

Documento de Trabajo

Hospitalización Social en Adultos Mayores en el Sistema de Salud de Chile

**Social Hospitalization in person aged 60 and over, in
Chilean Health System.**

Dr. Pedro Olivares-Tirado.
Departamento de Estudios y Desarrollo
e-mail: polivares@superdesalud.gob.cl

Fecha de Presentación: 25 de septiembre de 2019
Fecha de Publicación: 24 de septiembre de 2020



Resumen:

El estudio describe la magnitud del fenómeno de la hospitalización social de las personas de 60 y más años de edad, en nuestro país. Se definió hospitalización social, como aquella estadía prolongada (60 o más días) con una baja necesidad de atención médica hospitalaria. De acuerdo a datos del DEIS/2017, el 1% del total de egresos de las PM60+ correspondieron a hospitalizaciones sociales, dando cuenta del 15% del total de días-cama. El 59% de estas hospitalizaciones correspondieron a hombres, 80% a beneficiarios grupo A y B de Fonasa y 45% ocurrieron en establecimientos de la RM. Existe una gran dispersión en los diagnósticos de egreso. Las estadías más prolongadas (>150 días) se asociaron con enfermedades mentales, demencias, síndrome de carencias sociales y fragilidad. Cerca del 50% de estos egresos, fueron de servicios médico-quirúrgicos básicos y medios. Menos de 2,5% de los egresos fueron de servicios socio-sanitarios o de geriatría. El 4% de las hospitalizaciones sociales, tuvieron un año o más de estadía. La máxima estadía fue de un hombre, 76 años, con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, que permaneció más de 15 años en un servicio de Psiquiatría Adulto de larga estadía de una clínica privada. El gasto estimado en días-cama, de estas hospitalizaciones sociales, fue de MM\$15.473 para Fonasa y de MM\$20.146 para Isapres. Estos resultados sugieren la necesidad de contar con un sistema de gestión de hospitalizaciones prolongadas, mejorar la capacidad de atención geriátrica y avanzar en la implementación de un sistema integral de cuidados médico-sociales, basado en la comunidad.

Abstract:

The study describes the importance of the social hospitalization phenomenon, affecting persons 60 years or older, in Chile. Social hospitalization was defined as a prolonged hospital length of stay (= or > 60 days) currently associated with lower medical care need level. According to DEIS / 2017 data, social hospitalizations represented 1% of the total discharged affecting 60 years or older persons, accounting for 15% of total bed-days utilisation. Among these hospitalizations, 59% corresponded to men, 80% to groups A and B beneficiaries of the Public Health Fund and 45% occurred at the Metropolitan region establishments. There was a significant dispersion in the discharge diagnosis. Longest length of stay (> 150 days) were associated with mental diseases, dementia, social deprivation syndrome and fragility. Close to 50% of these discharges were from basic and average medical-surgical services. Less than 2.5% of the discharges were from socio-sanitaries or geriatric services. A length of stay of a year or more was observed in 4% of social hospitalizations. The maximum hospital length of stay was more than 15 years (5,669 days) involving a 76 years old man, diagnosed with Alzheimer's disease, discharged from a private long-term psychiatric clinic. The estimated bed-days costs of the prolonged hospitalizations, was MM \$ 15,473 for Public Health Fund and MM \$ 20,146 for Private Health Care Insurances. These results suggest the need to implement a management system for prolonged hospitalization, to improve capacity of the national geriatric care and to move on the implementation of a comprehensive social-medical care system based on community.

Palabras Claves:

persona mayor, egresos hospitalarios, hospitalización social, estadía prolongada, cuidados sociales, gasto, envejecimiento poblacional.

Abreviaturas:

DEIS: Departamento de Estadística e Información del Ministerio de Salud; ECN´s: Enfermedades Crónicas no Transmisibles; PM60+: Personas de 60 y más años de edad; SCLP: Sistema de Cuidados de Largo Plazo; PM60/60+: Personas de 60 y más años de edad con estadía hospitalaria de 60 o más días; MAI: Modalidad Atención Institucional; MLE: Modalidad de Libre Elección; FFAA: Fuerzas Armadas; Fonasa: Fondo Nacional de Salud; Isapre: Institución de Salud Previsional; SENAMA: Servicio Nacional Adulto Mayor; habs.: habitantes; \$MM: millones de pesos.

1. Antecedentes

Al comenzar el Siglo XXI, Chile vive un proceso de envejecimiento acelerado de su población. En el Censo 2017, más de 3 millones de personas correspondieron a sujetos de 60 y más años de edad (PM60+), representando el 17,3% del total de la población [1]. Estimaciones del CELADE-CEPAL (2017), indican que el año 2025, cerca del 20% de la población de Chile, tendrá 60 y más años de edad, y entre ellos, cerca del 25% corresponderá a personas mayores de 80 años, y la mayoría serán mujeres [2].

En adición a este fenómeno demográfico, Chile enfrenta además los efectos de una transición epidemiológica, caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECN's) que afectan mayoritariamente a las personas mayores, imponiendo una mayor demanda de atención de salud y por ende, un mayor gasto al sistema de salud.

Si bien es cierto, que la mayoría de las PM60+ son independientes y activas, la disminución de la capacidad funcional física o cognitiva, asociada o no a una o más ECN's, puede condicionar la necesidad de ayuda de terceros en la ejecución de las actividades de la vida diaria. Esta situación de dependencia, en una sociedad envejecida, generalmente es abordada a través de los servicios de un Sistema de Cuidados de Largo Plazo (SCLP) [3].

Sin embargo, la falta y/o insuficiencia de una red de apoyo familiar, o la ausencia de un SCLP, o la insuficiencia de servicios geriátricos, que cubran las necesidades de cuidados médicos y/o sociales de las personas mayores, determinan una creciente utilización de los hospitales, como centros de residencia de estas personas. Este fenómeno, descrito en Japón en la década del 70's, y conocido como "hospitalización social", puso en evidencia la necesidad de corregir los criterios de admisión hospitalaria para las personas mayores e implementar un sistema de cuidados sociales en ese país [4].

Las personas mayores que se hospitalizan, con frecuencia, presentan comorbilidad y/o deterioro de la capacidad funcional, por ende, sujetas a cuidados hospitalarios complejos. Si a esto, se agregan eventos adversos durante la hospitalización, tales como, infecciones intrahospitalarias, caídas, o reacciones adversas a los medicamentos, determinarán estadías hospitalarias sobre el promedio global de la mayoría de los egresos hospitalarios. Esta situación, es relevante al momento de definir cuando una hospitalización prolongada podrá ser considerada como hospitalización social.

Características distintivas de la hospitalización social en las personas mayores son: la estadía prolongada y la baja necesidad de atención médica hospitalaria. De acuerdo al criterio del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, se entiende como hospitalización prolongada, aquella que es mayor de 20 días de estadía [5].

La complejidad del cuidado hospitalario de las PM60+, requiere no sólo hacerse cargo de la enfermedad causante de la hospitalización y la comorbilidad, sino que también de sus necesidades psicológicas y sociales [6]. Abordar las estadías prolongadas en el hospital reducirá los riesgos de efectos adversos para la salud funcional del paciente y costos injustificados, particularmente para aquellos que son intrínsecamente vulnerables porque tienen fragilidad y / o un trastorno cognitivo leve o moderado [5].

En el Reino Unido, auditorías han demostrado que entre el 20-25% de los ingresos hospitalarios y el 50% de los días- cama utilizados por las personas mayores, no requerían de una cama de hospital de "agudos", ya que las necesidades médicas de estos pacientes, podrían satisfacerse apropiadamente en otro nivel de atención médica [5]. Además, El 35% de los pacientes de 70 años y el 65% de los pacientes de 90 años, experimentan un deterioro

funcional durante la hospitalización en comparación a sus condiciones previas al ingreso hospitalario [7].

Según datos del DEIS-MINSAL, el año 2017, hubo 1.637.150 egresos hospitalarios, que utilizaron 9.836.839 días-cama. Las PM60+ dieron cuenta del 28% de los egresos hospitalarios y del 40% del uso de días-cama. El 9% de los egresos hospitalarios de las PM60+, correspondieron a hospitalizaciones prolongadas (20+ días), dando cuenta del 44,5% del total de días-cama utilizados por este grupo etario. Las PM60+ son hospitalizadas tres veces más que los menores de 59 años o menos. Ese mismo año, el promedio global de días de estadía fue de 6,0 días/egreso y de 8,5 días/egreso en PM60+ [8].

Conocer la magnitud del fenómeno de la hospitalización social en un escenario de envejecimiento acelerado de la población y una creciente demanda por camas hospitalarias en nuestro país, constituye una oportunidad para visibilizar la existencia de este fenómeno, desarrollar un sistema de gestión de la hospitalización prolongada, particularmente de las PM60+ y aportar evidencia para avanzar en el diseño e implementación de un Sistema de Cuidados de Largo Plazo. El objetivo de este estudio es cuantificar el fenómeno de la hospitalización social de las PM60+ en Chile, describiendo el perfil de morbilidad, condiciones de egreso y el gasto asociado, al menos, en términos de uso de días-cama.

2. Método

Los registros provienen de la base de datos de Egresos hospitalarios del DEIS-MINSAL del año 2017. Esta base contiene datos demográficos, geográficos y clínicos de los egresos hospitalarios, registrados en la mayoría de los prestadores de salud, públicos y privados del país.

En la base, los datos sobre diagnósticos de egreso están codificados de acuerdo a CIE-10. Diagnósticos secundarios se disponen sólo para condiciones asociadas a "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas" (Capítulo XIX, CIE 10), por tanto, no fue posible evaluar el impacto de la comorbilidad sobre la estadía hospitalaria de las personas mayores.

Puesto que el objetivo del estudio, es cuantificar el fenómeno de la hospitalización social en PM60+, y con el fin de evitar la sobreestimación de este fenómeno, operacionalmente, se consideró como hospitalización prolongada, una estadía hospitalaria igual o mayor a 60 días. Este guarismo, corresponde a 3 veces el valor del estándar de una hospitalización prolongada en el Reino Unido [5]. Además, en aquellos sujetos con estadías de 60 o más días, se identificaron entidades clínicas (diagnósticos) que implican una baja necesidad de atención médica hospitalaria o una clara demanda de cuidados sociales. Tres entidades fueron identificadas; demencias, síndrome de fragilidad y síndrome de carencias sociales.

El grupo de demencias incluye la Enfermedad de Alzheimer, otras causas de demencia y diagnósticos de; atrofia cerebral, trastornos orgánicos de la personalidad y deterioro cognitivo. El síndrome de fragilidad incluye anomalías de la marcha o movilidad, problemas de ajustes con las transiciones del ciclo vital, atrofia muscular, trastornos de adaptación, desnutrición proteico-calórica y fracturas patológicas. El síndrome de carencias sociales incluye; maltrato, falta de vivienda, problemas por circunstancias psico-sociales, carencia de cuidador y esperando admisión en una institución apropiada.

Se estimó el gasto de los día-camas de las PM60/60+, incurrido por Fonasa e Isapres, a valores del año 2019. Para FONASA se usó el valor del día cama de la Atención Cerrada de los aranceles MAI y MLE. El valor del día-cama MLE para beneficiarios de Fonasa, se estimó adicionando un 60% al valor de nivel 1 de dicho Arancel. Para Isapres se calculó el valor facturado promedio de los códigos de días-cama del Arancel MLE de Fonasa, obtenidos del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de la Superintendencia de Salud para el periodo enero-agosto 2019 [9]. El gasto estimado total de los días-cama para ambos sistemas, fue el producto de los días de hospitalización (q) de las PM60/60+, por el valor unitario (p, \$2019) del día-cama correspondiente a cada servicio clínico de egreso.

Con el propósito de dimensionar el peso relativo de la hospitalización social en el gasto, se calculó el total de los días-cama utilizados por las PM60+ en Fonasa e Isapres, durante el año 2017. Para ello se utilizaron datos del Boletín Estadístico 2016-2017 de FONASA [10] y datos del Archivo Maestro de Prestaciones Validadas de la Superintendencia de Salud. Lamentablemente no se obtuvieron datos de Fonasa por la modalidad MAI.

3. Resultados

Muestra global

Durante el año 2017, en Chile, se hospitalizaron 1.278.458 sujetos, que dieron cuenta de **1.637.150** egresos hospitalarios y utilizaron **9.836.839** días-cama. La tasa de hospitalización global fue de 7,0 egresos/100 hab. La estadía hospitalaria promedio global fue de 6,0 días/egreso.

Del total de egresos hospitalarios, **459.983 (28%)** correspondieron a PM60+, los cuales utilizaron **3.918.415 (40%)** días-cama. El promedio global de días de estadía de las PM60+, fue de 8,5 días/egreso. Las mujeres, representaron 51% del total de egresos y 48% de la utilización de días-cama.

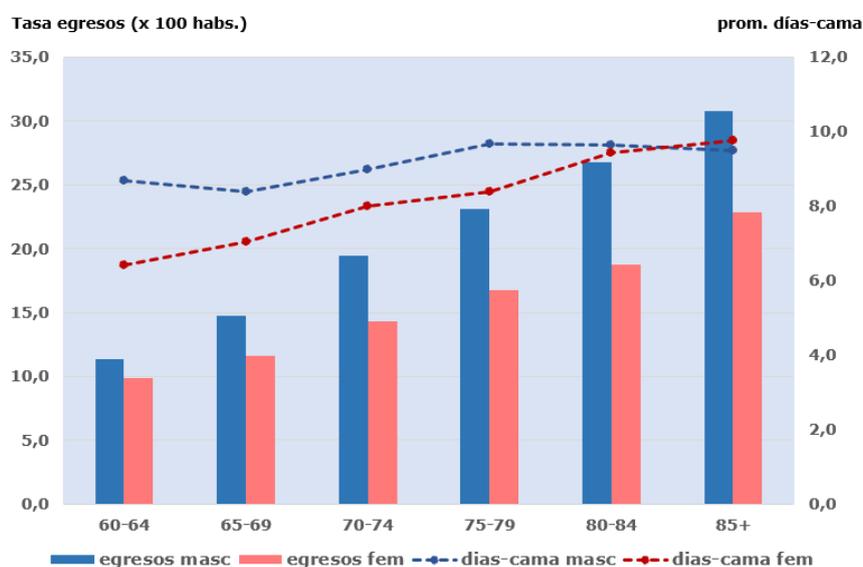
El año 2017, 78,4% de los egresos hospitalarios y 83,1% de los días-cama utilizados por PM60+, correspondieron a beneficiarios de Fonasa. Beneficiarios de Isapres, representaron 12,4% de los egresos y 6,7% de los días-cama. Beneficiarios de las FFAA (Capredena y Dipreca) representaron 5,2% del total de egresos y 6,7% de los días-cama.

El 37% de los pacientes PM60+, fueron intervenidos quirúrgicamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los géneros. No obstante, si hubo diferencias según la previsión de los pacientes; 34% de los beneficiarios de FONASA, 53% de Isapres y 32% de las FFAA fueron operados.

El gráfico 1, muestra la tasa de egresos hospitalarios y el promedio de días-cama, por grupos etarios y género de las PM60+, durante el año 2017.

En ambos géneros, a mayor edad de la persona, mayor es la probabilidad de ser hospitalizado. Sin embargo, esta tasa es mayor en los hombres, la cual casi se triplica en el grupo etario 85+ años. La misma tendencia es observada respecto al promedio de días-cama. Con excepción del grupo etario 85+, los hombres (9,1 días) presentan un mayor promedio de días-cama de hospitalización que las mujeres (8,2 días).

Gráfico 1: Tasa de egresos y promedio de días-cama PM60+. Chile 2017



Respecto a los diagnósticos de egreso de las PM60+, existe una gran dispersión de causas. En las mujeres con estadías menores a 60 días, las cinco primeras causas de egreso fueron: Neumonías (6,1%), Enfermedades de la vesícula biliar (5,3%), Enfermedades cerebrovasculares (4,3%), Enfermedad crónicas vías respiratorias (3,1%) e Insuficiencia cardíaca (2,8%). Este conjunto de patologías, dieron cuenta del 24% del total de días-cama usados por este grupo de mujeres, el año 2017. El promedio global de días-cama en este grupo, fue de 7 días.

En los hombres con estadías menores a 60 días, las cinco primeras causas de egreso fueron: Neumonías (5,6%), Enfermedades cerebrovasculares (4,8%), Enfermedad isquémica del corazón (4,7%), Hernias (4,1%) y Enfermedades de la próstata (4,1%). Este conjunto de patologías, dieron cuenta del 22% del total de días-cama usadas por este grupo de hombres, el año 2017. El promedio global de días-cama en este grupo, fue de 7,5 días.

Durante la hospitalización, fallecieron 27.306 PM60+, representando una tasa global de letalidad hospitalaria de 5,9%. Esta tasa, fue mayor en hombres (6,2%) que en mujeres (5,7%). El promedio de la estadía de los pacientes fallecidos fue de 14,6 días, mientras que la de los sobrevivientes fue de 8,1 días.

Hospitalización social

De los **459.983** egresos hospitalarios de PM60+ durante el 2017, **1%** correspondió a sujetos cuyas estadías fueron mayores a 60 días (PM60/60+). No obstante, este grupo dio cuenta del **15,3%** del total de días-cama utilizados por las PM60+. El 59% de las PM60/60+ correspondieron a hombres.

El 85,2% de los egresos hospitalarios de PM60/60+ y 76,3% de los días-cama utilizados, correspondieron a beneficiarios de Fonasa. De los beneficiarios de Fonasa; 70,4% fueron del Grupo B, 12,8% Grupo A, 10,4 % Grupo D y 6,4% Grupo C. Los beneficiarios de Isapres, representaron 4,6% de los egresos y 4,7% de los días-cama, mientras que los beneficiarios de las FFAA representaron 6,1% del total de egresos y 13,5% de los días-cama. El 80% de

los egresos de PM60/60+ Fonasa, fueron en modalidad atención institucional(MAI). Esta modalidad decrece desde el grupo A (97%) hasta el grupo D (79%).

La distribución regional de los egresos de PM60/60+, nos indica que **44,6%** correspondieron a la **Región Metropolitana**, 10,5% a la V región y 10,3% a la VIII región. De los sujetos residentes en la RM, 81,1% fueron beneficiarios de FONASA, 7,8 % de FFAA y 6,3% de Isapres.

Respecto a los diagnósticos de egreso de PM60/60+, existe una gran dispersión de causas. La Tabla 1, muestra que las cinco primeras causas de egreso en los hombres, fueron: Enfermedades cerebrovasculares (10,1%), Diabetes Mellitus (5,9%), Neumonías (4,1%), Septicemias (3,8%) y Enfermedades mentales (3%). Estas 5 causas, dieron cuenta del 30,9% del total de días-cama. Cabe destacar, que en los hombres, las estadías más prolongadas fueron en pacientes con diagnósticos de; enfermedades mentales, demencias, síndrome de carencias sociales y síndrome de fragilidad, con promedios de 477, 412, 203 y 167 días de estadía, respectivamente.

En las PM60/60+ mujeres, las cinco primeras causas de egreso fueron: Enfermedades cerebrovasculares (9,9%), Fractura de cadera (6,4%), Enfermedades mentales (5,6%), Neumonías (4,7%) y Septicemias (4,1%). Este conjunto de patologías, dieron cuenta del 33,2% del total de días-camas. En las mujeres, las estadías más prolongadas correspondieron a; demencias, síndrome de carencias sociales, enfermedades mentales y neumonías, con promedios de 480, 320, 230 y 151 días de estadía, respectivamente.

Tabla 1: Principales diagnóstico de Egreso en PM60+ con estadías 60+ días. Chile 2017 (n:4.653)

Diagnóstico principal Egreso	Hombres (n: 2.745/356.054)*			Mujeres (n:1.908/243.639)*		
	Egresos (%)	Días-cama (%)	promedio dc/egr.‡	Egresos (%)	Días-cama (%)	promedio dc/egr.‡
Enf. Cerebrovasculares	10,1%	9,5%	121,5	9,9%	9,9%	128,3
Diabetes Mellitus	5,9%	4,2%	92,5	2,8%	2,1%	96,4
Neumonías	4,1%	3,1%	97,9	4,7%	5,6%	150,5
Septicemias	3,8%	3,3%	113,3	4,1%	3,5%	107,8
Enf. Mentales	3,0%	10,9%	477,3	5,6%	10,0%	229,5
Traumatismo Cabeza y/o Cuello	3,0%	3,8%	164,6	-	-	-
Fractura Cadera	2,9%	2,2%	97,7	6,4%	4,3%	85,9
Enf. Renal Crónica	1,7%	1,2%	92,9	2,5%	1,8%	92,5
Insuficiencia Cardíaca	1,3%	0,9%	91,25	2,3%	1,7%	95,7
Subtotal	35,7%	39,0%		38,3%	38,9%	
Demencias	2,0%	6,4%	412,3	2,6%	9,8%	479,7
Síndrome de Fragilidad	1,3%	1,6%	166,5	1,5%	1,6%	141,6
Síndrome de Carencias Sociales	0,5%	0,7%	202,5	0,2%	0,5%	319,5
Subtotal	3,8%	8,7%		4,3%	12,0%	

* en paréntesis número total de egreso y total de días-cama utilizados ‡ : promedio día-cama/egreso

La Tabla 2, muestra el Servicio Clínico desde el cual se produjo el egreso. El 49,4% de los egresos de las PM60/60+, fueron de servicios clínicos de áreas médico-quirúrgicas básicas y 23,5% de áreas medias. Los egresos de los servicios clínicos de cuidados intermedios, psiquiatría, cuidados intensivos, medicina básica, pensionados y traumatología, correspondieron al 5,5%, 4,4%, 2,7%, 2,3%,1,8% y 1,1%, respectivamente. Cabe destacar, el rol de los servicios clínicos socio-sanitarios y geriatría, los cuales apenas dieron cuenta del 1,5% y 0,9% de los egresos de las PM60/60+, respectivamente.

Tabla 2: Servicios clínicos de egreso de PM60+ con estadías 60+ días. Chile 2017 (n:4.653)

Servicio Clínico de Egreso	Egresos (n)	Días-cama (n)	Egresos (%)	Días-cama (%)	promedio dc/egr.*
Médico-Quirúrgico Cuidados Básicos	1.414	134.583	30,4%	22,4%	95,2
Médica Adulto Cuidados Básicos	886	161.573	19,0%	26,9%	182,4
Médico-Quirúrgico Cuidados Medios	635	60.701	13,6%	10,1%	95,6
Médica Adulto Cuidados Medios	457	44.461	9,8%	7,4%	97,3
Cuidados Intermedios Adultos	256	26.857	5,5%	4,5%	104,9
Psiquiatría Adulto Corta estadía	146	24.511	3,1%	4,1%	329,3
Cuidados Intensivos Adultos	124	12.256	2,7%	2,0%	98,8
Medicina Básica	105	12.874	2,3%	2,1%	122,6
Pensionado	86	7.435	1,8%	1,2%	86,5
Área Sociosanitaria	69	14.990	1,5%	2,5%	217,2
Cirugía Básica	65	5.585	1,4%	0,9%	85,9
Psiquiatría Adulto Larga estadía	58	42.137	1,2%	7,0%	726,5
Medicina Agudos	55	4.938	1,2%	0,8%	89,8
Traumatología Adultos	50	4.368	1,1%	0,7%	87,4
Geriatría	40	4.789	0,9%	0,8%	119,7
Otros	207	37.635	4,4%	6,3%	181,8

* dc/egr: promedio día-cama/egreso

El 45,1% de los pacientes PM60/60+, fueron intervenidos quirúrgicamente. No hubo diferencias significativas entre los géneros. La estadía promedio de las PM60/60+ operadas fue de 92,8 días/egreso en comparación a 158,6 días/egreso de aquellos no intervenidos quirúrgicamente.

Un 4% (181 sujetos) de los PM60/60+, tuvo una estadía hospitalaria de un año o más. Casi un tercio de este grupo, estuvo hospitalizados por 3 años o más. El 72% de estos sujetos, egresaron de servicios clínicos de áreas médicas de cuidados básicos y psiquiatría. El 32% falleció durante la hospitalización. La máxima estadía fue de un hombre, 76 años de edad, con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, que permaneció **más de 15 años** (5.669 días) en un servicio de Psiquiatría de larga estadía, en una clínica privada de Concepción y fue dado de alta vivo.

Los principales diagnósticos de egreso de las personas con un año o más de estadía hospitalaria fueron: Enfermedades mentales (22,7%), Demencias (15,5%) y Enfermedades cerebrovasculares (12,7%). El síndrome de carencias sociales, representó un 5% de estos egresos.

La Tabla 3, muestra el gasto estimado de los días-cama utilizados por PM60/60+, en ambos géneros, beneficiarios de Fonasa e Isapres, durante el año 2017, a valores (\$) del año 2019. El gasto total(est.) en días-cama de las PM60/60+ beneficiarios de Fonasa alcanzó la cifra de **MM\$15.473**. El 96% de este gasto, correspondió a la modalidad MAI, es decir, días-cama de hospitales públicos. El gasto promedio global del día-cama MAI fue de **\$35.811**, mientras que en la MLE fue de **\$13.976**. Estos montos corresponderían, en el primer caso, a la transferencia del Fonasa a los hospitales y en el segundo caso, a la cobertura financiera promedio de Fonasa, cuando el beneficiario utiliza la red de prestadores privados en MLE.

Las PM60/60+ beneficiarios de Isapres, dieron cuenta del 4,7% del total de días-cama, pero erogaron un monto de **MM\$20.146**. El gasto promedio global del día-cama en el sistema Isapre fue de **\$712.914**.

Tabla 3: Gasto estimado en días-cama de PM60/60+ de Fonasa e Isapres.2017

Previsión	Femenino			Masculino		
	n egresos	días hosp	gasto(Mill\$)	n egresos	días hosp	gasto(Mill\$)
Fonasa Grupo A	173	18.491	704	334	37.035	1.280
Fonasa Grupo B	1.245	143.706	4.901	1.529	187.945	6.232
Fonasa Grupo C	68	6.360	269	184	19.247	647
Fonasa Grupo D	119	11.096	390	293	29.194	1.050
Isapres	88	11.072	7.884	126	17.187	12.262
Total	1.693	190.725	14.149	2.466	290.608	21.470

Las PM60+ con diagnósticos de egresos de; demencia, síndrome de carencias sociales y síndrome de fragilidad, representaron el 4% de las hospitalizaciones sociales y presentaron un gasto anual en días-cama de **\$894.346.037**. El 98% de estos pacientes fueron beneficiarios de Fonasa.

Las PM60+ que permanecieron hospitalizados por más de 1 año, presentaron un gasto promedio anual de **\$10.666.426** si fueron beneficiarios de Fonasa y de **\$284.727.661** cuando pertenecieron a Isapres.

En la modalidad MLE de Fonasa, las PM60/60+ representaron **6%** del total de días-cama y **18%** del gasto total en días-cama utilizados por las PM60+, el año 2017.

En el sistema Isapres, las PM60/60+ representaron **0,2%** del total de egresos, **10%** del total de días-cama utilizados y **26%** del gasto total en días-cama utilizados por las PM60+, el año 2017. La cobertura financiera efectiva global de los días-cama en el sistema Isapre, para las PM60+ fue de **75%** el año 2017.

En términos comparativos, el gasto estimado en días-cama debido a la hospitalización social en el país, durante 2017, fue 43% mayor que todo el aporte fiscal de ese año a SENAMA (MM\$24.800) [**11**].

4. Discusión y Conclusiones

En una sociedad envejecida, con alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles comorbilidad y deterioro funcional -físico o cognitivo- en las personas mayores, determinan un mayor riesgo de hospitalización y estadías hospitalarias más prolongadas que en el resto de la población. Sin embargo, un creciente número de personas mayores son admitidos y permanecen en los hospitales por largos periodos, porque sus familias y/o redes sociales de apoyo, no pueden brindarles en su hogar, los cuidados médicos y/o psico-sociales que ellos requieren. Este fenómeno, descrito en Japón en la década de los 80's, se conoce como hospitalización social [**12**].

Más allá de los costos directos o costo-oportunidad del uso de días-cama, asociado a la hospitalización social, se sabe que los pacientes de edad avanzada, durante una hospitalización prolongada, presentan un mayor riesgo de efectos adversos para la salud; caídas y fracturas, privación de sueño, episodios de confusión o delirio, desnutrición, infecciones intrahospitalarias, reacciones adversas a medicamentos, "institucionalización", deterioro funcional o muerte [**5**]. El 35% de los pacientes de 70 años y 65% de los pacientes de 90 años, experimentan un deterioro funcional durante la hospitalización en comparación a sus condiciones previas al ingreso hospitalario [**7**]. La permanencia en cama en el hospital, durante 10 días equivale a 10 años de envejecimiento muscular en personas mayores de 80

años [13]. El tiempo promedio al día que un paciente camina mientras está en el hospital, es de 45 minutos [14].

Según datos del DEIS/MINSAL, las PM60+ representan sobre 25% del total de egresos hospitalarios del país. Esta cifra aumentó a un promedio de 2% anual, en el quinquenio 2013-2017 [8]. El año 2017, las PM60+ representaron 28% del total de egresos hospitalarios y 40% del total de días-cama utilizadas, en el país. El estudio demostró que el riesgo de ser hospitalizado, aumenta con la edad y es mayor en las PM60+ de género masculino. El promedio de estadía de las PM60+ es 3,5 días superior al promedio (5 días) de los menores de 60 años de edad. Además, las PM60+ más afectadas por la hospitalización social, son los más vulnerables. Más del 80% de ellos, pertenecen a los grupos A y B de Fonasa.

El análisis del diagnóstico principal de egreso de las PM60+, muestra una gran heterogeneidad de causas. Los principales diagnósticos de egreso entre los grupos con estadías menores y mayores a 60 días fueron diferentes, sobre todo en los hombres. En estadías menores a 60 días, los principales diagnósticos de egreso en hombres, correspondieron a enfermedades isquémicas del corazón, hernias y enfermedades benignas de la próstata. En las mujeres, los principales diagnósticos de egresos con estadías menores de 60 días fueron; enfermedad de la vesícula y vías biliares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias e infecciones de las vías urinarias.

El fenómeno de la hospitalización social agrava la escasez de camas hospitalarias. Las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades mentales, demencias, síndrome de fragilidad o de carencias sociales, se asociaron con estadías que en promedio, fluctuaron en un rango de 122-480 días. Este conjunto de enfermedades, explicaron 18% de los egresos y 30% de días-cama del total de las hospitalizaciones sociales.

Considerando la relación entre el diagnóstico y los servicios clínicos de egreso, en el grupo de estadía mayor a 60 días, sólo 43% de los egresos por demencias, fragilidad y síndrome de carencias sociales, egresaron de servicios de geriatría y/o socio-sanitarios. Este hecho, sugiere la insuficiencia de este tipo de servicios clínicos, e indica que las largas estadías de estos pacientes son asumidas por los servicios de cuidados médico-quirúrgicos básicos y medios, lo que determinaría una postergación del ingreso de pacientes con patologías agudas o electivas. No obstante, el total de camas en nuestro país, es inferior al promedio de los países de la OCDE e incluso al promedio a nivel mundial. El 2017, el total de camas de hospital en Chile habría alcanzado un total de 38.853, lo cual equivale a un promedio de 2.1 camas por cada 1.000 habitantes, cifra por debajo del promedio de 4,4 camas/1000 habs. de la OECD [15]. El déficit total de camas de hospital estimado, representaría un 33,4% de la dotación actual existente en el país [16].

Por otra parte, expertos nacionales, señalan que no solo existe un déficit estructural de camas en los hospitales, sino que, además, existirían problemas de obsolescencia, distribución y nivel de complejidad de las camas. Es decir, y más allá de una eficiente gestión de camas, se requiere un aumento del número de camas críticas y medias, y una disminución de las camas básicas [17].

Sin embargo, cabe destacar que la tendencia en los países desarrollados, es a disminuir el número de camas de hospitales. De hecho, las cifras de la OCDE muestran que en el período 2008 – 2017 el número promedio de camas por cada 1.000 habitantes de los países miembros, ha caído de 5.0 a 4.4 camas/1000 habs. Una explicación a este fenómeno, sería el desarrollo de nuevas tecnologías médicas que ha permitido el avance de la cirugía ambulatoria y, por ende, una menor necesidad de hospitalización [16].

En este escenario, de déficit estructural de camas hospitalarias, agravado por estadías prolongadas de PM60+ con enfermedades crónicas, o simplemente dependientes –que requieren de cuidados sociales más que atención médica en un hospital-, pone de manifiesto que la solución a las listas de espera de operaciones electivas o disponibilidad de camas para los ingresos de urgencia en los hospitales, también debe considerar la implementación de un Sistema de Cuidados de Largo Plazo. Este sistema, estará orientado al manejo integral y comunitario de las necesidades de las personas mayores, originadas en trastornos funcionales físicos y/o cognitivos, que determinan una condición de dependencia y la consiguiente demanda de cuidados sociales.

El estudio presenta algunas limitaciones. Al no disponer de diagnósticos secundarios al egreso, impide poder cuantificar el efecto de la comorbilidad en la duración de la estadía hospitalaria de las PM60+. Tampoco, se pudo obtener datos de la utilización de camas y gasto de las PM60+ en la modalidad MAI de Fonasa, para el año 2017. Además, puesto que las estimaciones del gasto, sólo consideran el día-cama, existe una subestimación del gasto de la hospitalización social, tanto en Fonasa como en Isapres.

En conclusión, aunque de baja magnitud (1%) respecto a los egresos de las PM60+, la hospitalización social existe en nuestro país y tiene un efecto moderado en la utilización de camas (15%). Las entidades clínicas asociadas a baja necesidad de cuidados médicos y/o una clara necesidad de cuidados sociales; demencias, síndrome de fragilidad y síndrome de carencias sociales, representaron 4% de los egresos PM60/60+ y 10 % de los días-cama. El promedio de estadía de estas entidades clínicas, fue de 326,3 días/egreso.

Por tanto, identificar a los pacientes en riesgo de una hospitalización prolongada, en particular de las PM60+, evitará la hospitalización social y sus efectos sobre la disponibilidad de camas hospitalarias y los costos asociados. Se debe disponer de los mecanismos institucionales que garanticen un egreso oportuno y si fuese necesario, la continuidad del cuidado fuera del hospital. Para ello, una sociedad envejecida, debe contar con un Sistema de Cuidados de Largo Plazo que, actuando integradamente con el Sistema de Salud, ofrezca las instancias de cuidados sociales suficientes para mitigar o evitar la progresión de trastornos funcionales y/o la dependencia.

Agradecimientos:

Se agradece la colaboración de las autoridades del DEIS-MINSAL, quienes proporcionaron acceso a registros de la base de datos de Egresos Hospitalarios del año 2017.

5. Referencias

- 1.- Población total por sexo y área urbana-rural, según edad simple. Resultados definitivos Censo 2017. <https://resultados.censo2017.cl/Home/Download>
- 2.- Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2017
- 3.- Tomita N, Yoshimura K, Ikegami N. **Impact of home and community-based services on hospitalisation and institutionalisation among individuals eligible for long-term care insurance in Japan.** BMC Health Services Research 2010, 10: 345
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/345>
- 4.- Hayashi M. **The care of older people in Japan: myths and realities of family 'care'.** Policy Papers. History & Policy, King's College London. 03 June 2011
<http://www.historyandpolicy.org/policy-papers/papers/the-care-of-older-people-in-japan-myths-and-realities-of-family-care>
- 5.- **Guide to reducing long hospital stays.** NHS Improvement. Publication code: IG 20/18. June 2018.
- 6.- Agosti P, Tettamanti M, Vella FS, Suppressa P, Pasina L, Franchi C, Nobili A, Mannucci PM. **Living alone as an independent predictor of prolonged length of hospital stay and non-home discharge in older patients.** Eur J Intern Med. 2018 Nov; 57:25-31.
doi: 10.1016/j.ejim.2018.06.014. Epub 2018 Jun 19.
- 7.- de Vos AJ, Asmus-Szepesi KJ, Bakker TJ et al (2012) **Integrated approach to prevent functional decline in hospitalized elderly: the Prevention and Reactivation Care Program (PRECaP).** BMC Geriatr 12: 7.
- 8.- Egresos Hospitalarios. DEIS (2017).
<http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi#>
- 9.- Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas(AMPV) de la Superintendencia de Salud.2019
10. – FONASA. Boletín Estadístico 2016-2017
<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>
- 11.- Estados Financieros Servicio Nacional del Adulto Mayor. Pág 5, ESTADO DE RESULTADOS Desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2017.
- 12.- Iwagami M, Tamiya N. **The Long-Term Care Insurance System in Japan: Past, Present, and Future.** JMA Journal: Advance Publication. February 1, 2019
DOI: 10.31662/jmaj.2018-0015. <https://www.jmaj.jp/>.
- 13.- Kortebein P, Ferrando A, Lombeida J, Wolfe R, Evans W (2007). **Effect of 10 days of bed rest on skeletal muscle in healthy older adults.** JAMA 297:1769–74.
- 14.- Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM (2009) **The underrecognised epidemic of low mobility during hospitalization of older adults.** J Am Geriatr Soc 57(9):1660–65
- 15.- Health Care Resources: **Hospital beds.** OECD.Stats
https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC
- 16.- Alejandra Candía D. **Evidencia sobre Infraestructura en Salud en Chile y Modalidades de Inversión.** Libertad y Desarrollo Serie Informe Social 155. ISSN 0717 – 1560 marzo 2016
- 17.- **Brecha de camas: 674 pacientes esperan a diario un cupo para ser hospitalizados.** Noticias. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. Diario La Tercera 30 de abril 2018.