



Facultad de Medicina  
Universidad de Chile  
Escuela de Salud Pública  
Dr. Salvador Allende

# **HACIA UNA EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL SERVICIO DE URGENCIA DE CLÍNICA DÁVILA, AÑO 2008**

## **PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**Alumna: Pilar Jiménez M.**

**Profesor Guía: Dra. Nelly Alvarado A. MpH**

**Asesor estadístico: Sr. Enrique Hernández A. MpH**

**Santiago, Chile 2010**

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
1. Descripción de la institución.....	11
2. Calidad.....	16
3. Efectividad.....	23
4. Indicadores en salud.....	29
5. Urgencia.....	32
<b>III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y FUNDAMENTOS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>35</b>
<b>IV. OBJETIVOS.....</b>	<b>36</b>
<b>V. METODOLOGÍA.....</b>	<b>37</b>
a) Diseño del estudio.....	37
b) Recolección de la información.....	37
c) Universo y muestra.....	38
d) Variables.....	39

e) Métodos de recolección de la información.....	44
f) Análisis e interpretación de los datos.....	44
g) Limitaciones del estudio.....	45
h) Aspectos éticos.....	46
<b>VI. RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>VII. DISCUSIÓN.....</b>	<b>61</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>67</b>
<b>IX. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>68</b>
<b>X. ANEXOS.....</b>	<b>71</b>

## RESUMEN

La Efectividad en la Práctica Clínica (EPC) es definida como la capacidad de la práctica clínica (intervención, servicio, etc) para lograr el efecto que se espera de ella, es el grado con que una intervención específica, un procedimiento, un régimen o un servicio, logra lo que se espera de él en circunstancias ordinarias de aplicación, otorgando servicios basados en el conocimiento científico a todos los pacientes que puedan beneficiarse de ellos (31),(32)

El presente estudio midió la EPC del Servicio de Urgencia (SU) de Clínica Dávila, ésto se vio reflejado en la estimación de indicadores como capacidad resolutive, tiempos de espera, tasas de hospitalización, letalidad, reconsulta y cumplimiento de guías clínicas en patologías trazadoras,

Los resultados obtenidos permitieron realizar un diagnóstico que puede ser considerado como un primer paso hacia la evaluación de la EPC en el SU de ésta institución y que servirá como propuesta metodológica para ser replicada en otros establecimientos de salud (que presenten condiciones similares a la institución estudiada), también se podrá utilizar como referencia para otras instancias de evaluación.

Los objetivos planteados fueron: Objetivo General, medir la EPC del SU de Clínica Dávila, durante el año 2008, objetivos específicos: caracterizar a los pacientes que consultan al SU según su perfil sociodemográfico, determinar el cumplimiento de las guías clínicas evaluadas, conocer la capacidad resolutive cualitativa, determinar el tiempo de espera para la atención en el SU, conocer la

tasa de ingreso hospitalario desde el SU, conocer la tasa de letalidad de los pacientes ingresados desde el SU, conocer la tasa de reconsulta al SU, conocer la tasa de letalidad en el SU, relacionar variables, categoría diagnóstica/tiempo de espera, categoría diagnóstica/hospitalización.

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal. Se estimó un número muestral de 462 consultas (de un universo de 62.586) la muestra fue elegida con método aleatorio sistemático.

Los resultados obtenidos evidenciaron que: la mediana de edad de la totalidad de la muestra fue de 25 años, al realizar el análisis de los diferentes grupos etáricos se observó que los menores de un año alcanzaron al 9.5 % del total, lo que se asemeja a la realidad nacional donde alcanzaron el 10%, con respecto al grupo de 15-64 años correspondieron al 48.6%, superior al 44% nacional y el grupo de mayores de 65 años correspondió al 9% en contraste del 18% a nivel nacional. La relación entre femenino y masculino es de un 49% y 51%, el SU recibió pacientes desde todo Santiago e incluso desde fuera de ésta ciudad. Del total de las consultas el 19,5% tuvieron diagnósticos concordantes con sistema respiratorio, lo que es muy similar al 20% nacional, sistema circulatorio 6,7% lo que es bastante mayor al 2,8 nacional, traumatismos 14,4% que se asemeja bastante al 15% nacional, existió una gran cantidad de diagnósticos que pertenecieron al grupo del sistema digestivo que correspondieron a casi el 22% del total de las consultas del SU. De las tres guías clínicas evaluadas ninguna tuvo un porcentaje de cumplimiento menor al 20%, sin embargo sólo el 52.8% alcanzó el 100% de cumplimiento. La capacidad

resolutiva cualitativa fue de un 98.7%. La tasa de reconsulta al SU, es decir aquellos pacientes que vuelven a consultar en un periodo menor o igual a 24 hrs, resultó ser del 2.85%. El tiempo de espera para la atención en el SU fue de 17 min aproximadamente. La tasa de hospitalización desde el SU a un servicio de la clínica fue de un 15.9% al hacer la relación entre hospitalizaciones y categorías diagnósticas se observó que existió asociación estadísticamente significativa, es decir hubo asociación entre la gravedad del diagnóstico y la indicación de hospitalización. La letalidad de los pacientes hospitalizados desde el SU fue de un 3,6%. La letalidad en el SU fue de un 0%.

Podemos concluir en esta tesis que:

Los indicadores medidos pueden ser reevaluados en plazos determinados y así constituirse en estándares para evaluaciones posteriores, también concluimos que los resultados obtenidos son un primer paso hacia evaluación de efectividad de la practica clínica en el Servicio de Urgencia de Clínica Dávila.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se enmarcó dentro del área de Gestión Clínica, su objetivo general fue medir la Efectividad de la Práctica Clínica (EPC) del Servicio de Urgencia de Clínica Dávila, lo que se vió reflejado en la estimación de indicadores como capacidad resolutive, tiempos de espera, tasas de hospitalización, letalidad, reconsulta y cumplimiento de guías clínicas en patologías trazadoras.

Los resultados obtenidos permitieron realizar un diagnóstico de la EPC en el Servicio de Urgencia de ésta institución.

Clínica Dávila es un centro privado hospitalario de alta complejidad, cuenta con todas las especialidades médicas, unidades de tratamiento intensivo e intermedio. Posee un total de 403 camas y presenta 29.674 egresos anuales.

En el marco de su mejora continua ha generado guías clínicas con el objetivo de disminuir la variabilidad en la práctica clínica dentro de su personal médico, éstas son creadas por especialistas de la institución y recogen la evidencia científica actualizada sobre el tema al que se abocan, actualmente cuentan con guías de: neurología, obstetricia, pediatría, cirugía, sedación y analgesia, cardiología, hematología.

La no existencia de estudios previos sobre efectividad en la práctica clínica tanto en la literatura internacional como nacional realza la pertinencia de realizar un diagnóstico de la situación actual.

Evaluar consiste en medir los resultados alcanzados respecto del plan formulado y en volver a planear el trabajo, haciendo las correcciones necesarias, implica comparar expectativas, metas, estándares, objetivos (2),(3).

En el contexto de la atención de la salud se le puede definir como el proceso sistemático y científico de determinación del grado de cumplimiento de una estructura y/o de una acción o un conjunto de acciones, y los resultados de salud obtenidos (4).

La atención de salud no se limita a los conocimientos técnicos del profesional que realiza la atención, sino también a la empatía, a la tolerancia, a la capacidad de generar seguridad y confianza (5).

Esta mejor atención es de gran relevancia y de preocupación a nivel de las autoridades en salud, esto se ve plasmado en uno de los objetivos sanitarios de la década que es “proveer servicios acorde las expectativas de la población” (6).

En Chile existe un marco legal que se preocupa de la atención en salud, la constitución de 1980 en su artículo 9º menciona: “El Estado protege el libre igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, le corresponderá, asimismo la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley”(7).

En el marco de la reforma de salud la ley 19.937 asegura estándares a cumplir de prestadores y la ley 19.966 regula el otorgamiento de Garantías Específicas (entre ellas la calidad).

Finalmente la ley 19.650 que asegura la atención de urgencia a pacientes con riesgo vital independientemente de su seguro de salud . (8),(9),(10).

Es, por tanto, pertinente el evaluar la atención en salud, desarrollar al máximo conceptos tan importantes en nuestro quehacer como:

- Calidad
- Efectividad
- Capacidad resolutive

En este contexto surgen las siguientes preguntas:

¿Es efectiva nuestra atención?, ¿son certeros nuestros diagnósticos?, ¿entregamos tratamientos que son avalados por la evidencia científica?, ¿somos capaces de resolver el problema de salud que aqueja a nuestro paciente?.

Para dar respuesta a estas interrogantes surge la evaluación como una herramienta de gran importancia, ya que permite conocer la realidad actual y, por sobretodo, otorga la posibilidad de mejorar.

El objetivo de esta tesis es medir la Efectividad de la Práctica Clínica (EPC) en el Servicio de Urgencia de Clínica Dávila, desde un punto de vista técnico institucional, entendiendo EPC como la capacidad de la práctica clínica

(intervención, servicio, etc) para lograr el efecto que se espera de ella, es el grado con que una intervención específica, un procedimiento, un régimen o un servicio, logra lo que se espera de él en circunstancias ordinarias de aplicación, otorgando servicios basados en el conocimiento científico a todos los pacientes que puedan beneficiarse de ellos (31),(32)

Este estudio permitió conocer el funcionamiento de algunos procesos en un servicio que presta una atención tan importante y compleja a la vez como es la atención de urgencia, donde es una prioridad esencial salvar la vida del paciente (11). Lo que significará un aporte a nivel de la institución evaluada y como propuesta metodológica para ser replicada en otros establecimientos de salud (que presenten condiciones similares a la institución estudiada), también se podrá utilizar como referencia para futuras instancias de evaluación.

## **II. MARCO TEÓRICO**

A continuación, se presenta el marco conceptual de esta tesis, el que está compuesto por cinco secciones.

En la primera sección se hace una descripción de la institución y del servicio donde se realizará el estudio, con el propósito de dar a conocer de manera general su composición, en las cuatro restantes se revisan los conceptos de Calidad, Efectividad, Indicadores y Urgencia.

### **1. Descripción de la institución (1)**

Clínica Dávila comenzó a funcionar en mayo de 1988, a partir de esa fecha, ha tenido numerosos cambios a nivel estructural y tecnológico.

Cuenta con todas las especialidades médicas, unidades de tratamiento intensivo e intermedio.

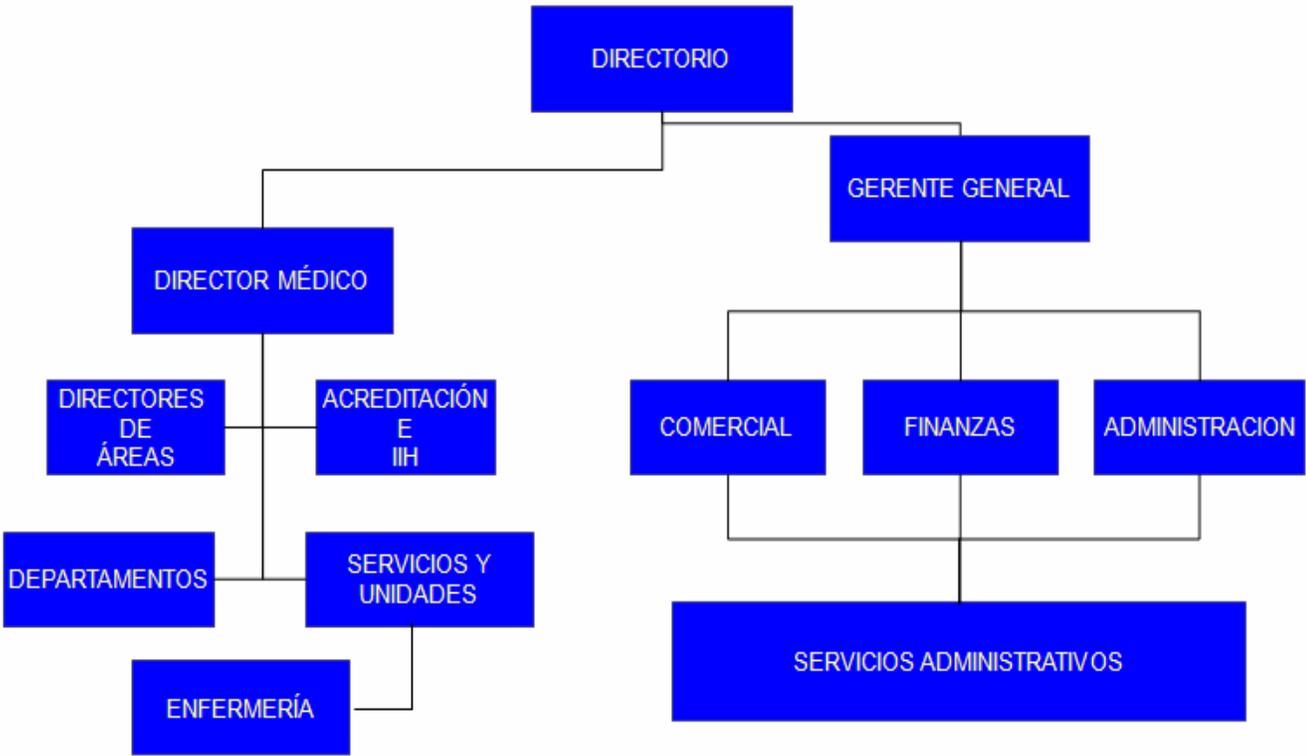
Otorga anualmente más de 30.000 consultas ambulatorias, 60.000 consultas de urgencia, se realizan más de 15.000 cirugías y 20.000 hospitalizaciones. Presenta 29.674 egresos anuales, con un promedio de 3,4 días de estadía.

Tiene 403 camas y 12 pabellones quirúrgicos para las siguientes especialidades:

Cirugía general	Neurocirugía
Cirugía ambulatoria	Urología
Traumatología	Cirugía Cardíaca
Maternidad	Cirugía infantil
Ginecología	Trasplante
Tórax	Hemodinamia
Vascular	Plástica

La misión institucional es: “Clínica Dávila es una institución dedicada a mantener y recuperar integralmente la salud de las personas, procurando entregar la mejor relación entre calidad de atención y costos, para lo cual está en constante innovación en tecnología, gestión, docencia e investigación”.

**FIG 1**  
**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**



FUENTE: CLÍNICA DÁVILA

## **SERVICIO DE URGENCIA**

El Servicio de Urgencia (SU) cuenta con equipamiento, infraestructura y personal calificado para la atención médica de alta, mediana y baja complejidad tanto de pacientes adultos como pediátricos, las 24 horas del día.

En sus instalaciones se encuentran 30 boxes de atención médico quirúrgico, traumatológico, salas de reanimación y de observación.

El SU tiene especialistas de llamada para la resolución de las patologías que lo requieran.

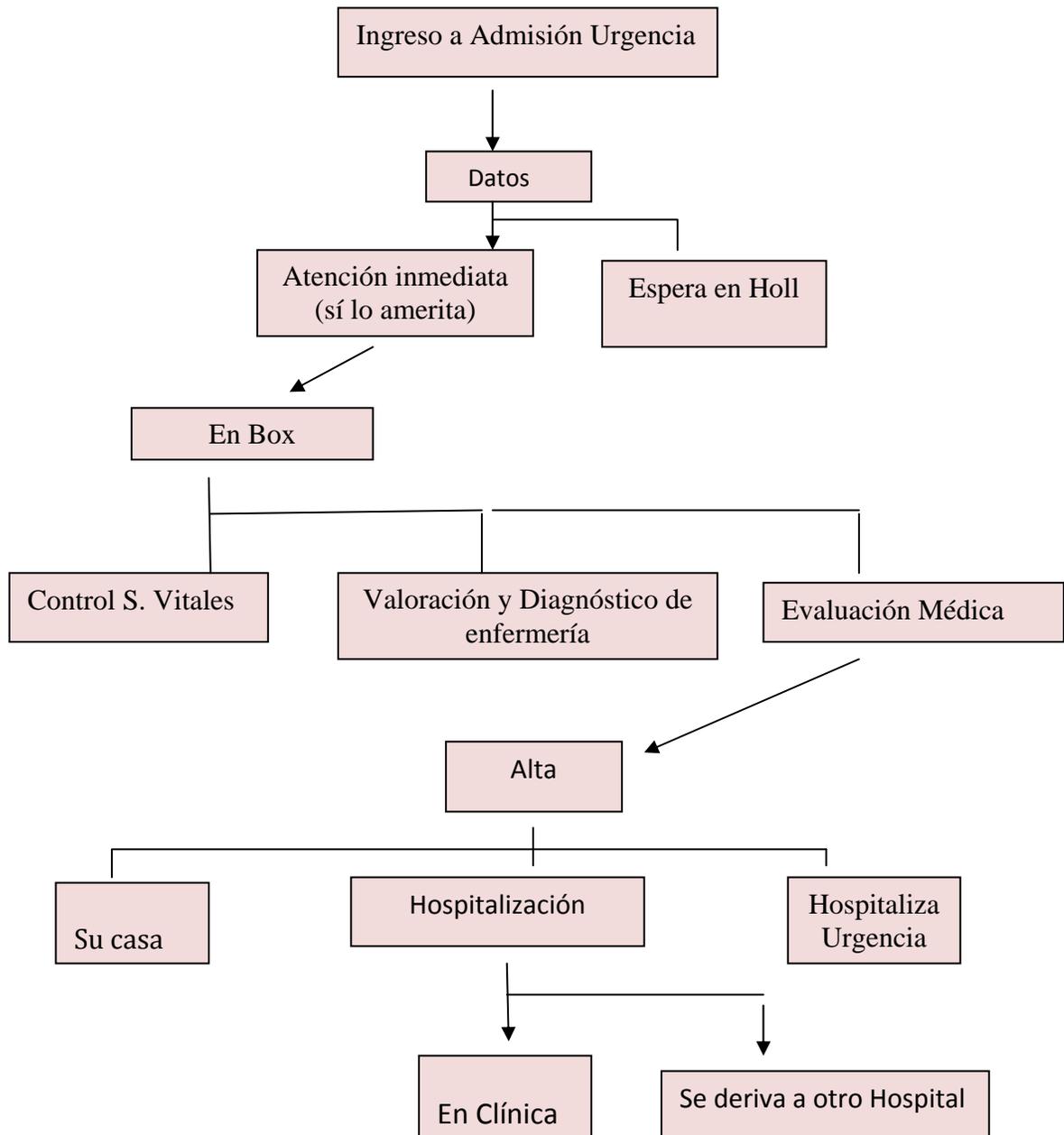
Cuenta con servicio de laboratorio, banco de sangre e imagenología que permiten desarrollar los exámenes según lo requerido por los pacientes.

También está el Laboratorio de Hemodinamia, donde trabaja un equipo de especialistas en el estudio y tratamiento de enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos con turnos de llamada las 24 horas del día.

Desde el SU se hospitaliza en el área clínica correspondiente al paciente que así lo requiera, luego de hacerse la evaluación inicial y estabilización.

Figura 2

FLUJOGRAMA DE ENTRADA, PROCESO Y SALIDA DE PACIENTES AL  
SERVICIO DE URGENCIA, CLINICA DÁVILA.



Fuente: Servicio de Urgencia Clínica Dávila

## 2. Calidad

Existen múltiples definiciones de calidad, según la Real Academia Española se define como una “cualidad”, una “manera de ser”, “lo mejor dentro de su especie” (12).

En el mundo de los negocios existe el concepto de Calidad Total que se conoce internacionalmente como TQM (Total Quality Management) (13),(14), corresponde al conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de obtener satisfacción del cliente al menor costo, es un sistema integrador de los esfuerzos de mejora continua de la calidad de todas las personas de una organización, para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores.

Los Principios de la Calidad Total son los siguientes:

- 1º. La calidad se refiere a todas las actividades que se realizan dentro de la empresa o de la organización,
- 2º. La responsabilidad sobre la calidad es individual.
- 3º. En todas las actuaciones hay que tener en cuenta los deseos, necesidades y requerimientos de los clientes.
- 4º. Los errores y fallos, además de producir insatisfacción en la clientela, son caros, por lo que es muy importante poner énfasis en los aspectos preventivos para evitar la aparición de defectos.
- 5º. La Calidad Total requiere de la participación y colaboración de todas las personas, por lo que deben promoverse actividades que las fomenten.

6º. El trabajo bien hecho es una condición necesaria pero no suficiente. Además hay que tender continuamente a mejorar lo que se hace estableciendo objetivos de mejora.

7º. El trabajo en equipo ayuda y facilita la motivación de las personas para alcanzar los objetivos de mejora.

8º. Los proveedores, son un elemento muy importante para conseguir la calidad. Hay que procurar involucrarlos en los procesos de mejora.

9º. Una comunicación e información fluidas y al alcance de todos, para facilitar la coordinación de los trabajos y la organización de la empresa.

10º. El reconocimiento a las personas por el esfuerzo en la mejora, es un factor de motivación fundamental para la calidad.

La calidad también se aplica en el área de salud, que es lo que conocemos como calidad asistencial. Conocida es la definición del Dr. Avedis Donabedian-1984 "Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes, esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica".(15).

La Joint Comission la define como: "la medida en que los servicios sanitarios, tanto los enfocados a los individuos como los colectivos, mejoran la probabilidad de los resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento profesional".(16)

Según la OMS (17), la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos mas adecuados para conseguir una atención óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico. Lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

La definición adoptada por el Ministerio de Salud de Chile en el año 1991 dice: “Es la provisión de servicios accesibles, y equitativos con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario” (18)

Uno de los principales elementos de la calidad asistencial es la seguridad del paciente, entendiendo como seguridad la ausencia de efectos adversos, es decir los daños que acontecen durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad.(19), (20)

Según la agencia nacional para la seguridad del paciente del Reino Unido, ésta se puede resumir en siete pasos:

1. Construir una cultura de seguridad
2. Liderazgo del equipo de personas
3. Integrar las tareas de gestión de riesgos
4. Promover que se informe
5. Involucrarse y comunicarse con pacientes y público
6. Aprender y compartir lecciones de seguridad

## 7. Implementar soluciones para prevenir daños.

Son tres los componentes de la calidad asistencial: (21),(22)

**Científico técnico**, que corresponde a aquel sustentado en la ciencia y tecnología médica, persigue alcanzar el máximo de beneficio con el mínimo riesgo para el paciente.

**Interpersonal**, basado en relaciones humanas, que deben seguir normas y valores sociales (ética profesional, expectativas del paciente).

**Confort**, referido al entorno en el que se desarrolla la asistencia que se aplica a la accesibilidad, las condiciones ambientales, las instalaciones, la hotelería.

Las dimensiones de la calidad asistencial son: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, accesibilidad, equidad, seguridad, legitimidad y aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o de la sociedad en general.(23)

Estos conceptos son aplicables a la atención en salud, ya que ésta debe ser capaz de estar en consonancia con las necesidades de la personas.

Existen diferentes tipos de necesidades sociales, según la taxonomía de las necesidades sociales de Bradhsaw (24) éstas serían:

*Necesidad normativa*: necesidad definida por expertos y que resulta de comparar una situación deseable con la real de una persona.

Necesidad “sentida”: se considera que existe la necesidad de un servicio cuando la gente así lo percibe.

Necesidad expresada o demanda: es la necesidad “sentida” traducida en una acción concreta, a través de la utilización de servicios.

Necesidad comparativa: es la que resulta del análisis de las características de las personas que reciben servicios y de la identificación de personas con las mismas características pero que no reciben servicios.

Alderson, es más específico en cuanto a las necesidades de salud que dividen en:

Necesidades percibidas, son condiciones identificadas como anormales por el individuo y su familia, a partir de lo cual se deriva una serie de posibles acciones.

Necesidades no manifiestas, son condiciones no reconocidas por el individuo o su familia, pero que pueden ser identificadas por los expertos.

La demanda de servicios no satisfechos: es una necesidad expresada por el individuo pero no atendida, debido a problemas tales como la disponibilidad o la accesibilidad de los servicios.

La demanda satisfecha: son condiciones identificadas y atendidas por el sistema de salud.

Para lograr satisfacer tanto las necesidades como las demandas de nuestros usuarios existe una herramienta conocida como la *gestión de la calidad*.

Ésta, consiste en la totalidad de los medios por los cuales logramos la calidad, incluye los tres procesos de la trilogía de Juran (25):

- Planeación de calidad.
- Control de calidad
- Mejora de la calidad

No resulta fácil encontrar el equilibrio, entre las necesidades, las demandas de la población y la calidad de los servicios otorgados, mas aún cuando se aspira otorgar la atención de mejor calidad, con un adecuado de los recursos (26).

Pero, ¿ Es posible garantizar la atención de calidad?.

Existen modelos internacionales de referencia, es decir estándares o criterios elaborados por expertos de organismos o entidades de diferentes países que reflejan un determinado nivel de calidad, es un proceso de revisión externa que tiene como objetivo evaluar fielmente su nivel de actuación o performance en relación con unos valores de referencia definidos para la mejora continua, los estándares y la revisión externa son aplicados por agentes independientes de la evaluación (16),(27).

La calidad puede ser medida externamente e internamente, puede ser medida y mejorada.

En Chile la medición de la calidad asistencial no se limita a algo exclusivamente conceptual, existe un marco legal destinado a regular la calidad en la atención en salud.

El 30 de Enero del año 2004 se promulga la ley 19.937 de Autoridad Sanitaria (9), que en su artículo 4°, de funciones de rectoría decreta “establecer

los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios”.

Esto se complementa con la ley 19.966 de Régimen de general de Garantías en Salud (8).

Garantía explícita de calidad: es el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado.

La garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud.

Por lo tanto, la calidad deja de ser algo teórico y “deseable” en una institución y pasa a ser una garantía exigible por ley.

Lo que nos refuerza la relevancia y pertinencia de este tema en la realidad local.

### **3. EFECTIVIDAD**

La efectividad de una intervención sanitaria la podemos definir como la medida en que consiguen los objetivos deseados en situaciones reales, en otras palabras es el grado en que la asistencia médica se presta de manera correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado deseado por el paciente (28).

Es la medida del impacto que un procedimiento tiene sobre la salud individual y de la población; por tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo (29).

La efectividad es una de las dimensiones de la calidad y es una herramienta de la Gestión Clínica

Se define a la Gestión Clínica (30) como “el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos.” Su propósito es dirigir los procesos asistenciales para lograr la mayor efectividad en la atención de salud, con el máximo de beneficios sin aumentar proporcionalmente los riesgos, su objetivo último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria acorde con la información científica disponible que haya demostrado capacidad para modificar favorablemente el curso de una patología procurando los menores inconvenientes posibles y los más bajos costos para el paciente y la sociedad. Se orienta a proporcionar la información científica para la toma de decisiones en el ámbito

clínico y para la aplicación de distintas herramientas técnicas o intervenciones en salud.

Se pueden diferenciar tres niveles de acción de la Gestión Clínica:

a. **Gestión de los procesos asistenciales.** (Gestión de los Servicios clínicos y de las Unidades de Apoyo ) Se refiere a la gestión directa de los recursos e infraestructura en Unidades asistenciales. El propósito es lograr el cumplimiento de las metas y objetivos planteados cumpliendo los estándares de calidad definidos para esa Unidad . Ejemplos de este nivel son la gestión de las listas de espera, los procesos de enfermería en pacientes hospitalizados, el uso de camas hospitalarias, el uso de pabellones, entre otros.

b. **Gestión institucional.** (Organización y Gestión hospitalaria):  
Corresponde a la gestión global de una institución de salud cuyo fin es lograr los mejores resultados en la atención compatibilizando la calidad en la atención clínica con la eficiencia en el uso de los recursos.

c. **Efectividad en la práctica clínica (EPC):(31),(32)** (Gestión de la atención individual) es definida como la capacidad de la práctica clínica (intervención, servicio, etc) para lograr el efecto que se espera de ella, es el grado con el que una intervención específica, un procedimiento, un régimen o un servicio, logra lo que se espera de él en circunstancias ordinarias de aplicación, lo

que se consigue prestando servicios basados en el conocimiento científico a todos los pacientes que puedan beneficiarse de ellos.

En el contexto de esta tesis se tendrá una mirada técnica hacia el equipo de salud, por lo que se medirá la EPC como una suma de indicadores previamente establecidos.

A la hora de analizar la EPC podemos distinguir sus componentes, uno de ellos es la **variabilidad de la práctica clínica** (33),(34), ésta se basa en conocimientos existentes con frecuencia incompletos, inexactos o no actualizados.

En revisiones sistemáticas sobre este concepto (35), se han vislumbrado dos teorías que podrían explicar este fenómeno (36),(37), por una parte una teoría que dice relación con el paciente propiamente tal, que serían las características de éste (diferencias de morbilidad, aspectos socioeconómicos, étnicos) que influirían directamente en la variabilidad de la práctica clínica, la segunda teoría menciona a “médicos entusiastas” y se refiere a la predilección de ciertos médicos de algunas técnicas o procedimientos y que tendría mucha relación con su formación y su lugar de trabajo.

Ninguna de estas teorías ha podido ser validada, en lo que sí existe un consenso generalizado es en que es necesario promover una práctica clínica eficaz con un adecuado uso de los recursos y esto es posible hacerlo desde la experiencia compartida de la comunidad científica.

La práctica clínica puede llegar a ser un proceso explícito, evaluable y reproducible.

La herramienta mundialmente utilizada para este propósito es la **medicina basada en la evidencia (MBE)**, que podemos definir como el uso consciente, explícito y juicioso, de la mejor evidencia disponible, al tomar decisiones respecto al cuidado de los pacientes (38) que integra los resultados de la investigación de calidad, con la experiencia clínica y los valores del paciente, con un especial énfasis en que esta evidencia jamás podrá reemplazar el juicio clínico individual del profesional tratante y que es en el acto clínico donde ocurre la traducción indispensable de esta información en una recomendación sensata y caritativa, dirigida al paciente que acude en busca de alivio a su dolencia.

La MBE (39) ofrece un método para guiar el proceso de incorporación de información científica al proceso de toma de decisión clínica, un rol central en su desarrollo durante las últimas décadas ha sido el de ayudar a la redacción de guías clínicas que recojan la mejor evidencia científica disponible al momento de ser elaboradas, para conducir de manera estable las decisiones clínicas.

Por lo tanto, podemos entender que las guías clínicas son recomendaciones respecto al cuidado y tratamiento de personas que sufren enfermedades específicas (40) y con esto se apunta específicamente a disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

Clínica Dávila cuenta con guías Clínicas, elaboradas por profesionales que se desempeñan en la institución. Éstas son consideradas recomendaciones o declaraciones sistemáticamente desarrolladas y estructuradas como ayuda para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en circunstancias clínicas

específicas. Su propósito es orientar y sugerir las acciones más apropiadas para mejorar la condición del paciente y/o reducir las variaciones innecesarias de la práctica clínica. También se ha demostrado su utilidad para la incorporación de nuevas estrategias de estudio y tratamiento basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Las guías captan la evidencia o experiencia de un período y en consecuencia necesariamente están sujetas a modificaciones en el tiempo, son capacitantes pero no de naturaleza prescriptiva, tienen solo carácter referencial y sugieren una opción de estudio y tratamiento, sin ser mandataria ya que los pacientes tienen variaciones individuales que el clínico debe manejar de acuerdo a su conocimiento, experiencia y criterio.(41).

Otro componente de EPC es la, **capacidad resolutive**, concepto acuñado por Siemeant en 1983.

La capacidad resolutive se ha considerado como un resultado de la atención, desde el momento en que esta se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud (Donabedian, 1984).

Este concepto ha sido utilizado permanentemente en nuestro país dentro de las orientaciones programáticas del sector salud.

En este contexto la capacidad resolutive debe entenderse como un atributo de la red asistencial, debe establecer las debidas relaciones entre la demanda de prestaciones y la oferta de ellas.

La capacidad resolutive tiene dos componentes, uno cualitativo y otro cuantitativo (42), (43).

Entendemos como **capacidad resolutive cualitativa** aquella que tiene que ver con el volumen de demanda de la población y con el volumen de ésta que es resuelta, detectando la capacidad de resolver los casos atendidos.

La **capacidad resolutive cuantitativa** se relaciona con el volumen de la demanda de la población, con el volumen de ésta que es atendida, detectando la capacidad de absorber los casos. Para efectos de tesis no será medida la capacidad resolutive cuantitativa ya que, en el SU de Clínica Dávila, no existen registros de rechazo de atención.

Estándares internacionales consideran que en la atención primaria debería resolverse entre el 80 a 90% de los problemas de salud.

En un estudio que midió la capacidad resolutive de los servicios de urgencias del Policlínico Docente Lawton (La Habana, Cuba) durante el año 2005 (44), se observó que el 98,63 % de los casos atendidos en los servicios de urgencia de este recinto encontraron solución allí, y se remitió solo el 1,37 % de los pacientes tratados.

Esto demuestra que es posible construir un indicador que se hace fundamental en la evaluación de la EPC.

Un tercer componente de la EPC dice relación con la capacidad del equipo de salud de otorgar una atención adecuada y oportuna al paciente, es decir de la

capacidad de priorizar, de reconocer a aquellos pacientes que requieran una atención inmediata .

Para efectos de esta tesis se medirá el tiempo de espera para la atención, como proxy de la **oportunidad de la atención** .

#### **4. INDICADORES EN SALUD**

Indicador, según la OMS, corresponde a:

- Variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla.
- Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría.
- Variable susceptible de medición directa que se supone asociada con un estado que no puede medirse directamente. Los indicadores son a veces estandarizados por autoridades nacionales o internacionales.
- Variable que contribuye a medir los cambios en una situación de salud, directa o indirectamente, y evaluar el grado en que los objetivos y metas de un programa se han alcanzado.

En resumen, son instrumentos que pretenden reflejar cierta situación y medir el grado o nivel con que ésta se manifiesta, de manera que resulten útiles para evaluar cambios en el tiempo y hacer comparaciones (45).

Tienen la capacidad de medir un concepto de manera indirecta, por ejemplo la tasa de mortalidad infantil no es más que la frecuencia relativa de las muertes de niños menores de un año en cierto período, pero con ella se puede tener una idea de un concepto relativamente lejano: el desarrollo socioeconómico de una región. Es decir que, por caminos teóricos y empíricos, se ha demostrado que el nivel socioeconómico de una población se refleja en su mortalidad infantil y por ende ésta constituye un indicador del primero (46)

De manera general, encontramos:

1. Indicadores de calidad de la estructura, o *indicadores de estructura*, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos.
2. Indicadores de la calidad del proceso o *indicadores de proceso* miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente.
3. los indicadores basados en resultados o *indicadores de resultados* miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

Las características que debe tener un indicador son (47):

- Validez: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.
- Confiabilidad: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias, para esto los datos utilizados deben ser fidedignos.

- Especificidad: que mida lo que se desea medir.
- Sensibilidad: el indicador debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones de salud aún en áreas con distintas particularidades.
- Relevancia: debe generar impacto.
- Costo-efectividad: debe tener un costo que sea inferior al valor de la información que aporta.

En la gestión hospitalaria, los indicadores de calidad y efectividad se hacen indispensables para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo, sin embargo en la actualidad no se ha logrado alcanzar un consenso absoluto respecto de la utilidad, validez y confiabilidad de tales mediciones (48), (49).

Sin embargo, a pesar de esta dificultad no se debe olvidar que los prestadores de salud tienen como responsabilidad primaria garantizar un nivel de calidad en las prestaciones que otorgan, lo que implica que éste debería ser susceptible de ser medido y a su vez, existir mecanismos que velen por la mejoría de estos niveles.

Por lo tanto, debería ser una prioridad dentro de la gestión de un centro hospitalario contar con indicadores que le permitan medir la calidad de la atención otorgada, para esto deben seleccionarse prestaciones “trazadoras” y se deben definir los indicadores que se les apliquen. (50), (51), (52)

Estos indicadores y prestaciones trazadores pueden generarse en los diferentes servicios o unidades asistenciales de un recinto hospitalario, como es el caso de la presente tesis que se abocó al SU de la clínica Dávila.

## **5.URGENCIA**

Una **urgencia en salud** puede ser definida como la aparición de una condición o sintomatología que genera en el paciente o en quienes lo rodean la percepción de necesidad de atención médica inmediata.

Se asume desde el punto de vista de la demanda, que toda consulta de estas características es de urgencia, independiente de su complejidad y/o gravedad (53).

A diferencia de una **urgencia médica** que es aquella condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable (54).

En contraste con otras especialidades, los médicos que atienden en urgencias emplean una buena parte del escaso tiempo de que disponen ante un enfermo (por su gravedad y/o complejidad) en tomar la decisión más acertada y rápida sobre su diagnóstico y tratamiento, ya que su objetivo consiste en priorizar la severidad clínica de los pacientes y la necesidad de buscar, específicamente y en primer lugar, el beneficio neto del enfermo (55), (56).

En Chile el garantizar la atención de urgencia es de tanta relevancia que ha sido objeto de una ley. (10)

La ley 19.650 fue publicada en el Diario Oficial el 24 de diciembre de 1999, y dice en su Artículo 2º:

“Con todo, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la presente ley y en el decreto ley N° 2.763, de 1979. Asimismo, en estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención. El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia”.

El correcto cumplimiento de esta ley está sujeto a permanentes evaluaciones, tanto por el seguro estatal como por los privados, entre ellos el SU de La Clínica Dávila (57).

El SU corresponde a una unidad asistencial cuya función es resolver la atención de urgencia ambulatoria y de internación de baja, mediana y alta complejidad.

En Chile no existe disponibilidad de datos que reflejen los procesos y resultados de los servicios de urgencia en prestadores privados, en el sistema

público se cuenta con información disponible en el Departamento de estadística e información en salud (DEIS)(58).

Esto releva la importancia de medir la EPC en el SU de Clínica Dávila.

Para efectos de esta tesis la EPC fue medida con variables como capacidad resolutive cualitativa, cumplimiento de las guias clínicas, tiempos de espera, etc. ,es decir se evaluó tanto los procesos como los resultados.

Los resultados obtenidos, son un insumo para conocer el funcionamiento de este servicio en particular.

### **III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Es efectiva la práctica clínica en el Servicio de Urgencia de la Clínica Dávila?

### **FUNDAMENTOS DEL ESTUDIO**

En un área de tanta importancia como es la calidad en la atención de salud y que casi no ha sido evaluada, por lo que es relevante dar un primer paso en este tipo de evaluaciones al medir la EPC, sobre todo en la atención de urgencia que es un proceso crítico en la atención de salud.

Esta evaluación significará un aporte para conocer la realidad de este servicio en un centro hospitalario privado de alta complejidad y otorga la posibilidad de convertirse en un instrumento para conocer aquellas áreas donde es posible mejorar.

También permitirá ser un instrumento metodológico para nuevas instancias de evaluación a nivel local y que pueden ser replicadas en diferentes centros asistenciales que presenten similares características a la institución estudiada.

## **IV. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Medir la efectividad de la práctica clínica del Servicio de Urgencia de Clínica Dávila, durante el año 2008

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar a los pacientes que consultan al servicio de urgencia según su perfil sociodemográfico.
2. Determinar el cumplimiento de las guías clínicas evaluadas.
3. Conocer la capacidad resolutive cualitativa.
4. Determinar el tiempo de espera para la atención en el SU.
5. Conocer la tasa de ingreso hospitalario desde el SU.
6. Conocer la tasa de letalidad de los pacientes ingresados desde el SU .
7. Conocer la tasa de reconsulta al SU.
8. Conocer la tasa de letalidad en el SU.
9. Relacionar variables, categoría diagnóstica /tiempo de espera, categoría diagnóstica / hospitalización.

## **V. METODOLOGÍA**

### **a) Diseño del estudio.**

Estudio transversal, descriptivo, con análisis de datos secundarios.

### **b) Recolección de la información**

Se utilizaron los datos de los registros electrónicos de Clínica Dávila, del año 2008, estos datos se almacenaron en una planilla Excel.

De la base de datos se extrajo una muestra aleatoria.

Una vez obtenida la muestra se realizó la auditoría de fichas, durante este procedimiento se extrajeron los datos que fueron utilizados para la elaboración de indicadores y se aplicaron las pautas de evaluación de guías clínicas en las patologías trazadoras establecidas previamente (cefalea, dolor torácico y neumonía en paciente pediátrico).

Para la elección de las guías a evaluar y qué evaluar de cada una se utilizó el criterio de expertos, de profesionales que se desempeñan en la clínica y que además participaron en la elaboración de las guías.

Vale la pena recordar que en esta tesis se evaluará el porcentaje de cumplimiento de la guía, no la calidad de ésta.

### c) Universo y muestra.

El universo estuvo constituido por todas las consultas efectuadas en el SU durante el año 2008.

De este universo de 62.586 consultas se eligió una muestra representativa.

El tamaño de muestra fue calculado con la fórmula de tamaño muestral para proporciones, como en este caso no existían trabajos previos de medición de EPC se consideró una prevalencia de 0.5, con un nivel de confianza  $(1-\alpha)$  de 90% y un error de estimación (d) de 4%.

$$N = \frac{Z^2 (PQ)}{d^2}$$

$$N = \frac{1.64^2 (0.25)}{0.04^2} = 420$$

Para un universo conocido de 62.586 consultas al aplicar esta fórmula el tamaño de la muestra corresponderá a 420 consultas. Ésta se eligió utilizando un sistema aleatorio sistemático, en este procedimiento se enumeran todos los elementos de la población, pero en lugar de extraer  $n$  números aleatorios sólo se extrae uno. Se parte de ese número aleatorio  $i$ , que es un número elegido al azar, y los elementos que integran la muestra son los que ocupa los lugares  $i, i+k, i+2k, i+3k, \dots, i+(n-1)k$ , , donde  $k$  es el resultado de dividir el tamaño de la población entre el tamaño de la muestra:  $k = N/n$  . El número  $i$  que empleamos como punto de partida será un número al azar entre 1 y  $k$ , por lo tanto  $K = 62.586/420 = 149$ .

La unidad de análisis correspondió al Servicio de Urgencia de Clínica Dávila, con foco en los pacientes atendidos.

**d) Variables:**

**Variables características de la atención:**

- 1) **Capacidad resolutive cualitativa:** Aquellos pacientes que no pueden ser resueltos en el SU y deben ser derivados a otro centro asistencial. Se medirá con el indicador:

$$\frac{\text{Número de prestaciones efectuadas} - \text{número de prestaciones referidas}}{\text{prestaciones efectuadas}} \times 100$$

- 2) **Tiempo de espera de atención:** Tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa por admisión y es evaluado por enfermera(o) y/o técnico paramédico, se midió como la diferencia entre que la hora de llegada del paciente al SU y la hora de atención por personal de enfermería.
- 3) **Porcentaje de cumplimiento de la guía clínica:** porcentaje global de cumplimiento de la guía clínica.
- 4) **Derivaciones o referencias desde el servicio de urgencia(SU):** pacientes derivados desde el servicio de urgencia hacia otro centro asistencial, se midió dentro del indicador de capacidad resolutive cualitativa (prestaciones referidas).
- 5) **Reconsulta:** se consideró consulta a todas aquellas consultas de un mismo paciente en un plazo menor o igual a 24 hrs, se midió como indicador la tasa de consulta:

$$\frac{\text{Número de pacientes que vuelven a consultar en un plazo menor o igual a 24 hrs}}{\text{Total de pacientes que consulta en el SU}} \times 100$$

6) **Ingreso hospitalario desde el SU:** aquellos pacientes que son ingresados desde el SU a un servicio de la Clínica, se midió como el indicador la tasa de ingreso hospitalario desde el servicio de urgencia:

$$\frac{\text{Número de pacientes ingresados a algún servicio de la Clínica desde el SU}}{\text{Total de pacientes que consultan en el SU}} \times 100$$

7) **Letalidad de pacientes hospitalizados desde el SU:** pacientes hospitalizados desde el SU a un servicio de la clínica que fallieron durante la hospitalización, se midió con el indicador la tasa de letalidad de pacientes hospitalizados desde el servicio de urgencia.

$$\frac{\text{Número de pacientes hospitalizados desde el servicio de urgencia que fallecen}}{\text{total de pacientes hospitalizados desde el SU}} \times 100$$

8) **Letalidad en el SU:** Pacientes que fallecieron en el SU, se midió como indicador la tasa de letalidad en el SU.

$$\frac{\text{Pacientes de que fallecen en el SU}}{\text{Total de pacientes que consultan en el SU}} \times 100$$

\*Las tasas correspondieron al año 2008.

## **Variables propias del paciente:**

**1)Residencia:** corresponde a la dirección entregada por el paciente al consultar, consideraremos sólo la comuna.

**2)Previsión:** Categoría previsional del enfermo de acuerdo a la ley 18.469 en tipo A-B-C-D, adscrito a Isapre, particular u otro.

**3) Sexo:** Femenino/Masculino

**4) Edad:** Años.

**5)Diagnósticos:** diagnósticos médicos CIE-10

**TABLA 1.****OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLES	DIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Caracterizar a los pacientes que consultan al servicio de urgencia según su perfil sociodemográfico.	Sexo Edad Residencia Diagnósticos Previsión	Masculino, femenino  Días, meses, años  Comuna.  Código CIE10  Isapre , fonasa	Registros de admisión
Determinar el cumplimiento de las guías clínicas evaluadas	cumplimiento de la guía clínica	Porcentaje de cumplimiento de Guías evaluadas	Dato de urgencia
Conocer la capacidad resolutive cualitativa	Capacidad resolutive cualitativa	(Número de prestaciones efectuadas - número de prestaciones referidas ) / prestaciones efectuadas	Dato de urgencia
Determinar el tiempos de espera para la atención en el servicio de urgencia	Tiempo de espera de atención	Minutos	Registros de admisión  Dato de urgencia

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLES	DIMENSIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Conocer las tasa de ingreso hospitalario desde el servicio de urgencia	hospitalización desde el SU.	Pacientes hospitalizados desde el SU	Registros de admisión  Dato de urgencia
Conocer la tasa de letalidad de los pacientes ingresados desde el servicio de urgencia	letalidad de pacientes hospitalizados desde el SU	Pacientes fallecidos , hospitalizados desde el SU	Registros de fallecimientos de la clínica
Conocer las tasas reconsulta al servicio de urgencia	reconsulta al SU	Pacientes que vuelven a consultar	Registros de admisión  Dato de urgencia
Conocer la tasa de letalidad en el SU	letalidad en el SU	Pacientes que fallecen en el SU	Registro de fallecimiento
Relacionar variables, diagnóstico/tpo de espera, diagnóstico/hosp	Diagnósticos  Tiempo de espera de atención  Hospitalización desde el SU	Código CIE10  minutos  Pacientes hospitalizados desde el SU	Registros de admisión

### **e) Métodos o procedimientos de recolección de la información e instrumentos usados**

1. Se utilizó la base de datos con los registros electrónicos que posee la clínica.
2. Se realizaron auditorías de fichas clínicas de la muestra.
3. Se eligieron tres guías clínicas a las que se le aplicaron las pautas de evaluación de porcentaje de cumplimiento.

Estas guías fueron: dolor torácico, cefalea y neumonía en pacientes pediátricos

4. Para decidir qué sería evaluado de cada guía clínica se recurrió a criterio de expertos para priorizar los parámetros a evaluar los que fueron independientes para cada guía clínica.

### **g) Análisis e interpretación de los datos.**

Se trabajó con una base de datos Excel, posteriormente estos datos se exportaron al paquete estadístico SPSS versión 16.

Se procedió a un análisis exploratorio de las variables con el fin de determinar la distribución de los datos.

Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central (promedio, mediana), de dispersión (desviación estándar, rango intercuartil y valores máximos y mínimos).

Con respecto a la variable edad se efectuó el test de "S. wilk" para determinar normalidad, se crearon 4 grupos etáricos (0 años, 1-14 años, 15-64 años, 65 y más años) con el fin de comparar los resultados con datos nacionales, así mismo los diagnósticos por su extraordinaria diversidad fueron divididos en cuatro grupos

sistema respiratorio (IRA alta, influenza, neumonía, bronquitis/bronquiolitis aguda, crisis obstructiva bronquial, otras causas respiratorias), sistema digestivo (gastroenteritis aguda, dolor abdominal, hiperemesis), sistema circulatorio (infarto agudo al miocardio, accidente vascular encefálico, crisis hipertensiva, arritmias, otras causas circulatorias), traumatismos-envenenamientos (accidentes del tránsito, otras causas externas), lo que permitió su comparación con datos estadísticos nacionales de Servicios de Urgencia del sistema público del año 2007.

Para realizar la comparación entre diagnósticos y tiempos de espera hubo que categorizar los diagnósticos en leve, moderado y severo (según criterio de expertos) y se aplicó el test de ANOVA.

Para relacionar diagnóstico vs hospitalización, las categorías diagnósticas leve-moderado-severo se analizaron versus hospitalización con el test de Pearson chi cuadrado.

#### **h) Limitaciones del estudio.**

1. Falta de estudios previos para realizar comparaciones.
2. La metodología utilizada no permitió que el objetivo de cumplimiento de guías clínicas alcanzara números absolutos significativos, aún cuando los porcentajes son representativos.

## **i) Aspectos Éticos**

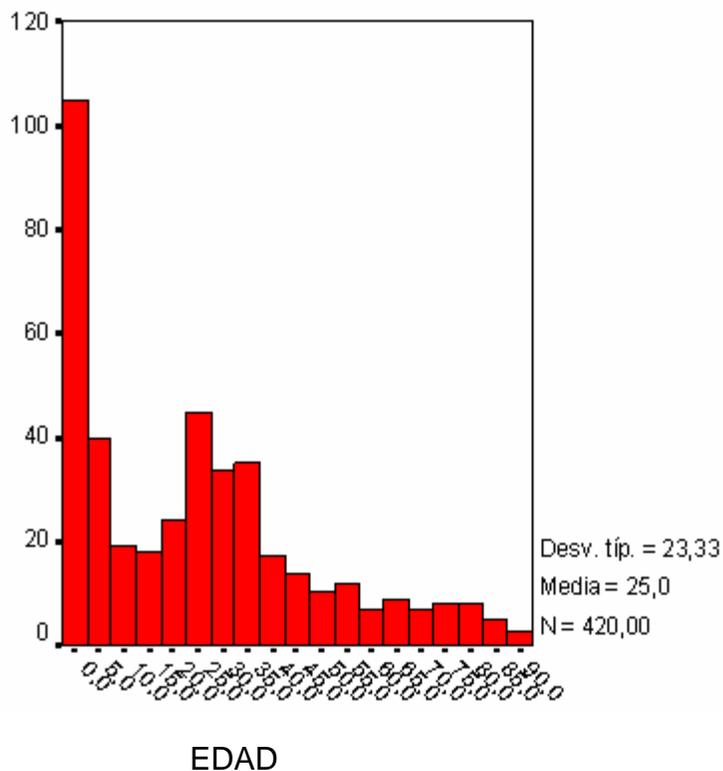
Este trabajo, si bien, se utilizaron datos secundarios y no se expuso la identidad de los pacientes, contó con la autorización de la dirección de Clínica Dávila y de su comité ético.

## RESULTADOS

1. Caracterizar a los pacientes que consultan al servicio de urgencia según su perfil sociodemográfico.

EDAD, se realizó prueba de S. Wilk, para establecer si los datos se distribuyen de forma normal.

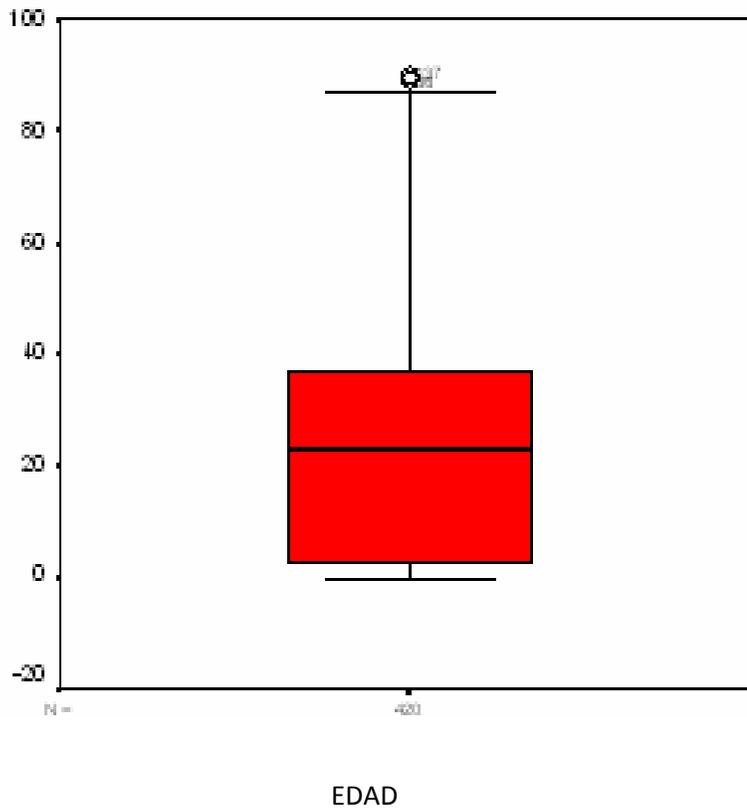
**Gráfico 1. Distribución de la variable edad en consultas del SU de Clínica Dávila. Año 2008**



Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

Como se observa en este gráfico la variable no presentó una distribución normal, con una mediana de 25 años.

**Gráfico 2. Distribución de la variable edad, en consultas del SU de Clínica Dávila. Año 2008**



Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

En este gráfico se observa la mediana de 25 años, la edad mínima fue de 0 años y la máxima de 90 años

**Tabla 2. Distribución por grupos etáreos y Sexo en consultas del SU Clínica Dávila Año 2008**

<b>Edad</b>	<b>n (%)*</b>	<b>Mín-Max**</b>	<b>Mediana</b>
<b>Total</b>	420	0-90	25.00
<b>(15-64)</b>	204(48.6)	15-64	33.56
<b>(65 y mas)</b>	38(9)	64-90	75.49
<b>(0 años)</b>	40(9.5)	0-0	0
<b>(1-14 años)</b>	138(32.9)	0-14	3.61
<b>Sexo</b>			
<b>Femenino</b>	209(49)		
<b>Masculino</b>	211(51)		

Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

\*n(%): frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual).

\*\*Min-Max: valor mínimo-valor máximo

En esta tabla se observa que la mediana de edad del total de la muestra es de 25 años, al realizar desglose por grupos de edades, se observa que los menores de un año correspondieron al 9% del total de la muestra, el grupo de 1 a 14 años correspondió al 32.9% y la mediana de edad de los pacientes es de 3.6 años aproximadamente. Con respecto a los pacientes adultos, el grupo de 15-64 años correspondió al 48,6% y la mediana de edad fue de 36.4 años, en cuanto a los adultos mayores éstos representaron el 9% y la mediana de edad fue de 75.49 años.

**Tabla 3. Distribución por comuna de residencia en consultas del SU de Clínica Dávila, Año 2008\***

Comuna	n*	Porcentaje %
Cerro Navia	5	1.2
Colina	5	1.2
Conchali	16	3.8
Coquimbo	1	0.2
El Bosque	5	1.2
Huechuraba	13	3.6
<b>Independencia</b>	<b>20</b>	<b>4.7</b>
La Cisterna	9	2.1
La Florida	15	3.6
La Granja	9	2.1
La Reina	6	1.4
Lampa	10	2.4
Las Condes	12	2.9
<b>Maipu</b>	<b>28</b>	<b>6.7</b>
Ñuñoa	12	2.9
PAC	8	1.9
Providencia	10	2.4
Pudahuel	12	2.9
Puente Alto	9	2.1
<b>Quilicura</b>	<b>32</b>	<b>7.6</b>
Quinta Normal	11	2.6
San Bernardo	12	2.9
San Pedro de Atacama	1	0.2
<b>Santiago</b>	<b>64</b>	<b>15.2</b>
Otras:	94	22.4%
<b>TOTAL</b>	<b>420</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

\*La tabla completa se encuentra en anexos

En esta tabla se observó la gran diversidad de comunas de residencia de los pacientes que consultaron en el SU de clínica Dávila en el periodo estudiado, incluso hubo dos pacientes de otras ciudades (Coquimbo y San Pedro de Atacama), las comunas de residencia a la que pertenecen la mayor cantidad de consultantes son Santiago, Quilicura, Maipú e Independencia respectivamente.

**Tabla 4. Distribución por previsión en consultas del SU de Clínica Dávila, Año 2008**

Previsión	n*	Porcentaje
		%
<b>FONASA</b>	148	35.2
<b>ISAPRE</b>	262	62.4
<b>Particular</b>	10	2.4
<b>TOTAL</b>	420	100

\*frecuencia absoluta

Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

En la tabla 4 se observa la distribución por previsión donde es posible apreciar que un 62.4% de los consultantes correspondieron a ISAPRE dentro de las cuales la con mayor frecuencia es la ISAPRE Banmédica, un 34% correspondió a FONASA y un 2,4% carece de ISAPRE o FONASA por lo que se declara como particular.

**TABLA 5. Distribución de diagnósticos en consultas del SU Clínica Dávila año 2008.**

<b>Diagnóstico</b>	<b>N(%)</b>
<b>Sist Respiratorio</b>	82(19.5)
<b>Sist digestivo</b>	89(21.2)
<b>Sist circulatorio</b>	28(6.7)
<b>Traumatismos y envenenamientos</b>	52(12.4)
<b>OTROS</b>	169(40,2)
<b>TOTAL</b>	420(100)

n(%): frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual).

Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

En esta tabla se observa que un alto porcentaje de diagnósticos correspondió a los del grupo sistema digestivo con un 21.2%, los grupo de sistema respiratoria representan un 19.5%.

2.Determinar el cumplimiento de las guias clinicas evaluadas.

**TABLA 6. Porcentaje de cumplimiento global de las Guías Clínicas evaluadas en consultas del SU de Clínica Dávila. Año 2008.**

<b>Porcentaje de Cumplimiento</b>	<b>Guías evaluadas</b>
	<b>n*(%)</b>
<b>20%</b>	2(5.6)
<b>40%</b>	2(5.6)
<b>60%</b>	6(1.4)
<b>80%</b>	7(19.4)
<b>100%</b>	19(52.8)
<b>TOTAL</b>	36(100)

\*n(%): frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual).

Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

En esta tabla es posible observar que el 52,8% del total de las guías clínicas evaluadas presentaron un 100% de cumplimiento. No hubo guías con cumplimiento inferior a 20%

**TABLA 7. Porcentaje de cumplimiento de las Guías Clínicas por patologías trazadoras en consultas del SU de Clínica Dávila. Año 2008.**

Patología trazadora	Porcentaje de cumplimiento	n*(%)
<b>Cefalea</b>	20%	2(12.5)
	40%	1(6.25)
	60%	1(6.25)
	80%	0
	100%	12(75)
<b>TOTAL</b>		16(100)
<b>Dolor Torácico</b>	20%	0
	40%	1(7.14)
	60%	5(35.8)
	80%	4(28.5)
	100%	4(28.5)
<b>TOTAL</b>		14(100)
<b>Neumonía pediátrica</b>	20%	0
	40%	0
	60%	0
	80%	3(50)
	100%	3(50)
<b>TOTAL</b>		6(100)

n(%): frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual).

Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

En esta tabla se observa el desglose del porcentaje de cumplimiento por patología trazadora, en el caso de cefalea el 75% de las guías evaluadas por esta patología tienen un cumplimiento de 100%, sin embargo un 12,5% tienen sólo un 20% de cumplimiento. Con respecto a dolor torácico solo un 28,5% de las guías evaluadas

por esta patología alcanzó un 100% de cumplimiento, finalmente en neumonía pediátrica se observó que el 50% de las guías evaluadas tuvieron un 100% de cumplimiento y el otro 50% tuvo un 80% de cumplimiento.

### 3. Conocer la Capacidad resolutive cualitativa.

$$\frac{\text{Número de prestaciones efectuadas} - \text{número de prestaciones referidas}}{\text{prestaciones efectuadas}} \times 100$$

$$\frac{420-6}{420} \times 100 = \mathbf{98.57\%}$$

4. Determinar el tiempo de espera para la atención en el servicio de urgencia

**TABLA 8. Tiempo de espera para la atención en consultas del SU de Clínica Dávila. Año 2008**

	n*	Mínimo**	Máximo**	Mediana**
TIEMPO		0	99	17,07
TOTAL	391			

\*frecuencia absoluta\*\*minutos

Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

La mediana del tiempo de espera para la atención en el Servicio de Urgencia de Clínica Dávila en el año 2008 fue de 17 minutos con 4 segundos. Se descontaron 29 datos por problemas de registro.

5. Conocer la tasa de ingreso hospitalario desde el Servicio de Urgencia

$$\frac{\text{Número de pacientes ingresados a algún servicio de la Clínica desde el SU}}{\text{Total de pacientes que consultan en el SU}} \times 100$$

$$\frac{67}{420} \times 100 = \mathbf{15.9\%}$$

6. Conocer la tasa de letalidad de los pacientes ingresados desde el servicio de urgencia

$$\frac{\text{Número de pacientes hospitalizados desde el SU que fallecen}}{\text{total de pacientes hospitalizados desde SU}} \times 100$$

$$\frac{2}{67} \times 100 = \mathbf{2.86\%}$$

7. Conocer la tasa de reconsulta al Servicio de Urgencia.

$$\frac{\text{Número de pacientes que vuelven a consultar en un plazo menor o igual a 24 hrs}}{\text{Total de pacientes que consulta en el SU}} \times 100$$

$$\frac{12}{420} \times 100 = \mathbf{2.85\%}$$

8. Conocer la tasa de letalidad en el servicio de urgencia

$$\frac{\text{Pacientes de que fallecen en el SU}}{\text{Total de pacientes que consultan en el SU}} \times 100$$

$$\frac{0}{420} \times 100 = \mathbf{0\%}$$

9.Relacionar variables, categoría diagnóstica / tiempo de espera, categoría diagnóstica / hospitalización.

Diagnóstico/tiempo de espera

**Tabla 9. Distribución de diagnósticos por categorías en consultas del SU de Clínica Dávila. Año 2008.**

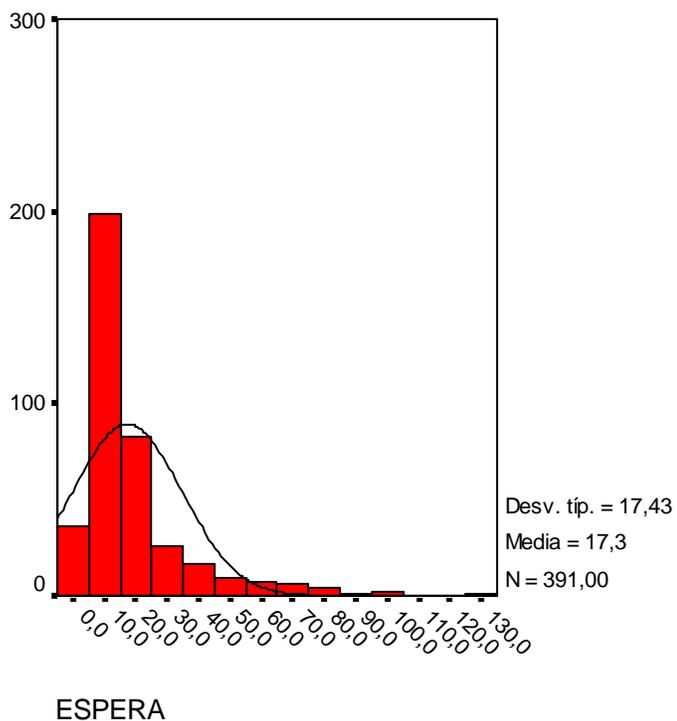
Diagnósticos	n*	Porcentaje
		%
<b>Grave</b>	43	10.2
<b>Moderado</b>	124	29,5
<b>Leve</b>	253	59.8
<b>TOTAL</b>	420	100

\*frecuencia absoluta

Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

En esta tabla se observa que la mayoría de las consultas en el SU de Clínica Dávila fueron categorizados como leves (59%).

**Grafico 3. Distribución de la variable tiempo de espera en consultas del SU de Clínica Dávila, Año 2008.**



Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

Como observamos en el gráfico, la distribución no es normal.

**TABLA 10. Distribución del tiempo de espera por categoría diagnóstica en consultas del SU de Clínica Dávila, Año 2008**

Diagnostico	Tiempo de Espera promedio por dg**	n*	Desv. standar d
<b>Grave</b>	13,17	40	15,945
<b>moderado</b>	18,44	116	18,266
<b>leve</b>	17,08	234	16,007
<b>total</b>	17,08	391	16.723

\*frecuencia absoluta\*\*minutos

Fuente: elaboración propia, datos SU Clínica Dávila 2008

**Tabla 13. Test ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ESPERA * GRAVEDAD	Between Groups (Combined)	824,398	2	412,199	1,478	0,229
	Within Groups	108239,816	388	278,969		
	Total	109064,215	390			

0,229 > 0,05 por lo tanto no hay evidencia de que los grupos sean distintos en cuanto a tiempos de espera.

## Diagnóstico/hospitalización

Se realiza la prueba de pearson Chi cuadrado para comparar las categorías diagnósticas con la indicación de hospitalización.

**Tabla 14. Gravedad vs Hospitalizar**

		se indica hospitalizar		Total
		no	si	
GRAVEDAD	grave	21	22	43
	leve	235	18	253
	moderado	94	30	124
Total		348	70	420

**TABLA 15. prueba de pearson chi cuadrado**

		Se indica hospitalizar
GRAVEDAD	Chi-square	57,970
	df	2
	Sig.	0,000(*)

Es estadísticamente significativo, por lo que existe asociación entre la gravedad del diagnóstico y la indicación de hospitalización.

## **VII. DISCUSIÓN:**

Chile está viviendo actualmente un proceso de cambios en el sector salud.

En el contexto de la reforma de salud han surgido garantías específicas que son exigidas por ley, entre ellas la garantía de calidad.(8)

Dentro de las dimensiones de la calidad se encuentra la efectividad que es la medida en que consiguen los objetivos deseados en situaciones reales (28) es considerada también una herramienta de la Gestión Clínica, cuyo propósito es dirigir los procesos asistenciales para lograr la mayor efectividad en la atención de salud, con el máximo de beneficios sin aumentar proporcionalmente los riesgos, dentro de ésta podemos reconocer la Efectividad de la Práctica Clínica (EPC) como la capacidad de la práctica clínica (intervención, servicio, etc) para lograr el efecto que se espera de ella, es el grado con el que una intervención específica, un procedimiento, un régimen o un servicio, logra lo que se espera de él en circunstancias ordinarias de aplicación, lo que se consigue prestando servicios basados en el conocimiento científico a todos los pacientes que puedan beneficiarse de ellos (31),(32).

La falta de estudios previos a nivel nacional como internacional dificulta instancias de evaluación de la EPC.

Para efectos de esta tesis se midió la EPC como un conjunto de indicadores que serán analizados en la presente discusión.

Clínica Dávila que es un centro hospitalario privado de alta complejidad, que cuenta con todas las especialidades médicas, posee 403 camas con un promedio de 3,4 días de estadía y presenta 29.674 egresos anuales.(1)

La unidad de análisis fue el servicio de urgencia (SU) de esa institución.

Inicialmente se realizó una caracterización del perfil sociodemográfico de los pacientes que consultaron en el SU durante el periodo en estudio (Enero-Dic 2008), con respecto a los rangos etáreos estos se dividieron en 4 grupos para facilitar la comparación con estadísticas nacionales(58), pudimos observar que la mediana de edad de la totalidad de la muestra fue de 25 años, al realizar el análisis de los diferentes grupos etáreos se observó que los menores de un año alcanzaron al 9.5 % del total, lo que se asemeja a la realidad nacional donde alcanzaron el 10%; con respecto al grupo de 15-64 años corresponden al 48.6%, superior al 44% nacional y finalmente donde la diferencia se apreció notablemente fue en el grupo de mayores de 65 años que correspondió al 9% en contraste del 18% a nivel nacional, es decir correspondió a un 50% menos de lo que se observó en el sistema público de salud, esto podría ser explicado por el tipo de previsión de los pacientes que consultaron en el SU que en su mayoría fueron ISAPRE (62,4%), ya que como es sabido la mayor parte de los adultos mayores están afiliados a FONASA, por lo que quizá opten a servicios de urgencia del sistema público.

Siguiendo con la caracterización de los pacientes observamos que la relación entre femenino y masculino es de un 49% y 51%lo que es llamativo ya

que aún cuando no hay estadísticas en SU, en atención primaria es mucho mayor el porcentaje femenino que el masculino en consultas.(58)

En relación a las comunas de residencia éstas resultaron ser muy diversas aún cuando la clínica se encuentra ubicada en la zona norte de Santiago aparecen en total 40 comunas (incluyendo 2 que se encuentra en la III y IV región), lo que nos demostró que este SU recibió pacientes desde todo Santiago e incluso desde fuera de ésta ciudad.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos de los pacientes que consultaron en el SU éstos se dividieron en grupos por sistemas para facilitar su comparación con estadísticas nacionales, se crearon cuatro grupos: sistema respiratorio, sistema digestivo, sistema circulatorio y traumatismos – envenenamientos.

Del total de las consultas el 19,5% tuvieron diagnósticos concordantes con sistema respiratorio, lo que es muy similar al 20% nacional, sistema circulatorio 6,7% lo que es bastante mayor al 2,8 nacional y traumatismos 14,4% que se asemeja bastante al 15% nacional, por lo tanto cabe plantear la interrogante de que pudo haber existido un sobrediagnóstico de patologías del sistema circulatorio en el SU de Clínica Dávila. También cabe mencionar que existió gran cantidad de diagnósticos que pertenecieron al grupo del sistema digestivo que correspondieron a casi el 22% del total de las consultas del SU lamentablemente este grupo no existe en las estadísticas nacionales por lo que es imposible su comparación.

Con respecto a las guías clínicas evaluadas como se explicó previamente en la metodología se escogieron tres patologías trazadoras, por las características de la muestra los números absolutos de estas guías resultaron pequeños, pero al ser una muestra representativa del universo son los porcentajes los que resultan relevantes, de las tres guías clínicas evaluadas ninguna tuvo un porcentaje de cumplimiento menor al 20%, sin embargo sólo el 52.8% alcanzó el 100% .

Al hacer el desglose por patología trazadora encontramos que aquella con mayor porcentaje de cumplimiento fue la guía clínica de Cefalea, el 75% de estas guías tuvieron un 100% de cumplimiento y la peor evaluada fue la guía clínica de dolor torácico ya que sólo el 28.5% de estas guías alcanzaron un 100% de cumplimiento.

Cabe mencionar que para medir el porcentaje de cumplimiento por patología para lograr mayores frecuencias absolutas debería considerarse como universo el total de pacientes con patología trazadora y de ahí elegir la muestra, para cada patología en forma independiente.

Con respecto a la capacidad resolutive cualitativa ésta fue de un 98.7% lo que estuvo por encima del estándar nacional de resolutive en atención primaria que es de 85% (no existen datos de resolutive a nivel nacional en SU), también resultó ser muy similar al 98.6% alcanzado por los servicios de urgencias del Policlínico Docente Lawton (La Habana, Cuba) durante el 2005. Es necesario destacar que de los cinco (1.19%) pacientes derivados del SU a otro centro asistencial dos (0.47%) fueron accidentes del trabajo, por lo que

resultaron trasladados a sus mutualidades, y los tres restantes (0.71%) fueron pacientes con previsión FONASA por lo que los mismos pacientes solicitaron su derivación a un centro asistencial público, es decir esta derivación es más bien de tipo previsional y no porque los casos no pudieran resolverse en el SU.

Con respecto a la tasa de reconsulta al SU, es decir aquellos pacientes que vuelven a consultar en un periodo menor o igual a 24 hrs, esta resultó ser del 2.85%, si bien no existen datos nacionales o internacionales para comparar cabe que mencionar que a pesar de ser bastante baja no está claro cuál es la fidelidad real de los pacientes que consultan en el SU, es decir hay pacientes que pueden haber continuado con su problema y haber consultado en un SU diferente, es difícil determinar cuántos estuvieron en esta condición, también hay que destacar que en Clínica Dávila existe la política de no cobrar por la segunda consulta en el SU dentro de las 24 horas de la primera, ésto podría haber influido positivamente en una mayor reconsulta, pero no es una información ampliamente difundida a los usuarios.

En relación al tiempo de espera para la atención en el SU resultó ser de 17 min aproximadamente, lo que es difícilmente evaluable ya que no existen estándares nacionales o internacionales al respecto, al realizar la asociación entre tiempo de espera y diagnóstico (los que fueron categorizados en leve moderado y severo) no se observó asociación estadísticamente significativa, por lo tanto no hubo evidencia de que los grupos fueran distintos en cuanto a tiempos de espera.

También hay que destacar que hubo que descartar 29 datos (0.4%) por problemas de registro, donde o no estaba consignado, o estaba incompleto, o el tiempo de consignado como ingreso era posterior a la atención, por lo tanto es un tema que debe ser mejorado a nivel del SU de Clínica Dávila .

Con respecto a la tasa de hospitalización desde el SU a un servicio de la clínica es de un 15.9%, muy superior al 7% que se observó a nivel de sistema público de atención, sin embargo al hacer la relación entre hospitalizaciones y categorías diagnósticas se observó que existió asociación estadísticamente significativa, es decir hubo asociación entre la gravedad del diagnóstico y la indicación de hospitalización .

En relación a la letalidad de los pacientes hospitalizados desde el SU esta fue de un 2,86%, podría considerarse baja tomando en cuenta que los paciente hospitalizados son aquellos con diagnóstico mas graves, lamentablemente no existen estándares de comparación. La letalidad en el SU fue de un 0%, lo que significa que ningún paciente falleció dentro de este servicio.

Con estos resultados fue posible realizar un diagnóstico del funcionamiento del SU de clínica Dávila y así avanzar hacia una evaluación de efectividad en la practica clinica.

## **VIII.**

1-Los indicadores medidos en esta tesis pueden ser reevaluados en plazos determinados y así constituirse en estándares para evaluaciones posteriores.

2.-Los resultados obtenidos son un primer paso hacia evaluación de efectividad de la práctica clínica en el Servicio de Urgencia de Clínica Dávila.

## IX. REFERENCIAS

1. [www.clinicadavila.cl](http://www.clinicadavila.cl) (consultado el 9/12/2008 a las 16:hrs)
2. Alvarado Nelly , Evaluación y control, división de políticas y gestión , magíster en salud pública, (en línea) [www.u-cursos.cl/medicina/2004/1/MSALPU35](http://www.u-cursos.cl/medicina/2004/1/MSALPU35), consultado 10/06/2009 12..00hrs
3. Cabañas Rosario. Evaluación de la atención de salud. Revista médica hondureña - VOL. 62 -1994. 25-29.
4. Piedrola Gil G: Medicina Preventiva y saludpública. Octava edición. Salvat editores, S. A.España 1988; Parte VIII. 1067-1071
5. Emanuel, Ezekiel J; Emanuel, Linda L. Four Models of the Physician-Patient Relationship *JAMA*; Apr 22, 1992; 267, 16; Research Library pg. 2221
6. Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, (en línea) [http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000\\_2010.htm](http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000_2010.htm). consultado 29/5/2009 15:00 hrs
7. Constitución de 1980,(en línea) [www.bcn.cl](http://www.bcn.cl), consultado 10/09/2009 9:00.
8. Ley n° 19966. Regimen de garantías en salud (en línea) <http://www.bcn.cl/leyes/229834>, consultado 21/04/2008 a las 17:30hrs
9. Ley n° 19.937.Autoridad sanitaria.(en línea) [www.minsal.cl/juridico/LEY\\_19937.doc](http://www.minsal.cl/juridico/LEY_19937.doc) , consultado el 21/04/2008 a las 17:00hrs
10. Ley 19.650 (en línea) [www.bcn.cl](http://www.bcn.cl), consultado 20/06/2009 a las 9:00 hrs
11. Moreno Millán E. Variabilidad de la práctica clínica en la atención a urgencias y emergencias. *Emergencias* 2007;19:222-224
12. Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española , 1984, Tomo I, página 242
13. Garcia, Roberto E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. *Rev. méd. Chile* [en línea]. 2001, vol. 129, no. 7 <http://www.scielo.cl/scielo.php> consultado 5/04/2009, 14:00 hrs
14. Biblioteca de socioeconomía sevillana Cuaderno para emprendedores y empresarios. Gestión de la Calidad Total; 69-71 (en línea)[www.famp.es/famp/publicaciones/ficheros/2004](http://www.famp.es/famp/publicaciones/ficheros/2004), consultado 7/04/2008,17:00hrs.
15. Otero J.Calidad en salud.biografía de autores,(en línea),disponible en [www.docentes.uacj.mx](http://www.docentes.uacj.mx) consultado 10/05/2009 9:00hrs.
16. [www.jointcomision.org](http://www.jointcomision.org).consultado el 21/04/2008 , 15:30 hrs
17. World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Copenhage: OMS, 1985 (Euro Reports and Studies Series: n° 94.
18. Ministerio de Salud de Chile. "Historia de la calidad", módulo 16, Programa EMC MINSAL. Santiago de Chile, Enero 2000.
19. MINSAL Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente. Santiago 2008 (en línea), disponible en [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl),consultado 12/07/2009 16:00hrs.

20. Muiño Miguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, DuránGarcía E, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Clin Esp.* 2007;207(9):456-7.
21. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de Calidad Asistencial* 1991; 6: 1-6.
22. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Quality, cost and health:an integrative model. *Med Care* 1982; 20: 975-992.
23. Varo Jaime. La calidad de la atención médica *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 538-540
24. Bradshaw J. A taxonomy of social need. In: McLachlan G, ed. *Problems and progress in medical care. 7th series.* London: Oxford University Press; 1972
25. Juran, Joseph M. (2004), *Architect of Quality: The Autobiography of Dr. Joseph M. Juran (1 ed.)*, New York City: McGraw-Hill, p. 6-7
26. Blumenthal D. Quality of health care. Part 4: The origins of the quality of care of debate. *N Engl J Med* 1996; 335: 1146
27. <http://www.iso.org/iso/home.htm>, consultado el 21/04/2008 , 16:30 hrs
28. J A Muir Gray Quality Assurance in Medical Care *Qual. Saf. Health Care*, 1994; 3: 230 – 231
29. Eddy, D. (1990a). "Clinical decision making: from theory to practice. Anatomy of a decision." *JAMA* 263: 441 – 44
30. c
31. International Network of agencies of Technology Assesment (INAHTA).Glossary 2006.Crossing
32. The Quality Chasm: a New Health Sistem for the 21<sup>st</sup> century institute of medicine, 2001
33. Peter Salmon, Sarah Peters and Ian Stanley, Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis *BMJ* 1999;318;372-376.
34. Alvarado Nelly. Capacidad Resolutiva en un Hospital en Transición. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública. Santiago 1993
35. JM Buen, S Peiró, S Márquez Calderón, R Meneu Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones *Med Clin (Barc)*, 1998;10: 382-89
36. Longo DR. Patient practice variation. A call for research. *Med Care*1993; 31: YS81-YS85.
37. Chassin MR. Explaining geographic variations: the enthusiasm hypothesis.*Med Care* 1993; 31: YS37-YS44
38. Jaramillo J. Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Editora Nacional de Salud y Seguridad Social; 1998
39. Chalmers, I. (1998). "Unbiased, relevant, and reliable assessments in health care." *BMJ* 317(7167): 1167-1168.
40. Sackett, D. L., W. M. C. Rosenberg, et al. (1996). "Evidence based medicine: what it is and what it isn't." *BMJ* 312(7023): 71-72
41. Guías clínicas, Clínica Dávila
42. Simeant,S. : Estudio de la capacidad resolutiva de la demanda en atención de salud a nivel primario (área rural ).*Cuad. Méd Sociales*, Vol. 24 No. 4, 1983: 176-184. Santiago de Chile.

43. Ministerio de salud “Guía metodológica del estudio de la red asistencial”, (en línea) [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe) , consultado 12/05/2009 13:00hrs.
44. Díaz J; Guinart N,Zayas . Capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria .Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2005(en red ), disponible en [bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_2.../mgi07208](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2.../mgi07208).consultado 15/04/2009 15:00hrs
45. World Health Organization. Glossary. (en línea) <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm#indicator>,consultado 14/04/2009 10:00hrs.
46. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios una mirada actual Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1):17-36
47. Grupo de análisis del Programa Especial de Análisis de Salud (SHA), OPS; Indicadores de Salud:elementos básicos para el análisis de la situación desalud, Bol Epid OPS 22(4), dic 2001
48. Torres C, Alvarado N.Indicadores trazadores de gestión hospitalaria. Revisión, análisis y propuesta.Rev Chil Salud Pública 2005; Vol 9 (2): 96 – 102.
49. Dacosta I.Los servicios de suministros de los establecimientos sanitarios: la medición de la performance .Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 321-336.
50. Medina ,*el hospital público en chile - volumen iii publicación del ministerio de salud Diciembre de 2004* 50-52.(en línea) [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl), consultado 2/06/2009 21:00 hrs
51. Salinas H,Reyes A Carrasco B Propuesta de índices de gestión de servicios médico-quirúrgicos hospitalarios mediante técnicas estadísticas multivariantes .Rev Méd Chile 2005; 133: 202-208
52. Fone D; Hollinghurst S; Bevan G; Coyle,E; Palmer S .Clinical governance: analysis of routine hospital activity data in Wales Journal of Public Health Medicine. 24(4):292-298, December 2002.
53. Ministerio de Salud, “Informe Final de la Comisión Red de Urgencia Región Metropolitana”, Agosto 2007.
54. Documento de trabajo manual de acreditación de prestadores institucionales establecimientos de atención cerrada octubre de 2008 (en línea) [www.redsalud.gov.cl](http://www.redsalud.gov.cl) consultado el 10/12/2008 a las 8:00 hrs
55. Schriger DL, Brown TB. Decisions, decisions: emergency physician evaluation of low probability-high morbidity conditions. Ann Emerg Med 2005;46:534-5
56. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, KravitzRL et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the medical outcomes study. JAMA 1992;267:1624–30.
57. Alvarado Nelly, Porrás Juan. Caracterización de pacientes hospitalizados en Clínica Dávila por ley de Urgencia, 2003. Rev Chilena de Salud Pública .Vol 1, 66-73 2007.
58. DEIS.

## **X. ANEXOS**

**Tabla 3. Distribución por comuna de residencia en consultas del SU de Clínica Dávila, Año 2008**

Comuna	n*	Porcentaje %
Buín	2	0.5
Calera de Tango	1	0.2
Cerrillos	4	1
Cerro Navia	5	1.2
Colina	5	1.2
Conchali	16	3.8
Coquimbo	1	0.2
El Bosque	5	1.2
Estación central	4	1
Huechuraba	13	3.6
<b>Independencia</b>	<b>20</b>	<b>4.7</b>
Isla De Maipo	1	0.2
La Cisterna	9	2.1
La Florida	15	3.6
La Granja	9	2.1
La Pintana	2	0.5
La Reina	6	1.4
Lampa	10	2.4
Las Condes	12	2.9
Lo Cañas	1	0.2
Lo Prado	4	1.0
Macul	3	0.7
<b>Maipu</b>	<b>28</b>	<b>6.7</b>
Ñuñoa	12	2.9
PAC	8	1.9
Padre Hurtado	2	0.5
Peñaflor	3	0.7

<b>Peñalolen</b>	3	0.7
<b>Providencia</b>	10	2.4
<b>Pudahuel</b>	12	2.9
<b>Puente Alto</b>	9	2.1
<b>Quilicura</b>	32	7.6
<b>Quinta Normal</b>	11	2.6
<b>San Bernardo</b>	12	2.0
<b>San Joaquin</b>	2	0.5
<b>San Pedro de Atacama</b>	1	0.2
<b>Santiago</b>	64	15.2
<b>Talagante</b>	2	0.5
<b>Til TIL</b>	1	0.2
<b>TOTAL</b>	420	100

## PAUTAS DE EVALUACIÓN DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE GUIAS CLÍNICAS.

### I. Pauta de evaluación Guía clínica de NEUMONIA

1. Anamnesis. ....si/no
2. Examen físico.....si/no
3. Hemograma.....si/no
4. PCR.....si/no
5. Hospitalización (cumple con criterios)Neumonía grave y de aspecto tóxico,requerimiento de oxígeno,dificultad respiratoria,compromiso radiológico extenso,enfermedades crónicas o inmunocomprometidos, menor de 3 meses,riesgo social.,dificultad en la administración de medicamentos  
.....si/no

El cumplimiento de los 5 puntos evaluados se considerará como el 100% de cumplimiento de la guía clínica de cefalea en el Servicio de Urgencia de la Clínica Dávila.

### II. Pauta de evaluación Guía Clínica de Dolor Torácico.

1. Amannesis.....si/no
2. Examen físico.....si/no
3. Electrocardiograma.....si/no
4. Enzimas Cardiacas.....si/no
5. Rx de Tórax .....si/no
6. Hospitalización con estudio completo.....si/no

El cumplimiento de los 6 puntos evaluados se considerará como el 100% de cumplimiento de la guía clínica de Dolor Torácico en el Servicio de Urgencia de la Clínica Dávila.

### III. Pauta de evaluación Guia Clínica de CEFALEA

1. Anamnesis.....si/no
2. Examen físico..... si/no
3. Examen Neurológico.....si/no
4. En caso de TAC cumple con criterios .....si/no
  - Dolor moderado, sin coPrimera o peor cefalea de la vida del paciente, sobre todo si es de inicio súbito (como trueno o explosión).
  - Antecedente de traumatismo a nivel de cabeza o cuello.
  - Cambios en la frecuencia, severidad o características clínicas del ataque con respecto a los sufridos por el paciente en el pasado.
  - Inicio reciente de cefalea en un paciente de edad media o mayor (sobre 50 años).
  - Cefalea reciente o progresiva que persiste por varios días.
  - Aumento de la cefalea con la maniobra de Valsalva o al agacharse.
  - Síntomas sistémicos como fiebre, mialgias, baja de peso, o historia de una enfermedad acompañante de significación (cáncer, infecciones, inmunosupresión).
5. En caso de IC a neurólogo cumple con criterios.....si/no

El cumplimiento de los 5 puntos evaluados se considerará como el 100% de cumplimiento de la guía de manejo del dolor en el Servicio de Urgencia de la Clínica Dávila.

En los pacientes que no presentan TAC o evaluación por neurólogo se considerarán sólo los puntos 1,2 y 3 cada uno con un valor de 33,3%



