

Caracterización de pacientes hospitalizados en Clínica Dávila por ley de urgencia, 2003

NELLY ALVARADO⁽¹⁾, JUAN RAMÓN PORRAS⁽²⁾ y MANUEL ALVARADO⁽³⁾

RESUMEN

Antecedentes: La Ley de Urgencia vigente ampara la vida en situaciones de riesgo, independiente de la capacidad de pago. **Objetivo:** Realizar seguimiento y conocer las características de los pacientes hospitalizados por concepto de Ley de Urgencia en Clínica Dávila durante 2003.

Material y Método: Se aplicó una encuesta a los pacientes hospitalizados durante 2003 utilizando además la base de datos de Clínica Dávila para completar información. **Resultados:** La población total fue de 165 pacientes, de los cuales se aplicó efectivamente la encuesta a 102. La edad promedio fue de 61 años, distribuyéndose en 41.8 % hombres y 58.18 % mujeres. Los diagnósticos principales correspondieron a enfermedades cardiovasculares (34,5%), neurológicas (20%), respiratorias (14.5%), infecciosas (7.2%), Diabetes Mellitus descompensada (6%) y patología quirúrgica (9.6%). El control de patología crónica en la población estudiada -previo a la hospitalización- fue de 53.8%, siendo en un 44.8% en consultorios de atención primaria. El control posterior al alta de la Clínica fue de 85.7%, en un 39.7% en la misma Clínica. De los pacientes fallecidos posterior al alta, 72.72 % no estaba en control y la mediana de edad fue 77 años.

Discusión: Estos resultados indican que los principales beneficiarios de la Ley de Urgencia fueron pacientes de la tercera edad con alguna enfermedad crónica cuyo control parece insuficiente. El traspaso de pacientes del sistema público al privado, así como el impacto de la atención otorgada por el nivel primario, son situaciones a estudiar para propender a optimizar los recursos.

Palabras clave: Urgencia, Seguimiento de pacientes, Control médico, Descompensación de enfermedad crónica

ABSTRACT

CHARACTERIZATION OF PATIENTS ADMITTED TO CLÍNICA DÁVILA UNDER THE MEDICAL EMERGENCY LAW (LEY DE URGENCIA), 2003.

Background: The Medical Emergency Law which is currently in force protects life at-risk, irrespectively of the solvency of the patient. **Purpose:** To carry out a follow-up and to know the characteristics of patients admitted to Clínica Dávila under the protection of the Medical Emergency Law, during 2003. **Materials and Methods:** A survey was implemented within all inpatients admitted during 2003. Information data was completed with Clínica Dávila database. **Results:**

⁽¹⁾ Médico Especialista y Magister en Salud Pública. Directora Calidad y Gestión de Riesgos de Clínica Dávila. Académico División de Políticas y Gestión de Salud. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile. Recoleta 464. Clínica Dávila. nalvarad@davila.cl

⁽²⁾ Enfermero. Coordinador Unidad Gestión de Riesgos Clínica Dávila. Chile

⁽³⁾ Alumno de Quinto Año de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile

*The total population of inpatients under the protection of the Law was 165. A total of 102 patients were effectively surveyed. Patient mean age was 61; 41.8 % were males while 58.18 % were female. The main diagnoses were cardiovascular diseases (34,5%), neurological disorders (20%), respiratory diseases (14.5%), infectious diseases (7.2%), decompensated Diabetes Mellitus (6%) and surgical pathologies (9.6%). Among the study population, 53.8% of patients were under control for chronic diseases prior to admission; 44.8% of such controls were carried out at primary care outpatient facilities. After discharge, 85.7% of the study population carried out regular controls, in 39.7% of the cases, within the same admission Hospital. A total of 72.72% of the patients deceased after discharge was not undergoing any control, and the median age of such population was 77. **Discussion:** The results indicate that the main beneficiaries of the Medical Emergency Law were senior patients with a chronic disease who wouldn't be undergoing a sufficient control of their condition. Transfer of patients from the public to the private health system, as well as the impact of the medical assistance delivered by the primary care level are situations that need further research to aim at optimizing the resources available.*

Keywords: Emergency, Patient follow-up, medical control, decompensation of chronic disease

INTRODUCCION

La llamada Ley de Urgencia, publicada en el Diario Oficial el 24 de diciembre de 1999^{1,2}, corresponde a la Ley N° 19.650 que incorpora el concepto de amparar la vida en situaciones de riesgo vital, independiente de la capacidad efectiva de pago de los beneficiarios. Fue conocida a través de los medios de prensa como “la eliminación del cheque en garantía”, figura que era requerida por las instituciones prestadoras -principalmente privadas- antes de otorgar atención médica de urgencia, aunque la condición vital del paciente lo requiriera. El Art. 3° de esta ley dice “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.” Señala en su Art. 2° “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...”.

Desde la implementación de lo definido por esta ley, Clínica Dávila ha estado en preocupación permanente por adecuar su

funcionamiento y procesos médico-administrativos a fin de cautelar su cumplimiento. Es así como se ha creado una estructura organizacional que se encarga de administrar los casos clínicos correspondientes a los pacientes beneficiarios de esta ley, de capacitar y entrenar a los médicos para la correcta aplicación de la misma en lo concerniente a la definición de riesgo vital y a la estabilización del enfermo. Así también se han generado instancias conjuntas con los aseguradores -principalmente Fonasa- para ir trabajando en el mejoramiento permanente de su correcto cumplimiento, de manera de acercarse lo más posible al espíritu del legislador.

A la fecha de desarrollo de este trabajo, no hay estudios publicados sobre el tema en la bibliografía, por tanto no hay disponible información que nos permita conocer la magnitud del problema a nivel nacional y establecer posibles comparaciones.

En cuanto a la magnitud del problema en Clínica Dávila, durante el año 2002 hubo 130 pacientes hospitalizados acogidos a esta ley, existiendo por tanto en 2003 un mayor volumen de atenciones de un 21.2% por este efecto.

El propósito de este trabajo es describir las

características de estos pacientes y hacer seguimiento a los enfermos hospitalizados en Clínica Dávila, ingresados como pacientes Fonasa beneficiarios de la ley.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo de caracterización y seguimiento de los pacientes beneficiarios de la Ley de Urgencia hospitalizados en Clínica Dávila en el período febrero- noviembre del 2003, es decir de diez meses.

Población en estudio

El universo de pacientes hospitalizados por concepto de Ley de Urgencia en Clínica Dávila entre febrero y noviembre del año 2003 fue de 165. De éstos, 12.7% se acogió a Modalidad Libre Elección post estabilización, siendo el 87.3% de la Modalidad de Atención Institucional. De éstos sólo el 16% pudo ser trasladado a hospitales públicos. A los pacientes hospitalizados por ley, se agregan durante 2003, 17 pacientes atendidos en forma ambulatoria.

Se aplicó una encuesta de seguimiento a 147 pacientes (89.6 %), no efectuándose 18 encuestas a aquellos egresados fallecidos.

De las 147 encuestas aplicadas, se contestó un número de 102, lo que corresponde al 69.3% del universo. El resto (n=45), no pudo ser ubicado telefónicamente.

De las 102 encuestas contestadas, 10.7 % corresponde a pacientes fallecidos (n=11) después del alta de la Clínica. La disposición a participar de la encuesta fue de 100%.

Resolución y análisis de la información

Se realizó una encuesta telefónica a los pacientes de la población en estudio durante las dos últimas semanas de enero 2004. Se les explicó verbalmente el objetivo del estudio obteniendo así su disposición a participar del mismo. Luego de su autorización, se efectuó la encuesta, que había sido previamente validada aplicándola en el 10% de la población a estudiar.

Todas las llamadas telefónicas fueron hechas por la misma persona (estudiante de la carrera de Medicina V año), entregándose información estándar en todas las ocasiones.

La encuesta fue contestada por el mismo paciente o por un informante. El informante debía tener más de 18 años y un conocimiento mínimo del paciente, de forma de poder dar información fidedigna, de preferencia debía vivir con el paciente.

Una vez aceptado por el paciente -o informante-responder la encuesta, se confirmó el nombre del paciente, la fecha de hospitalización y el motivo principal de su hospitalización en Clínica Dávila. A continuación se aplicó la encuesta propiamente tal.

Las principales variables a estudiar incluyeron el control de su patología anterior al ingreso a Clínica Dávila y posterior a ello, así como el lugar donde se efectuaron los controles y los diagnósticos. También se preguntó por nuevas hospitalizaciones, el lugar y los diagnósticos respectivos.

En caso de muerte del paciente, se interrogó al informante por el diagnóstico principal del fallecimiento, el lugar y si se encontraba en control regular previo al fallecimiento.

Finalmente, se consultó respecto del grado de satisfacción del paciente en su estadía en Clínica Dávila.

En la base de datos de la Clínica se encontraban las edades, las fechas de hospitalización, los diagnósticos principales de hospitalización, la clasificación previsional (grupo Fonasa) y la comuna de residencia de los pacientes, por lo que estas variables no se incluyeron en la encuesta, salvo los datos necesarios para confirmar la identidad del paciente.

Los datos recogidos de la aplicación de la encuesta, se analizaron en software excel 2000.

Para efectos de la clasificación de los diagnósticos, se clasificaron causas de ingreso al Servicio de Urgencia que fueron agrupadas de acuerdo a frecuencia y, en el caso de los egresados fallecidos, se agrupa por causa específica que consta en el registro médico.

RESULTADOS

Características de la población universo

El promedio de edad de la población total fue de 61.3 años.

La distribución por sexo correspondió a 41.8 % de hombres (n= 69) y 58.18 % de mujeres (n=96).

La residencia de los pacientes se distribuye según Tabla 1, destacando que el 36.8% corresponde al Area Metropolitana Norte.

Respecto a los diagnósticos, se puede observar la distribución en Figura 1, destacando las enfermedades cardiovasculares con una frecuencia de 34.5 %.

Respecto del tipo de previsión (habiendo cuatro pacientes que desconocían su nivel Fonasa), 45.3 % de los pacientes correspondió al Grupo B de Fonasa; 32.3 % al grupo D; 18 % al grupo C, y 4.3 % grupo A.

Figura 1. Población Universo Según Diagnóstico de Ingreso

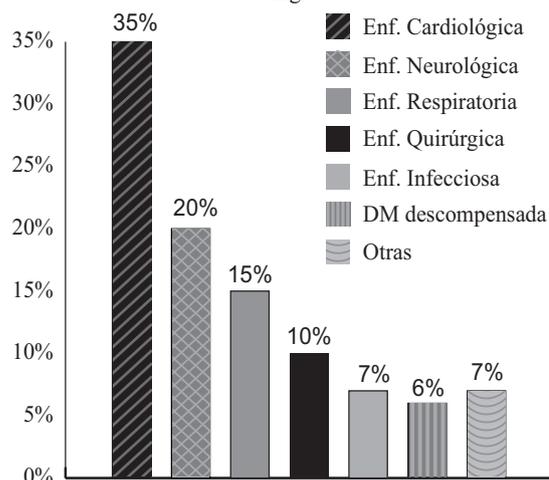


Tabla 1. Pacientes según comuna de residencia

Comuna	Nº	%
Recoleta	25	15.15%
Quinta Normal	12	7.2%
Conchalí	11	6.6%
Ñuñoa	11	6.6%
Independencia	10	6.0%
Santiago Centro	9	5.5%
Providencia	8	4.8%
La Florida	8	4.8%
Renca	7	4.2%
Huechuraba	6	3.6%
San Joaquín	6	3.6%
Quilicura	5	3.0%
El Bosque	4	2.4%
Las Condes	4	2.4%
La Cisterna	4	2.4%
Estación Central	3	1.8%
San Bernardo	3	1.8%
Puente Alto	3	1.8%
Otras	26	15.6
Total	165	100

Egresados fallecidos

El total de egresados fallecidos al alta de Clínica Dávila fue de 18 pacientes (10.9 %).

La distribución por sexo es de 27.7 % mujeres (n= 5) y de 72.2 % hombres (n=13).

Respecto de la situación previsional de los pacientes, el 55 % pertenece al grupo B de Fonasa (n=10); 38.8 % grupo D (n=7), grupo A 5.5 %, no existiendo pacientes del grupo C.

El promedio de edad fue de 77.5 años, con una mediana de 79 años con rangos entre 49 y 90 años.

Los principales diagnósticos se ven en la Tabla 2.

Tabla 2. Causas de muerte de pacientes egresados fallecidos

Diagnóstico	Nº	%
Accidente Vascular Cerebral	5	27.7%
Enf.Infecciosa	5	27.7%
Enf. Cardiovascular	3	16.6%
Diabetes mellitus	2	11%
Cancer Pulmón	1	5.5%
Insuf.Respiratoria	1	5.5%
Hemorragia Digestiva Alta	1	5.5%

Fallecidos con posterioridad al alta

Al momento de la encuesta, el total de fallecidos con posterioridad al alta de Clínica Dávila, fue de 11 pacientes (10.8 % del total de encuestas respondidas).

Con respecto al diagnóstico, destacan la diabetes mellitus, cardiopatía coronaria y accidente vascular cerebral entre las causas, correspondiendo preferentemente al diagnóstico de alta.

El promedio de edad fue de 74.3 años, la mediana de 77 años con rangos entre 59 y 88 años.

El lugar de fallecimiento fue en un 54.4% en el hogar del paciente (n=6), 18.2 % en la Clínica (n=2), 18.2 % en un hogar de ancianos (n=2); 1 paciente falleció en un hospital público.

En cuanto al tiempo transcurrido desde el alta al fallecimiento, 45.45 % falleció a los dos meses (n=5), 18.18 % a los 3 meses (n=2), 18.18 % a los cuatro y cinco meses (n=2).

De los pacientes fallecidos, 27.27 % se encontraba en control médico regular (n=3), 72.72 % no se encontraban en control (n=8).

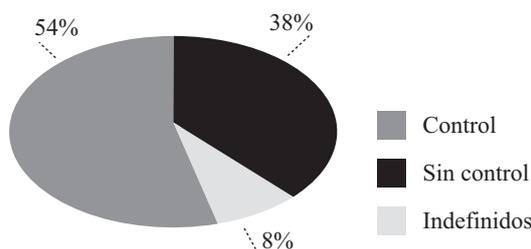
En la Figura 2 se observa la distribución por sexo y categoría de previsión Fonasa.

Control médico previo de los pacientes

(excluidos fallecidos posterior al alta).

El porcentaje de pacientes que se encontraba en control médico regular previo se visualiza en la Figura N° 3, no se obtuvo el dato de 7 pacientes.

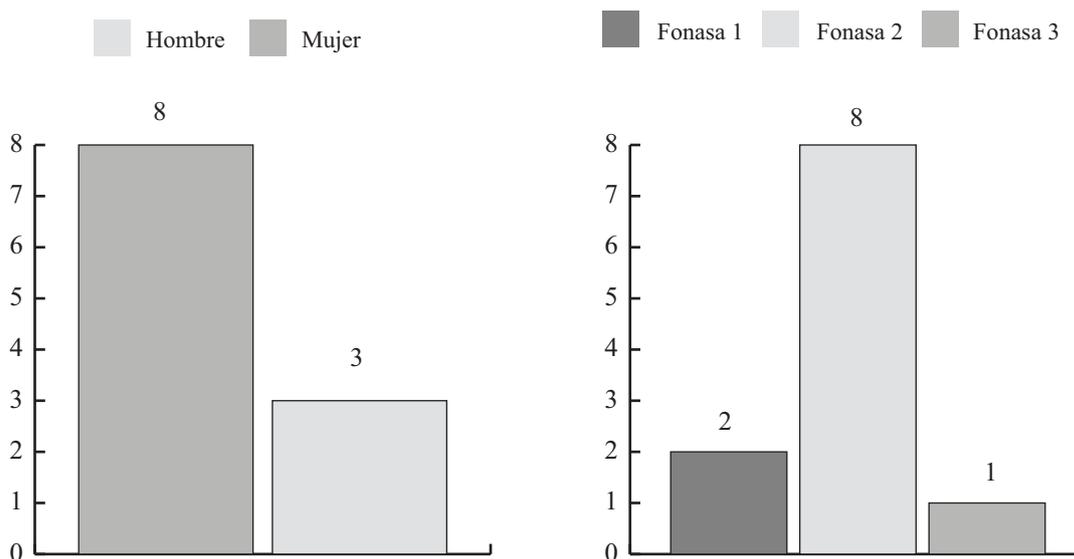
Figura N° 3. Pacientes según control previo a la hospitalización (excluidos pacientes posterior al alta).



El control se realizaba por un diagnóstico conocido en el 67.3% de los pacientes (n=33), 28.5 % se controlaban por otro diagnóstico no conocido (n=14) y 4% se controlaba la patología que luego sería el diagnóstico de alta (n=2).

En cuanto al sexo, estaban en control regular

Figura 2. Pacientes fallecidos posterior alta según sexo y grupo Fonasa



29 mujeres (59.1 %) y 20 hombres (40.9 %).

El lugar donde se efectuaba el control se observa en la tabla N° 3.

Tabla N° 3: Lugar donde se realizó el control médico regular previo a la hospitalización y posterior al alta.

Lugar del Control	Previo al ingreso a la Clínica		Posterior al alta de la Clínica	
	N°	%	N°	%
Consultorios de Atención Primaria	22	44.8	11	14.1
Centros Privados	12	24.2	21	27
Clínica Dávila	10	20.4	31	39.7
Hospitales Públicos	5	10.2	15	19.2
Total	49	100	78	100

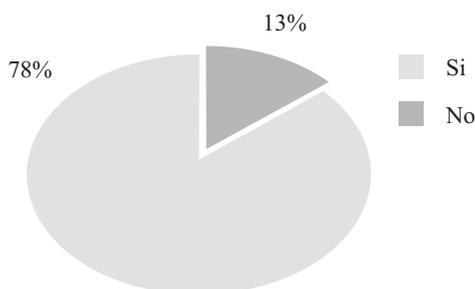
Control posterior al alta de Clínica Dávila (excluidos fallecidos posterior al alta).

El figura N° 4 muestra el número de pacientes según control.

Posterior al alta el 60.2% de los pacientes que se controlaban regularmente eran mujeres (n=47) y 39.8 % hombres (n=31).

El lugar del control se observa en la tabla 3 y figura 5.

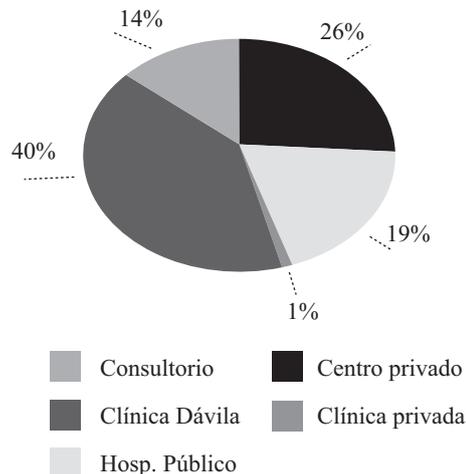
Figura 4. Pacientes según control posterior a la hospitalización (excluidos fallecidos posterior al alta).



Hospitalizaciones posteriores

De los 102 pacientes encuestados, el 15.6 % requirió una hospitalización posterior al alta (n=16). El lugar de esta hospitalización fue un hospital público en 68.75 % (n=11), 25 % Clínica Dávila (n=4), 6.25 % (n=1) en otra clínica

Figura 5. Pacientes según lugar de control posterior a la hospitalización (excluidos fallecidos posterior al alta).



privada.

El motivo de la hospitalización posterior correspondió en un 50% al diagnóstico al alta (n=8), diagnóstico conocido en 37.5% (n=6) y en 12,5% otro diagnóstico (n=2).

Grado de satisfacción del total de encuestados

El 66.6 % del total de encuestados (n=68), describieron la atención otorgada por la Clínica como Muy Buena; el 24.48 % (n=25) la describió como Buena; el 6.8 % pacientes la describió como Regular (n=7), 1.96% (n=2) la describió como Mala y Muy Mala.

DISCUSIÓN

Este estudio permitió conocer el perfil de una población beneficiaria del Fonasa atendida en un centro asistencial privado.

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de los pacientes que se atienden por concepto de Ley de Urgencia en este hospital privado corresponde a la tercera edad. Esta distribución etaria se observó en el total de pacientes atendidos por Ley de Urgencia, siendo más marcada en los pacientes egresados fallecidos de la Clínica, en los cuales se observó

el promedio de edad más alto (78 años). Esto resalta la importancia de este grupo de edad, puesto que su atención requiere mayor complejidad y, por tanto, mayores recursos³.

Respecto del área de influencia de la Clínica, una parte importante de los pacientes atendidos por concepto de Ley de Urgencia residía en comunas cercanas al centro asistencial y correspondientes al Área Norte de la Región Metropolitana (36.8%)⁴. Sin embargo, se observa representación de gran número de comunas, con lo cual indica que Clínica Dávila es un centro de referencia para los seis Servicios de Salud de la Región Metropolitana.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos, se encontró que la patología prevalente correspondió a la enfermedad cardiovascular, destacando la enfermedad coronaria; en segundo lugar, se observa la patología neurológica destacando el accidente cerebro vascular; en tercer lugar la patología respiratoria donde destaca la neumonía; en cuarto, las infecciosas y a continuación las descompensaciones de la Diabetes Mellitus. Esta variable podría estar indicando un funcionamiento inadecuado de la atención en el primer nivel⁵ puesto que los pacientes atendidos en la Clínica corresponderían a personas con descompensaciones de patologías médicas crónicas, controlables en el nivel primario.

Para aquellos pacientes egresados fallecidos, se repiten las patologías antes nombradas como causa de muerte, siendo el accidente cerebro vascular la principal causa, seguida de la patología infecciosa, así como de las enfermedades cardiovasculares y la descompensación de la diabetes.

En los pacientes fallecidos posterior al alta, se encuentra en el mismo porcentaje las descompensaciones de la Diabetes Mellitus, patología cardiovascular y accidente cerebro vascular.

Estos hallazgos nos hablan básicamente de patologías crónicas propias de la tercera edad, que se reagudizan en algún momento y necesitan atención de urgencia. Sin embargo, hay que analizar los datos tomando en cuenta que sólo

se investigó el diagnóstico principal, siendo el grupo del adulto mayor caracterizado por la polipatología.

Al analizar el control previo de los pacientes fallecidos posterior al alta, se observa que dos tercios no se encontraba en control regular, siendo concordante esto con la existencia de una patología crónica que en algún momento se descompensa, en un contexto de control nulo o irregular.

También se puede observar que, de los pacientes vivos al momento de la encuesta, el control previo alcanzaba aproximadamente a la mitad de esta población, efectuándose básicamente en consultorios periféricos en primera frecuencia, seguido de los centros privados, Clínica Dávila y hospitales públicos en orden decreciente. Al analizar el control posterior de la patología, una vez egresado de la Clínica, el porcentaje de pacientes controlados supera los dos tercios de la población, siendo el lugar de control en orden de frecuencia decreciente, la misma Clínica, luego los centros privados, seguidos de los hospitales públicos y, finalmente, los consultorios. Este hecho permite visualizar cómo pacientes del sector público pasan al sistema privado en lo que al control de su patología se refiere.

Entre las limitaciones del estudio, es importante considerar que podría existir un sesgo derivado de un 30.6% de pacientes que no contesta la encuesta, al no ser ubicados telefónicamente. También es importante mencionar que los resultados podrían tener sesgo al realizarse la encuesta en el curso de las dos últimas semanas de enero de 2004, por tanto es factible que los pacientes hospitalizados en febrero 2003 presenten sesgo de memoria o hayan variado con mayor probabilidad su modalidad de control o sobrevida respecto de aquellos hospitalizados en noviembre del mismo año.

Pareciera ser de vital importancia considerar con mayor atención a la población de la tercera edad y al control adecuado, la adhesividad y seguimiento de sus patologías crónicas, ya que estos dos factores principalmente, al no trabajarse con una actitud alerta se constituyen en una peligrosa escalada de costos para el sistema

público. Estos hallazgos incitan a investigar respecto del real impacto en este grupo etario que están o no teniendo las políticas de Atención Primaria en cuanto lograr el efectivo control de las enfermedades crónicas, si hay un trabajo proactivo respecto de los pacientes por parte de los equipos de salud o más bien se atiende al paciente sólo porque llega a buscar su tratamiento.

Como reflexión -que motiva la realización de otras investigaciones relacionadas con esta materia- la aplicación de la Ley de Urgencia por parte del Sistema es, sin duda, una medida que se hace cargo de proteger la vida, cuando el riesgo es inminente; la pregunta es si este riesgo era prevenible o evitable en los sistemas de atención tradicionales. La otra interrogante, es hasta dónde el sistema será capaz de sostener una atención de alta complejidad para hacerse cargo de estos enfermos, y no profundizar en las mejores medidas que retengan a los pacientes en una atención controlada, continua, seductora y efectiva a nivel ambulatorio.

REFERENCIAS

1. DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE CHILE, Jueves 27 de enero de 2000
2. DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE CHILE, Viernes 24 de Diciembre de 1999
3. GALVEZ S, Análisis de la infraestructura Nacional de Cuidados Intensivos; Fundamentos de Planificación en Medicina Intensiva, Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, Chile 2002. Págs. 64-89
4. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, Informes (1 y 2) de Comisión de Red de Urgencia Región Metropolitana, Julio de 1997.
5. MICHAEL F, JORDAN J. The Future of Primary Care Medicine. The New England Journal of Medicine. August, 2004.

Recepción: 25 ene. 2007
Aprobación: 10 abr. 2007

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistasp@med.uchile.cl