Los incentivos y la eficiencia en los sistemas de salud
6º Coloquio
La Reforma de Salud que Chile necesita

Instituto de Salud Pública- UNAB

Rodrigo Castro
Genesis Partners

Julio 27 - 2016

Agenda

1. Contexto
2. Medidas de Eficiencia
3. Evidencia Empírica
4. Determinantes Eficiencia Hospitalaria
5. Sistema de Gestión Hospitalaria
6. Algunas consideraciones al cierre

Agenda

1. Contexto
2. Medidas de Eficiencia
3. Evidencia Empírica
4. Determinantes Eficiencia Hospitalaria
5. Sistema de Gestión Hospitalaria
6. Algunas consideraciones al cierre

Variables Externas

- Aumento ingreso percápita
- Cambio perfil epidemiológico y demográfico
- **Cambio tecnológico**
- Reforma
  - Ley Autoridad Sanitaria
  - Ley de Garantías Explícitas (AUGE-GES)
  - Acreditación y Certificación

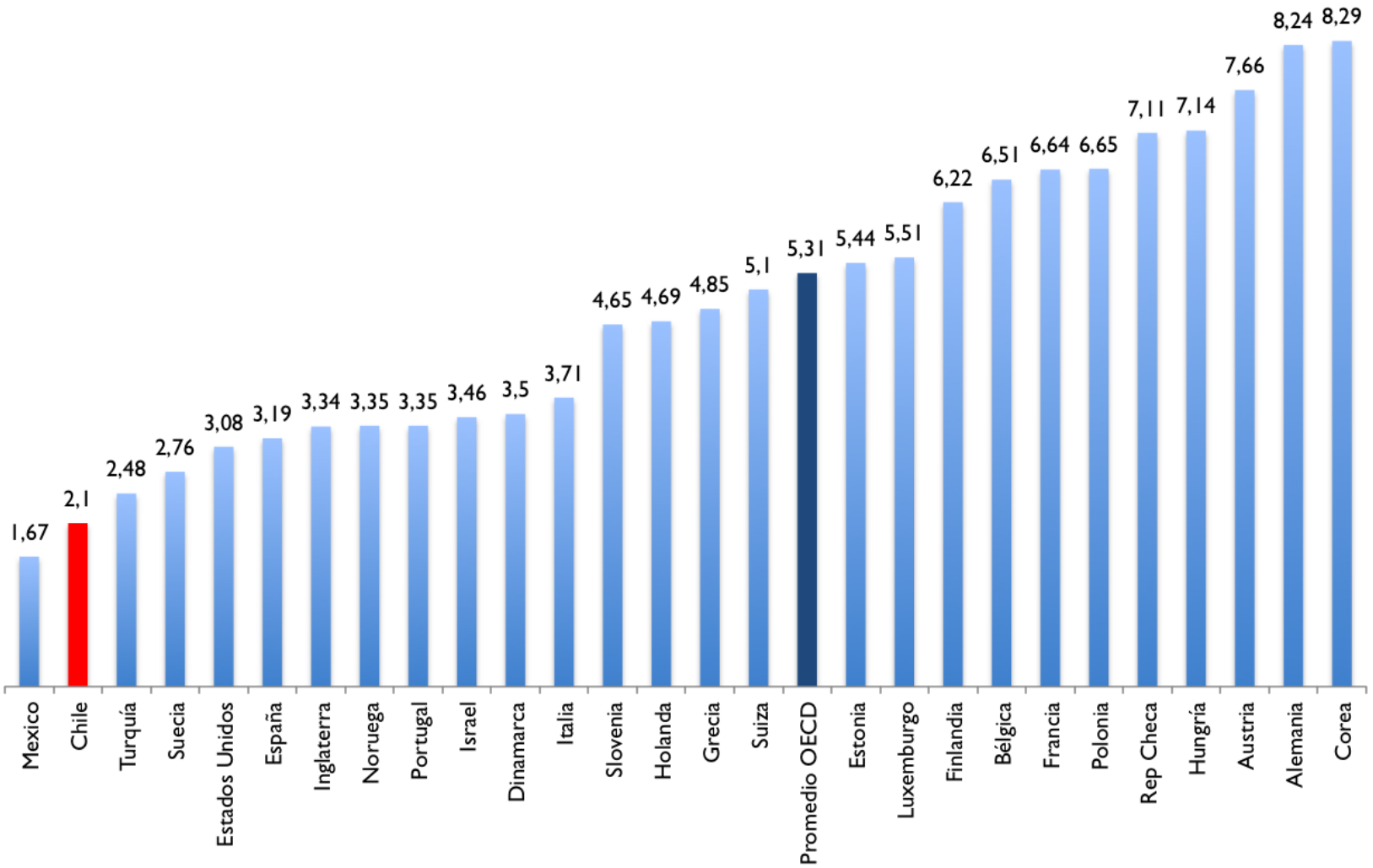
Determinantes de Costos

Factor	Smith et al 2002	Cutler 1995	Newhouse 1992	Promedio
Demografía	2	2	2	2
Cobertura seguros	10	13	10	10
Ingreso	11-18	5	<23	9
Precios	11-22	19	*	16
Gasto Administrativo	3-10	13	*	9
Judicialización	0	+	0	0
Tecnología	38-62	49	>65	54

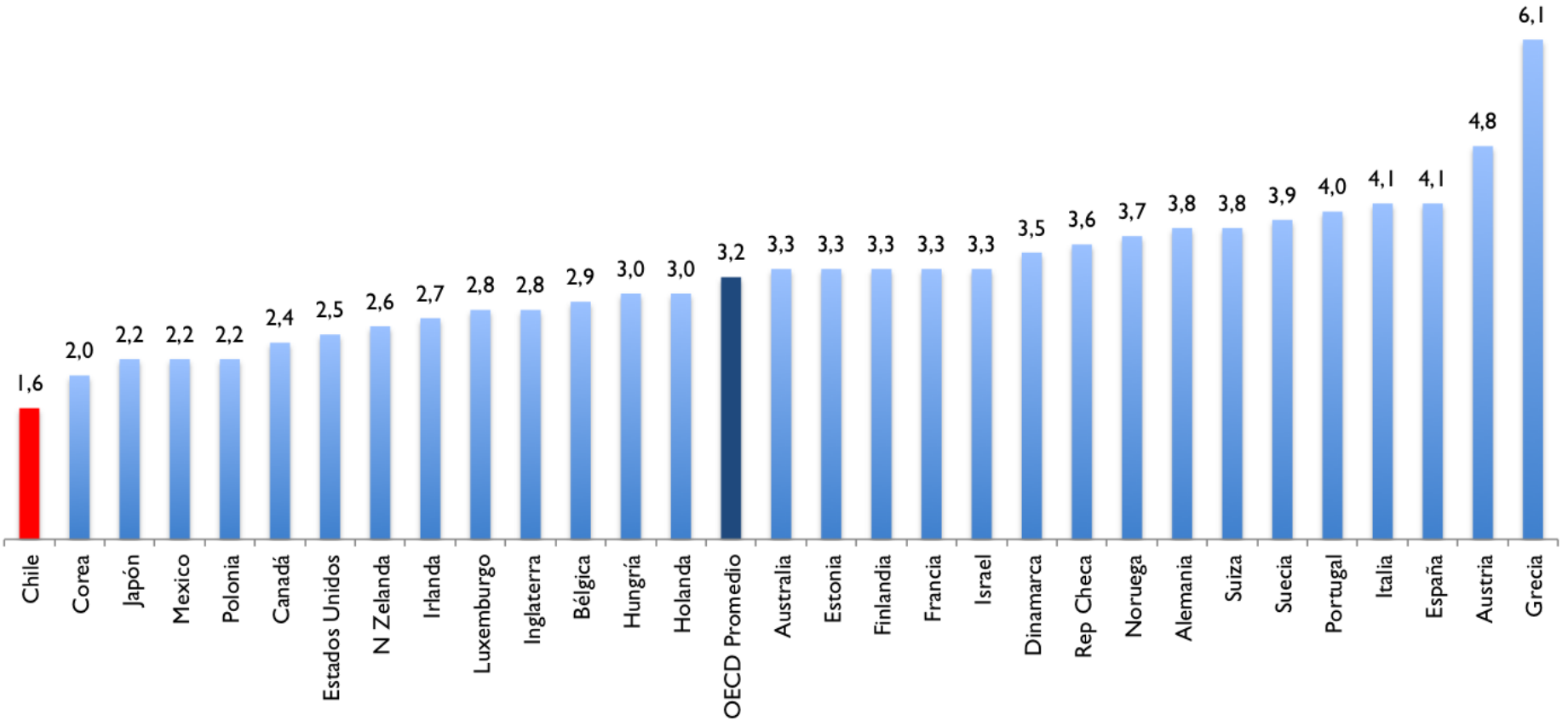
Variables Internas

- Falta definir derechos de propiedad.
- Déficit de infraestructura y equipamiento
- Falta control de gestión.
- Presupuestos rígidos.
- Falta de competencia.
- Multi-principales; multi-agentes, multi-objetivos.
- Captura de grupos de interés.

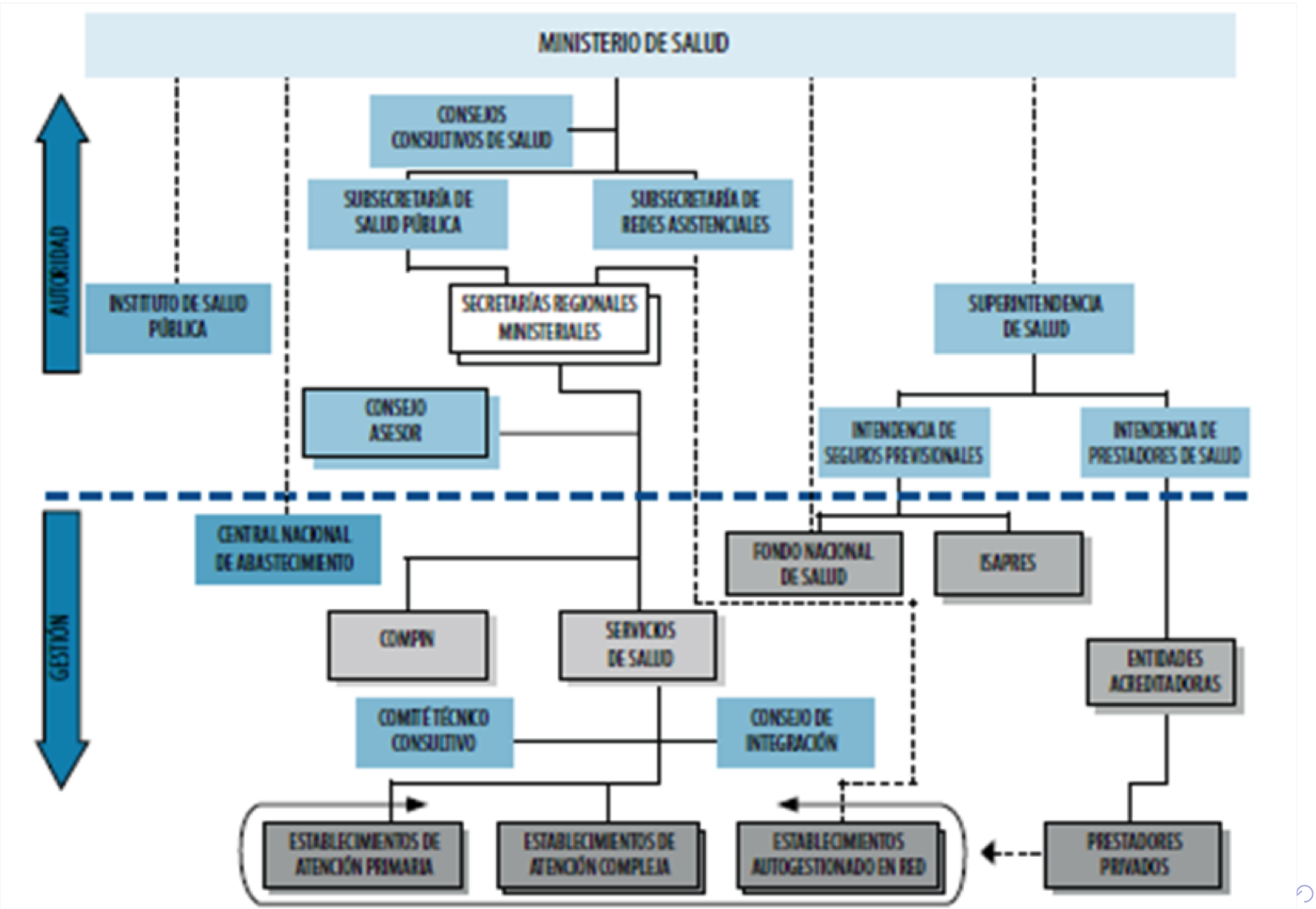
Camas por mil habitantes



Médicos por mil habitantes



Sistema de Salud



Agenda

1. Contexto
2. Medidas de Eficiencia
3. Evidencia Empírica
4. Determinantes Eficiencia Hospitalaria
5. Sistema de Gestión Hospitalaria
6. Algunas consideraciones al cierre

Qué entendemos por eficiencia?

- Medida de desempeño
- Identifica recursos que se usan para desarrollar outputs en salud
- Eficiencia considera tanto insumos como productos
- **Maximizar producto para un nivel dado de insumos**
- Minimizar insumos para un nivel dado de productos
- **Qué tipo de outputs en salud se deberían medir?**

DEA

- Frontera de producción usando programación lineal
- **Cada organización se compara con la frontera (benchmark) y se le asigna un score de eficiencia**
- Permite varios insumos y múltiples productos
- Se puede utilizar una orientación insumo o producto
- Score de eficiencia se usa como variable dependiente en análisis Tobit
- Case mix como variable independiente

Limitaciones DEA

- No supone error de medición
- Sensible al número de variables de insumos y productos
- Frontera de producción puede ser incompleta
- Medidas de eficiencia es relativa a las unidades de la muestra
- El uo del score de eficiencia en regresión quizás no cumple con los supuestos estadísticos

SFA

- Permite error de medición
- Estimación estadística de la función de producción o de costo
- Interés en los residuos
- Término del error se descompone en ruido aleatorio y medida de ineficiencia
- Costo es la variable dependiente
- Variables independientes: precios insumos, outputs, características prestador
- Se debe decidir si se usa el costo total o medio
- Se debe elegir la forma funcional
- Se debe asumir la distribución para el término de error.

Limitaciones SFA

- Varios insumos y productos en relación al número de observaciones
- Los resultados son sensibles a los supuestos de la forma funcional, descomposición del término de error y si es costo total o medio.

Agenda

1. Contexto
2. Medidas de Eficiencia
3. Evidencia Empírica
4. Determinantes Eficiencia Hospitalaria
5. Sistema de Gestión Hospitalaria
6. Algunas consideraciones al cierre

Benchmarking Internacional

- **Outputs**: expectativa de vida al nacer, mortalidad infantil, % de menores de 1 año vacunados con 3 dosis de DPT.
- **Inputs**: densidad de médicos y camas hospitalarias por 1000 habitantes y gasto percápita en salud.
- Se controla por factores externos: tasa de urbanización y nivel educacional.
- Aún cuando Chile es uno de los países más eficientes en la muestra, es posible mejorar:
  - Si Chile se ubica en la frontera eficiente, el **gasto percápita se reduciría en 31%** manteniendo constante expectativa de vida y tasa de sobrevida al nacer.
  - Los **resultados sanitarios se mejorarían en un 44%** manteniendo constante la intensidad de uso de insumos.

Benchmarking Hospitales Públicos

- **Castro (2004)**
  - Hospitales usan en promedio **30% a 94%** más recursos de los que se requiere para un cierto nivel de output.
  - Si los hospitales ineficientes funcionaran como sus pares más eficientes (benchmark) se obtendría **ahorro por MMUS$107**.
- **Bastias et al (2006)**
  - Implementación de prácticas eficientes ayuda a mejorar la gestión con ahorros de **MMUS$6.5** anual (ahorro en días cama por mejor gestión de DRG).

Benchmarking Hospitales Públicos

- **Barahona-Urbina (2011)**
  - Entre 1997 y 2006, sólo en 1997 cuatro regiones de Chile fueron eficientes.
  - Hospitales regionales deberían reducir sus inputs en promedio un 10% para situarse sobre la frontera eficiente.
- **Santelices et al (2013)**
  - Estancia media corregida por complejidad (-)
  - Egresos por enfermera y matrona (+)
  - Rendimiento herramienta de evaluación EAR (+).
  - Especialización (+).

Agenda

1. Contexto
2. Medidas de Eficiencia
3. Evidencia Empírica
4. Determinantes Eficiencia Hospitalaria
5. Sistema de Gestión Hospitalaria
6. Algunas consideraciones al cierre

Recursos Humanos

- **No se trata de cantidad sino de calidad**. Un exceso en la asignación de recursos humanos en los hospitales podría generar ineficiencias a nivel de gastos operacionales.
- **Importancia de manejar al personal y ajustar los roles y el skill-mix** para satisfacer las necesidades de los pacientes y reducir costos.
- Uso de incentivos financieros
  - herramienta que permitiría mejorar la eficiencia, incentivos para mejorar el desempeño y alinear beneficios y metas del personal de los hospitales con la práctica.

Eficiencia Organizacional

- Los hospitales debiesen competir por el mejor talento gerencial y atraer a ejecutivos capaces para incrementar la eficiencia operacional.
  - Enfasis en el mérito como criterio de selección.
  - Diseño de contratos que incentiven la participación de profesionales altamente calificados.
- Importancia del liderazgo y la cultura organizacional.
  - Reforzar la cultura entregándole al personal oportunidades significativas para mejorar el cuidado de los pacientes.

Manejo Eficiente de Recursos

- Identificar potenciales fuentes de ahorro por concepto de un manejo más eficiente de los recursos.
- Uso de los esquemas de pago a los hospitales como una herramienta para promover la eficiencia y mejorar el desempeño y la calidad de los servicios entregados.
- Estadías más cortas, uso de drogas genéricas, adopción de tecnologías costo-efectivas.
- Mejorar la atención primaria.

Procesos Operacionales

- Aumentar la actividad
- Reducir el número de camas, aumentar el número de camas ocupadas
- Maximizar el número de salas operacionales
- Aumentar la razón de casos por día
- Reducir la duración de la estadía
- Aumentar la productividad del personal
- Mejorar el uso de diagnósticos
- Usar drogas genéricas
- Mejorar el seguimiento de los pacientes externos
- Reducir el número de operaciones canceladas
- Reducir el número de personas que no asisten a las citas
- Estandarizar la obtención de suministros médicos y otros

Agenda

1. Contexto
2. Medidas de Eficiencia
3. Evidencia Empírica
4. Determinantes Eficiencia Hospitalaria
5. Sistema de Gestión Hospitalaria
6. Algunas consideraciones al cierre

Modelo Hospital Tradicional

- Gestión deficiente debido a diseño de incentivos incorrecto:
  - Financiamiento no depende de buenas prácticas de gestión.
  - Deficiente política de RRHH, a pesar de la implementación de la **SADP**.
    - **Lira (2013)** $\Rightarrow$directores de los servicios de salud provistos a través del **SADP** generaron mejoras en índices de gestión (días de estada promedio pacientes, rotación de pacientes, tasa de utilización de pabellones e índice de letalidad hospitalaria).
  - Falta competencia entre hospitales.
  - Caída en productividad.

Modelo Hospital Experimental

- Hospital Padre Hurtado (HPH), SSMSO
- Centro Referencial de Salud de Maipu (CRSM), Maipu, SSMC
- Centro Referencial de Salud Cordillera Oriente (CRSCO), SSMO
- Características:
  - Establecimientos nuevos (< 14) $\Rightarrow$ diseñados para mejorar modelo de gestión.
  - Modelo implementado gradualmente, con equipamiento nuevo.
  - Ubicados en áreas de alto crecimiento demográfico y con demanda por salud insatisfecha.
- Objetivos y Expectativas:
  - Una alternativa a modelo tradicional (DS 2763, 1979, SNSS).
  - Principal objetivo $\Rightarrow$ desregular restricciones RRHH y financieras.

Modelo Hospital Experimental

- Diferencias con Modelo Tradicional:
  - Descentralizado, autónomo e independiente.
  - Gestión financiera es independiente del Gobierno Central.
  - RRHH: mayor flexibilidad, mejores incentivos, cambia modelo carrera funcionaria.
  - Participación Sociedad Civil y control social a través de Consejo Consultivo.
  - Libertad para elegir Gobierno Corporativo.
  - Externalización de cualquier servicio.
  - Promueve mecanismo de pagos que garanticen servicios de salud integrales y vinculados a diagnósticos y costo de capital.
  - Evaluación de Ministerio de Salud y auditoría externa (clínica y administraiva)

Modelo Hospital Experimental

- Evaluación Externa:
  - Usando Metodología DIPRES (Evaluación Comprensiva del Gasto, 2007-2010)
  - Mejor desempeño que muestra de control.
  - Desempeño superior en capacidad productiva en servicio de salud incluyendo modelos innovativos y eficientes, flexibilidad y mejor uso de recursos financieros y humanos.
  - Fuerte relación con red de atención primaria.
  - Se deben resolver algunos temas: RRHH y gestión financiera.
  - Se puede replicar a EAR.

Modelo EAR

- Director Hospital toma decisiones con mayor autonomía en recursos financieros y humanos.
- Decisiones de compra independiente: insumos, equipos y contratos con sector privado.
- Antes todo lo anterior dependía del los 27 SdS.
- EAR son evaluados por Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Experiencia Internacional

	Manejar activamente la demanda por servicios de salud (50%)	Asegurar calidad y acceso de la provisión de servicios de salud (50%)
Ministerio/Sistema (40%)	• Prevenir enfermedades con tratamiento de alto costo. • Sensibilizar a la población respecto de la necesidad de hacer uso eficiente de los servicios de salud.	• Crear modelos de pago por desempeño para promover aumento de productividad (hospitales y médicos)
Región/SdS (20%)	• Crear sistemas para asegurar que el paciente visite el lugar de cuidado apropiado ✓ Comportamiento del paciente. ✓ Comportamiento de profesionales de salud.	• Continuar con la especialización de hospitales para servicios específicos. • Gestión del desempeño a nivel regional. • Seguimiento al desempeño de hospitales.
Hospital (40%)	• Gestionar las tasas de admisión en salas de urgencias. • Mejorar el manejo de los niveles de cuidado requeridos. • Trabajar con familiares, pacientes y médicos para reducir las tasas de re-admisión.	• Crear el modelo operacional que elimina el desperdicio y asegura el buen uso de recursos. • Gestión del desempeño a nivel de hospital e individual.

Buenas Prácticas en Gestión Hospitalaria

Sótero del Río	Barros Luco	San Juan de Dios
• Gestión de camas ✓ Gestor de camas central para todo el hospital ✓ Desarrollo de software que permite visibilidad del estado de los pacientes a través del hospital • Flexibilidad del recurso físico ✓ 15% de los pabellones están parcialmente dedicados con posibilidad de cambios según necesidades. ✓ 20% de las camas en salas se utilizan para varios servicios • Hospitalización domiciliaria ✓ Pacientes se quedan en su casa y un equipo médico se desplaza allí para atenderlos	• Gestión de camas ✓ Reunión diaria de camas para agilizar el flujo de pacientes en el hospital. • Imagenología ✓ Utilización alta de la capacidad con procesos eficientes. • Pabellones ✓ Uso de la programación en bloque para manejo de tablas. ✓ Primera cirugia del día comienza a tiempo sin muchas demoras.	• Gestión de calidad ✓ Dirección ha priorizado calidad como objetivo crítico. ✓ Existen métricas y objetivos claros en pabellones. ✓ Claro compromiso de los empleados en su responsabilidad individual para alcanzar metas • Urgencias ✓ Software para visualización y seguimiento de pacientes ✓ Categorización de pacientes. ✓ Flujos, protocolos y prioridades según categoría. • Pabellones ✓ Aislamiento de pabellón entre pacientes de 15 minutos.

Indicadores de Desempeño

Categoría	Indicador	Valor observado	Benchmark
Cirugía	Utilización pabellón vs capacidad con personal (%)	32	80
	Utilización pabellón vs capacidad física (%)	19	60
	Cancelaciones (%)	10	<2
	Demora para el primer caso (minutos)	60	<5
	Tiempo entre pacientes (minutos)	45	<20
Urgencia y Hospitalización	Tiempo de estada en urgencia (horas)	12	2
	Tiempo de ingreso de ambulancia (minutos)	60-120	<20
	Tiempo entre triage y cama de urgencia (horas)	4	<1
	Tiempo entre decisión de admisión y cama de hospitalización (horas	24-48	<1
	Tiempo de estadía en exceso en cama básica (días)	1.5-2.0	0
	Altas ante de las 11am (%)	5	75
	Altas antes de las 2pm (%)	50	90
Imagenología	Utilización de scanners (%)	60-80	>80
	Utilización de resonancia magnética (%)	60-80	80
	Lista de espera urgente para scanners o resonancia (días)	6	1
	Lista de espera no urgente para scanners o resonancia (días)	>180	7-14
Dotación	Ratio médico/enfermera en urgencia	1:1	1:3
	Ratio enfermera/paciente UPC	1:3-1:6	1:3
	Ratio enfermera a paciente - básica	1:15	1:6 – 1:8

Caso de Exito: Hospital Naval

- Aspectos Positivos:
  - 30% a 40% de mayor producción clínica con igual presupuesto.
  - Disminución de estadía media desde 6,7 días a 5,8 días.
  - Más de 500 MM$ de superavit en ejercicio contable trimestral.
  - Prima la gestión clínica sobre la producción clínica.
- Aspectos Negativos:
  - Proceso de gestión del cambio ha generado la renuncia de algunos Jefes y/o directivos que no logran adaptarse al cambio.
  - Roces entre los grupos clínicos de la "vieja guardia" con los grupos clínicos que adoptan en forma inmediata los nuevos sistemas de control de gestión clínica.

Agenda

1. Contexto
2. Medidas de Eficiencia
3. Evidencia Empírica
4. Determinantes Eficiencia Hospitalaria
5. Sistema de Gestión Hospitalaria
6. Algunas consideraciones al cierre

Algunas consideraciones al cierre

- **Determinantes clave de la eficiencia hospitalaria: recursos humanos, manejo de recursos y ahorro de costos, eficiencia administrativa y procesos operacionales.**
- Limitaciones para generalizar los resultados, en la medida que hay una gran variabilidad entre hospitales y entre países.
- Mejorar eficiencia dependerá no sólo del contexto en el cual el hospital está inserto, sino además de las condiciones iniciales de la institución.
- Elaborar políticas y adoptar prácticas basadas en evidencia empírica.