

PROGRAMA DE INTERVENCION CLINICA Y ECONOMICA DE LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE*

**Drs. Hugo Salinas P.¹, Jaime Albornoz V.¹, Sr. Patricio Veloz
R.², Srta. Cinthia Escobar F.^{*},
Sr. Ricardo Benavente N.^{*}, Luis Martínez M.¹**

¹Departamento de Obstetricia y Ginecología. ²Gerencia de Operaciones. Hospital Clínico J. J. Aguirre, Universidad de Chile

RESUMEN

La administración eficiente de los recursos de salud, requiere de una adecuada gestión clínica y económica. A partir de la identificación de las prestaciones médicas más frecuentes, es posible confeccionar programas de prestación de servicios concordantes con las necesidades de la población. Ha sido el desarrollo de la medicina basada en evidencia, el que ha permitido sistematizar la información y construir guías de atención, que aseguren una atención de calidad acorde a la disponibilidad de recursos económicos. La implementación de programas de intervención, permitirá el uso más racional de los recursos médicos, ajustar la indicación de cesáreas, mejorar los estándares de atención y ofrecer mejores paquetes de prestaciones a las instituciones demandantes de servicios de salud, aumentando así la rentabilidad de la gestión (1). Se estudió retrospectivamente, los 2126 nacimientos atendidos en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el año 2001. De un total de 861 casos correspondientes a cesáreas (40,49%), 282 (32,75%) fueron en primigestas, 268 (52,6%) presentaban antecedentes de cesárea y 526 (61,09%) fueron cesáreas electivas. El tiempo promedio de hospitalización fue de 3,81 días. Las causas más frecuentes fueron cicatriz de cesárea (52,6%), RPM (11,6%), DCP (11%), Podálica (10%) y falta de progreso del trabajo de parto (10%). Desde el punto de vista económico, el 93% del costo del paquete estuvo conformado por: honorarios médicos (47%), días cama (28%) y derecho a pabellón (16%), lo que implica que la reducción de costos debe fundamentarse en modificación de estos factores. Se observó una disminución significativa en el costo del paquete al reducir a 2 los días de hospitalización materna, así como al considerar sólo el uso de la anestesia espinal. En conclusión, es imperativo establecer guías de atención que aseguren un número de cesárea ajustado a las necesidades clínicas, optimizando los estándares de servicio. Además, debido a que un 61% de nuestras cesáreas fueron electivas, la implementación de estos cambios no representaría un menoscabo en la calidad de atención, por el contrario, significaría un importante ahorro de recursos destinados a esta intervención.

INTRODUCCION

Los sistemas de salud en el mundo están en revisión producto de la inadecuación de la entrega de sus servicios en relación con las necesidades de salud de sus poblaciones objetivo. En el marco que se establece para su adaptación, cuatro son líneas prioritarias de una perspectiva política y técnica: a) la separación de funciones entre el comprador de la actividad sanitaria y los proveedores de las mismas; b) el cambio de los sistemas de pago, que tiende a privilegiar el pago de las actividades que generan los establecimientos de salud por sobre el gasto en el cual incurren independiente de su actividad; c) la transformación de la actividad asistencial mediante la construcción de paquetes de prestaciones estandarizables y d) la necesidad de hacer eficaz y eficiente el manejo de dichos paquetes.

Un Servicio de Maternidad en Chile, produce en la actualidad un total de 8 prestaciones estandarizadas, lo cual es coherente con el Arancel de Prestaciones del Fondo Nacional de Salud (FONASA), entidad compradora por excelencia al interior del sector público chileno y en menor medida aún, en el privado. Estos paquetes de prestaciones abarcan: atención de parto (normal y operatorio mediante fórceps), legrado uterino, vaciamiento uterino, intervenciones quirúrgicas sobre el embarazo ectópico, cerclaje, esterilización tubaria, histerectomía de causa obstétrica y cesárea.

El Servicio de Maternidad del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile ha hecho un esfuerzo por sistematizar la información disponible para estandarizar dichos paquetes y que comprenden los costos en relación a: día cama, exámenes, honorarios profesionales, insumos, medicamentos, procedimientos, radiología y derecho de pabellón.

Lo anterior ha permitido incluso establecer un programa de auditoría médica basado en un comportamiento de carácter netamente económico, a través de la detección de costos de paquetes de prestaciones que se alejan de la media más menos dos desviaciones estándar del valor del mismo, permitiendo estudiar las variables médicas que explican dicho comportamiento.

Una última etapa consiste en mejorar la eficacia y eficiencia del manejo de los paquetes de prestaciones, incorporando en la toma de decisiones médicas: a) la evidencia acumulada en revisiones sistemáticas basadas en evidencia en el campo de la especialidad y b) haciendo transparente las actividades que en contexto de un hospital universitario pudieran incidir fuertemente en la toma de decisiones y sus correspondientes repercusiones económicas.

Esta es la razón por la cual estudiamos el comportamiento de la operación cesárea en nuestro Servicio, cuyas repercusiones en el campo clínico y financiero son motivo de la presente comunicación.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron mediante el análisis retrospectivo de las fichas clínicas del Servicio de Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile las variables médicas que acompañaron la toma de decisiones respecto de la operación cesárea durante la totalidad del año 2001. En conjunto con la División de Operaciones de Hospital Universitario se analizaron las variables económicas de esta prestación, a partir del análisis de los diferentes componentes agrupados para la operación cesárea.

RESULTADOS

a) Análisis médico

Se estudió retrospectivamente, los 2126 nacimientos atendidos en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el año 2001. De un total de 861 casos correspondientes a cesáreas (40,49%), el 3% ocurrió en menores de 20 años y un 25% en pacientes de 35 y más años, 282 cesáreas se efectuaron en primigestas (32,75%), 268 (52,6%) presentaban antecedentes de cesárea y 526 (61,09%) fueron cesáreas electivas. El tiempo promedio de hospitalización fue de 3,81 días. Las causas más frecuentes fueron cicatriz de cesárea (52,6%), rotura prematura de membranas (11,6%), desproporción céfalo pélvica (11%), presentación podálica (10%) y falta de progresión del trabajo de parto (10%).

b) Análisis económico

El costo del paquete calculado teóricamente fue de \$715.172. La importancia relativa de los diferentes componentes del mismo, alcanzó a \$ 206.809 en días camas, \$ 18.934 en exámenes, \$ 336.804 en honorarios profesionales, \$ 23.275 en insumos, \$ 7.432 en

medicamentos, \$ 1.504 en procedimientos, \$ 823 en radiología y \$ 119.590 en derecho de pabellón. El 93% del valor total del paquete estuvo conformado por honorarios médicos (47%), días camas (28%) y derecho de pabellón (16%).

El costo del paquete observado para las cesáreas atendidas el año 2001 alcanzó a \$ 797.544. La importancia relativa de los diferentes componentes del mismo, alcanzó a \$ 278.273 en días camas, \$ 20.499 en exámenes, \$ 299.541 en honorarios profesionales, \$ 31.863 en insumos, \$ 16.925 en medicamentos, \$ 8.450 en procedimientos, \$ 4.201 en radiología y \$ 137.791 en derecho de pabellón.

Con los antecedentes previamente enumerados, tanto desde el punto de vista de las variables médicas y económicas, intentamos elaborar fuentes potenciales de disminución de costos para la prestación cesárea. Estas fuentes potenciales pasan por hacer más estricto el manejo de las variables médicas que deciden la operación cesárea o las indicaciones respecto a determinados procedimientos o conductas clínicas que se toman durante o posterior a la intervención.

Las variables derecho de pabellón y honorarios médicos son rígidas en el sentido que tienen frecuencia uno y se contabilizan por el solo hecho de practicar la intervención cesárea. El resto de las variables no son rígidas y nos permitieron establecer los márgenes de movilización económica, basados en supuestas decisiones clínicas que no alteraran los resultados o la calidad de la prestación.

De estas variables seleccionamos por su importancia y posibilidad de manejo real, los días camas invertidos en la prestación y la anestesia utilizada durante la operación cesárea.

Respecto de los días de hospitalización ([Figura 1](#)), el 65% de las mujeres prolongaron su estadía hospitalaria por 3 días, el 22% por 4 días, el 9% por más de 4 días y el 4% por menos de 3 días.

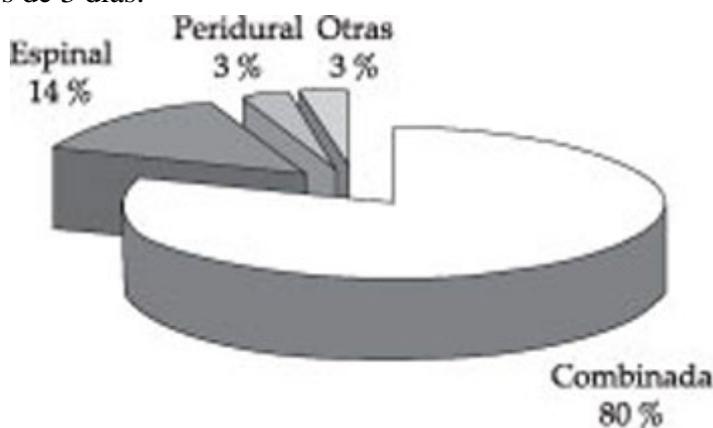


Figura 1. Días de hospitalización de la madre.

Anestesia combinada se utilizó en el 80% de las intervenciones, espinal en el 14%, peridural en el 3% y en el 3% restante otra o una combinación de ellas ([Figura 2](#)).

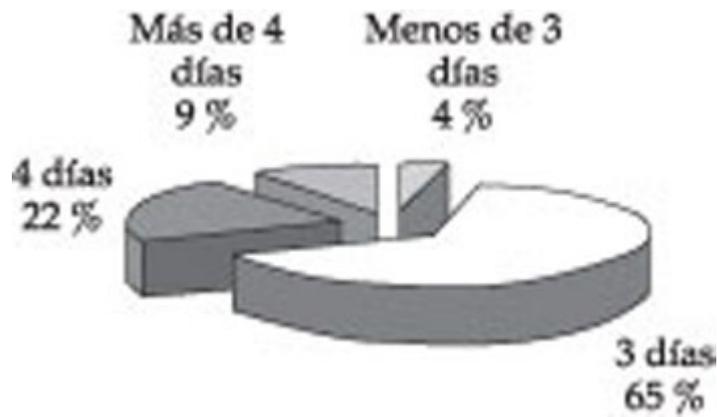


Figura 2. Anestesia

Las variaciones del costo del paquete cesárea tuvo un comportamiento esperable en proporción directa con los días de hospitalización (Figura 3). La aplicación de un test de hipótesis respecto al comportamiento del valor promedio del paquete, nos indicó que este valor correspondía al que incluía 3 días de hospitalización, rechazando aquellos con una estadía menor o mayor a la referida (Tabla I).

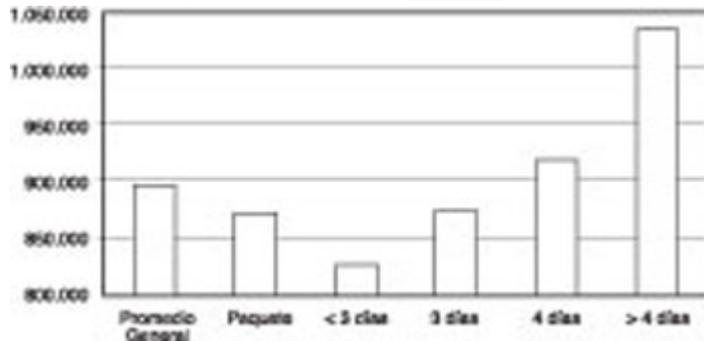


Figura 3. Costo cesáreas.

Tabla I
COSTO DE LA PRESTACION POR DIAS DE HOSPITALIZACION

	<i>Parámetro</i>	<i>Valor</i>	<i>Test hipótesis</i>	<i>Nivel significancia</i>
Paquete	Costo paquete	872.538		
< 3 días	Costo promedio	827.222	Rechaza	0,99
3 días	Costo promedio	874.964	No rechaza	0,72
4 días	Costo promedio	918.960	Rechaza	0,99
> 4 días	Costo promedio	1.032.682	Rechaza	1,00

La Tabla II nos permite apreciar las diferencias en valor del día cama considerando un valor promedio para el mismo de \$ 275.387. Lo más significativo está representado por la posibilidad de contener costos por la disminución de los días de estada, hasta 2 días, si esto es posible desde el punto de vista clínico y social de la mujer sometida a cesárea y su recién nacido.

Tabla II

COSTO DE LA VARIABLE DIA CAMA POR DIAS DE HOSPITALIZACION DE LA MADRE

<i>Escenarios de hospitalización de la madre</i>			
<i>Promedio</i>	<i>Hasta 4 días</i>	<i>Hasta 3 días</i>	<i>Hasta 2 días</i>
\$ 275.387	\$ 268.579	\$ 256.898	\$ 216.913

Respecto de la anestesia utilizada durante la intervención cesárea, el comportamiento del promedio general de las intervenciones realizadas, sigue al de la utilización de la anestesia combinada, debido a su alta frecuencia de utilización, alejándose del valor del paquete teórico calculado, que considera una utilización menor de anestesia combinada y mayor de anestesia espinal (Figura 4). Se rechaza frente a un test de hipótesis al 95%, con un nivel de significancia de 1.00, precisamente la utilización de anestesia combinada, en la totalidad de las cesáreas practicadas el 2001 y en la muestra que utilizó anestesia combinada (Tabla III).

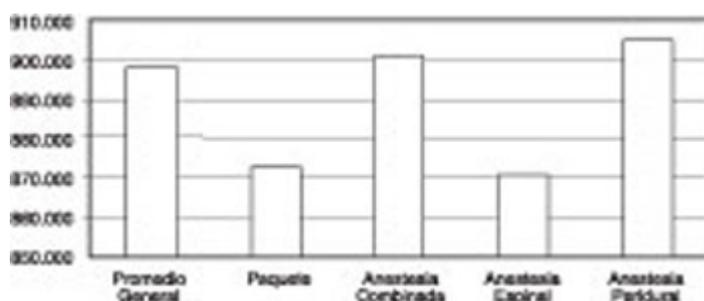


Figura 4. Costo cesáreas

Tabla III
COSTO DE LA PRESTACION POR TIPO DE ANESTESIA

	<i>Parámetro</i>	<i>Valor</i>	<i>Test hipótesis (95%)</i>	<i>Nivel significancia</i>
Paquete	Costo paquete	872.538		
Muestra	Costo	897.502	Rechaza	1,00
Combinada	Costo	900.606	Rechaza	1,00
Espinal	Costo	870.492	No rechaza	0,57
Peridural	Costo	904.993	No rechaza	0,91

DISCUSION

La operación cesárea es utilizada crecientemente como un indicador de calidad de la atención obstétrica (4). Durante décadas se discutió su utilidad en la disminución de la

morbilidad materna y fetal y su rol en la mejoría de las condiciones del recién nacido y sus repercusiones en su calidad de vida (2, 6).

En la actualidad, la operación cesárea tiene indicaciones muy precisas (3) y un rol indiscutible en el término del embarazo cuando las condiciones así lo requieren. Las altas tasas de cesárea en nuestro país y en muchos otros países del mundo, no guardan ninguna relación con lo anteriormente enunciado, y son crecientes las voces de alerta respecto a esta indeseada situación.

Formas de intervención social, médica y económica han sido ampliamente discutidas e incluso implementadas con resultados a todas luces inciertos, debiendo cada Servicio adoptar medidas acordes con su propia realidad (5, 8).

Las tasas de cesáreas no son homogéneas y en nuestro país existe un claro predominio de las intervenciones que son cubiertas por seguros privados y no públicos, haciendo la situación más compleja aún desde una perspectiva económica y financiera.

En el último tiempo hemos sido testigos de esfuerzos crecientes de intervención con el fin de evitar cesáreas incorrectamente indicadas e incluso estas estrategias de intervención son expuestas como estrategias abiertas de marketing, con el objeto de captar pacientes embarazadas para la atención de su parto.

El Hospital Clínico de la Universidad de Chile debe tener un rol preponderante en idear estrategias de intervención que puedan ser reproducidas, razón por la cual asumiendo ese desafío hemos trabajado en la presente comunicación. Se analizaron variables médicas que dicen relación con la intervención, variables económicas y finalmente se visualizaron los efectos de algunas intervenciones en la marcha económica de la institución.

Las variables médicas nos permiten la elaboración de normas respecto a la intervención cesárea. Las variables económicas nos permiten mejorar la eficiencia de la prestación y los potenciales focos de ahorro de recursos que pudieran reutilizarse de mejor forma en actividades más costo efectivas para la organización (7).

BIBLIOGRAFIA

1. Porreco RP: High cesarean section rate: a new perspective. *Obstet Gynecol* 1985; 65(3): 307-11. [[Links](#)]
2. Scheller J, Nelson K: Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood? *Obstet Gynecol* 1994; 83: 624-30. [[Links](#)]
3. McMahon MJ: Vaginal Birth after cesarean. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41(2): 369-81. [[Links](#)]
4. Saumann A, Accorsi O, Schnapp C, Rojas I, Merino R, Riveros R: Mesa Redonda: La cesárea. ¿Una panacea universal? *Rev Chil Obstet Ginecol* 1999; 64(2): 85-104. [[Links](#)]
5. Torres J, Kopplin E, Peña V, Klaus M, Salinas R, Herrera M: Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del proceso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1999; 64(5): 405-12. [[Links](#)]
6. Hasbún J: Nacimiento por cesárea: Reseña histórica y proyección social. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2000; 65(4): 309-17. [[Links](#)]
7. Henderson J, McCandlish R, Kumiega L, Petrou S: Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *Br J Obstet Gynecol* 2001; 108: 149-57. [[Links](#)]
8. Béhague D, Victoria C, Barros F: Consumer demand for cesarean section in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *Papers BMJ* 2002; 324. [[Links](#)]

*Trabajo leído en la sesión del 17 de diciembre de 2002 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

DISCUSION

Dr. **Cheviakoff:** Pregunta sobre el ahorro que significa cambiar un parto cesárea por uno vía vaginal.

Dr. **Insunza:** Pregunta como se valoriza el derecho a pabellón y honorarios en el parto cesárea durante esta evaluación.

Dr. **Guzmán:** Opina que la acción médica no puede ser medida solo en términos económicos y llama la atención sobre los bajos aranceles médicos de esta prestación.

Dra. **Ruiz:** Alerta sobre la posibilidad de que los altos índices de cesárea nacionales puedan incidir negativamente en los índices perinatales.

Sr. **P. Veloz:** Los honorarios expresados en este trabajo, ya sea médicos o el derecho a pabellón son sólo el costo de otorgar la prestación. En este sentido si mejora la eficiencia, disminuyen los costos.

Dr. **H. Salinas:** El parto vaginal es además económicamente más conveniente, cuesta 100.000 pesos para la institución. Resalta la importancia de la buena gestión clínica la que se debiera reflejar en mejoría de los índices y que se debe siempre asumir los costos de las prestaciones. Este es el concepto de una gestión clínica-administrativa y económica.