-4.4)
NHS	08.36 (08.00-09.00)	17.25 (16.30-19.00)	07.40 (07.30-07.48)	74% (*) (45%-83%)	3.9(*) (2.4-4.4)

(*) Elaboración a partir de valores por tipo de cirugía. Valores consideran exclusivamente tiempo programado.

Hallazgo en uso de Qx: hora punta entre 10am-12pm



Hallazgo en uso de Qx: perfil difiere entre regiones



Fuente: Elaboración a partir de tablas quirúrgicas (2017).

Hallazgo en uso de Qx: los procesos perioperatorios difieren

1. No todos los hospitales presentan una unidad pre-quirúrgica centralizada.

- facilita exámenes
- coordina evaluación de especialistas
- mantiene contacto con pacientes
- verifica documentación necesaria

2. Algunos hospitales han avanzado en evaluación pre-anestésica de pacientes en tabla.

- Hoy es más común realizar la evaluación previo al ingreso de pabellón

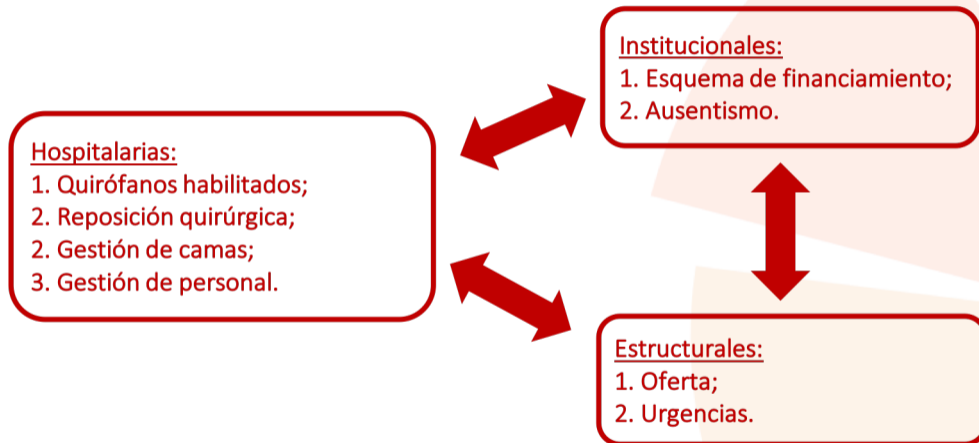
Hallazgo en uso de Qx: los procesos perioperatorios difieren

1. Todos mencionan a la proporción de camas de recuperación como un cuello de botella importante (0.6 - 1.6). (Hay que pensar en espacio, infraestructura, equipos y recursos humanos)
2. En algunos hospitales se realiza un seguimiento de 24 horas posterior al alta médica. (Permite realizar una mejor evaluación de resultado sanitario)
3. Existe priorización más bien tácita, lo que no permite gestionar mejor los recursos. (Hay que entregar mayor certidumbre a los procesos de atención)



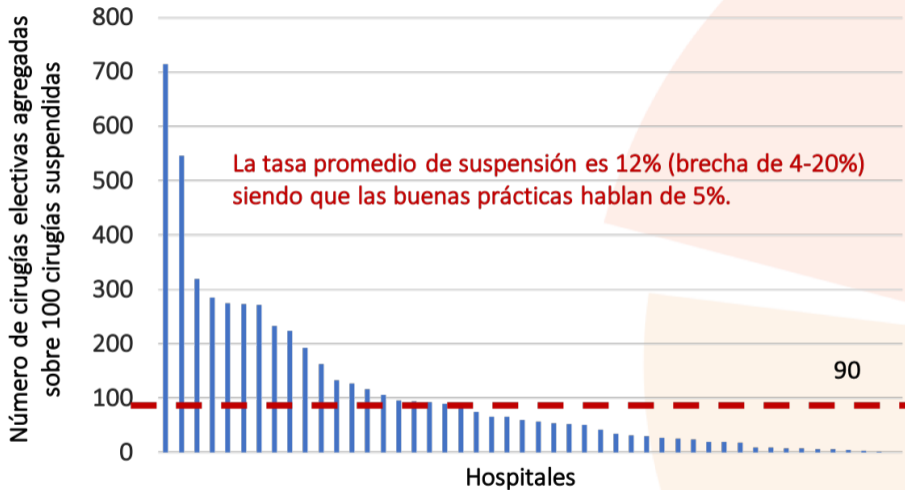
Factores que explican el actual desempeño de los quirófanos electivos

Posibles causas: agrupadas por ámbito



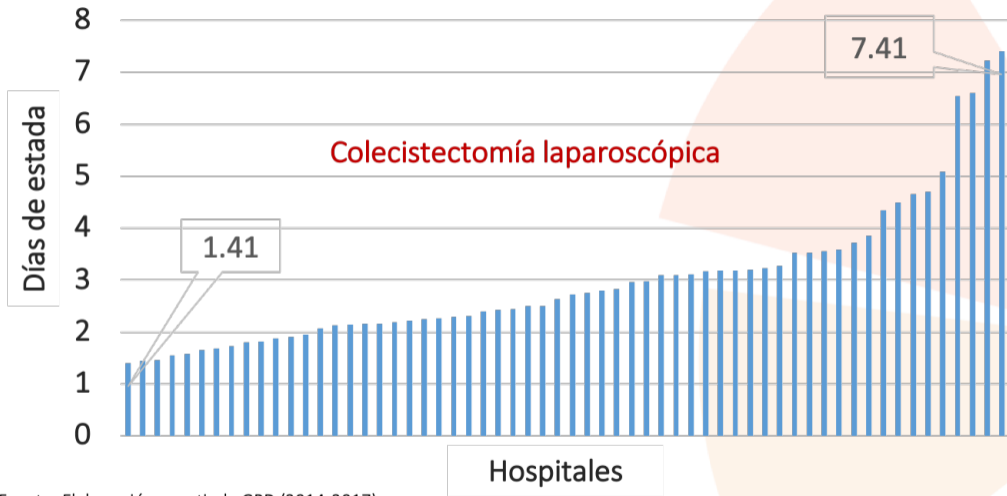
1. Un 5% de los quirófanos electivos de un conjunto de EAR, estando habilitados, no están en trabajo (20 mil intervenciones menos al año).
2. El 60% de los quirófanos que no están en trabajo se explica por la falta de personal técnico y anestesistas.

Causas hospitalarias: variabilidad en la reposición de cirugías



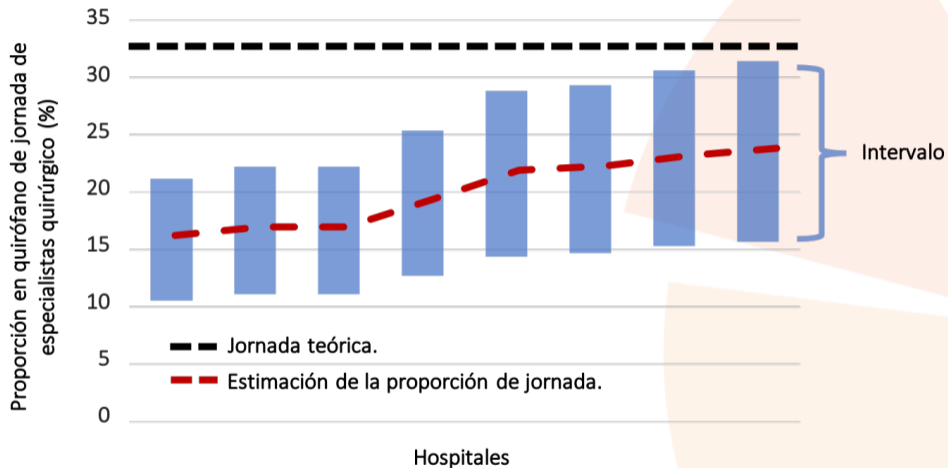
Fuente: Elaboración partir de UGCQ (2017).

Causas hospitalarias: variabilidad en la gestión de camas



Fuente: Elaboración a partir de GRD (2014-2017).

Causas hospitalarias: gestión adecuada de personal médico

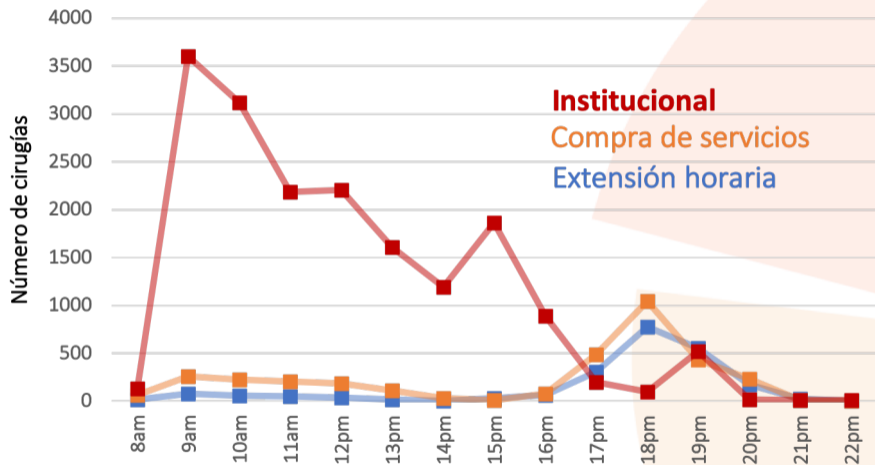


Fuente: Elaboración a partir de SIRH (2017) y tablas quirúrgicas (2017).

Causas institucionales: mecanismo de financiamiento no adecuado

1. El esquema de financiamiento paga por día-cama utilizado (PPV).
2. Esto no genera incentivos a tener una mayor rotación.

Causas institucionales: otras ofertas complementan(?)

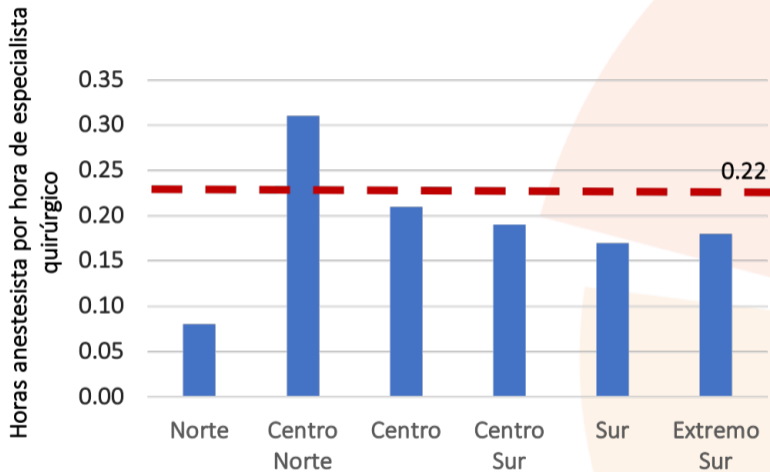


Fuente: Elaboración a partir de tablas quirúrgicas (2017).

Causas institucionales: ausentismo es igual o superior al nacional

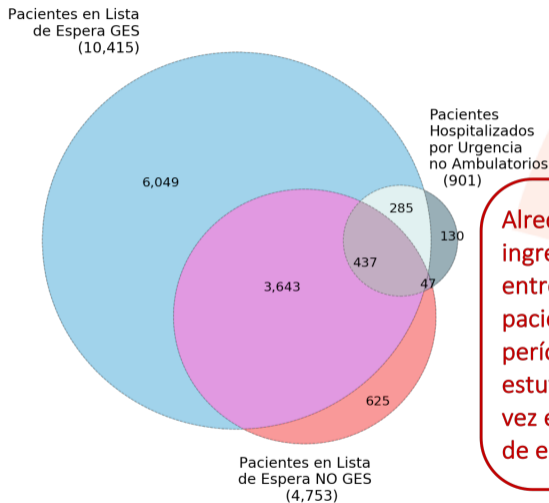
1. Un 35% de la fuerza laboral en Chile tiende a pedir al menos una licencia al año.
2. Un 34% de los médicos asociados a la alta complejidad solicitaron al menos una licencia en el año 2017 (10% al mes).
3. En el caso de enfermería la tasa para 2017 fue de 44% (12% al mes).
4. En el caso de TENS la tasa para 2017 fue de 56% (14% al mes).

Causas estructurales: oferta institucional de anestesiistas



Fuente: Elaboración a partir de SIRH (2017).

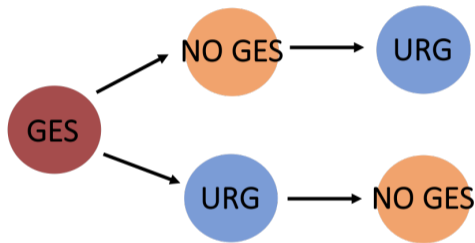
Causas estructurales: la co-morbilidad de la población



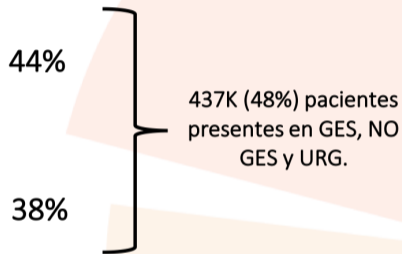
Alrededor del 85% de los ingresos por urgencia entre 2014-2017 fueron pacientes que en mismo período también estuvieron al menos una vez en al menos una lista de espera.

Fuente: Elaboración propia a partir de GES, no GES y GRD (2014-2017).

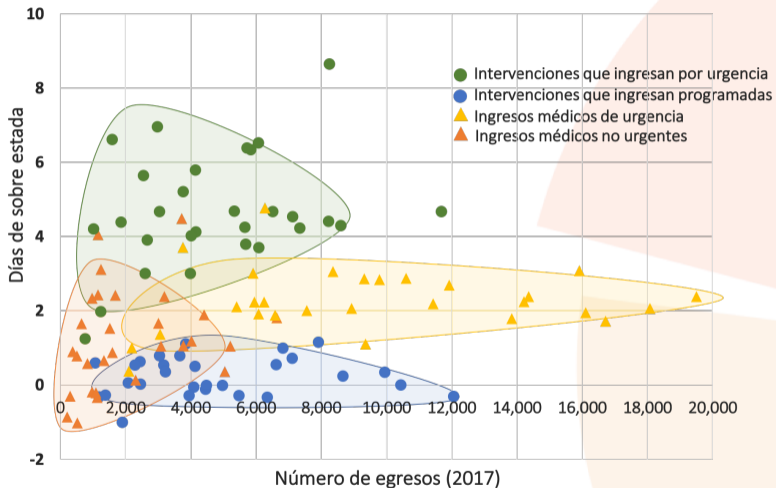
Causas estructurales: la co-morbilidad de la población



Fuente: Elaboración a partir de GES, SIGTE, GRD (2014-2017)

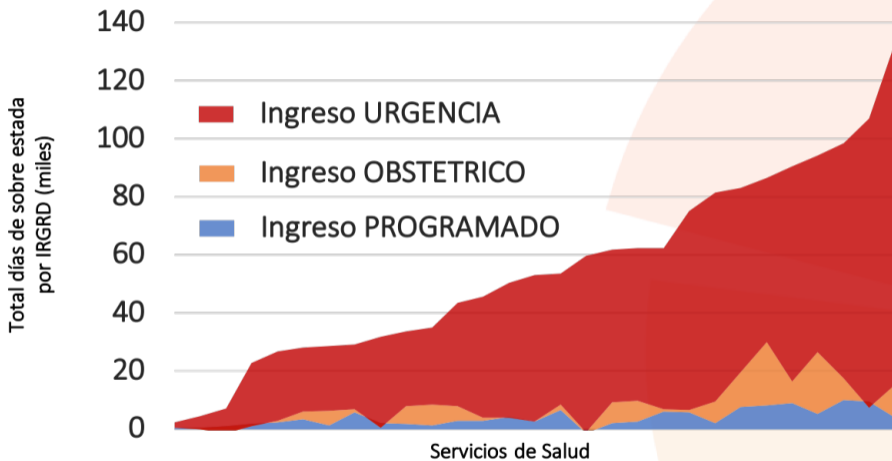


Causas estructurales: el problema es importante en la urgencia



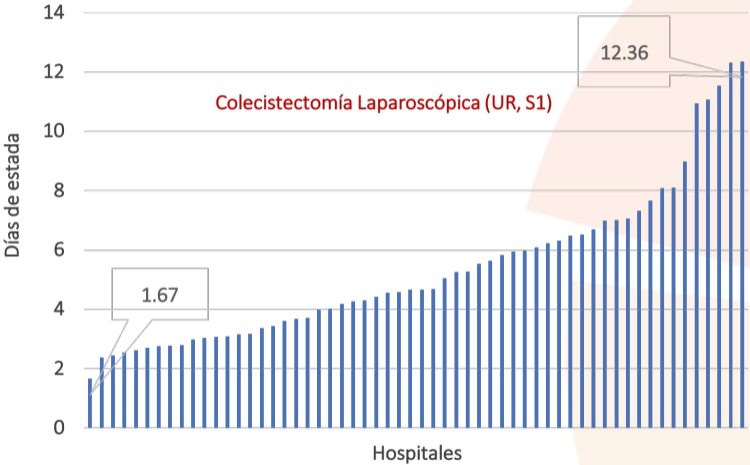
Fuente: Elaboración a partir de GRD (2017)

Causas estructurales: el problema es importante en la urgencia



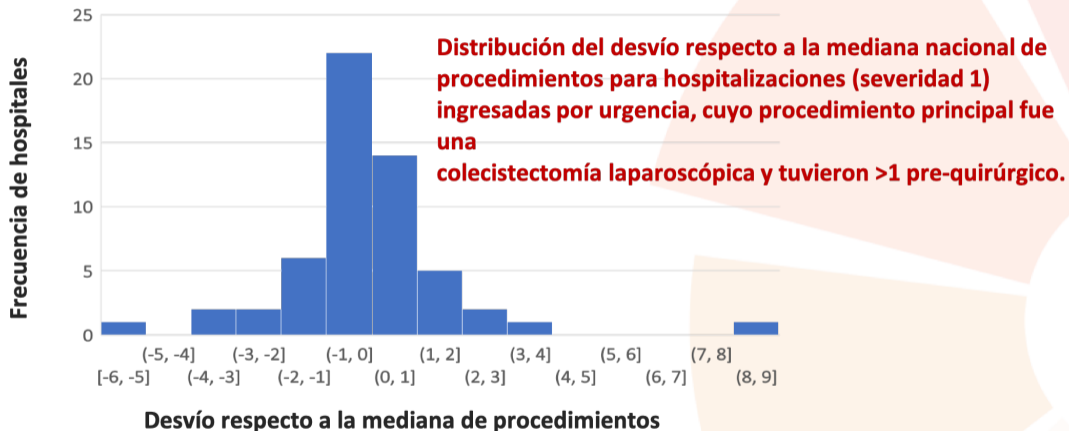
Fuente: Elaboración a partir de GRD (2017).

Causas hospitalarias: variabilidad en la gestión de camas (UR)



Fuente: Elaboración a partir de GRD (2017).

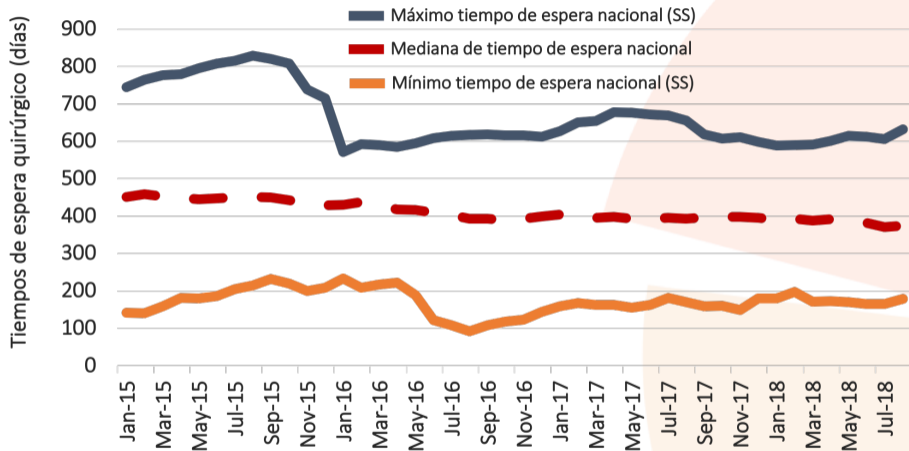
Causas hospitalarias: variabilidad en procedimientos (UR)



Fuente: Elaboración a partir de GRD (2017).

Hallazgos asociado a
Tiempos de Espera Quirúrgicos
(TEQ)

Hallazgo en TEQ: variabilidad entre servicios



Fuente: Elaboración a partir de SIGTE.

Hallazgo en TEQ: variabilidad en criterios de atención

TEQ "RELATIVO" para Colectomía Laparoscópica (días)

Hospitales	2015	2016	2017
H1	11.0	29.4	34.2
H2	0.6	0.9	0.5
H3	3.3	1.0	0.9
H4	.	.	1.6

1. Si $V < 1$: el tiempo de espera de quien sale posteriormente por causa médica es inferior al tiempo de quien fue atendido medicamente
2. Si $V > 1$: el tiempo de espera de quien sale posteriormente por causa médica es superior al tiempo de quien fue atendido medicamente.

Fuente: Elaboración a partir de SIGTE.

Hallazgo en TEQ: variabilidad en la oferta

Especialidad médica	Oferta de horas por 100 horas demandadas
Obstetricia y Ginecología	58
Neurocirugía	9
Traumatología y ortopedia	6
Urología	14
Oftalmología	20
Dermatología	18
Otorrinolaringología	6
Cirugía cardiovascular	1
Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial	0.2
Cirugía Plástica y Reparadora	0.2

Fuente: Elaboración a partir de SIRH y SIGTE.

Hallazgo en TEQ: la capacidad de resolución es de 70%

1. En promedio -para 2015/2017- por cada 100 casos resueltos médicamente ingresaron 143 nuevos casos.
2. La tasa de creación de nuevos casos -para 2015/2017- fue de +20%.
3. La tasa de resolución médica de casos -para 2015/2017- fue de +12%.

Hallazgo en TEQ: ejemplo de priorización en el SNSS

1. Definición de tiempos máximos.

Categoría	Tiempo máximo de espera (días)
AA	0
A	15
B	30
C	60
D	180
E	360

Definición del tiempo clínico por parte del servicio quirúrgico

Hallazgo en TEQ: ejemplo de priorización en el SNSS

2. Agravantes asociado a los diagnósticos.

Diagnósticos	Agravantes
Fimosis	Daño renal
	Antecedentes de parafimosis
	Infección urinaria/Sepsis foco urinario
	Obstrucción
Hernia inguinal	Edad menor a 2 años
	Bilateralidad
	Antecedentes de atascamiento

Requiere información histórica del servicio quirúrgico

Hallazgo en TEQ: ejemplo de priorización en el SNSS

3. Vinculación con plazos máximos de atención.

Caso clínico	Categoría
Fimosis sin agravantes	E
Fimosis con obstrucción	A
Fimosis con antecedentes de parafimosis	D
Hernia inguinal sin agravantes	B
Hernia inguinal en niño menor de 2 años y con antecedentes de atascamiento	A

→ Tiempo máximo de 360 días

→ Tiempo máximo de 15 días



Comisión
Nacional de
Productividad

▶ LINK