

MEDICIÓN DEL GASTO ASOCIADO A HOSPITALIZACIONES POR AFECCIONES SENSIBLES A LA ATENCIÓN AMBULATORIA EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD DESDE EL 2015 AL 2020 EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO DE CHILE

MEDICIÓN DEL GASTO



ING. FABIÁN NORAMBUENA CONTRERAS
DR. MARÍO CRUZ PEÑATE
DR. EDGAR GALLO MONTOYA
ECO. CLAUDIA PESCKETTO VILLOUTA
DRA. GISELA ALARCÓN ROJAS

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas



INSTITUTO
DE ECONOMÍA,
GESTIÓN Y SALUD
EQUIDAD, SOLIDARIDAD, INNOVACIÓN

Medición del gasto asociado a hospitalizaciones por afecciones sensibles a la atención ambulatoria en el nivel primario de salud desde el 2015 al 2020 en el Sistema de Salud Público de Chile

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



**INSTITUTO
DE ECONOMÍA,
GESTIÓN Y SALUD**
EQUIDAD, SOLIDARIDAD, INNOVACIÓN

Agosto 2023

INVESTIGADORES

Fabián Norambuena Contreras. Economista de la Salud ©. Presidente Instituto de Economía Gestión y Salud - Idegys.

Dr. Mario Cruz Peñate. Asesor Organización Panamericana y Mundial de la Salud, Chile.

REVISIONES Y COMENTARIOS

Dr. Edgar Gallo Montoya. Organización Panamericana y Mundial de la Salud, Colombia.

Claudia Pescetto Villouta. Economista. Organización Panamericana y Mundial de la Salud, Washington.

Dr. Gisela Alarcón Rojas. Organización Panamericana y Mundial de la Salud, Washington.

Dra. Lidia Campodónico Galdames. Directora Departamento de Atención Primaria de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Pamela Herrera González . Nutricionista. Directora Instituto de Economía Gestión y Salud - Idegys.

AGRADECIMIENTOS

El estudio “Medición del gasto asociado a hospitalizaciones por afecciones sensibles a la atención ambulatoria en el nivel primario de salud desde el 2015 al 2020 en el Sistema de Salud Público de Chile”, bajo la dirección de Fabián Norambuena Contreras y del Dr. Mario Cruz Peñate, recogen los distintos aportes realizados desde profesionales de la economía de la salud, como Rafael Urriola docente Idegys; Patricio Lagos docente Idegys, Ismael Aguilera del Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud del Chile; Claudia Pescetto, Dr. Edgar Gallo, y Dra. Gisela Alarcón, como parte de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud.

Dentro de esta nota, se destacan los aportes de la Dra. Lidia Campodónico, directora del Departamento de Atención Primaria de la Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Pamela Herrera, directora del Instituto de Economía Gestión y Salud – Idegys, y del Dr. Carlos Guerrero, médico de familia y coordinador del Instituto de Economía Gestión y Salud - Idegys.

Contenido

ANTECEDENTES	1
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA	5
I. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE	6
I.1 Organización del sistema de salud en Chile	6
I.2 Esquemas de financiamiento	8
I.3 Cobertura de establecimientos hospitalarios y del nivel primario de atención de Salud del SNSS	10
II. CAUSA DE EGRESOS Y ESTANCIAS PARA LA RED HOSPITALARIA EN CHILE SEGÚN CIE – 10	13
II.1 Causa de egresos para la red hospitalaria en Chile según CIE – 10	13
II.2 Días de estancia según categoría CIE-10 en Chile	14
III. HOSPITALIZACIONES EVITABLES (O CONDICIONES DE SALUD SUSCEPTIBLES DE CUIDADO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN).....	15
III.1 Condiciones de salud susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención (Hospitalizaciones evitables)..	15
III.2 Indicador de condiciones de salud susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención.....	16
IV. RESULTADOS EGRESOS Y ESTANCIAS POR HOSPITALIZACIONES EVITABLES	18
IV.1 Egresos por hospitalizaciones evitables	18
IV.2 Estancias por hospitalizaciones evitables.....	19
IV.3 Resultado de Indicador de hospitalizaciones evitables para el periodo 2015 a 2020	20
V. EGRESOS HOSPITALARIOS Y DÍAS DE ESTANCIA EVITABLES POR GRUPOS OPS/OMS SEGÚN TRAMOS ETARIOS.....	22
V.1 Egresos hospitalarios evitables por grupos OPS/OMS según tramos etarios	22
V.2 Días de estancias evitables por grupos OPS/OMS según tramos etarios	23
VI. GASTOS EVITABLES O INNECESARIOS EN SALUD.....	25
VI.1. Estimación del gasto innecesario en salud por hospitalizaciones evitables.....	25
VI.1.1 Análisis del gasto innecesario hospitalizaciones evitables según días de estancia por grupo de análisis OPS/OMS	27
VI.1.2 Gasto innecesario por hospitalizaciones evitables según grupo OPS/OMS y el gasto en el primer nivel de atención de Salud en Chile	31
VI.1.3 Beneficio económico estimado de cumplir metas de reducción de días de estancia por hospitalizaciones evitables con criterio OPS/OMS	33
CONCLUSIONES	35

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....37

ANEXOS.....39

Anexo 1: Comparación de complejidad hospitalaria mediante la construcción de clúster utilizando grupos relacionados de diagnóstico (GRD).....	39
Anexo 2: Comparación de egresos totales por categoría CIE-10 para el periodo 2015 - 2020, Chile	42
Anexo 3: Comparación de estadías totales por categoría CIE-10 para el periodo 2015 - 2020, Chile.....	43
Anexo 4: Gasto por días estancias evitables por grupo OPS/OMS entre el 2015 y el 2020, con valor promedio anual DCO en dólares.....	9
Anexo 5: Gasto por días estancias evitables por grupo OPS/OMS y tramos etarios entre el 2015 y el 2020, con valor promedio anual DCO en dólares.....	10
Anexo 6: Pesos relativos de complejidad hospitalaria para hospital del SNSS Chile	11

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Índice de Figuras

Figura 1: Estructura Actual del Sistema de Salud en Chile	6
Figura 2: Dotación de camas entre el año 2015 al 2020 para los establecimientos hospitalarios del SNSS	10
Figura 3: Distribución por complejidad DEIS de dotación de camas entre el año 2015 al 2020 para los establecimientos hospitalarios del SNSS	11
Figura 4: Proporción de egresos por hospitalizaciones evitables.....	17
Figura 5: Proporción de días de estancias hospitalarias por hospitalizaciones evitables	17
Figura 6: Egresos por hospitalizaciones evitables según grupo OPS/OMS, Chile 2015 – 2020	18
Figura 7: Comparación de días de estada por grupo de análisis OPS/OMS, Chile 2015 – 2020.....	19
Figura 8: Evolución del valor DCO promedio en pesos chilenos	26
Figura 9: Comparación porcentual de evolución del valor DCO promedio en pesos chilenos con respecto al año anterior	27
Figura 10: Gasto total por días estancias según categorización CIE- 10 entre el 2015 y el 2020, con valor promedio anual DCO en dólares	28
Figura 11: Gasto por días estancia por hospitalizaciones evitables entre el 2015 y el 2020, con valor promedio anual DCO en dólares.....	29
Figura 12: Red de Atención Primaria de la Salud	31
Figura 13: Gasto Atención Primaria del SNSS y Municipal en salud. Y gasto en APS como porcentaje del gasto total en salud en millones de pesos 2020. Chile 2010– 2020	32
Figura 14: Gasto nivel primario como porcentaje de inversión del gasto nacional en salud versus el gasto innecesario en dólares para los años 2015 a 2020 en Chile	33
Figura 15: Aplicación del criterio de asignación de clúster hospitalario por complejidad mediante el uso de GRD para hospitales en Chile	40

Índice de Tablas

Tabla 1: Distribución de Establecimientos Públicos De Salud vigentes por tipo y pertenencia al SNSS al 28 de enero 2022	7
Tabla 2: Distribución de la población según situación de afiliación al sistema previsional de salud por tramo de edad. Chile 2020	9
Tabla 3: Día cama disponible por nivel de complejidad DEIS entre los años 2015 a 2020	11
Tabla 4: Comparación de egresos totales por categoría CIE-10 para el periodo 2015 - 2020, Chile	13
Tabla 5: Comparación de días de estada para todos los egresos por categoría CIE-10 para el periodo 2015 - 2020, Chile	14
Tabla 6: Definición de grupos OPS/OMS para hospitalizaciones evitables por códigos CIE-10.	16
Tabla 7: Comparación de egresos por hospitalizaciones evitables por grupo de análisis y metas OPS/OMS	20
Tabla 8: Comparación de días de estancia por hospitalizaciones evitables y metas OPS/OMS	21
Tabla 9: Incidencia porcentual de tramos etarios por egresos evitables y años	22
Tabla 10: Incidencia porcentual de tramos etarios por días de estancias evitables y años	24
Tabla 11: Tasa de cambio del DCO promedio a dólares	26
Tabla 12: Gasto innecesario por días de estada y tramos etarios por año en dólares.....	29
Tabla 13: Relación del gasto innecesario según grupo OPS/OMS y el gasto total por estancias en dólares	30
Tabla 14: Beneficio económico estimado de cumplir metas de reducción de días de estancia por hospitalizaciones evitables con criterio OPS/OMS	34

ANTECEDENTES

La eficiencia en la asignación de recursos en los sistemas de atención en salud es un desafío constante y de gran interés para tomadores de decisiones en políticas nacionales, regionales, y locales. Esencialmente, porque los cambios epidemiológicos, tecnológicos, migratorios, sobre las expectativas de vida, calidad de la atención, culturales de los usuarios, sus familias y comunidades, necesitan ser atendidos en términos de equidad, eficiencia y bienestar.

Para transitar a un sistema de salud basado en eficiencia con equidad, y la incorporación de elementos de bienestar, conocer el gasto asociado a las atenciones susceptibles de cuidado en el nivel primario de salud (o del gasto innecesario en salud), permite evaluar el uso de los recursos tanto en los sistemas hospitalarios como en el nivel de Atención Primaria de Salud (APS). Asimismo, facilita información clave para ayudar a construir sistemas de salud más resilientes.

Para Latinoamérica y también Chile, la segmentación y fragmentación de los sistemas de atención complejiza la tarea de determinar el gasto innecesario¹ en salud, así como el desempeño² de los distintos niveles de servicios de atención, su complejidad, el nivel de integración de la red de atención de salud, su cobertura, y acceso a cuidados integrales e integrados.

Al respecto, la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS), dentro de su planificación estratégica 2014 a 2019, recomienda el uso del indicador de afecciones sensibles al cuidado ambulatorio en el nivel primario de atención (ACSC) u hospitalizaciones evitables. Este indicador, permite medir la productividad hospitalaria sistematizada y categorizada en grupos de patologías CIE-10; y en paralelo, es utilizado para medir de forma indirecta el nivel de resolutivez e integralidad de la APS, mediante un grupo de 20 causas OPS/OMS asociadas a patologías CIE-10, que deberían ser capaces de resolverse en el nivel primario de atención en salud (u evitables en el nivel hospitalario).

Actualmente se cuenta con acuerdos de cooperación institucionales, cuyo marco permite avanzar en trabajos de actualización y generación de estudios, para conocer el desempeño de los programas y estrategias de salud, el acceso a atenciones y su cobertura. Un aporte importante de la información actual es contar con la cantidad de días de hospitalización según categoría CIE-10 y su valor económico, lo que se traduce en la medición del gasto incurrido en la atención hospitalaria, y el gasto innecesario generado cuando la APS no es capaz de resolver los requerimientos de salud de las poblaciones.

¹ El concepto de gasto innecesario es altamente desarrollado por la OCDE. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Tackling-Wasteful-Spending-on-Health-Highlights-revised.pdf>

² (capacidad de cumplir los objetivos definidos sobre los sistemas de salud en términos de sistemas y resultado de salud, Outcome)

RESUMEN

En Chile, la inversión en el primer nivel de atención como porcentaje del gasto total para el año 2015 en el sector público, fue de un 23,90%, donde se generó un gasto por atenciones susceptibles de cuidado en el nivel primario de atención (o gasto innecesario) de 364.364.604 USD; para el año 2016, el gasto innecesario fue de 352.041.021 USD, con una inversión del 21,70% en APS, mientras que, para los años 2017, 2018, 2019, la inversión en el primer nivel de atención fue de un 21,50%; 20,40%; 22,10%, respectivamente, donde el gasto innecesario para estos años fueron 397.123.814 USD (año 2017), 440.306.857 USD (año 2018), 390.102.338 USD (año 2019), en año 2020, el porcentaje de inversión en el nivel primario de atención fue de un 22,60%, que coincide con un gasto innecesario de 396.225.875 USD para el mismo año. Lo que significa que “cuanto menos se invierte en el nivel primario de atención, es cuando más se generan egresos y días de estancias susceptibles de cuidado en el nivel primario u hospitalizaciones evitables en el sistema público de salud en Chile”, dicho de otra forma, “cuanto menos se invierte en el nivel primario de atención, es cuando más ineficiente es el sistema público de salud”.

En perspectiva, la inversión en el nivel primario de salud como porcentaje del gasto nacional en salud, tiene efectos en el mismo año de inversión y en el siguiente año, esto quiere decir, por ejemplo, que cuándo se realizó una inversión del 23,90% en el 2015, los años con menor gasto innecesario fueron los años 2015 y 2016. En ese sentido, se destaca dentro de las conclusiones que “cuándo la inversión disminuyó a un 21,70%, la curva de gasto innecesario en el año 2016 comienza a aumentar y se consolida en el año 2017; luego, para el año 2017 la inversión en el nivel primario vuelve a disminuir a un 21,50%, tendiendo al mismo comportamiento hacia el año 2018. Durante el año 2019, la inversión aumenta a un 22,10% y la curva de gasto innecesario se posiciona como el tercer año con menos gasto innecesario, para finalizar el año 2020 con un aumento al 22,60% de inversión en el nivel primario de salud, y dejando al año 2020, como el cuarto gasto innecesario más bajo”.

En relación con el indicador de hospitalizaciones evitables, que utiliza la cantidad de egresos y días de estancia innecesarias definidas en 20 causas OPS/OMS, y su incidencia en los egresos y estancias totales en el sistema de salud público, entre los años 2015 a 2019, Chile, logra mantener el indicador de hospitalizaciones evitables bajo un 19%, cumpliendo la recomendación en la “Planificación Estratégica 2014 a 2019 de la Organización Panamericana de la Salud”. Sin embargo, no logra reducir en un 10% los egresos y días de estancias evitables año a año desde el 2015 al 2020, lo que significa en términos económicos, un gasto innecesario acumulado durante seis años de 204.706.896 USD.

Sobre el resultado de tramos etarios, la mayor carga de egresos evitables determinados en el estudio, están representados en la población entre 0 a 4 años, con un promedio total de 15,21% (año 2015 al año 2020). Seguido por el tramo etario entre 50 a 79 años, con un promedio de egresos evitables igual a 11.591 días. Para estos mismos grupos etarios, el promedio de gasto innecesario para el tramo de 0 a 4 años de edad es de 36.722.085 USD, con 118.084 días promedio. Los años con mayor carga de gasto innecesario son el año 2017 con 40.466.707 USD, y el año 2018 con 47.841.871 USD. Para las personas entre 50 a 79 años, el promedio de estancias evitables es de 111.187 días, mientras que el promedio de gasto innecesario es de 35.247.072 USD. Con respecto a los años con más carga de gasto innecesario, son el año 2017 con 35.615.192 USD, el año 2018 con 39.170.744 USD, y el año 2020 con 37.749.402 USD.

Ergo, un sistema más eficiente en salud tiene una correlación y causalidad con el porcentaje de inversión en el nivel primario de salud sobre el gasto nacional de salud. Se consideraría que a lo menos sobre un 23,90%, sería el mínimo porcentaje de inversión en el nivel primario de salud, valor porcentual de inversión correspondiente al

año 2015, donde se tuvo el segundo gasto innecesario más bajo entre los años 2015 a 2020, y que afecta positivamente en la reducción del gasto innecesario del 2016, siendo este el último año con menor carga de gasto innecesario. Lo que va en consonancia con el “Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal” propuesto por la OPS/OMS, que menciona que el pacto es “un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del producto interno bruto, e invertir al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención”.

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS), dentro de su trabajo “Planificación estratégica 2014 a 2019”, pone a disposición un compendio de Indicadores del Impacto y Resultados Intermedios, que busca entregar herramientas y, un enfoque transversal para el monitoreo de la planificación estratégica y la generación de informes.

Al respecto, la OPS/OMS, realiza el monitoreo de las evaluaciones correspondientes de impacto y resultados intermedios contenido en el compendio de indicadores, y de igual forma, procesa información necesaria para actualizar de manera oportuna indicadores clave. En ese marco, el indicador de hospitalizaciones evitable o susceptibles de atención en el primer nivel de atención, es el eje central de este estudio.

El trabajo actualiza y compara en un horizonte de seis años (desde el 2015 al 2020) el indicador de hospitalizaciones evitables. El indicador es usado inicialmente para medir el nivel de producción hospitalaria, y de manera indirecta sobre el nivel de resolutivez y integralidad del primer nivel de atención, y también de su desempeño económico. Su medición, se ha ido aplicando en países como Chile, Costa Rica, Argentina, Paraguay, Uruguay, Perú, México, y otros de Latinoamérica y el mundo.

Sin embargo, la posibilidad de contar con mayor y mejor información con respecto a la inversión en el nivel primario de atención en salud permitió que el estudio responda a preguntas, tales como: ¿Cuál es el efecto sobre el gasto innecesario en salud, según la relación de inversión sobre el nivel primario de salud como porcentaje del gasto nacional salud? O ¿Cuál debería ser la inversión mínima en el nivel primario de salud como porcentaje del gasto nacional de salud para minimizar el gasto innecesario? Entre otras.

En el actual contexto, responder a preguntas sobre los niveles de inversión en el nivel primario de salud, están en sintonía con el “Pacto 30•30•30: APS para la Salud Universal”, que busca “eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del producto interno bruto, e invertir al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención” (OPS/OMS).

Además, el indicador de hospitalizaciones evitables puede ser robustecido al desagregar por tramos etarios la incidencia de las patologías mediante una categorización CIE-10, considerando egresos y días de estada, y determinando el gasto innecesario asociado.

Con este tipo de información, los tomadores de decisiones de políticas públicas a nivel ministerial, de Servicios de Salud a lo largo de Chile, de la Red de Atención Primaria Nacional, de encargados de la planificación y diseño de los servicios de atención, de las políticas de aprovisionamiento y asignación de recursos según los actuales esquemas de financiamiento en salud, podrían utilizar esta metodología como insumo para el rediseño de un sistema de atención que se encamina a ser universal, con el fin de mejorar la calidad de la atención, resolutivez del primer nivel de atención, eficiencia del gasto, asignación adecuada de los recursos, y coadyuvar a un sistema de salud equitativo y solidario, donde el centro del sistema sea el nivel primario de atención y el bienestar de personas, familias y comunidades.

METODOLOGÍA

Para la instancia inicial del estudio, se caracteriza la estructura del Sistema de Salud de Chile, describiendo la red de atención en términos de organización y distribución de los establecimientos de atención pública, con el esquema de financiamiento existente, y la cobertura en términos de cantidad de camas disponibles por nivel de complejidad.

En una segunda parte se estiman los egresos y días de estancia hospitalaria según clasificación CIE -10, con información DEIS, con el objetivo de sistematizar la información, para abordar en una tercera parte las hospitalizaciones evitables según grupos definidos por patologías CIE – 10 por la OPS/OMS.

Para la cuarta parte del estudio, se establece la carga de hospitalizaciones evitables según indicador OPS/OMS, en términos de egresos hospitalarios y días de estancia, y se analiza el avance de las metas propuestas por la OPS/OMS, con respecto a la reducción del 10% de los egresos por hospitalizaciones evitables.

Finalmente, mediante la utilización del costo promedio del día cama ocupado (DCO) en dólares, en conjunto con los días de estancia por hospitalizaciones evitables, se determina el gasto innecesario entre los años 2015 a 2020, y una segmentación etaria para cada año según grupos definidos por patologías CIE – 10 por la OPS/OMS, y se establece una medición del gasto innecesario al reducir en un 10% de forma anual los días de estancia por hospitalizaciones evitables. Lo que, permite establecer una relación entre el gasto en APS como porcentaje del gasto nacional en salud y el gasto innecesario producido en el sistema público de Chile.

I. CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

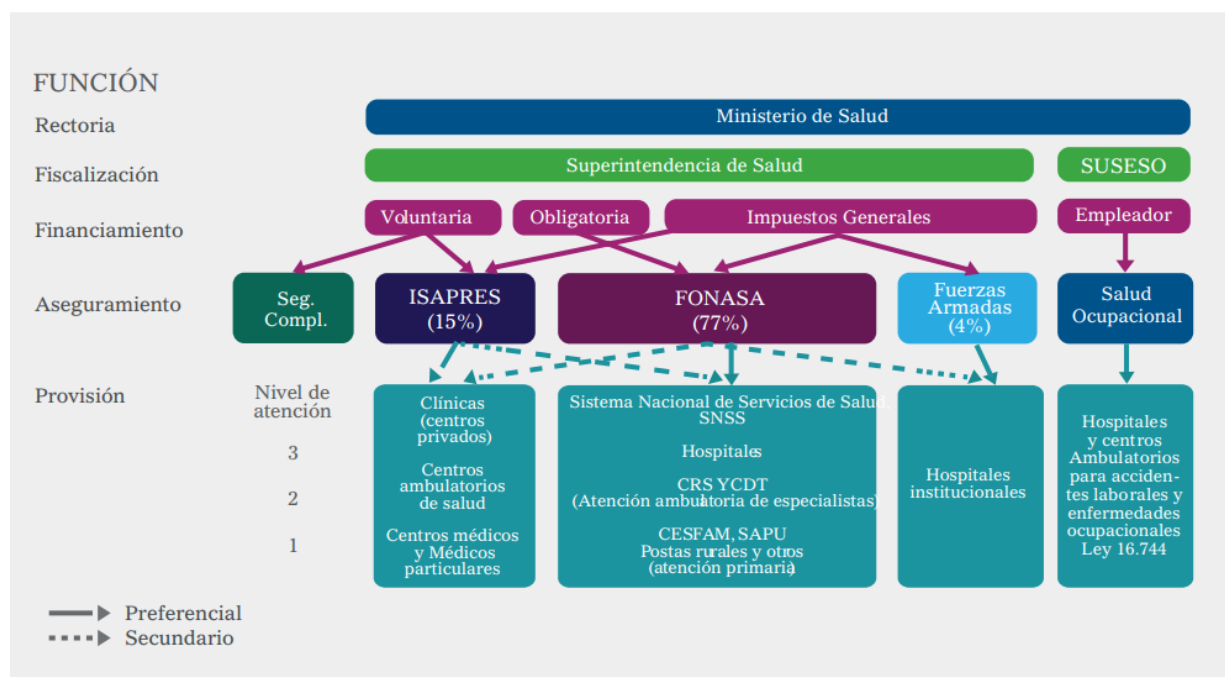
I.1 Organización del sistema de salud en Chile

Actualmente el sistema de salud de Chile se constituye como un sistema fragmentado y segmentado, que atiende desde un sistema público de salud, un sistema privado, y un sistema semicerrado como es el de fuerzas armadas.

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), es el principal ente rector. Existen tres tipos fuentes de financiamiento centrales, una de tipo voluntaria, otra de tipo obligatoria, y finalmente la recaudación por impuestos. Estos fondos se reparten entre Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), las Fuerzas Armadas, y seguros complementarios.

Con respecto al sistema de Atención de Salud, este contempla tres niveles de atención. Centros de Salud Familiar (CESFAM), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), servicios de atención de urgencia de alta resolutivez en primer nivel de atención (SAR), CECOSF (centros comunitarios de salud familiar), y otros dispositivos de menor nivel de complejidad en atención primaria; en un nivel secundario, se encuentran los Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centro de Referencia de Salud (CRS); y a nivel terciario, se encuentran clínicas privadas, y hospitales públicos, pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), Incluidos los institutos de alta complejidad de referencia nacional.

Figura 1: Estructura Actual del Sistema de Salud en Chile



Fuente: PROPUESTAS PARA UNA REFORMA INTEGRAL AL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Colegio Médico de Chile A.G.

Las funciones de coordinación, articulación, y gestión de la red asistencia del SNSS, hospitales y del nivel primario de atención, son realizadas por los Servicios de Salud. En el caso de las relaciones con instituciones privadas de salud, los Servicios de Salud y FONASA pueden realizar convenios para asegurar el cuidado de la población. Actualmente, existen 29 Servicios de Salud, encargados de atender a 346 comunas, distribuidas en todo el país.

Para enero del 2022, entre el sector público y sector privado, se cuenta con un total de 4.118 establecimientos de salud, entre Hospitales, Clínicas, Centros oftalmológicos, Centros de Salud Familiar, entre otros. Es importante, considerar que existen 36 dispositivos de salud, incorporados por la crisis sanitaria del SARS-CoV-2.

El 70% de los establecimientos del sistema de atención pertenecen al SNSS; el 30% restante es de tipo privado, donde destacan la mayor cantidad de laboratorios clínicos, y Clínicas Dentales.

Tabla 1: Distribución de Establecimientos Públicos De Salud vigentes por tipo y pertenencia al SNSS al 28 de enero 2022

Tipo Establecimiento	No Perteneciente	Perteneciente	Total
Posta de Salud Rural (PSR)		1.125	1.125
Centro de Salud Familiar (CESFAM)		593	593
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)		282	282
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)		240	240
Servicio de Urgencia Rural (SUR)		149	149
Hospital	33	196	229
Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)		90	90
Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)		81	81
Clínica Dental Móvil		36	36
Dispositivo Incorporado por Crisis Sanitaria		15	15
Consultorio General Rural (CGR)		14	14
Centro de Referencia de Salud (CRS)		12	12
Consultorio de Diagnóstico y Tratamiento (CDT)		9	9
Clínica Dental	81	6	85
Centros Exclusivos de Atención Respiratoria (CEAR)		5	5
Laboratorio Clínico	309	5	314
Centro de Salud Mental		4	4
Hospital de Día		3	3
Puesto de Atención Médica Especializado (PAME) Incorporado por Crisis Sanitaria		3	3
Centro de Tratamiento de Adicciones		2	2

Unidad de Procedimientos Móvil		2	2
Centro Comunitario para personas con Demencia		4	4
Centro de Diagnóstico y Tratamiento	1	1	2
Centro de Regulación Médica de las Urgencias (SAMU)		1	1
Centro de Rehabilitación		1	1
Hospital Digital		1	1
Centro Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)	5		5
Centro de Diálisis	80		80
Centro de Salud Privado	440		440
Centro Médico y Dental	56		56
Clínica	152		152
Clínica Oftalmológica	1		1
Vacunatorio	82		82
Total	1.240	2.880	4.118
Distribución	30%	70%	100%

Fuente: Establecimientos. Chile. Deis 2022

I.2 Esquemas de financiamiento

En este estudio, definiremos a los esquemas de financiamiento, como los procesos de recaudación, asignación y distribución de los recursos. Con esto, se busca facilitar el análisis del impacto financiero de las hospitalizaciones evitables.

De forma obligatoria los trabajadores deben imponer el 7% de la remuneración imponible³, que van al Fonasa, o a una ISAPRE de manera voluntaria según lo decida el trabajador. En caso de que la ISAPRE exija un valor superior al 7% de la remuneración imponible para mejorar el plan en cuanto a cobertura de riesgos, el trabajador debe pagar la diferencia directamente de su bolsillo. Además, en caso de mayor capacidad de pago, el trabajador puede complementar con un seguro privado. El tope máximo imponible del 7% es de 81,6 UF.

En términos de distribución de la población con respecto al sistema de previsión social al 2020 (tabla 2), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), cubre un total de 76,5%, correspondiente a 14.961.404 afiliados; las Instituciones Previsionales de Salud (ISAPRES), tienen un total de 3.014.668, correspondiente a un 15,4% del total de afiliados al sistema previsional en salud.

³ “En caso de que el trabajador se encuentre inscrito en una Caja de Compensación, la distribución del 7% obligatorio de cotización, cambia el 2020 bajo el marco de la Ley de Presupuesto del Sector Público 2021, quedando el 3,1% para las Cajas de Compensación, y un 3,9% para Fonasa”. (Superintendencia de Seguridad Social).

Tabla 2: Distribución de la población según situación de afiliación al sistema previsional de salud por tramo de edad. Chile 2020

Previsión	2020						
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 44	45 a 59	60 y más	Total
Fonasa	1.811.826	2.104.162	2.270.452	2.732.921	2.824.747	3.217.296	14.961.404
Isapre	371.454	399.230	463.255	826.431	602.382	351.916	3.014.668
FF.AA. y del Orden y Otro sistema	56.721	70.763	64.955	80.187	98.184	131.777	502.587
Ninguno	86.041	130.120	177.555	156.226	180.385	108.372	838.699
No sabe	18.621	20.494	53.944	58.425	42.830	34.127	228.441
Total de personas	2.344.663	2.724.769	3.030.161	3.854.190	3.748.528	3.843.488	19.545.799

Fuente: Casen en Pandemia 2020

Para complementar el aporte de los trabajadores, el estado realiza aportes fiscales en salud mediante asignaciones presupuestarias desde el Ministerio de Hacienda.

A estos ingresos, se deben incluir los ingresos intersectoriales para acciones de salud en educación, deporte, vivienda, medio ambiente, entre otros. Los copagos son otra fuente de financiamiento directa del bolsillo de los usuarios, que cubre aquellos montos que no son cubiertos por los planes de ISAPRE o FONASA, o del sistema previsional de las Fuerzas Armadas.

Los recursos financieros, son asignados al sistema mediante diferentes programas, estrategias, o planes de intervención. Dentro de las menciones más importantes, existe el Programa de Garantías Explícitas de Salud GES (ExAuge), que realiza una cobertura para 90 problemas de salud. Al GES, pueden acceder personas afiliadas a ISAPRE y FONASA. En caso de que el GES no logre cubrir el financiamiento requerido para el problema de salud, puede ser complementado con seguros privados o programas públicos de salud.

El presupuesto de Salud establece también mecanismos de financiamiento a través de programas específicos que deben ser implementados por los 29 Servicios de Salud, en todo el SNSS.

Los programas de salud establecen acciones según la característica y necesidades de la población en todo su ciclo vital. Existen también, programas transversales, que abordan estrategias y acciones para la salud mental, odontológica, acceso a medicamentos, rehabilitación, y alimentos. A nivel más específico, se encuentran los programas orientados a enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, VIH – SIDA, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades respiratorias, cáncer y sus cuidados paliativos.

Es importante, reconocer que los programas de salud permiten la movilidad de los usuarios según las necesidades de atención. Por ejemplo, una consulta de salud mental en APS, puede ser derivada a un psiquiatra a nivel hospitalario, esto mismo ocurre con otro tipo de enfermedades.

Otro de los elementos centrales del financiamiento en salud, es el presupuesto de la APS, con dependencia municipal o de los Servicios de Salud, regulado por la Ley de Presupuestos del Fondo Nacional de Salud.

La forma más importante de transferencia de los recursos a la APS es mediante el Per Cápita y, en un segundo lugar, por medio de los Programas de Reforzamiento de la APS.

Para la asignación de los recursos Per capitados en la APS, existen criterios que ajustan los montos, a saber: si la APS se encuentra en zonas rurales; índice de pobreza del territorio, riesgo asociado a la edad, y una referencia de asignación de zona (para lugares con alta complejidad de acceso).

Finalmente, los municipios de forma opcional pueden realizar aportes propios a los establecimientos de la red APS de su comuna.

I. 3 Cobertura de establecimientos hospitalarios y del nivel primario de atención de Salud del SNSS

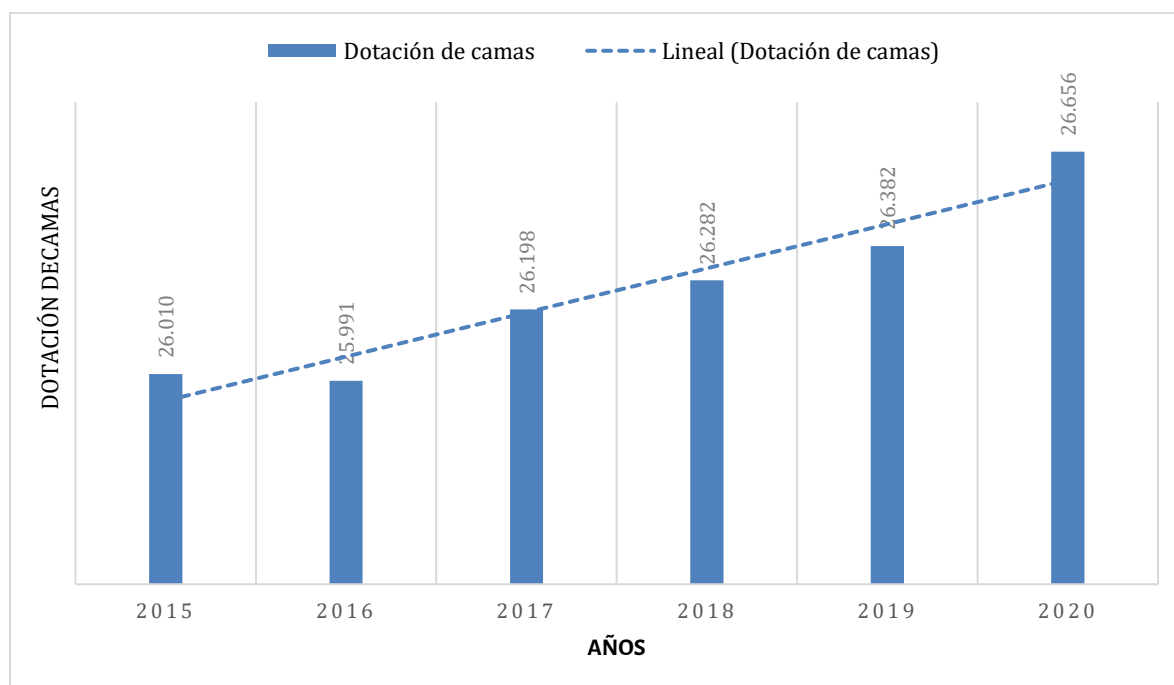
Según datos del DEIS, el promedio de la dotación de camas del SNSS, es de 26.253 camas, entre el 2015 al 2020, siendo el año 2020 el con mayor número de camas (26.656) disponibles, y el 2016, el con menor cantidad de camas, con una cantidad de 25.991.

En términos de nivel de complejidad, según datos DEIS, los establecimientos de alta complejidad concentran la mayor cantidad de camas, seguido por los establecimientos de baja complejidad, y finalmente, aquellos de mediana complejidad, tienen una menor disposición de camas.

Por lo tanto, el promedio de días camas disponibles⁴, entre el 2015 al 2020, es de 9.582.345.

En los próximos capítulos, se dará a conocer la relación entre camas disponibles, estancias CIE-10, y estancias por hospitalizaciones evitables por grupo OPS/OMS.

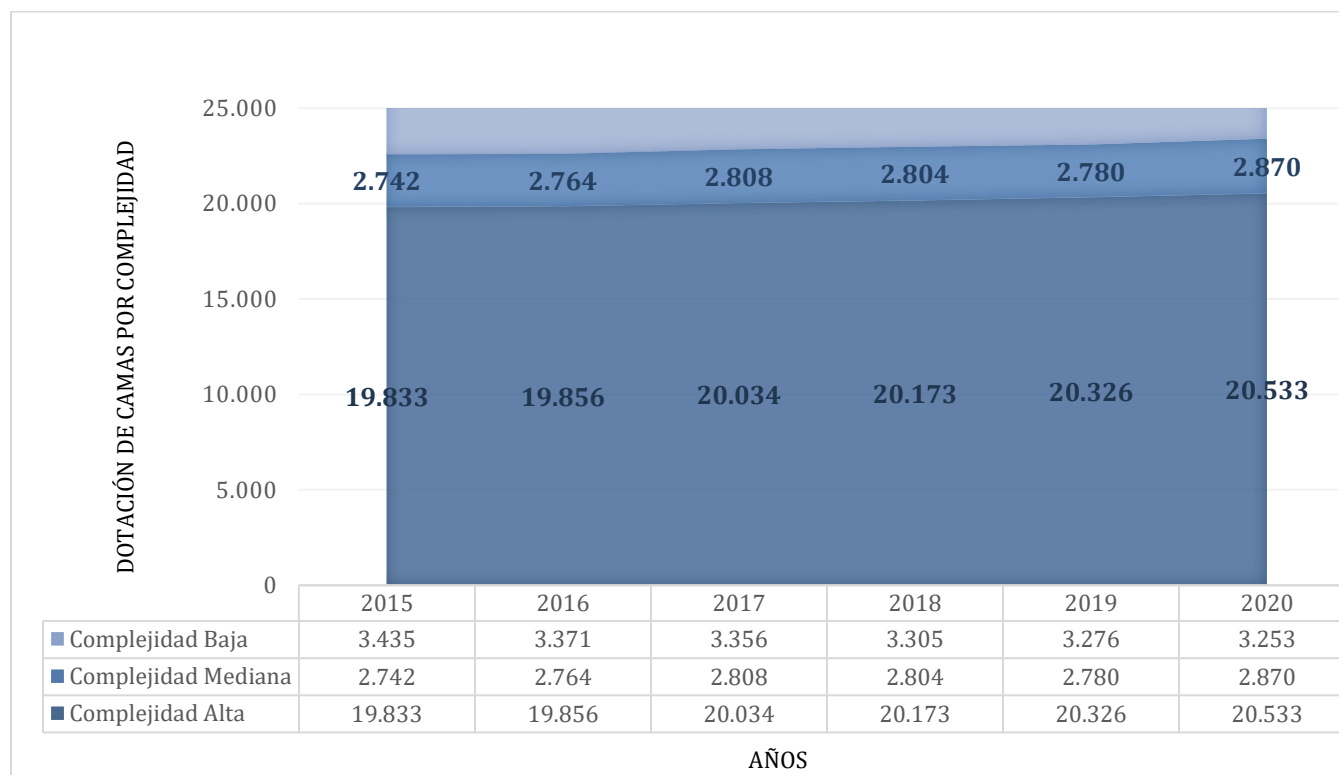
Figura 2: Dotación de camas entre el año 2015 al 2020 para los establecimientos hospitalarios del SNSS



Fuente: Dotación de Camas 2010 a 2020 establecimientos pertenecientes al SNSS. Deis.

⁴ Días de camas disponibles = dotación de camas multiplicado por 365 días.

Figura 3: Distribución por complejidad DEIS de dotación de camas entre el año 2015 al 2020 para los establecimientos hospitalarios del SNSS



Fuente: Dotación de Camas 2010 a 2020 establecimientos pertenecientes al SNSS. Deis.

La dotación de camas del SNSS según el nivel de complejidad DEIS, corresponde a los siguientes días cama disponibles⁵:

Tabla 3: Día cama disponible por nivel de complejidad DEIS entre los años 2015 a 2020

Nivel de complejidad	Cantidad de día cama por año y nivel de complejidad					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Baja	1.235.775	1.230.415	1.224.940	1.206.325	1.195.740	1.187.345
Mediana	1.000.830	1.008.860	1.024.920	1.023.460	1.014.700	1.047.550
Alta	7.239.045	7.247.440	7.312.410	7.363.145	7.418.990	7.494.545
Total	9.475.650	9.486.715	9.562.270	9.592.930	9.629.430	9.729.440

Fuente: Elaboración propia en base a información DEIS.

⁵ La cantidad de días camas disponibles, se calcula mediante el producto entre camas disponibles y los 356 días del año. Día cama disponible= camas disponibles x 365.

Sobre la cobertura de del primer nivel de atención, recientemente, el informe sobre “EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)”⁶, publicada en abril del presente año, por la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP), entrega información sobre la capacidad actual de cobertura de la APS, en términos demográficos, de programas, tecnológicos, y de nivel de atención según la población inscrita.

Dentro de los hallazgos realizados por la CNEP, se determina que, en promedio, la cobertura de atención en la APS es bajo un 50% para la población inscrita en FONASA. Complementando esto, los hombres entre 20 a 60 años, asisten menos a la APS, que las mujeres en igual tramo de edad.

Con respecto a la infraestructura, el mismo estudio de la CNEP, reconoce los extensos tiempos de construcción de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), donde se menciona que el proceso de construcción lleva un poco más de 3,7 años⁷, y que luego de su construcción, entran los procesos de equipamiento para hacer entrar en operación y atención a usuarios.

Otro de las dificultades que explicaría la baja cobertura de la APS en Chile (según la CNEP), es la falta de médicos de familia, que, según la OCDE, estos han ido disminuyendo de forma importante en Chile desde el año 2000 al 2017 y que esto ha tenido un impacto negativo en los resultados sanitarios.

Finalmente, el estudio de la CNEP considera que la brecha del Per Cápita como medio de financiamiento de la APS entre comunas es significativo porque no existe un solo tramo de sueldos, y estos varían de comuna a comuna, otro elemento que explica la baja cobertura de atención es el conocimiento en tecnologías de la información y las comunicaciones desde los propios equipos de salud, imposibilitando implementar estrategias de Salud Digital y Telemedicina, desde la APS.

⁶ [https://www.cnep.cl/estudios/estudios-en-proceso-mandatados-por-el-gobierno-de-chile/estudio-eficiencia-en-gestion-de-atencion-primaria-de-la-salud/#:~:text=Estudio%20%E2%80%9CEficiencia%20en%20la%20gesti%C3%B3n%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20la%20salud%E2%80%9D,-S%C3%ADntesis&text=El%20estudio%20denominado%20%E2%80%9CEficiencia%20en,Primaria%20de%20Salud%20\(APS\).](https://www.cnep.cl/estudios/estudios-en-proceso-mandatados-por-el-gobierno-de-chile/estudio-eficiencia-en-gestion-de-atencion-primaria-de-la-salud/#:~:text=Estudio%20%E2%80%9CEficiencia%20en%20la%20gesti%C3%B3n%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20la%20salud%E2%80%9D,-S%C3%ADntesis&text=El%20estudio%20denominado%20%E2%80%9CEficiencia%20en,Primaria%20de%20Salud%20(APS).)

⁷ “Se estima una inversión de US\$2.700 millones para cerrar la brecha de infraestructura ligada a la APS. Hoy, la construcción y entrega de un consultorio (CESFAM) toma alrededor de 3,7 años. A 2022, solo 1 de 28 proyectos en proceso de licitación no arrastra problemas, tales como Re-licitaciones” (Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). PP.129. Comisión Nacional de Productividad.)

II. CAUSA DE EGRESOS Y ESTANCIAS PARA LA RED HOSPITALARIA EN CHILE SEGÚN CIE – 10

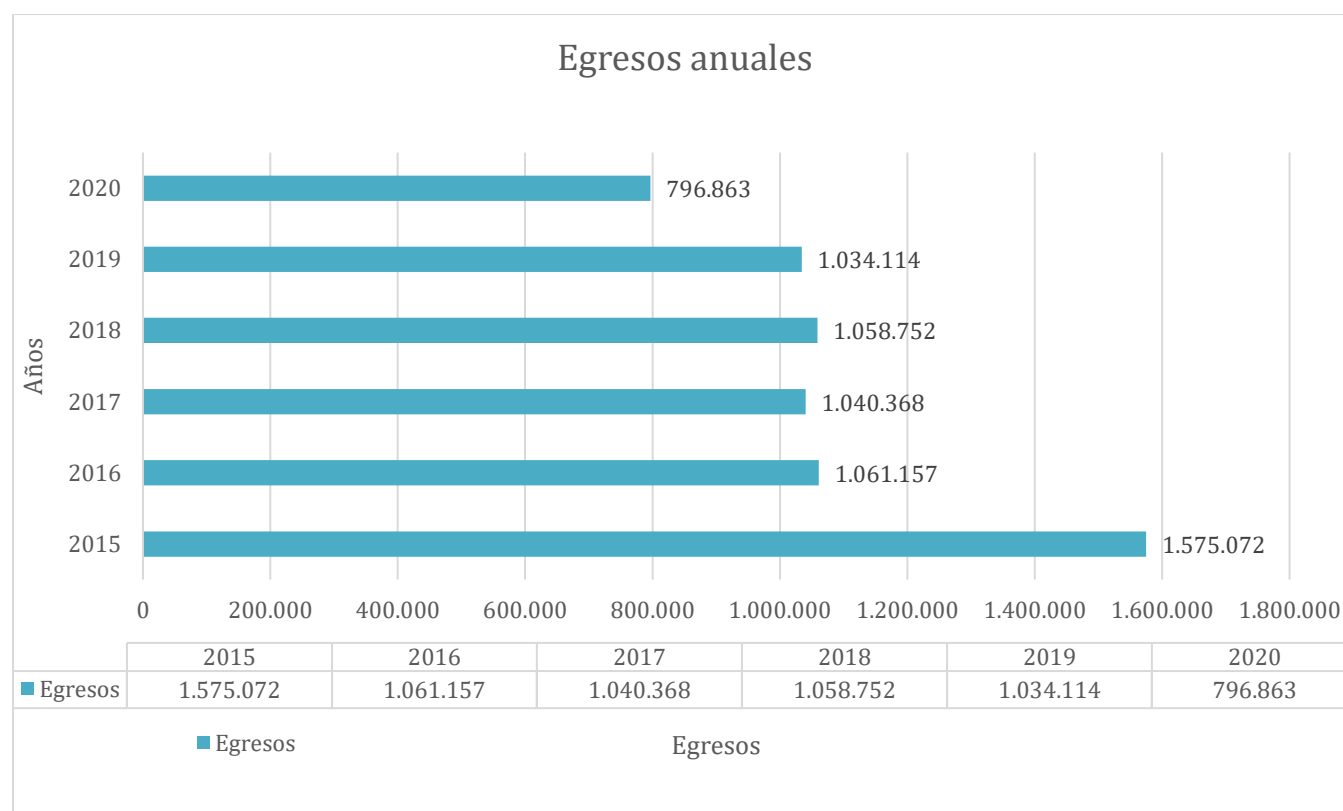
Los egresos hospitalarios, junto con los días de estancia hospitalaria pueden ser usados como una medida del nivel de producción de los servicios.

II.1 Causa de egresos para la red hospitalaria en Chile según CIE – 10

Con respecto a los egresos totales por categoría CIE-10 del periodo considerado en el estudio, se determina que la cantidad promedio de egresos es de **1.094.388**, y un total de **6.566.326** de egresos. Las categorías con la mayor cantidad de egresos son, Enfermedades del sistema respiratorio (K00 A K93), con un valor máximo para el **año 2015, de 222.526 egresos** y Embarazo, parto y puerperio (O00 a 099), presenta un valor máximo de **221.969 egresos**.

Durante los años 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020, tienen su mayor tasa de egreso en Embarazo, parto y puerperio (O00 a 099) por categoría CIE- 10, con una cantidad de egresos de 208.348; 200.720; 207.412; 192.410; y 162.832 egresos respectivamente.

Tabla 4: Comparación de egresos totales por categoría CIE-10 para el periodo 2015 - 2020, Chile



Fuente: Elaboración Propia, en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios

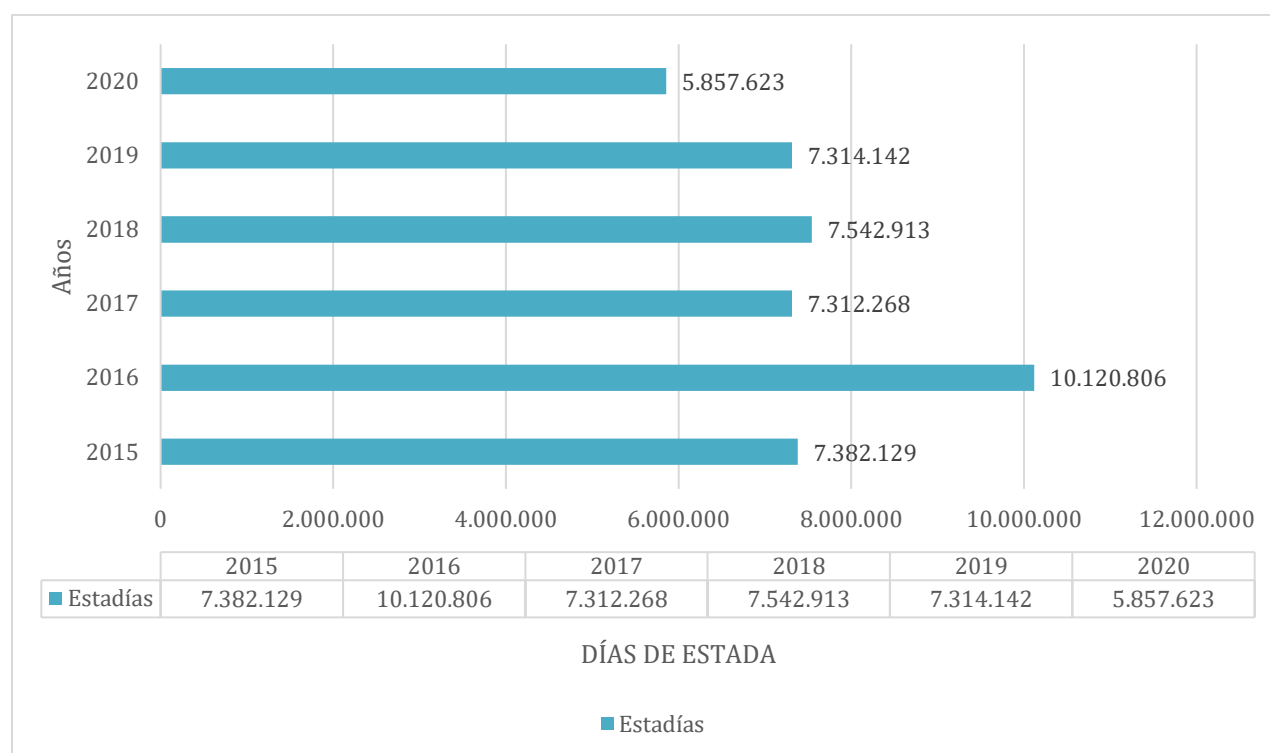
II. 2 Días de estancia según categoría CIE-10 en Chile

Para el análisis de los días de estancia, se comparó los grupos CIE -10 de manera porcentual y con su respectivo promedio.

Para el año 2016, se observa un total de 10.120.806 días de estancia, siendo este el máximo valor para el periodo de estudio, y en el 2020, solo se tuvieron 5.857.623 días de estancia, siendo este último el con menor valor entre el 2015 al 2020.

Se determina que 8 categorías de un total de 20 concentran el **76,32%** de los días de estancia entre el 2015 al 2020. A saber, estas categorías son: (1) embarazo, parto y puerperio (O00 – 99) **(8,85%)**; (2) enfermedades del sistema digestivo (K00-K93) **(10,09%)**; (3) enfermedades del sistema respiratorio (J00 – J99) **(10,28%)**; (4) traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas (S00 – T98) **(10,37%)**; (5) Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99) **(6,46%)**; Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99) **(12,57%)**; tumores (neoplasias) (C00 – D48) **(8,29%)**; (6) trastornos mentales y del comportamiento (F00 – F99) **(9,40%)**.

Tabla 5: Comparación de días de estada para todos los egresos por categoría CIE-10 para el periodo 2015 - 2020, Chile



Fuente: Elaboración Propia, en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios

III. HOSPITALIZACIONES EVITABLES (O CONDICIONES DE SALUD SUSCEPTIBLES DE CUIDADO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)

La Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS), en su plan estratégico 2014 a 2019, “**COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO y RESULTADOS INTERMEDIOS**”, establece un marco de indicadores desde dos secciones: (1) sobre Indicadores del impacto, (2) sobre indicadores de resultados intermedios. Este último se separa en 6 categorías, que van desde enfermedades transmisibles; enfermedades no transmisibles y factores de riesgo, pasando por, determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida; sistemas de salud; preparación vigilancia y respuesta; y finalmente, servicios corporativos y funciones habilitadoras.

Como indicador de resultado intermedio, se abordará la categoría de Sistemas de Salud, en el apartado sobre Servicios de Salud Integrados, Centrados en las Personas y las Comunidades, y se utilizará el indicador de hospitalizaciones evitables o susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención. Con el fin de establecer de forma indirecta el desempeño del nivel primario de atención, según la producción hospitalaria.

III.1 Condiciones de salud susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención (Hospitalizaciones evitables)

Las condiciones de salud susceptibles de cuidado en el primer de atención, también, son conocidas como hospitalizaciones innecesarias o evitables. Este tipo de condiciones, son un indicador indirecto del desempeño del primer nivel de atención, desde un enfoque de redes asistenciales de salud, dentro de los sistemas nacionales de salud.

En particular, la OPS/OMS, menciona que las hospitalizaciones evitables “evalúan la capacidad resolutive del primer nivel de atención en función de las hospitalizaciones evitables siguiendo la lógica de que los ingresos hospitalarios por condiciones como asma, diabetes o hipertensión, por ejemplo, se evitarán o se reducirán mediante mejores programas de promoción de la salud, intervenciones específicas para la prevención y atención oportuna en el primer nivel de atención. El primer nivel de atención tiene la capacidad potencial para prevenir hospitalizaciones innecesarias si contara con una adecuada capacidad resolutive. La evaluación de las hospitalizaciones evitables puede informar el proceso de toma de decisiones respecto de la configuración de redes integradas de servicios de salud y contribuye al monitoreo de la efectividad de la atención. Además, la evaluación del indicador puede proporcionar evidencia sobre la calidad técnica, efectividad y continuidad de la atención”⁸.

El PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS 2014 – 2019 “en pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad”, establece que la meta para el año 2019, es que el indicador de hospitalizaciones evitables no supere un 19%. Junto con esto, se pone como meta el indicador disminuya un 10% anual respecto de las hospitalizaciones evitables. Se recomienda que su evaluación sea cada dos años y a fin de año.

⁸ PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS 2014-2019 “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”. COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO y RESULTADOS INTERMEDIOS

III.2 Indicador de condiciones de salud susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención

La construcción del indicador será abordada de dos formas, la primera según la indicación de la OPS/OMS, que considera como insumos de construcción del indicador la cantidad de egresos hospitalarios por hospitalizaciones evitables. Y de una segunda forma, se utiliza la cantidad de días de estancia asociadas a hospitalizaciones evitables, y la cantidad total de días de estancia del sistema de salud, con el objetivo de medir el gasto innecesario, y priorizar intervenciones según grupos.

Para el abordaje de los egresos hospitalarios, la OPS/OMS, ha definido una tabla específica de 20 patologías según clasificación CIE -10. (tabla 5)

La información de los egresos y días de estancias asociadas a un diagnóstico según clasificación CIE-10, se obtiene desde el Departamento de Información en Salud (DEIS)⁹ del Ministerio de Salud de Chile, siendo información de tipo pública.

Tabla 6: Definición de grupos OPS/OMS para hospitalizaciones evitables por códigos CIE-10.

	Patología	Clasificación acuerdo a CIE-10
1	Enfermedades prevenibles por vacunación	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19
2	Condiciones evitables que incluyen fiebre reumática, sífilis, tuberculosis y tuberculosis pulmonar	A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
3	Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	E86, A00-A09
4	Anemia	D50
5	Deficiencias nutricionales	E40-E46, E50-E64
6	Infecciones de odio, nariz y garganta	H66, J00-J03, J06, J31
7	Pneumonia bacteriana	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
8	Asma	J45-J46
9	Enfermedades de vías respiratorias bajas	J20, J21, J40-J44, J47
10	Hipertensión	I10-I11
11	Falla cardíaca congestiva	I20
12	Insuficiencia cardíaca	I50, J81
13	Enfermedad cerebro vascular	I63-I67, I69, G45-G46
14	Diabetes mellitus	E10-E14
15	Epilepsia	G40-G41
16	Infecciones renales y de vías urinarias	N10-N12, N30, N34, N39
17	Infecciones de piel y tejido subcutáneo	A46, L01-L04, L08
18	Enfermedad pélvica inflamatoria	N70-N73, N75-N76
19	Úlcera gastro intestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
20	Enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	O23, A50, P35.0

Fuente: Pan American Health Organization PAHO/WHO 2014

⁹ www.deis.cl %

Con respecto a la operación aritmética del indicador, se conocen los siguientes cálculos:

- **Proporción de egresos por hospitalizaciones evitables versus egresos totales de un periodo específico**

Figura 4: Proporción de egresos por hospitalizaciones evitables

$$\frac{\sum \text{Egresos hospitalarios por hospitalizaciones evitables del periodo en evaluación}}{\text{Egresos hospitalarios totales del periodo en evaluación}} \times 100$$

Fuente: Hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria marco de referencia del indicador. OPS/OMS

La proporción de egresos por hospitalizaciones evitables servirá para determinar los avances en las metas definidas por la OPS/OMS: que la proporción de egresos por hospitalizaciones evitables no supere el 19% al año 2019, y que años a año este indicador disminuya un 10% con respecto a los egresos por hospitalizaciones evitables. Lo que permitirá conocer el desempeño y que programas de salud se necesitan intervenir en el primer nivel de atención.

- **Proporción de días de estancias por hospitalizaciones evitables versus días de estancia totales de un periodo específico**

Figura 5: Proporción de días de estancias hospitalarias por hospitalizaciones evitables

$$\frac{\sum \text{Días de estancias hospitalarias por hospitalizaciones evitables del periodo en evaluación}}{\text{Días de estancia hospitalaria totales del periodo en evaluación}} \times 100$$

Fuente: Hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria marco de referencia del indicador. OPS/OMS

El indicador de egresos hospitalarios por hospitalizaciones evitables permitirá conocer cuales grupos de patologías definidas en el grupo OPS/OMS según clasificación CIE-10 están generando la mayor cantidad de ocupación hospitalaria.

En los siguientes capítulos, se sistematiza la información de hospitalizaciones evitables, determina el indicador en términos de egresos y días de estancia, para los años 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, y 2020. Esta misma información generada (especialmente con la proporción por días de estancia), en conjunto con el costo día de las estancias hospitalarias, nos entrega una medición del gasto económico innecesario o evitable en salud

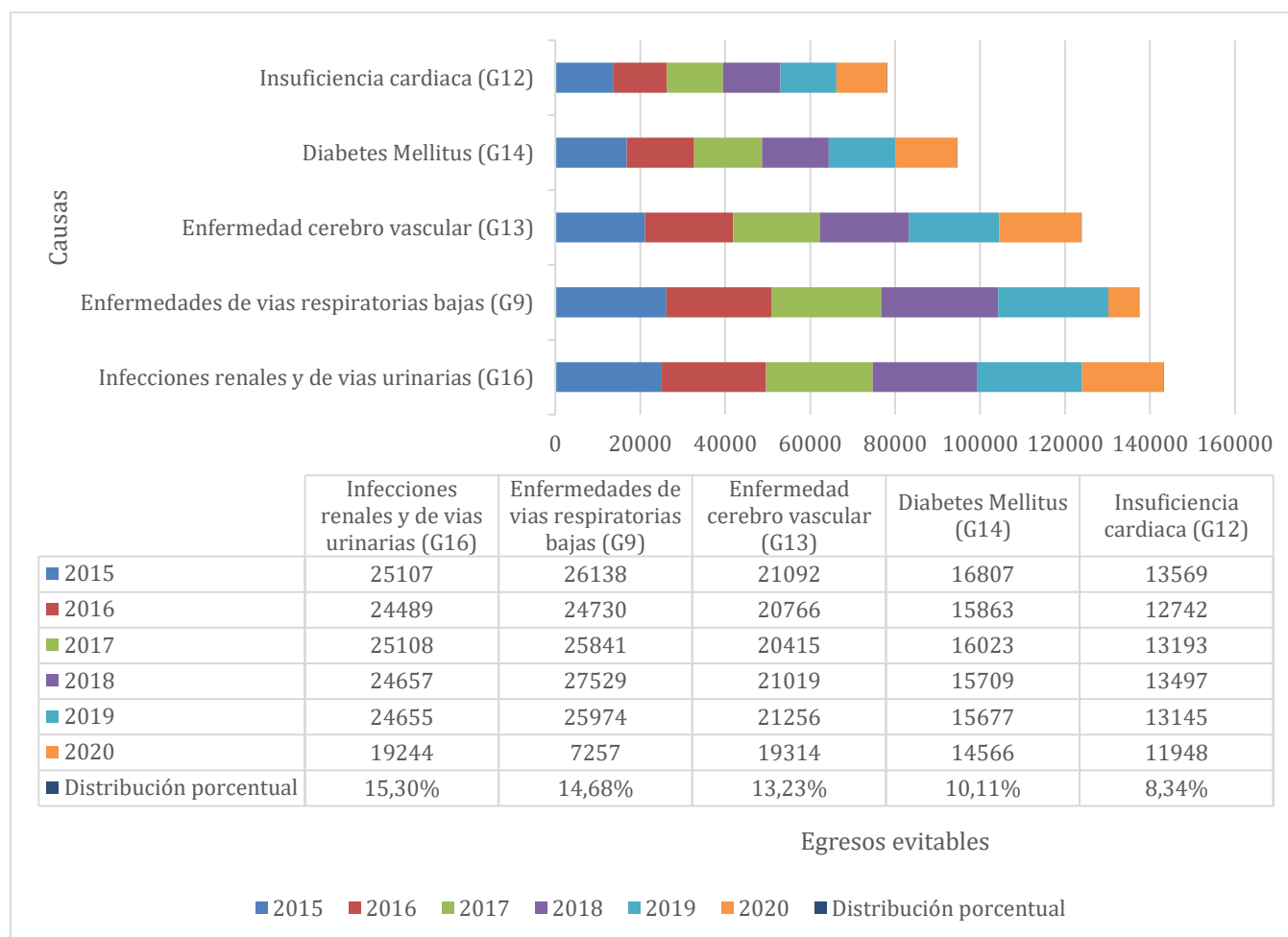
IV. RESULTADOS EGRESOS Y ESTANCIAS POR HOSPITALIZACIONES EVITABLES

Para el análisis de los egresos y estancias por hospitalizaciones evitables, se dan a conocer la cantidad y distribución porcentual entre el 2015 y el 2020. La información se presenta en base a la distribución de la proporción de la incidencia, desde los mayores valores, hacía los menores valores.

IV.1 Egresos por hospitalizaciones evitables

En el caso de los egresos por hospitalizaciones evitables, **61,66%** de incidencia, se encuentran en los grupos de: Infecciones renales y de vías urinarias (G16) (**15,30%**), Enfermedades de vías respiratorias bajas (G9) (**14,68%**), Enfermedad cerebro vascular (G13) (**13,23%**), Diabetes mellitus (G14) (**10,11%**), Insuficiencia cardiaca (G12) (**8,34%**). Esto quiere decir, que desde el año 2015 a fines del 2020, el **61,66%** de los egresos por hospitalizaciones evitables, se concentraron solo en 5 causas de las 20 definidas por la OPS/OMS.

Figura 6: Egresos por hospitalizaciones evitables según grupo OPS/OMS, Chile 2015 – 2020



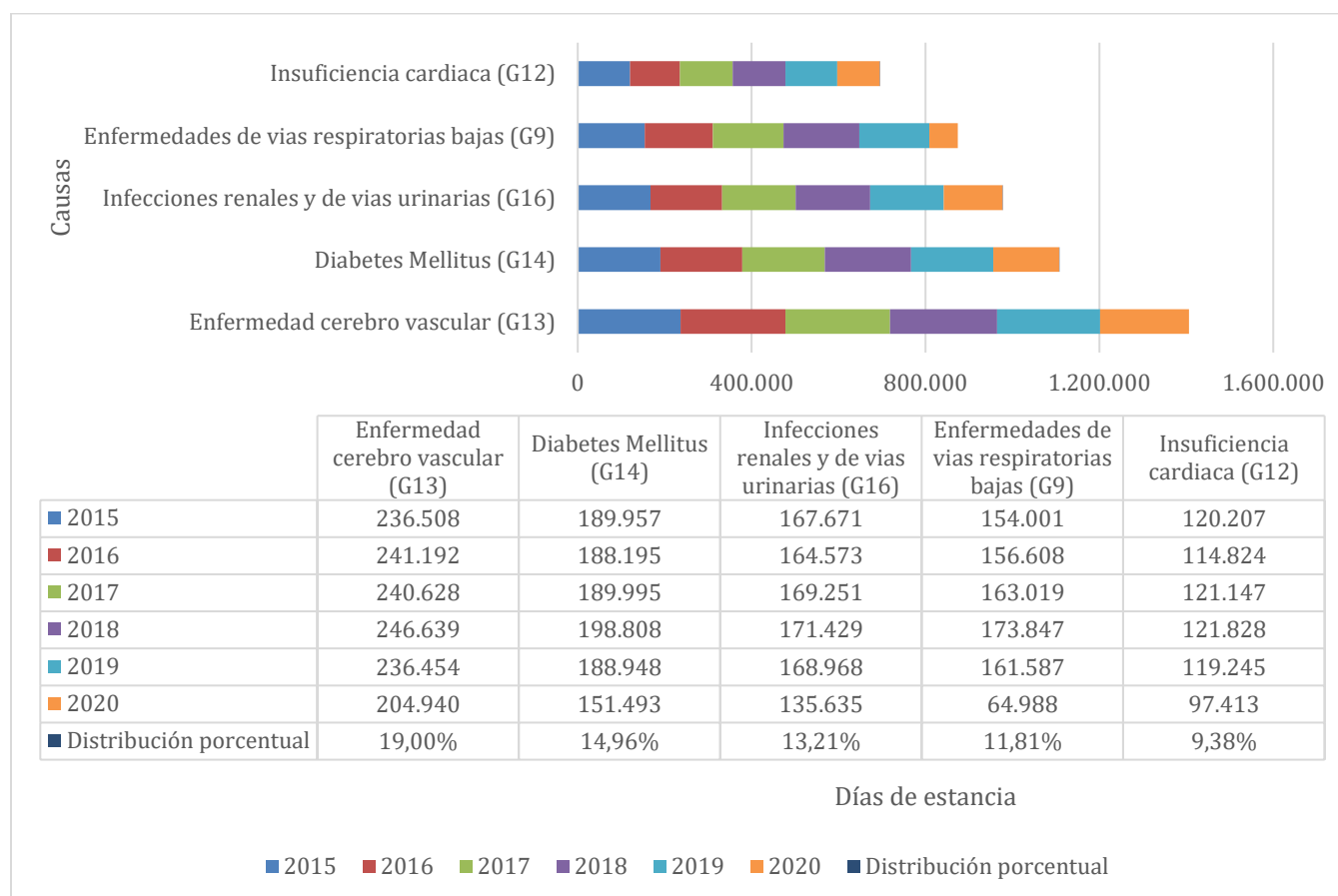
Fuente: Elaboración Propia, en base a datos de Egresos Hospitalarios DEIS, y grupo de análisis OPS/OMS.

IV.2 Estancias por hospitalizaciones evitables

En el caso de las estancias por hospitalizaciones evitables, y siguiendo la misma lógica de análisis, solo 5 de las 20 causas evitables según grupo de análisis OPS/OMS, acumulan más del 50% de días de estancia.

Las 5 causas, se distribuyen entre, Enfermedad cerebro vascular (G13) **(19,00%)**, Diabetes mellitus (G14) **(14,96%)**, Infecciones renales y de vías urinarias (G16) **(13,21%)**, Enfermedades de vías respiratorias bajas (G9) **(11,81%)**, Insuficiencia cardiaca (G12) **(9,38%)**. Las 5 causas enumeradas, acumulan el **68,36%** de las estancias por hospitalizaciones evitable entre el año 2015 al 2020.

Figura 7: Comparación de días de estada por grupo de análisis OPS/OMS, Chile 2015 – 2020



Fuente: Elaboración Propia, en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios, por grupo de análisis OPS/OMS

IV.3 Resultado de Indicador de hospitalizaciones evitables para el periodo 2015 a 2020

A continuación, se entrega un análisis anual del indicador de hospitalizaciones evitables, en términos de egresos y días de estancia. Los resultados se contrastan con las metas fijadas por la OPS/OMS, en su Plan Estratégico 2014 – 2019.

Según la Tabla 7, se puede observar que, en términos generales, Chile, cumple con la relación de mantener el indicador de hospitalizaciones evitables según egresos bajo un 19% para el año 2019.

En cambio, la meta de disminuir el indicador en un 10% en base a su proporción de egresos por hospitalizaciones evitables, se encuentra lejos de ser cumplida. Como línea base, se estableció el resultado del análisis del año 2015.

Tabla 7: Comparación de egresos por hospitalizaciones evitables por grupo de análisis y metas OPS/OMS

Años	Egresos por hospitalizaciones evitables del periodo (In)	Egresos totales del periodo (tomado de la tabla de egresos por previsión social (2015 - 2020) (IIn)	Proporción de egresos por hospitalizaciones evitables $(In/IIn \times 100) = IIIIn$	10% de Proporción de egresos por hospitalizaciones evitables (año 2015 línea base) $IIIIn \times 0.10 = IVIn$	Resultado esperado (Variación del 10% por hospitalización evitable) $IIIIn+1 - IVIn = Vn$	Diferencia entre proporción de egresos y resultado esperado $IIIIn - Vn = VI$
2015	166.110	1.066.715	15,57%	1,56%	15,57%	0,00%
2016	160.828	1.031.950	15,58%	1,56%	14,03%	1,56%
2017	162.718	1.040.368	15,64%	1,56%	14,08%	1,56%
2018	166.132	1.060.992	15,66%	1,57%	14,09%	1,56%
2019	164.203	1.034.114	15,88%	1,59%	14,31%	1,57%
2020	116.297	835.463	13,92%	1,39%	12,33%	1,59%

Fuente: Elaboración Propia, en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios

Con respecto a la proporción de días de estancia por hospitalizaciones evitables, Tabla 8, el documento marco de referencia sobre el indicador de hospitalizaciones evitables de la OPS/OMS, no precisa el uso de la información de días de estancia por hospitalizaciones evitables. Para este estudio, se contrastó la misma metodología de comparación y metas por egresos hospitalarios (reducción del 10% sobre la proporción de hospitalizaciones evitables año a año), y es utilizada para la comparación de días de estancia por hospitalizaciones evitable, como insumo para la determinación del gasto innecesario efectuado, y por ende, la definición de metas a la reducción del gasto por hospitalizaciones evitables.

Estableciendo el año 2015 como línea base para el análisis de los siguientes años, esto quiere decir, que el resultado de ese año con respecto a la proporción de días de estancia por hospitalizaciones evitables, que es de un 17,75%, establece las metas y resultados esperados en los próximos periodos considerados en el estudio.

Se observa que la proporción de los días de estancia por hospitalizaciones evitables no cumple con los resultados esperados aplicando el criterio de reducción de un 10%, sobre la proporción de forma anual.

Tabla 8: Comparación de días de estancia por hospitalizaciones evitables y metas OPS/OMS

Años	Días de estancias por hospitalizaciones evitables del periodo (In)	Días de estancias totales del periodo (tomado de la tabla de egresos por previsión social (2015 - 2020) (IIIn)	Proporción de días de estancias por hospitalizaciones evitables $(In/IIIn \times 100) = IIIIn$	10% de Proporción de días de estancias por hospitalizaciones evitables (año 2015 línea base) $IIIIn \times 0.10 = IVIn$	Resultado esperado (Variación del 10% por hospitalización evitable) $IIIIn+1 - IVIn = Vn$	Diferencia entre proporción de días de estancias y resultado esperado $IIIIn - Vn = VI$
2015	1.294.506	7.292.215	17,75%	1,78%	17,75%	0,00%
2016	1.263.426	7.376.551	17,13%	1,71%	15,35%	1,78%
2017	1.250.182	7.303.354	17,12%	1,71%	15,41%	1,71%
2018	1.343.997	7.542.913	17,82%	1,78%	16,11%	1,71%
2019	1.294.344	7.314.142	17,70%	1,77%	15,91%	1,78%
2020	955.544	6.392.062	14,95%	1,49%	13,18%	1,77%

Fuente: Elaboración Propia, en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios

V. EGRESOS HOSPITALARIOS Y DÍAS DE ESTANCIA EVITABLES POR GRUPOS OPS/OMS SEGÚN TRAMOS ETARIOS

Para profundizar en la comprensión del indicador sobre cuidados susceptibles de cuidado en el nivel primario de salud, es necesario realizar una caracterización etaria asociada a los grupos de egresos y estancias evitables definidos por la OPS/OMS.

Para una explicación práctica, a continuación, se describe las 5 causas con mayor incidencia (visto en el IV) distribuido por rango etario y año correspondiente, tanto para los egresos y días de estancias evitables¹⁰.

V.1 Egresos hospitalarios evitables por grupos OPS/OMS según tramos etarios

Los rangos etarios para el análisis de la incidencia por grupos de patología OPS/OMS, iniciando en menores de 5 años, hasta los 90 años y más.

Para el año 2015, el grupo entre 0 a 4 años, son quienes generan la mayor cantidad de egresos innecesarios, específicamente para el grupo Gastroenteritis infecciosas y complicaciones (G3), con una relación de **41,70%** de incidencia sobre el total. En este mismo tramo etario, el grupo Enfermedades de vías respiratorias bajas (G9), corresponde a un **51,52%** de incidencia.

Para el caso de personas entre los 45 años hasta los 89 años, los grupos de con mayor presencia de egresos innecesarios, son Insuficiencia cardiaca (G12), Enfermedad cerebro vascular (G13), Diabetes Mellitus (G14), e Infecciones renales y de vías urinarias (G16); con un porcentaje de incidencia de 88,36%; 90,28%; 82,53%; 58,84%, respectivamente.

En el caso de los años 2016, 2017, 2018, y 2019, la tendencia sobre el porcentaje de incidencia por los cinco grupos descritos para el año 2015, varían en promedio un 10% aproximadamente. En cambio, el año 2020, el grupo de Enfermedad cerebro vascular (G13) entre 60 años a 79 años, tiene una incidencia del 52,03%.

Tabla 9: Incidencia porcentual de tramos etarios por egresos evitables y años

Grupo etario en años	Incidencia porcentual por tramo etario egresos evitables año 2015	Incidencia porcentual por tramo etario por egresos evitables año 2016	Incidencia porcentual por tramo etario por egresos evitables año 2017	Incidencia porcentual por tramo etario por egresos evitables año 2018	Incidencia porcentual por tramo etario por egresos evitables año 2019	Incidencia porcentual por tramo etario por egresos evitables año 2020
0-4	17,41%	17,08%	16,91%	17,91%	16,95%	7,72%
5-9	3,80%	3,66%	3,65%	3,78%	3,34%	2,67%
10-14	2,21%	2,21%	2,16%	2,10%	2,13%	1,94%
15-19	2,26%	2,08%	1,92%	1,71%	1,59%	1,57%
20-24	2,53%	2,46%	2,37%	2,19%	2,28%	2,31%
25-29	2,37%	2,35%	2,39%	2,32%	2,46%	2,67%
30-34	2,17%	2,19%	2,25%	2,24%	2,36%	2,70%
35-39	2,31%	2,39%	2,41%	2,38%	2,49%	2,81%

^{10 10} Para la revisión completa de la información distribuida por rangos etarios para egresos y días de estancias evitables, se adjunta en Anexo III.

40-44	3,01%	3,03%	2,89%	2,86%	2,80%	3,21%
45-49	4,06%	3,98%	3,84%	3,77%	3,72%	4,46%
50-54	5,50%	5,46%	5,26%	5,10%	5,06%	5,83%
55-59	6,30%	6,22%	6,20%	6,35%	6,40%	7,58%
60-64	7,22%	7,40%	7,41%	7,25%	7,39%	8,87%
65-69	7,95%	8,05%	7,96%	7,86%	7,98%	9,37%
70-74	8,46%	8,56%	8,64%	8,48%	8,57%	9,83%
75-79	7,95%	8,14%	8,33%	8,23%	8,56%	9,57%
80-84	6,89%	6,94%	7,11%	6,94%	7,21%	7,96%
85-89	5,08%	5,21%	5,52%	5,54%	5,46%	5,70%
90 y más	2,51%	2,59%	2,78%	3,00%	3,26%	3,25%
Total general	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración Propia, en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios

V.2 Días de estancias evitables por grupos OPS/OMS según tramos etarios

En el caso de los días de estancias evitables por grupos OPS/OMS, la caracterización por grupos etarios podría tener un interés particular, dado que, se puede aproximar en términos financieros el gasto innecesario, y, por tanto, ayudaría a establecer donde focalizar los recursos por programas o estrategias de salud, sobre los tramos etarios, desde un foco de eficiencia económica y bienestar poblacional.

Sobre los días de estancia para los años 2015, 2016, 2017, los días de estancias por tramos etarios y grupos OPS/OMS, no tienen una gran variación entre año y año, teniendo la mayor incidencia en los días de estancias evitables, los grupos de Enfermedades de vías respiratorias bajas (G9), Insuficiencia cardiaca (G12), Enfermedad cerebro vascular (G13), Diabetes Mellitus (G14), Infecciones renales y de vías urinarias (G16). Con respecto al tramo etario entre 0 a 4 años las Enfermedades de vías respiratorias bajas (G9) tienen mayor representatividad, para los tramos etarios entre 45 años a 79 años, tienen su mayor presencia en Enfermedad cerebro vascular (G13), Diabetes Mellitus (G14); y para los tramos de edad, 60 años a 84 años de edad, la Enfermedad cerebro vascular (G13) representa el grupo con más días de estancia evitables.

Durante los años 2018 a 2019 las estancias evitables aumentan en términos anuales, y en términos de grupos OPS/OMS y en tramos etarios, existe una mayor distribución de los días de estancia. En cambio, para el año 2020, la mayor concentración de días de estancia se encuentra entre 50 años a 79 años, esencialmente en los grupos de Enfermedad cerebro vascular (G13) y Diabetes Mellitus (G14).

Tabla 10: Incidencia porcentual de tramos etarios por días de estancias evitables y años

Grupo etario en años	Incidencia porcentual por tramo etario por días de estancias evitables año 2015	Incidencia porcentual por tramo etario por días de estancias evitables año 2016	Incidencia porcentual por tramo etario por días de estancias evitables año 2017	Incidencia porcentual por tramo etario por días de estancias evitables año 2018	Incidencia porcentual por tramo etario por días de estancias evitables año 2019	Incidencia porcentual por tramo etario por días de estancias evitables año 2020
0-4	9,88%	9,71%	10,19%	10,87%	10,00%	5,76%
5-9	2,09%	2,38%	2,05%	1,98%	1,75%	1,66%
10-14	1,34%	1,29%	1,21%	1,26%	1,22%	1,27%
15-19	1,39%	1,31%	1,15%	1,00%	1,01%	1,00%
20-24	1,59%	1,54%	1,46%	1,46%	1,48%	1,42%
25-29	3,24%	1,61%	1,63%	1,75%	1,79%	1,98%
30-34	1,62%	1,63%	1,63%	1,77%	1,87%	2,22%
35-39	1,96%	2,12%	2,02%	2,00%	2,06%	2,33%
40-44	2,84%	2,87%	2,55%	2,69%	2,54%	3,08%
45-49	4,19%	4,08%	3,84%	4,06%	3,71%	4,20%
50-54	6,14%	6,16%	5,43%	5,49%	5,57%	6,22%
55-59	7,43%	7,44%	7,19%	8,02%	7,86%	7,92%
60-64	8,67%	9,08%	9,23%	8,97%	9,30%	10,71%
65-69	9,98%	10,17%	10,08%	9,93%	10,17%	10,88%
70-74	10,53%	10,98%	11,18%	10,32%	10,66%	10,92%
75-79	9,95%	10,20%	10,69%	10,66%	10,66%	10,51%
80-84	8,27%	8,32%	8,59%	8,23%	8,72%	8,83%
85-89	6,12%	6,30%	6,58%	6,24%	6,20%	6,10%
90 y más	2,79%	2,81%	3,31%	3,31%	3,43%	3,00%
Total general	100%	100%	100%	100,00%	100%	100%

Fuente: Elaboración Propia, en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios

VI. GASTOS EVITABLES O INNECESARIOS EN SALUD

Durante el año 2017, la OCDE, publica el estudio sobre gastos innecesarios en salud, “Tackling Wasteful Spending on Health”. En el estudio, se aborda y sistematiza lo que se podrían considerar gastos innecesarios en salud, a saber: Atención clínica innecesaria, sobreprecio o no uso de tecnologías médicas adquiridas, hospitalizaciones evitables que pueden ser resueltas en el nivel primario de atención, estancias extendidas por falta de seguimiento de atención en hospitales; fraude, abuso, corrupción y altos costos administrativos.

Los gastos evitables o innecesarios en salud, por lo tanto, se pueden entender como todo aquel uso de recursos económicos, físicos, administrativos y de personal de salud, que no generan bienestar a la población. Medicamentos recetados, como procedimientos clínicos que no cambian la situación de salud, aquellos asociados a temas administrativos, reprocesos en las actividades de apoyo y la misma atención clínica, programas nacionales e iniciativas de salud locales que no generan impacto en la mantención o mejoría de la salud de las personas, se consideran gastos innecesarios en salud. Otro tipo de gasto innecesario, son el uso de tecnologías médicas, de alto costo que tienen el mismo efecto en los tratamientos, que una alternativa a menor precio.

Por lo tanto, en el contexto del presente estudio, las hospitalizaciones evitables y los días de estancia, pueden ser considerados como gastos evitables o innecesarios en salud, según la definición OPS/OMS.

VI.1. Estimación del gasto innecesario en salud por hospitalizaciones evitables

Para cumplir con el objetivo de este estudio, que es determinar gasto asociado a atenciones susceptibles de cuidado en el nivel primario de atención, como medición del gasto innecesario, metodológicamente se utilizarán los días de estancia, el costo de ocupación día cama, grupo de hospitalizaciones evitables por códigos CIE-10, y los resultados de metas de reducción en días de estancia con criterio OPS/OMS.

Con respecto a los valores en términos de costos por día cama ocupada (DCO), se cuenta con información otorgada a la oficina OPS/OMS en Chile, con apoyo de la División de Atención Primaria (DIVAP), perteneciente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).

La información contiene el DCO promedio, desde el 2015 al 2020, en términos de hospitalizaciones de mediana complejidad, hospitalización en Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), y en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). Para la determinación del gasto innecesario, no se considerarán los valores de la UTI ni de la UCI.

Es importante recalcar, que el estudio utiliza el DCO promedio del SNSS, por lo que, podría existir diferencias con la información de las instituciones no pertenecientes al SNSS, en especial del sector privado que no es considerado en este estudio. Aun así, al establecerse estos valores como referencia para el análisis del gasto innecesario, y la amplia serie de tiempo, otorgaría un alto nivel de confiabilidad en la estimación del impacto financiero por hospitalizaciones evitables¹¹.

Para establecer los valores del DCO promedio en dólares, se recurrió a la tasa de cambio que entrega la OCDE¹² con respecto a estadísticas monetarias y financiera de los países miembros.

¹¹ Efecto en la actividad hospitalaria de condiciones susceptibles de cuidado en el primer nivel de atención. Impacto de las hospitalizaciones evitables en la red de servicios de salud de Chile. Una medición del gasto evitable. Organización Panamericana y Mundial de la Salud.

¹² <https://stats.oecd.org/#>.

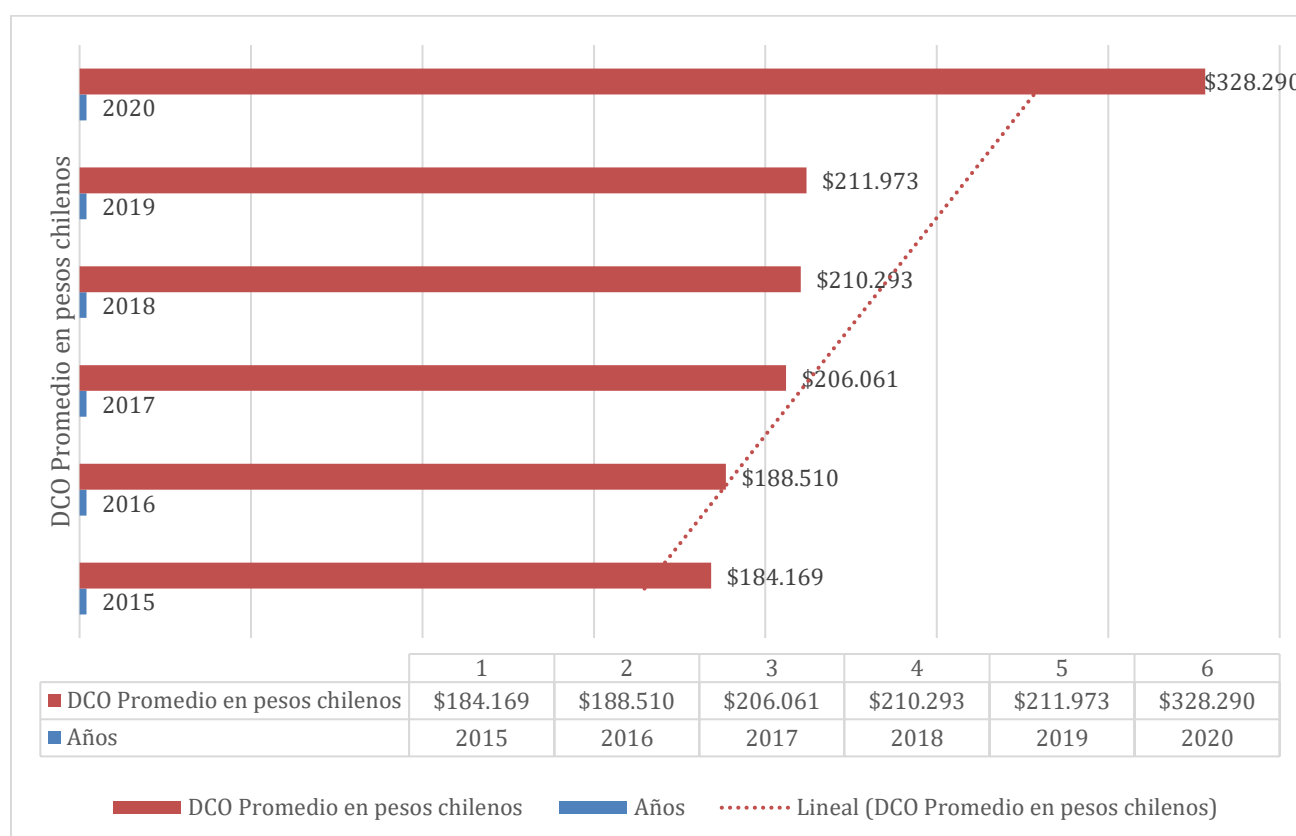
En la siguiente tabla, se puede observar el valor en dólares, según la tasa de cambio entregada por la OCDE, y que se utilizará para determinar el gasto innecesario por hospitalizaciones evitables.

Tabla 11: Tasa de cambio del DCO promedio a dólares

ITEM	2015	2016	2017	2018	2019	2020
DCO Promedio en pesos chilenos	\$184.169	\$188.510	\$206.061	\$210.293	\$211.973	\$328.290
Tasa de cambio financiera OCDE pesos chilenos a dólar	\$654,32	\$ 676,54	\$ 648,68	\$ 641,90	\$ 703,31	\$ 791,72
Valor DCO promedio en dólares por año	281,47	278,64	317,66	327,61	301,39	414,66

Fuente: elaboración propia, en base a datos DCO DIVAP, y tasa de cambio financiera OCDE

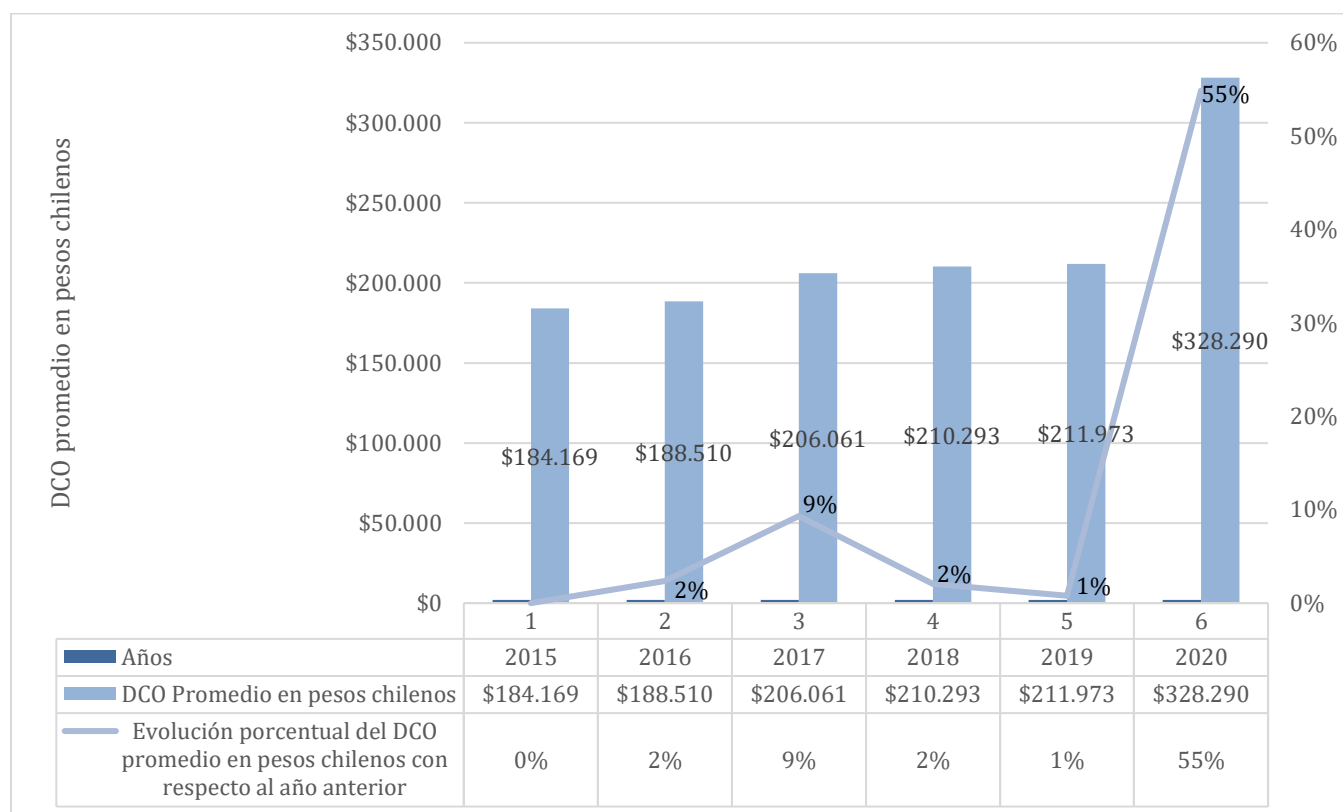
Figura 8: Evolución del valor DCO promedio en pesos chilenos¹³



Fuente: elaboración propia, en base a datos DCO DIVAP

¹³ Como se aprecia en la primera parte del estudio, el año 2020 al estar relacionado con el aumento de complejidad exponencial por la Pandeia por Covid-19, el costo de la salud se comporta de la misma manera.

Figura 9: Comparación porcentual de evolución del valor DCO promedio en pesos chilenos con respecto al año anterior



Fuente: elaboración propia, en base a datos DCO DIVAP

VI.1.1 Análisis del gasto innecesario hospitalizaciones evitables según días de estancia por grupo de análisis OPS/OMS

Para el análisis del gasto innecesario, se utilizará la información construida entorno al valor promedio DCO en dólares por año, las estancias según categorización CIE – 10; y por consiguiente, los días de estancias por hospitalizaciones evitables, según tabla OPS/OMS.

VI.1.1.1 Análisis del gasto por días de estancia por grupo de análisis OPS/OMS por valor promedio anual DCO en dólares.

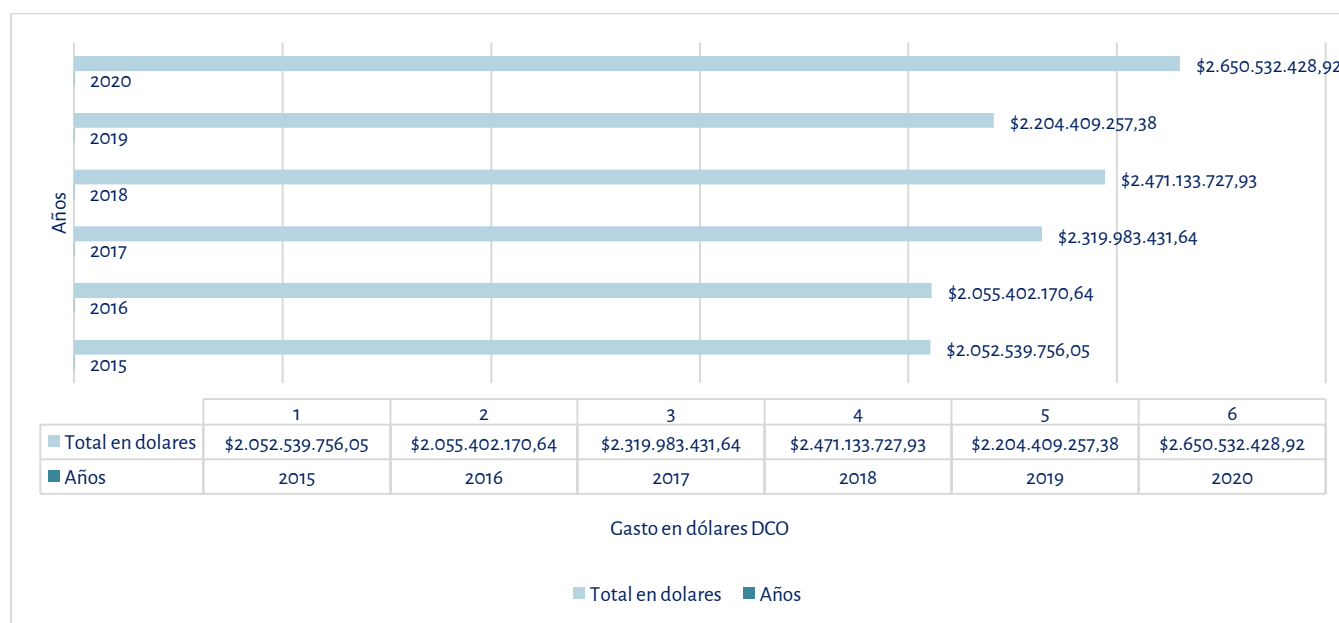
Para las categorías CIE -10 del grupo OPS/OMS, se obtiene un **gasto promedio global de 2.292.333.462 USD**, con un valor máximo de **2.650.532.428 USD para el 2020**; seguido por el **2018, con un gasto de 2.471.133.727 USD**; el **2017, presenta un gasto de 2.319.983.431 USD**; para los años **2016 y 2015**, se observa un gasto de **2.055.402.170 USD y 2.052.539.756 USD**, respectivamente.

En el análisis global, inicialmente la evolución del valor DCO, explicaría que el gasto más elevado se sitúa en el 2020, explicado por el contexto pandémico y la cantidad de camas críticas. La particularidad de la carga económica para los 2017 y 2018, se podría explicar por la cantidad de días de estancia en una primera lectura, pero como

variable predominante, se encuentra nuevamente el valor promedio del DCO. Es importante destacar que el valor DCO del año 2019, es menor a los años 2017 y 2018.

Sobre las causas y su incidencia económica, 5 de las 20 causas, se encuentran cercanas o sobre el gasto promedio global entre el 2015 y el 2020. A saber: Enfermedad cerebro vascular (G13), Diabetes Mellitus (G14), Infecciones renales y de vías urinarias (G16), Enfermedades de vías respiratorias bajas (G9), Insuficiencia cardiaca (G12).

Figura 10: Gasto total por días estancias según categorización CIE-10 entre el 2015 y el 2020, con valor promedio anual DCO en dólares



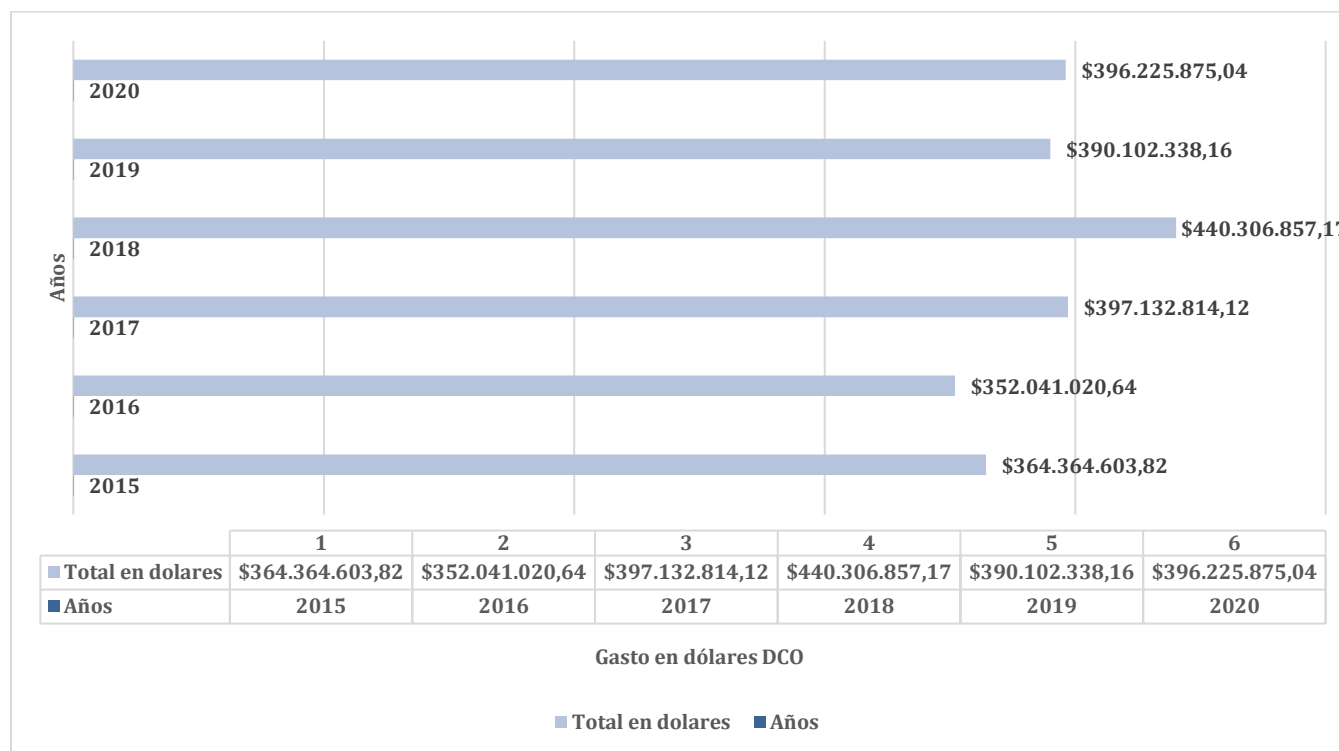
Fuente: Elaboración propia en base a datos DIVAP y DEIS

VI.1.1.2 Análisis del gasto innecesario por días de estancias de hospitalizaciones evitables según categorización CIE -10 por DCO.

Para el gasto innecesario por días de estancias de hospitalizaciones evitables, los años con mayor carga económica son el **2018 y 2017, con 440.306.857 USD y 397.132.814 USD**, respectivamente. Luego, continúan los años **2020 (396.225.875 USD), 2019 (390.102.338,16 USD), 2015 (364.364.603 USD), y el 2016 (352.041.020 USD)**. El valor promedio de gasto innecesario entre el **2015 y 2020, es de 390.028.918 USD**.

Con respecto a la carga económica por causas por días de estancias, se observa que 5 de las 20 causas definidas por la OPS/PMS, se encuentran cercanas o sobre el valor promedio de gasto innecesario (en algunos casos duplicándolo). Estas 5 causas son: insuficiencia cardiaca, enfermedades de vías respiratorias bajas, infecciones renales y de vías urinarias, diabetes mellitus, enfermedades cerebro vascular. Los detalles de la carga económica por causas, puede ser vistos en Anexo.

Figura 11: Gasto por días estancia por hospitalizaciones evitables entre el 2015 y el 2020, con valor promedio anual DCO en dólares



Fuente: Elaboración propia en base a datos DIVAP y DEIS

VI.1.1.3 Análisis del gasto por días de estancia por grupo de análisis OPS/OMS por valor promedio anual DCO en dólares, tramos etarios y años.

Sobre el gasto innecesario en términos de tramos etarios y años, el tramo etario entre 0 a 4 años, presenta el mayor gasto para los años 2015, 2016, 2017, 2018, y 2019. Luego, entre los 50 años a 79 años, en el horizonte completo de estudio.

Tabla 12: Gasto innecesario por días de estada y tramos etarios por año en dólares

Grupo etario en años	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2015	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2016	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2017	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2018	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2019	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2020
0-4	36.009.020	34.183.834	40.466.707	47.841.871	39.008.606	22.822.472
5-9	7.631.778	8.376.197	8.155.285	8.717.374	6.826.182	6.594.753
10-14	4.875.342	4.547.683	4.803.337	5.556.266	4.752.920	5.031.070
15-19	5.051.261	4.613.442	4.574.622	4.405.699	3.959.059	3.946.319
20-24	5.799.971	5.409.796	5.794.118	6.43819	5.761.673	5.638.547
25-29	11.816.392	5.682.306	6.494.241	7.710.301	6.993.152	7.825.878

30-34	5.886.945	5.747.507	6.484.076	7.784.669	7.279.171	8.781.255
35-39	7.153.279	7.451.391	8.018.374	8.816.968	8.026.618	9.221.624
40-44	10.342.897	10.114.911	10.117.153	11.848.016	9.897.949	12.189.760
45-49	15.253.704	14.345.780	15.248.315	17.882.919	14.477.570	16.649.843
50-54	22.361.947	21.691.567	21.574.514	24.186.791	21.740.768	24.638.268
55-59	27.061.652	26.191.045	28.557.952	35.293.425	30.679.091	31.383.542
60-64	31.577.838	31.959.172	36.678.930	39.477.005	36.274.698	42.451.647
65-69	36.352.132	35.791.587	40.031.513	43.703.502	39.690.350	43.128.372
70-74	38.363.235	38.637.616	44.399.021	45.443.438	41.567.407	43.248.209
75-79	36.242.359	35.923.662	42.449.223	46.920.304	41.576.449	41.646.377
80-84	30.119.542	29.283.671	34.109.060	36.229.735	34.028.739	34.983.620
85-89	22.307.342	22.185.317	26.121.499	27.475.668	24.180.218	24.166.799
90 y más	10.157.971	9.904.537	13.146.994	14.574.386	13.381.716	11.877.521
Total general	364.364.603,82	352.041.020,64	397.224.935,52	440.306.857,17	390.102.338,16	396.225.875,04

Fuente: Elaboración propia en base a datos DIVAP y DEIS

VI.1.1.4 Relación del gasto innecesario sobre el gasto total por días de estancia por grupo de análisis OPS/OMS y estancias CIE-10 con valor promedio anual DCO en dólares.

Para establecer la relación sobre el gasto innecesario y el gasto incurrido sobre las estancias totales por año, se realiza una proporción simple, lo que establece, qué porcentaje del gasto total incurrido, corresponde a un gasto innecesario.

De los seis años analizados, el único periodo que tiene una menor proporción de gasto innecesario sobre el gasto total es el año 2020, explicado por la baja de estancias innecesarias por la pandemia del COVID -19.

Sobre el periodo de tiempo entre 2015 al 2019, todos los años superan el 17% de gasto innecesario sobre el gasto total de estancias.

Tabla 13: Relación del gasto innecesario según grupo OPS/OMS y el gasto total por estancias en dólares

Años	Gasto innecesario total por grupo OPS/OMS en dólares (I)	Gasto total estancias en dólares (II)	Relación porcentual de gasto innecesario y gasto total en dólares (I/II)
2015	364.364.603,82	2.052.539.756,05	17,75%
2016	352.041.020,64	2.055.402.170,64	17,13%
2017	397.132.814,12	2.319.983.431,64	17,12%
2018	440.306.857,17	2.471.133.727,93	17,82%
2019	390.102.338,16	2.204.409.257,38	17,70%
2020	396.225.875,04	2.650.532.428,92	14,95%

Fuente: Elaboración propia en base a datos DIVAP y DEIS

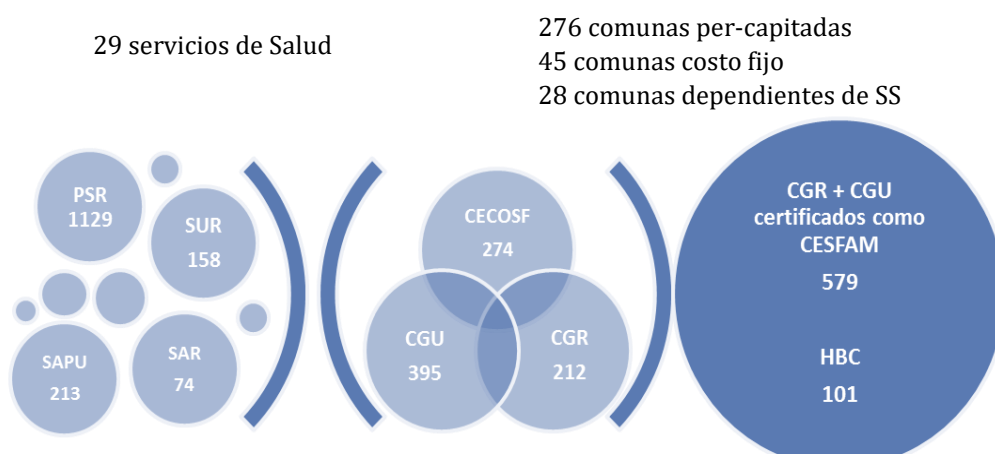
VI.1.2 Gasto innecesario por hospitalizaciones evitables según grupo OPS/OMS y el gasto en el primer nivel de atención de Salud en Chile

Desde la visión de redes integradas de salud, el nivel primario de atención sostiene los procesos de participación, promoción y prevención en con un modelo de salud familiar integrado, desde una mirada bio – psico- social, y basada en los determinantes sociales.

Su financiamiento, se basa esencialmente por un aparato de programas de reforzamiento y aporte basal per cápita, este último, se define de forma anual, según los inscritos a la APS¹⁴ y que sean beneficiarios de FONASA.

Estructuralmente, los servicios de atención de la APS dependen de municipios, corporaciones municipales. y Servicios de Salud.

Figura 12: Red de Atención Primaria de la Salud¹⁵



Fuente: División de Atención Primaria en base a información de División de Inversiones y de los Praps. Ministerio de Salud Chile.

Con respecto al gasto en APS, en los últimos diez años, este ha ido aumentando progresivamente. En términos nominales ha crecido en la última década en promedio un 8%, representando alrededor de un 22 % del gasto público en salud el 2020. Alcanzando los MM\$ 2.283 de pesos el 2020, de estos MM\$2.095.328 corresponden a APS Municipal y MM\$188.090 a APS del SNSS¹⁶.

En la figura 13, se puede observar el gasto desde la APS municipal, y de la APS dependiente de los servicios de salud, junto con su relación como porcentaje del gasto en salud pública. La tendencia previa del porcentaje del

¹⁴ Es importante relevar, que uno de los objetivos importes de la APS para aumentar su ingreso per cápita, es inscribir a los beneficiarios de Fonasa, en el sistema de atención comunal de la APS. Se menciona esto, porque existen atenciones de personas que pudiera no estar inscritas en el APS comunal de donde se han atendido.

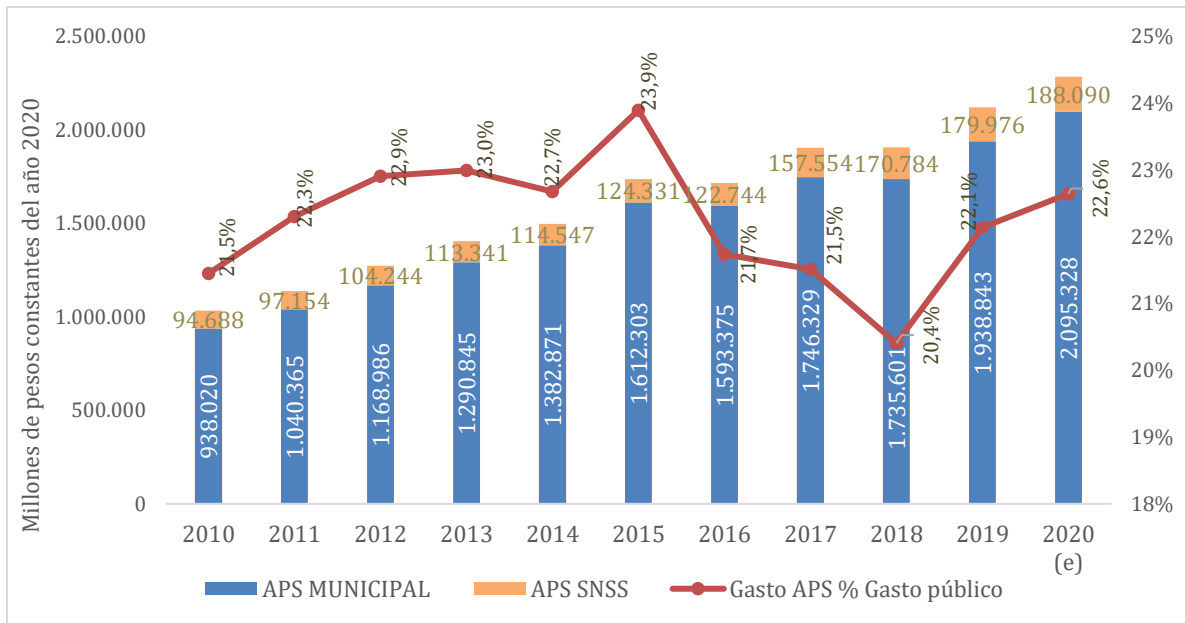
¹⁵ En “Nota Técnica: Gasto en Atención Primaria de Salud (APS) en Chile”, elaborado por del Depto. de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Recursos para el Modelo y Departamento de Gestión de los Cuidados, ambos departamentos pertenecientes a la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud de Chile. Hace mención que los establecimientos de la figura 13, son parte la red APS de Chile.

¹⁶ “Nota Técnica: Gasto en Atención Primaria de Salud (APS) en Chile”.

gasto público del APS, y como este disminuye hacia el año 2016, 2017, 2018, y luego vuelve a aumentar para los siguientes años, puede ser contrastado con la carga de días de estancia para los años 2017 y 2018.

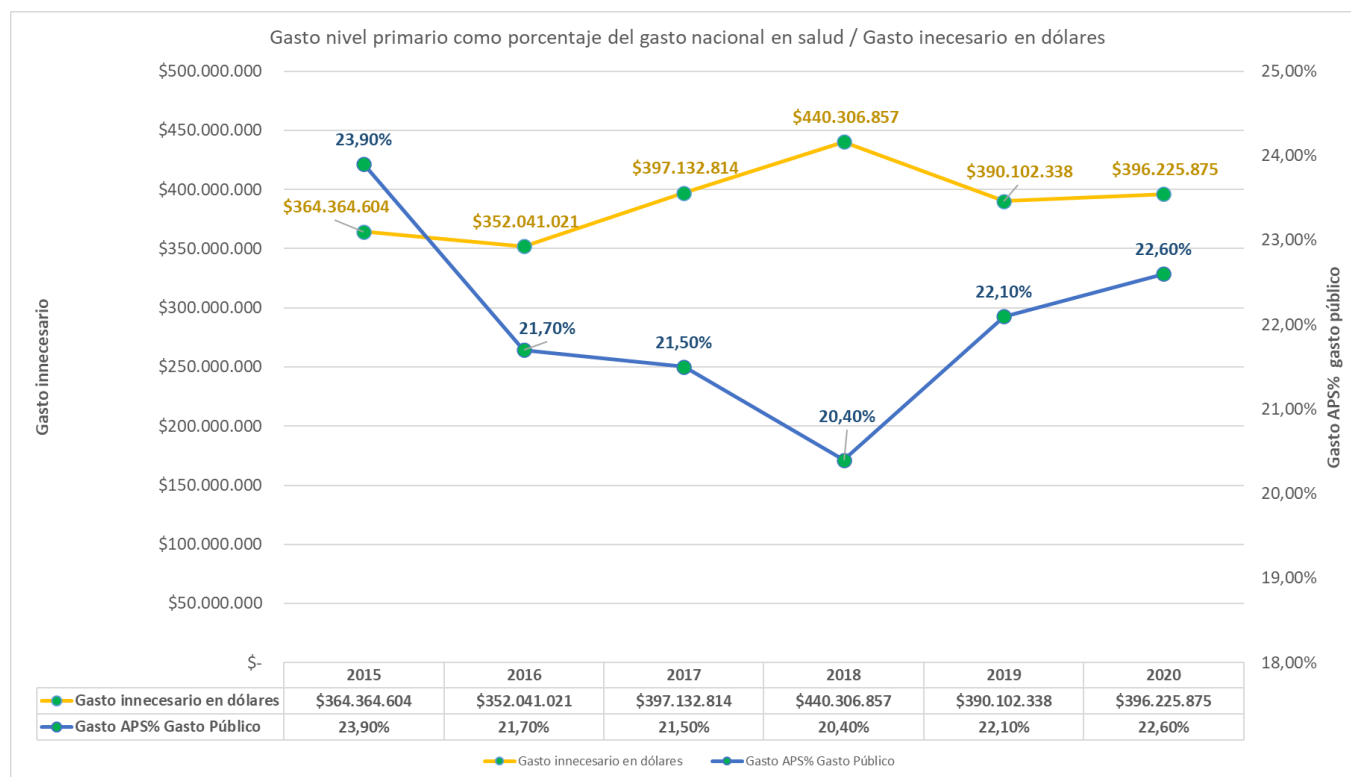
Por lo tanto, los años donde el gasto APS como porcentaje del gasto público en salud, fueron los años donde más aumentó el DCO y también aumentaron los días de estancia por hospitalizaciones evitables; lo que podría traducirse en un mayor gasto innecesario en salud, por la disminución del gasto en APS con respecto al gasto público. Se deberá ser cuidadoso entorno a este hallazgo, dado que, es sabido que la asociación entre variables (correlación), no necesariamente es causal del comportamiento de las variables en estudio, en este caso, gasto innecesario, días de estancia y egresos por hospitalizaciones evitables según grupo OPS/OMS.

Figura 13: Gasto Atención Primaria del SNSS y Municipal en salud. Y gasto en APS como porcentaje del gasto total en salud en millones de pesos 2020. Chile 2010– 2020



Fuente: Oficina de Información Económica en Salud. Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud Chile.

Figura 14: Gasto nivel primario como porcentaje de inversión del gasto nacional en salud versus el gasto innecesario en dólares para los años 2015 a 2020 en Chile



Fuente: Elaboración propia en base a información de la Oficina de Información Económica en Salud. Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud Chile, e información Idegys.

VI.1.3 Beneficio económico estimado de cumplir metas de reducción de días de estancia por hospitalizaciones evitables con criterio OPS/OMS

Como se planteó anteriormente, la OPS/OMS, establece metas para el indicador de egresos hospitalarios evitables según categoría CIE – 10. Por cierto, en este estudio, se toma el criterio y las metas, pero estableciéndola con las variables de días de estancias por hospitalizaciones evitables.

Es importante establecer criterios de reducción de días de estancia por hospitalizaciones evitables, porque en la práctica, este indicador muestra el impacto financiero sobre el sistema de salud, relacionado al desempeño del nivel primario de atención.

Con respecto al escenario de cumplir con la reducción de un 10% sobre la proporción de días de estancias por hospitalizaciones evitables, el beneficio en términos económicos sería de **204.706.896 USD**.

Al contraponer los resultados reales versus el esperado del gasto innecesario por días de estancia por hospitalizaciones evitables. El gasto innecesario real entre el año 2015 al 2020, por un monto de **2.340.173.509 USD**, el escenario OPS/OMS, se reduciría a **2.135.466.613 USD**, lo que significa, una reducción del gasto innecesario por días de estancia de un **8,74%**.

Tabla 14: Beneficio económico estimado de cumplir metas de reducción de días de estancia por hospitalizaciones evitables con criterio OPS/OMS

Años	Días de estancia reducidos según resultado esperado variación del 10%	Valor en dólares DCO	Beneficio esperado en dólares para variación del 10%
	$I_n - (V_n \times II_n)$		
2015	0	281,47	0
2016	130.948	278,64	36.487.274
2017	125.089	317,66	39.735.744
2018	129.119	327,61	42.300.659
2019	130.323	301,39	39.278.186
2020	113.117	414,66	46.905.033
Total de beneficio por cumplimiento en dólares			204.706.896

Fuente: Elaboración Propia, en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios, y valor promedio en dólares DCO

CONCLUSIONES

1. Los egresos totales por categoría CIE -10, los años de mayores egresos, son 2015, 2016 y 2018, con una cantidad de 1.575.072; 1.061.157; y 1.058.752, respectivamente. Con respecto a los días de estancia, se determina que 8 de las 20 causas por categoría CIE – 10, concentran el 76,23%, teniendo por los años con mayores días de estancia, el 2015, 2016, 2018, con 7.382.129; 10.120.806; y 7.542.913 días de estancias, respectivamente.
2. Sobre los egresos y días de estancia evitables. Para los egresos por hospitalizaciones evitables, se determina que 5 de las 20 causas, concentran el 61,66% de los egresos evitables.

Para los días de estancia por hospitalizaciones evitables, 5 causas acumulan el **68,36%** de los días de estancia evitables.

3. Chile, dentro de la región, mantiene porcentajes de hospitalizaciones evitables menores y cumple con la recomendación OPS/OMS estar bajo 19% con respecto al indicador de hospitalizaciones evitables, pero no logra disminuir el 10% anual como señala el plan de OPS/OMS (excepto el 2020 por otras causas, posiblemente asociadas a la Pandemia del Covid-19).
4. Sobre el gasto innecesario por días de estancias por hospitalizaciones evitables entre el 2015 a 2020, se determina que el valor promedio de la carga económica es de \$390.028.918,16 USD, donde 5 causas de hospitalizaciones evitables se encuentran sobre el valor promedio del gasto. Los años con mayor gasto innecesario son el 2018, con \$440.306.857,17 USD; 2017 con \$397.132.814,12 USD; y el 2020 con \$396.225.875,04USD.
5. Los \$390.028.918,16 USD de costo promedio por hospitalizaciones evitables entre los años 2015 a 2020, en términos prácticos, significarían la construcción de 49 Cesfam¹⁷, considerando para cada unidad “un edificio sustentable, con autonomía energética y accesibilidad universal. Tendrá tres pisos, 24 box clínicos, tres box ginecológicos, seis box dentales, cuatro salas para trabajo clínico grupal, tres box de atención psicológica, un box IRA (Infección Respiratoria Aguda), un box ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), un box atención de urgencias, una sala cirugía menor, un box de ecografías, una sala de rehabilitación, una unidad de farmacia, una unidad de programas de alimentación y una sala multiuso para trabajo de educación grupal y comunitario”.
6. En la relación con gastos innecesarios en salud y el presupuesto en el nivel primario, se observa que los años 2017 y 2018 tienen la menor inversión sobre nivel primario de atención como porcentaje de gasto público en salud, que, a la vez, corresponden a los años donde la carga económica por días de estancias por hospitalizaciones evitables son las más altas. Este aumento en las hospitalizaciones evitables y sus días de estancia podrían relacionarse, que a menor inversión nacional en APS la cobertura de los programas de salud disminuye, y, por tanto, disminuye el desempeño del nivel primario de atención, y por consiguiente, un aumento de la producción en hospitales públicos asociado a atenciones susceptibles de cuidado en el nivel primario de atención.

¹⁷ Para este cálculo, se usó el valor de la construcción del nuevo centro de salud de la Municipalidad de Renca, región Metropolitana. Con valor aproximado de \$7.975.000 USD

7. Sobre el resultado de tramos etarios, la población entre 0 a 4 años, presenta la mayor carga de egresos evitables entre los años 2015 al 2020, con un promedio total de 15,21%. Seguido por el tramo etario entre 50 a 79 años, con un promedio de egresos evitables igual a 11.591 días.
8. En términos económicos, el promedio de gasto innecesario para el tramo de 0 a 4 años de edad es de 36.722.085 USD, con 118.084 días promedio. Los años con mayor carga de gasto innecesario son el año 2017 con 40.466.707 USD, y el año 2018 con 47.841.871 USD.

Para las personas entre 50 a 79 años, el promedio de estancias evitables es de 111.187 días, mientras que el promedio de gasto innecesario es de 35.247.072 USD, ambos promedios entre los años 2015 a 2020. Con respecto a los años con más carga de gasto innecesario, son el año 2017 con 35.615.192 USD, el año 2018 con 39.170.744 USD, y el año 2020 con 37.749.402 USD.

9. Se establece que, si se fijara una meta del 10% de reducción anual en los días de estancias por hospitalizaciones evitables (según criterio OPS/OMS utilizado en egresos por hospitalizaciones evitables), el gasto innecesario asociado al cuidado en el nivel primario de atención se traduciría en una reducción de la ineficiencia por días de estancia de un **8,74%** entre el 2015 y el 2020. En términos económicos, esto se significa una eficiencia financiera de \$204.706.896 USD.
10. Aunque la Pandemia Covid-19 hizo aumentar el valor del día cama ocupado en un 27.32% medido en dólares al año 2020 con respecto al año 2019, el avance de la inversión en el nivel primario de la salud como porcentaje del gasto nacional de salud, en 1.7% desde el año 2018 al año 2019, y en un 0.5% desde el año 2019 al 2020, explicaría la reducción del gasto innecesario en salud, durante el año 2019 y 2020. Por lo que, la variación interanual del costo del día cama ocupado no es un factor preponderante en el gasto innecesario en salud.
11. La inversión en el nivel primario de salud como porcentaje del gasto nacional en salud, tiene efectos en el mismo año de inversión y en el siguiente año, esto quiere decir, que cuándo se realizó una inversión del 23,90% en el 2015, los años con menor gasto innecesario fueron los años 2015 y 2016. En ese sentido, la información muestra, que cuándo la inversión disminuyó a un 21,70%, la curva de gasto innecesario en el año 2016 comienza a aumentar y se consolida en el año 2017; luego, para el año 2017 la inversión en el nivel primario vuelve a disminuir a un 21,50%, tendiendo al mismo comportamiento hacia el año 2018. Durante el año 2019, la inversión aumenta a un 22,10% y la curva de gasto innecesario se posiciona como el tercer año con menos gasto innecesario, para finalizar el año 2020 con un aumento al 22,60% de inversión en el nivel primario de salud, y dejando al año 2020, como el cuarto gasto innecesario más bajo.
12. Ergo, un sistema más eficiente en salud tiene una correlación y causalidad con el porcentaje de inversión en el nivel primario de salud sobre el gasto nacional de salud. Se consideraría que a lo menos sobre un 23,90%, sería el mínimo porcentaje de inversión en el nivel primario de salud, valor porcentual de inversión correspondiente al año 2015, donde se tuvo el segundo gasto innecesario más bajo entre los años 2015 a 2020, y que afecta positivamente en la reducción del gasto innecesario del 2016, siendo este el último año con menor carga de gasto innecesario. Lo que va en consonancia con el “Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal” propuesto por la OPS/OMS, que menciona que el pacto es **“un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del producto interno bruto, e invertir al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención”**.

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La metodología propuesta para la medición del gasto asociado a las atenciones susceptibles de cuidado en el nivel primario de salud es de bajo costo, de rápido cálculo, y en Chile de acceso universal mediante mecanismos de transparencia de la información pública de salud.

Aunque el indicador es general, tiene la potencialidad de ser acompañado por otras metodologías como los Grupos Relacionados de Diagnóstico, e incluso el enfoque de determinantes sociales de la salud, teniendo presente, que estos últimos solo podrían nutrir al indicador de hospitalizaciones evitables, y en ningún caso reemplazarlo.

Un importante aporte a la determinación del efecto financiero producido por las atenciones susceptibles de cuidado en el nivel primario en los sistemas de salud es la construcción de Clúster de complejidad hospitalaria según GRD. Estos Clúster, permitirían conocer la casuística hospitalaria según la población beneficiaria asignada a programas de salud que atienden las patologías de los criterios OPS/OMS.

Al tener una sistematización de los Clúster hospitalarios y su población beneficiaria asociada a programas de salud en el nivel primario de atención, permite el diseño de un sistema de información trazador de los resultados de salud de la población.

El poder caracterizar el gasto innecesario por hospitalizaciones evitables desde un enfoque de la determinación social de la salud, facilita la comparación de las condiciones de vida de quienes utilizan los bienes y servicios de salud público, pudiendo comparar los centros hospitalarios con su nivel de complejidad, regiones, servicios de salud, y comunas. Siendo un insumo importante, para tomadores de decisiones y diseñadores de políticas públicas en salud que tiendan a generar una sociedad más equitativa.

Es importante abordar las categorías de hospitalizaciones evitables en el grupo OPS/OMS, y trazarlo con los programas de salud existen en la cartera de servicios de la APS. Esto con el fin de reconocer el desempeño de los programas de salud, estrategias e iniciativas que se abordan en el primer nivel de salud.

Se debe realizar un estudio focalizado entre los años 2017 a 2018, para revisar la relación entre el gasto en el nivel primario como porcentaje del gasto público en salud, y la cantidad de carga económica y de hospitalizaciones evitables en términos de egresos y días de estancia, existiendo un gran interés en caracterizar el envejecimiento y el efecto sobre el indicador abordado en este estudio.

El punto anterior, nos comenzaría a dar luces de la relación entre gasto en el nivel primario de salud y bienestar de la población inscrita y beneficiaria en los distintos programas de atención.

Establecer de forma transversal cuál sería un porcentaje aceptable o Gold Estándar del indicador de atenciones susceptibles de cuidado en el nivel primario de atención, que, en definitiva, enmarcaría cuándo se está al frente de un sistema de salud eficiente y el estado (o nivel) de integralidad del nivel primario de atención.

Finalmente, el Estado, ministerios, organizaciones públicas, municipios, y quienes conformar el nivel primario de atención de salud en Chile, deberán incorporar estos conocimientos, metodologías, y herramientas, con el fin de realizar la inversión necesaria como porcentaje del PIB en el nivel primario de atención, buscando una población

más saludable, con un sistema de salud que pueda transitar de un sistema productivo de salud a un sistema de bienestar, con eficiencia y equidad.

ANEXOS

Anexo 1: Comparación de complejidad hospitalaria mediante la construcción de clúster utilizando grupos relacionados de diagnóstico (GRD)

Para este estudio, mediante la utilización de indicadores obtenidos en base a los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), se construye de un clúster por mediana y alta complejidad hospitalaria, para facilitar la caracterización del sistema de atención, especialmente.

Los GRD utilizados en Chile, corresponde a IR – GRD (Internacional Refined Diagnosis Related Group en inglés). “Los GRD proveen distintos índices o indicadores tales como estadía media, índice de severidad, peso relativo, índice de Casemix, etc., que permiten conocer y cuantificar lo que el hospital o centro asistencial produce. Como consecuencia de ello son muy útiles para la evaluación del desempeño de un establecimiento en distintos años para la comparación de sí mismo o entre distintos centros de salud”¹⁸.

Para la construcción del criterio de asignación de complejidad hospitalaria, se utilizó el Casemix por GRD. “Cada hospital tiene un índice de complejidad, que se obtiene de la suma de todos los pesos relativos de los códigos GRD médicos y quirúrgicos [aplicados ese año] dividido entre el número de pacientes”¹⁹, donde la complejidad varía año a año.

Los GRD permiten acceder a indicadores de comparación entre años para un mismo hospital, o comparación entre hospitales de un mismo país o distintos países. Dada la complejidad de la atención en salud, los indicadores nacen esencialmente del uso de tendencias centrales estadísticas, principalmente de la media aritmética. Los indicadores más utilizados desde los GRD, son **El peso medio de un hospital, que puede ser utilizado para referenciar la complejidad de la casuística en términos de costos**²⁰, **el peso relativo de un hospital, que corresponde a la razón entre el peso medio del hospital y del grupo hospitalario**²¹ **que se defina como estándar, entregando la complejidad relativa de los pacientes en términos de costos por GRD.**

Si el peso relativo de un hospital es mayor a 1, se establece que la casuística tiene un mayor costo que el grupo hospitalario. Este valor, puede ser expresado en términos porcentuales, por ejemplo, un peso relativo de un hospital A es 1,1; se podría expresar como 110%, lo que indica que existe un 10% de costo más para un paciente promedio de hospitalización aguda en un hospital A, que en el grupo hospitalario seleccionado.

Ya conocido algunos indicadores de comparación y su conceptualización, junto con la información disponible, se determina que el criterio utilizado para la construcción del clúster hospitalario por complejidad será el **Peso Relativo de un Hospital en términos porcentuales.**

¹⁸ <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v147n12/0717-6163-rmc-147-12-1518.pdf>

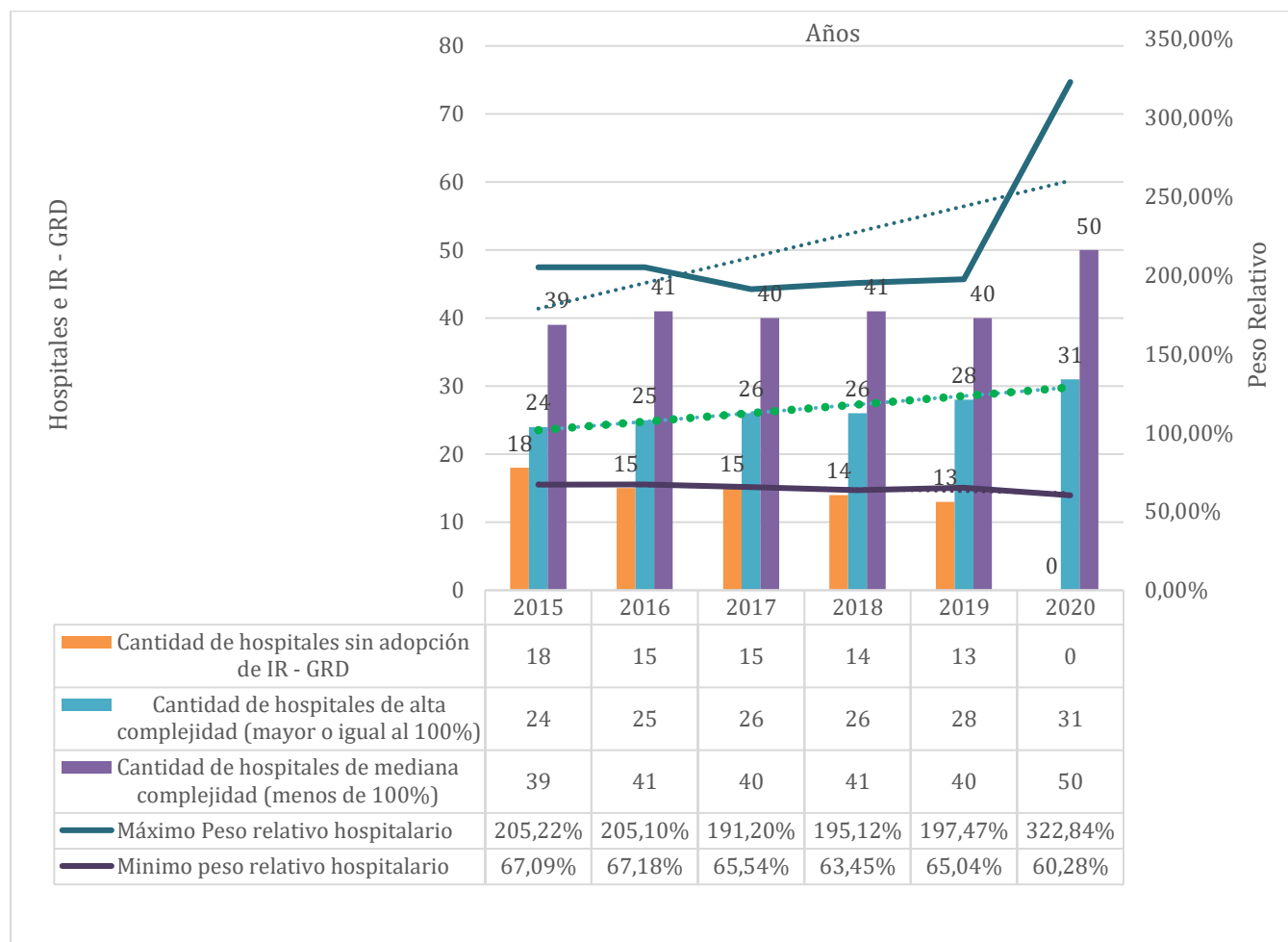
¹⁹ ([https://www.upf.edu/documents/2984046/2986000/Chile Informe Egresos.pdf/05026fa0-3846-4f4c-a0e8-a5caa1fa1b84](https://www.upf.edu/documents/2984046/2986000/Chile+Informe+Egresos.pdf/05026fa0-3846-4f4c-a0e8-a5caa1fa1b84))

²⁰ El peso medio del hospital es calculado de forma anual, y establece que el costo del paciente promedio de una hospitalización de agudos sería un valor 1

²¹ Para este estudio en particular, se establece que el grupo hospitalario estará designado por aquellos hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y tengan implementada la herramienta PERC.

Por lo tanto, todo hospital del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), con un Peso Relativo de un Hospital sea mayor a 100% (considerando hasta dos decimales), se le asignará la categoría de un hospital de alta complejidad, y bajo este valor de referencia (100%) serán considerados de mediana complejidad.

Figura 15: Aplicación del criterio de asignación de clúster hospitalario por complejidad mediante el uso de GRD para hospitales en Chile²²



Fuente: Elaboración propia con Base de Datos GRD IR Minsal v_3.0 - Norma 2014 - SSA/MPV/YVM/MCA 16-09-2021

Al establecer la relación con el criterio construido, se observa que los hospitales fueron aumentando su nivel de complejidad año a año, lo que debería impactar en el costo CDO por PERC. Pero a nivel de sistema hospitalario, este tiene un costo asociado a un sistema de alta complejidad. De los años analizados, el único que mantuvo un promedio relativo hospitalario de mediana complejidad.

El año 2020, se suman 10 nuevos hospitales de alta complejidad según criterio de asignación de clúster, y con un peso relativo máximo de 322,84% y peso relativo mínimo de 60,28%.

²² Cabe tener en cuenta, que durante el año 2020 se vive el inicio de la Pandemia por COVID -19, lo que complejiza el sistema de forma exponencial.

Fuera de todo pronóstico para el año 2020, a nivel de sistema hospitalario su promedio fue de 100%. Esto quiere decir, que el sistema en su totalidad establece una complejidad de atención de un paciente agudo, aunque, de manera individual, el valor promedio máximo es notablemente mayor a los años anteriores, y su valor mínimo es cercano a los mínimos históricos.

Anexo 2: Comparación de egresos totales por categoría CIE-10 para el periodo 2015 - 2020, Chile

Causa	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total de egresos por grupo CIE -10
Embarazo, parto y puerperio (O00 a O99)	221.969	208.348	200.720	207.412	192.410	162.832	1.193.691
Enfermedades del sistema respiratorio (K00 A K93)	222.526	133.200	135.765	137.740	133.193	109.030	871.454
Enfermedades del sistema respiratorio (J00 A J99)	157.754	107.322	107.733	107.805	106.151	52.704	639.469
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00 A T98)	153.533	93.147	96.450	97.081	97.392	86.950	624.553
Enfermedades del sistema genitourinario (N00 A N99)	134.815	80.715	85.021	86.274	85.309	61.437	533.571
Enfermedades del sistema circulatorio (I00 a I99)	129.598	92.461	95.154	96.411	95.503	83.109	592.236
Tumores (Neoplasias) (C00 A D48)	123.870	73.816	79.222	79.630	79.403	62.442	498.383
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00 A M99)	77.656	27.410	29.285	32.108	32.650	16.758	215.867
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00 A Z99)	52.961	27.569	24.398	24.447	25.843	16.910	172.128
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00 A E90)	48.599	28.279	29.354	29.037	28.707	23.301	187.277
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00 A R99)	40.966	53.280	20.564	18.195	16.982	12.549	162.536
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00 A B99)	37.785	24.405	24.491	24.443	24.565	17.452	153.141
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00 A P96)	38.312	29.440	29.147	30.997	29.654	26.432	183.982
Enfermedades del sistema nervioso central (G00 A G99)	28.387	16.662	18.103	19.264	19.191	14.951	116.558
Trastornos mentales y del comportamiento (F00 A F99)	27.908	20.203	21.517	23.575	23.987	19.980	137.170
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00 A L99)	24.542	15.074	15.435	15.562	15.773	11.663	98.049
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00 A Q99)	20.835	12.137	12.760	13.222	12.255	7.836	79.045
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00 A H59)	17.728	8.314	5.568	5.739	5.299	3.058	45.706
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50 A D89)	9.944	6.700	6.643	7.000	7.035	6.065	43.387
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60 A H95)	5.384	2.675	3.038	2.810	2.812	1.404	18.123
Total	1.575.072	1.061.157	1.040.368	1.058.752	1.034.114	796.863	6.566.326
Total 2015 a 2020							6.566.326
Promedio total 2015 a 2020							1.094.388

Fuente: elaboración propia en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios

Anexo 3: Comparación de estadías totales por categoría CIE-10 para el periodo 2015 - 2020, Chile

Causa	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total de estadías por grupo CIE - 10
Embarazo, parto y puerperio (O00 a 099)	692.212	891.938	645.036	665.568	624.830	511.276	4.030.860
Enfermedades del sistema respiratorio (K00 A K93)	714.825	971.002	771.016	770.321	733.933	631.766	4.592.863
Enfermedades del sistema respiratorio (J00 A J99)	757.095	1.062.758	767.365	785.664	805.595	503.290	4.681.767
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00 A T98)	731.398	997.528	752.712	773.823	779.707	686.513	4.721.681
Enfermedades del sistema genitourinario (N00 A N99)	469.723	622.784	489.445	501.924	485.539	373.264	2.942.679
Enfermedades del sistema circulatorio (I00 a I99)	896.694	1.182.708	943.972	965.610	953.854	778.458	5.721.296
Tumores (Neoplasias) (C00 A D48)	585.755	836.979	618.467	627.845	618.508	487.849	3.775.403
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00 A M99)	170.614	299.707	179.479	196.823	195.021	127.631	1.169.275
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00 A Z99)	105.537	167.581	100.065	95.004	116.206	89.877	674.270
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00 A E90)	258.779	515.959	263.808	272.150	261.432	209.679	1.781.807
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00 A R99)	119.924	159.327	95.185	87.814	78.512	54.650	595.412
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00 A B99)	362.607	315.277	253.857	249.775	254.332	204.623	1.640.471
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00 A P96)	297.273	354.978	293.119	309.401	290.569	274.449	1.819.789
Enfermedades del sistema nervioso central (G00 A G99)	174.107	235.454	169.752	187.802	170.462	143.909	1.081.486
Trastornos mentales y del comportamiento (F00 A F99)	720.743	1.073.972	640.878	723.859	613.288	508.905	4.281.645
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00 A L99)	125.034	168.036	134.195	141.505	145.526	113.865	828.161
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00 A Q99)	115.493	144.318	104.792	103.899	105.438	96.093	670.033
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00 A H59)	27.551	44.981	30.587	23.213	21.613	12.810	160.755
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50 A D89)	48.112	62.607	49.624	51.680	51.747	43.973	307.743
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60 A H95)	8.653	12.912	8.914	9.233	8.030	4.743	52.485
Total	7.382.129	10.120.806	7.312.268	7.542.913	7.314.142	5.857.623	45.529.881
Total 2015 a 2020	45.529.881						
Promedio total 2015 a 2020	7.588.314						

Fuente: elaboración propia en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios

Anexo 4: Gasto por días estancias evitables por grupo OPS/OMS entre el 2015 y el 2020, con valor promedio anual DCO en dólares

Grupo etario en años	Enfermedades prevenibles por vacunación (G1)	Condiciones evitables que incluyen fiebres reumáticas, sífilis, tuberculosis, y tuberculosis pulmonar (G2)	Gastroenteritis infecciosas y complicaciones (G3)	Anemia (G4)	Deficiencias nutricionales (G5)	Infecciones de oído, nariz, y garganta (G6)	Peritonía bacteriana (G7)	Asma (G8)	Enfermedades de vías respiratorias bajas (G9)	Hipertensión (G10)	Falla cardíaca congestiva (G11)	Insuficiencia cardíaca (G12)	Enfermedad cerebrovascular (G13)	Diabetes Mellitus (G14)	Epilepsia (G15)	Infecciones renales y de vías urinarias (G16)	Infecciones de piel y tejido subcutáneo (G17)	Enfermedad pélvica inflamatoria (G18)	Úlcera gastrointestinal (G19)	Enfermedades relacionadas con el embarazo, parto, y puerperio (G20)
2015	7.368	36.042	44.193	3.727	5.206	14.831	49.361	16.935	154.001	21.479	27.044	120.207	236.508	189.957	55.215	167.671	75.279	21.235	32.499	15.748
2016	5.996	33.358	40.209	3.922	5.124	12.992	54.949	17.776	156.608	20.276	24.774	114.824	241.192	188.195	35.364	164.573	76.403	20.867	30.881	15.143
2017	5.884	1.276	37.755	4.352	6.126	12.874	52.036	20.370	163.019	19.321	25.204	121.147	240.628	189.995	38.170	169.251	77.064	20.893	30.595	14.222
2018	5.855	34.650	37.681	5.178	13.534	13.534	65.261	20.908	173.847	20.739	26.286	121.828	246.639	198.808	46.720	171.429	75.287	20.478	30.844	14.491
2019	4.567	32.750	41.685	5.259	4.614	11.482	74.769	17.748	161.587	21.184	26.704	119.245	236.454	188.948	36.436	168.968	79.406	19.208	29.556	13.774
2020	2.807	24.139	26.242	4.106	5.335	6.111	38.441	8.412	64.988	17.358	21.187	97.413	204.940	151.493	36.126	135.635	61.111	14.138	26.256	9.306
Distribución porcentual	0,44%	2,19%	3,08%	0,36%	0,54%	0,97%	4,52%	1,38%	11,81%	1,63%	2,04%	9,38%	19,00%	14,96%	3,35%	13,21%	6,01%	1,58%	2,44%	1,12%

Anexo 5: Gasto por días estancias evitables por grupo OPS/OMS y tramos etarios entre el 2015 y el 2020, con valor promedio anual DCO en dólares

Grupo etario en años	Días de estancia evitables por tramo etario para el año 2015	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2015 en dólares	Días de estancia evitables por tramo etario para el año 2016	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2016 en dólares	Días de estancia evitables por tramo etario para el año 2017	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2017 en dólares	Días de estancia evitables por tramo etario para el año 2018	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2018 en dólares	Días de estancia evitables por tramo etario para el año 2019	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2019 en dólares	Días de estancia evitables por tramo etario para el año 2020	Gasto innecesario por tramo etario por días de estancias evitables año 2020 en dólares
0-4	127.932	36.009.020	122.681	34.183.834	127.390	40.466.707	146.033	47.841.871	129.429	39.008.606	55.039	22.822.472
5-9	27.114	7.631.778	30.061	8.376.197	25.673	8.155.285	26.609	8.717.374	22.649	6.826.182	15.904	6.594.753
10-14	17.321	4.875.342	16.321	4.547.683	15.121	4.803.337	16.960	5.556.266	15.770	4.752.920	12.133	5.031.070
15-19	17.946	5.051.261	16.557	4.613.442	14.401	4.574.622	13.448	4.405.699	13.136	3.959.059	9.517	3.946.319
20-24	20.606	5.799.971	19.415	5.409.796	18.240	5.794.118	19.653	6.438.519	19.117	5.761.673	13.598	5.638.547
25-29	41.981	11.816.392	20.393	5.682.306	20.444	6.494.241	23.535	7.710.301	23.203	6.993.152	18.873	7.825.878
30-34	20.915	5.886.945	20.627	5.747.507	20.412	6.484.076	23.762	7.784.669	24.152	7.279.171	21.177	8.781.255
35-39	25.414	7.153.279	26.742	7.451.391	25.242	8.018.374	26.913	8.816.968	26.632	8.026.618	22.239	9.221.624
40-44	36.746	10.342.897	36.301	10.114.911	31.849	10.117.153	36.165	11.848.016	32.841	9.897.949	29.397	12.189.760
45-49	54.193	15.253.704	51.485	14.345.780	48.002	15.248.315	54.586	17.882.919	48.036	14.477.570	40.153	16.649.843
50-54	79.447	22.361.947	77.848	21.691.567	67.917	21.574.514	73.828	24.186.791	72.135	21.740.768	59.418	24.638.268
55-59	96.144	27.061.652	93.996	26.191.045	89.901	28.557.952	107.730	35.293.425	101.792	30.679.091	75.685	31.383.542
60-64	112.189	31.577.838	114.697	31.959.172	115.466	36.678.930	120.500	39.477.005	120.358	36.274.698	102.377	42.451.647
65-69	129.151	36.352.132	128.451	35.791.587	126.020	40.031.513	133.401	43.703.502	131.691	39.690.350	104.009	43.128.372
70-74	136.296	38.363.235	138.665	38.637.616	139.769	44.399.021	138.712	45.443.438	137.919	41.567.407	104.298	43.248.209
75-79	128.761	36.242.359	128.925	35.923.662	133.631	42.449.223	143.220	46.920.304	137.949	41.576.449	100.435	41.646.377
80-84	107.008	30.119.542	105.095	29.283.671	107.376	34.109.060	110.588	36.229.735	112.906	34.028.739	84.367	34.983.620
85-89	79.253	22.307.342	79.620	22.185.317	82.231	26.121.499	83.867	27.475.668	80.229	24.180.218	58.281	24.166.799
90 y más	36.089	10.157.971	35.546	9.904.537	41.387	13.146.994	44.487	14.574.386	44.400	13.381.716	28.644	11.877.521
Total general	1.294.506	364.364.603,82	1.263.426	352.041.020,64	1.250.472	397.224.935,52	1.343.997	440.306.857,17	1.294.344	390.102.338,16	955.544	396.225.875,04

Fuente: elaboración propia en base a datos Deis de Egresos Hospitalarios

Anexo 6: Pesos relativos de complejidad hospitalaria para hospital del SNSS Chile

Hospital (Código)	Hospital (Descripción)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Promedio hospital 2015 a 2020	Peso Relativo 2015	Peso Relativo 2016	Peso Relativo 2017	Peso Relativo 2018	Peso Relativo 2019	Peso Relativo 2020
101100	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)	0,7680	0,7772	0,7937	0,7957	0,8181	0,9804	0,82	0,911	0,902	0,905	0,897	0,894	0,929
102100	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)	0,7467	0,7680	0,7792	0,8223	0,8197	0,9471	0,81	0,886	0,892	0,889	0,927	0,896	0,897
103100	Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	0,8394	0,8502	0,8631	0,9060	0,9341	1,1647	0,93	0,996	0,987	0,984	1,021	1,021	1,103
103101	Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama)	0,6124	0,6405	0,6568	0,6838	0,7178	0,9315	0,71	0,726	0,744	0,749	0,770	0,784	0,882
104100	Hospital San José del Carmen (Copiapó)	0,7169	0,7622	0,7510	0,7669	0,7825	0,8559	0,77	0,850	0,885	0,856	0,864	0,855	0,811
104103	Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Ariztía Ruiz (Vallenar)	0,7196	0,7320	0,7583	0,7616	0,7853	0,8526	0,77	0,854	0,850	0,865	0,858	0,858	0,808
105100	Hospital San Juan de Dios (La Serena)	0,8397	0,8919	0,9065	0,9487	0,9455	1,0360	0,93	0,996	1,036	1,034	1,069	1,033	0,981
105101	Hospital San Pablo (Coquimbo)	0,9151	0,9574	0,9849	1,0043	1,0079	1,0609	0,99	1,085	1,112	1,123	1,132	1,101	1,005
105102	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle)	0,6661	0,6664	0,6956	0,7129	0,7372	0,9251	0,73	0,790	0,774	0,793	0,803	0,806	0,876

Una medición del gasto innecesario entre el 2015 al 2020
en el Sistema de Salud Público de Chile

105103	Hospital Dr. Humberto Elorza Cortéz (Illapel)						0,6709	0,67	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,636
106100	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	0,9459	1,0065	1,0014	1,0209	1,0091	1,1519	1,02	1,122	1,169	1,142	1,150	1,103	1,091
106102	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)	1,0308	1,0217	1,0224	1,0663	1,1063	1,2613	1,08	1,223	1,186	1,166	1,201	1,209	1,195
106103	Hospital Claudio Vicuña (San Antonio)	0,6537	0,6651	0,6824	0,6826	0,7063	0,7697	0,69	0,775	0,772	0,778	0,769	0,772	0,729
107100	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	1,1489	1,2024	1,1893	1,1867	1,1896	1,2486	1,19	1,363	1,396	1,356	1,337	1,300	1,183
107101	Hospital San Martín (Quillota)	0,7213	0,7147	0,7353	0,7478	0,7682	0,8969	0,76	0,856	0,830	0,839	0,843	0,840	0,850
107102	Hospital de Quilpué	0,6803	0,7320	0,7443	0,7461	0,7562	0,8290	0,75	0,807	0,850	0,849	0,841	0,826	0,785
108100	Hospital de San Camilo (San Felipe)	0,7435	0,7861	0,7936	0,7851	0,8393	0,9322	0,81	0,882	0,913	0,905	0,885	0,917	0,883
108101	Hospital San Juan de Dios (Los Andes)	0,7002	0,7301	0,7634	0,7783	0,8524	0,9109	0,79	0,831	0,848	0,871	0,877	0,932	0,863
109100	Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)	0,7862	0,7938	0,8115	0,8274	0,8448	0,9687	0,84	0,933	0,922	0,925	0,932	0,923	0,918
109101	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	1,0534	1,0933	1,0498	1,0349	1,1086	1,3240	1,11	1,250	1,269	1,197	1,166	1,212	1,254
109103	Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo					1,0781	1,1560	1,12	0,000	0,000	0,000	0,000	1,178	1,095

Una medición del gasto innecesario entre el 2015 al 2020
en el Sistema de Salud Público de Chile

	Correa (Santiago, Recoleta)													
110100	Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	0,9959	0,9964	1,0051	1,0196	1,0891	1,2856	1,07	1,181	1,157	1,146	1,149	1,190	1,218
110110	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	1,1973	1,3130	1,1858	1,2351	1,2252	1,2501	1,23	1,420	1,525	1,352	1,392	1,339	1,184
110120	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)	0,7667	0,8179	0,8239	0,7998	0,8222	1,0217	0,84	0,909	0,950	0,940	0,901	0,899	0,968
110130	Hospital Adalberto Steeger (Talagante)	0,6598	0,6663	0,6790	0,6767	0,6697	0,8661	0,70	0,783	0,774	0,774	0,762	0,732	0,820
110140	Hospital de Peñaflo						0,7774	0,78	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,736
110150	Hospital San José (Melipilla)	0,6335	0,6374	0,6431	0,6279	0,6367	0,7581	0,66	0,751	0,740	0,733	0,707	0,696	0,718
111100	Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)	0,8720	0,9064	0,9022	0,8765	0,8856	1,0009	0,91	1,034	1,052	1,029	0,988	0,968	0,948
111101	Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada	0,7695	0,8391	0,9023	0,9190	0,9354	1,1487	0,92	0,913	0,974	1,029	1,035	1,022	1,088
111195	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago)	1,2195	1,2158	1,2387	1,3117	1,3230	1,6673	1,33	1,447	1,412	1,413	1,478	1,446	1,579
112100	Hospital Del Salvador	1,1381	1,1712	1,2050	1,1887	1,2234	1,4070	1,22	1,350	1,360	1,374	1,339	1,337	1,333

Una medición del gasto innecesario entre el 2015 al 2020
en el Sistema de Salud Público de Chile

	(Santiago, Providencia)													
112101	Hospital Dr. Luis Tizné B. (Santiago, Peñalolén)	0,6829	0,7216	0,7307	0,7306	0,7481	0,8725	0,75	0,810	0,838	0,833	0,823	0,818	0,826
112102	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	1,2591	1,2657	1,3819	1,3343	1,4183	1,6276	1,38	1,494	1,470	1,576	1,503	1,550	1,542
112103	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica	1,7059	1,6305	1,6720	1,7317	1,8069	2,2930	1,81	2,023	1,893	1,907	1,951	1,975	2,172
112104	Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo	1,7301	1,7665	1,6767	1,6668	1,6807	1,9682	1,75	2,052	2,051	1,912	1,878	1,837	1,865
113100	Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)	0,9089	0,8687	0,9329	0,9234	0,9505	1,0982	0,95	1,078	1,009	1,064	1,040	1,039	1,040
113130	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)	1,0708	1,1243	1,1206	1,0954	1,0192	1,1504	1,10	1,270	1,305	1,278	1,234	1,114	1,090
113150	Hospital San Luis (Buin)	0,5656	0,5787	0,5747	0,5631	0,5952	0,7381	0,60	0,671	0,672	0,655	0,634	0,650	0,699
113160	Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova (Santiago, San Miguel)					1,3178	1,2930	1,31	0,000	0,000	0,000	0,000	1,440	1,225
113180	Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)	0,7768	0,7591	0,7777	0,7819	0,7960	0,9676	0,81	0,921	0,881	0,887	0,881	0,870	0,917
114101	Complejo Hospitalario Dr.	0,8590	0,9084	0,9634	0,9522	0,9563	1,1490	0,96	1,019	1,055	1,099	1,073	1,045	1,088

Una medición del gasto innecesario entre el 2015 al 2020
en el Sistema de Salud Público de Chile

	Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)													
114102	Hospital San José de Maipo						1,3472	1,35	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,276
114103	Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	0,6699	0,7590	0,7808	0,7452	0,7429	0,9734	0,78	0,795	0,881	0,890	0,840	0,812	0,922
114104	Hospital Metropolitano (Exmilitar, Santiago, Providencia)						3,4079	3,41	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	3,228
114105	Hospital clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Inzunza	0,8760	0,8492	0,8561	0,8628	0,8875	1,1282	0,91	1,039	0,986	0,976	0,972	0,970	1,069
115100	Hospital Regional de Rancagua	0,9511	1,0005	1,0119	1,0167	0,9982	1,1742	1,03	1,128	1,162	1,154	1,146	1,091	1,112
115107	Hospital San Juan de Dios (San Fernando)	0,6803	0,7568	0,7833	0,7751	0,8146	1,0019	0,80	0,807	0,879	0,893	0,873	0,890	0,949
115110	Hospital de Santa Cruz	0,6321	0,6386	0,6652	0,6872	0,7202	0,8132	0,69	0,750	0,742	0,759	0,774	0,787	0,770
116100	Hospital San Juan de Dios (Curicó)	0,7617	0,7720	0,7971	0,7851	0,8120	0,9228	0,81	0,904	0,896	0,909	0,885	0,887	0,874
116105	Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	0,9383	0,9832	1,0011	1,0222	1,0458	1,1492	1,02	1,113	1,142	1,142	1,152	1,143	1,089
116107	Hospital de Constitución						0,7976	0,80	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,756
116108	Hospital presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	0,7236	0,7566	0,7844	0,7799	0,7917	0,9014	0,79	0,858	0,878	0,894	0,879	0,865	0,854
116109	Hospital Dr. Abel Fuentealba Lagos (San Javier)						0,8580	0,86	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,813

Una medición del gasto innecesario entre el 2015 al 2020
en el Sistema de Salud Público de Chile

116110	Hospital San José (Parral)	0,5806	0,6308	0,6624	0,6851	0,7116	0,7539	0,67	0,689	0,732	0,755	0,772	0,778	0,714
116111	Hospital San Juan de Dios (Cauquenes)						0,6906	0,69	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,654
117101	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	0,7968	0,8237	0,8578	0,8751	0,8663	0,9804	0,87	0,945	0,956	0,978	0,986	0,947	0,929
117102	Hospital de San Carlos	0,7066	0,6947	0,6931	0,6921	0,7031	0,7872	0,71	0,838	0,807	0,790	0,780	0,768	0,746
118100	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	1,0061	1,0688	1,0926	1,0936	1,1111	1,2981	1,11	1,193	1,241	1,246	1,232	1,214	1,230
118103	Hospital Traumatológico (Concepción)						1,0985	1,10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,041
118105	Hospital San José (coronel)	0,5743	0,5865	0,5976	0,6075	0,6174	0,6961	0,61	0,681	0,681	0,681	0,684	0,675	0,659
118106	Hospital de Lota						0,7675	0,77	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,727
119100	Hospital Las Higueras (Talcahuano)	0,8346	0,9047	0,9247	0,9482	0,9647	1,0623	0,94	0,990	1,050	1,055	1,068	1,054	1,006
119101	Hospital de Tomé						0,8289	0,83	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,785
119102	Hospital Penco - Lirquén						0,8693	0,87	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,824
120101	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles)	0,7382	0,7770	0,8426	0,8587	0,9004	0,9873	0,85	0,876	0,902	0,961	0,968	0,984	0,935
121109	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	0,9451	0,9671	1,0096	1,0372	1,0580	1,1538	1,03	1,121	1,123	1,151	1,169	1,156	1,093
121110	Hospital Dr. Abraham Godoy (Lautaro)		0,7607	0,8028	0,7462	0,7816	0,8410	0,79	0,000	0,883	0,915	0,841	0,854	0,797

Una medición del gasto innecesario entre el 2015 al 2020
en el Sistema de Salud Público de Chile

121114	Hospital de Intercultural (Nueva Imperial)	0,7162	0,7607	0,7759	0,8109	0,8294	0,9012	0,80	0,849	0,883	0,885	0,914	0,906	0,854
121117	Hospital de Pitrufquén		0,6486	0,6664	0,7420	0,7909	0,9453	0,76	0,000	0,753	0,760	0,836	0,864	0,895
121121	Hospital de Villarrica		0,5786	0,6256	0,6223	0,6359	0,6363	0,62	0,000	0,672	0,713	0,701	0,695	0,603
122100	Hospital Clínico Regional (Valdivia)	0,8749	0,8982	0,8997	0,9341	0,9590	1,0465	0,94	1,038	1,043	1,026	1,052	1,048	0,991
123100	Hospital Base San José de Osorno	0,8032	0,8411	0,8473	0,8591	0,8588	0,9727	0,86	0,953	0,977	0,966	0,968	0,939	0,921
123101	Hospital de Purranque Dr. Juan Hepp Dubiau N						0,7545	0,75	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,715
124105	Hospital de Puerto Montt	0,8603	0,8958	0,9052	0,9272	0,9598	1,0640	0,94	1,021	1,040	1,032	1,045	1,049	1,008
125100	Hospital Regional (Coihaique)	0,7639	0,7813	0,7896	0,8300	0,8563	0,9248	0,82	0,906	0,907	0,900	0,935	0,936	0,876
126100	Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)	0,8532	0,9221	0,9591	0,9881	0,9745	1,1723	0,98	1,012	1,071	1,094	1,113	1,065	1,111
128109	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría (Curanilahue)	0,6230	0,6382	0,6487	0,6683	0,6684	0,7376	0,66	0,739	0,741	0,740	0,753	0,730	0,699
129100	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)	0,6187	0,6401	0,6425	0,6791	0,6758	0,8300	0,68	0,734	0,743	0,733	0,765	0,739	0,786
129106	Hospital San José (Victoria)	0,6955	0,7034	0,7209	0,7414	0,7645	0,8837	0,75	0,825	0,817	0,822	0,835	0,836	0,837
133150	Hospital de Castro	0,7880	0,8261	0,8353	0,8421	0,8151	0,8367	0,82	0,935	0,959	0,953	0,949	0,891	0,793
200717	Complejo Asistencial Padre Las Casas						1,2940	1,29	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,226

Una medición del gasto innecesario entre el 2015 al 2020
en el Sistema de Salud Público de Chile

Promedio del sistema	0,84	0,86	0,88	0,89	0,92	1,06	0,94	0,78	0,81	0,81	0,81	0,84	1,00
----------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Fuente: Elaboración propia con Base de Datos GRD IR Minsal v_3.0 - Norma 2014 - SSA/MPV/YVM/MCA 16-09-2021