



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO (GRD): Marco Teórico y Experiencias Prácticas.

Interesantes experiencias en el sector privado y público fueron dadas a conocer durante el 5to. Seminario Anual de Clínicas de Chile, encuentro en donde también el Ministerio de Salud destacó su proyecto de comenzar a utilizar masivamente esta herramienta como base para la asignación de recursos a los hospitales a contar del año 2012, comenzando gradualmente a partir del año 2011.

También se busca, con la aplicación de esta metodología, información necesaria para mejora de procesos, generar sinergias y permitir comparaciones objetivas entre establecimientos.

Gran interés generó entre los cerca de 500 asistentes al Seminario “**Calidad/Complejidad en atenciones de salud: ¿Es posible medirlas?**”, las experiencias dadas a conocer por el Hospital del Salvador y Clínica Dávila sobre la utilidad de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (**GRD**) como herramienta clínica y financiera destinada a levantar información y evidencia que permite una mejor planificación y desarrollo institucional de los establecimientos prestadores.

MARCO TEÓRICO DE LOS GRD

El doctor Gabriel Bastías, Jefe del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, dio cuenta del marco teórico de los GRD y recordó que la UC inició un proyecto de investigación sobre esta materia hace 10 años, en el que participaron el Hospital Clínico de la Universidad Católica, el Hospital del Salvador, el Hospital Barros Luco, el Hospital del Trabajador y Clínica Dávila, establecimientos que han seguido usando esta importante herramienta de gestión.

El Dr. Bastías destacó que los GRD nacieron en Universidad de Yale a fines de la década de los 60, cuando el gobierno federal de los Estados Unidos decide encargarle a los equipos investigadores el desarrollo de un modelo de gestión que permitiera medir las diferencias de complejidad y costos de las atenciones en salud y permitiera definir los “productos” de un hospital. La razón de esta solicitud se basaba en buscar herramientas que permitieran controlar los costos crecientes y explicar la variabilidad de prácticas clínicas observadas en pacientes que aparentemente se observaban similares. El investigador a cargo fue Robert Fetter, quien tuvo como objetivo la compleja tarea de entender la “producción

Número 34
NOVIEMBRE 2010



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

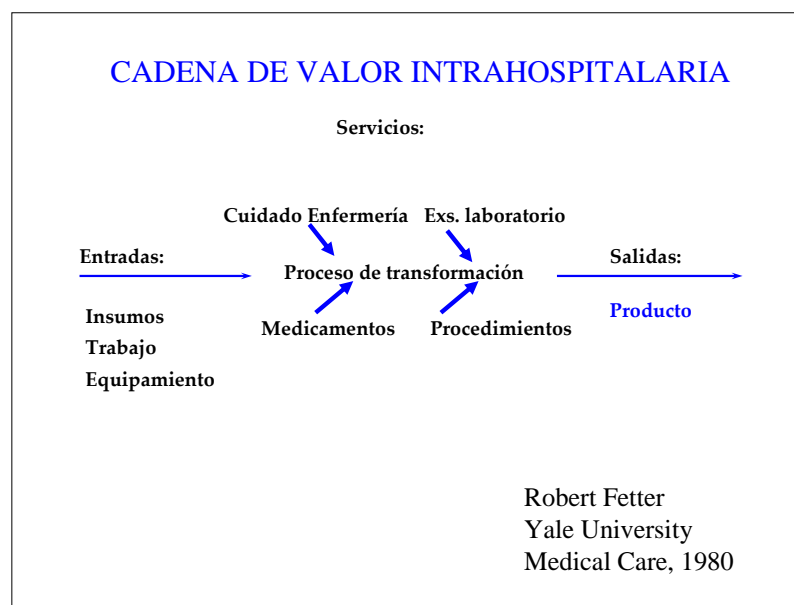
hospitalaria” y tratar de definir y transparentar los procesos y los factores que explican su variabilidad.

Cuando ingresa un paciente a un hospital o clínica existe una serie de factores personales que van a definir la complejidad de la atención de salud que requerirá. A modo de ejemplo explicó que la información incidente debe considerar su sexo y edad, diagnóstico principal, comorbilidad, tipo de tratamiento (médico o quirúrgico) y complicaciones. Si uno modela las combinaciones posibles que generan estas variables en sus rangos más amplios en un hospital o clínica compleja, vemos que hay 5 tramos etéreos (neonatos, niños, adolescentes, adultos, adultos mayores), 8 mil diagnósticos principales (de acuerdo al Clasificación internacional de enfermedades), 2 posibles tratamientos: médico (con al menos 2 variaciones) o quirúrgico (con al menos 3 variaciones), y comorbilidades (las cuales pueden llegar a 5 en una población deteriorada). La combinación de estas variables genera 400 mil posibles combinaciones en el “producto final”, lo que resulta inmanejable a nivel de cualquier industria.

Ante esta situación, se le solicita a Robert Fetter desarrollar un modelo que permita reducir las combinaciones posibles y transparentar el proceso que ocurre dentro de esta industria tan particular como es un hospital.

Su primera tarea en la investigación, fue definir el sujeto del estudio: *“La mayor función de un hospital de pacientes agudos es proporcionar los servicios diagnósticos y terapéuticos requeridos por los profesionales de la salud en el manejo de sus pacientes. Además, el hospital también pone a disposición ciertos servicios sociales y de hotelería, tales como alimentación, lavandería y consejería, a los pacientes mientras ellos residen en la institución.”*

Para modelar los procesos, Robert Fetter, estableció que la cadena de valor intrahospitalaria tenía entradas (en las que están los insumos: trabajos, capital y equipamiento), un proceso de transformación (donde están presentes los cuidados de enfermería, exámenes de laboratorio, medicamentos y procedimientos) para terminar con la salida (que es el producto final).



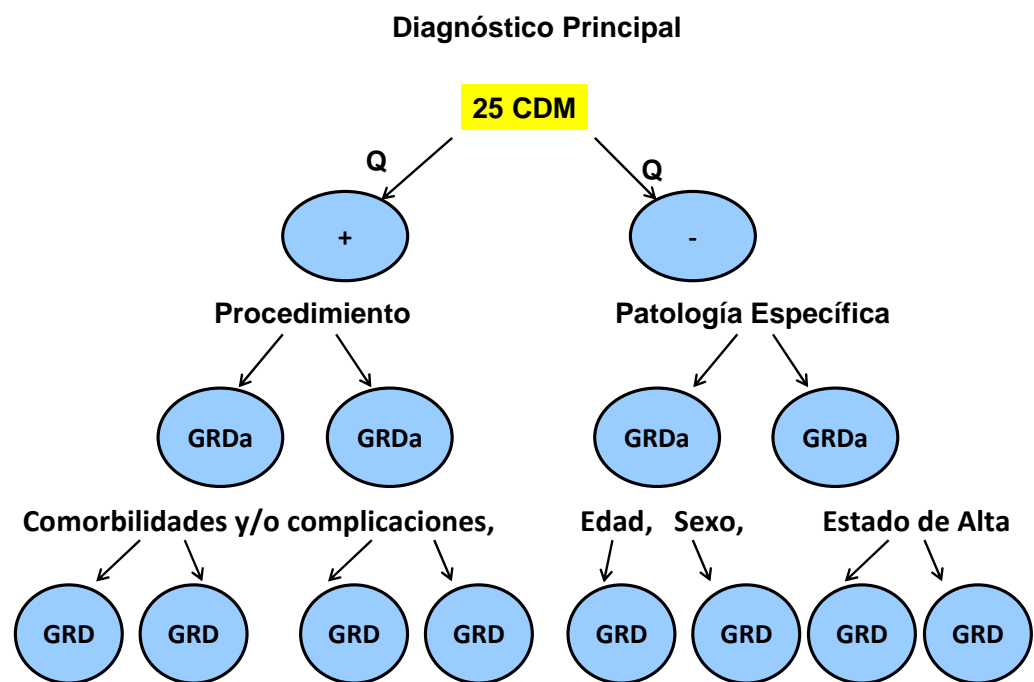
Cada establecimiento tendrá una distinta combinación de servicios para cada paciente que atiende. Hay pacientes que requieren más “unidades de cuidados médicos”; y, otros, menos. Y ahí surge un concepto relevante: **Complejidad**.

Robert Fetter dice que “las proporciones de los diferentes tipos de casos que un hospital trata que requieren distintas proporciones de “unidades de servicios”, son colectivamente referidos como su **case mix**”. Y esto es vital en el desarrollo de los GRD, por cuanto la complejidad hospitalaria es sinónimo de los recursos que consumen pacientes que se atienden en un establecimiento. Un hospital que atiende pacientes que requieren mayor uso de recursos es más complejo que uno que atiende pacientes menos demandantes. Esa es la definición base del modelo de Fetter que relaciona complejidad con demanda de recursos.

Bajo esta mirada, los indicadores hospitalarios de actividad hospitalaria (donde están los días de estada, ingresos, altas) y el desempeño hospitalario (costo de día cama, tasa de ocupación, tasa de mortalidad), indicadores que pierden sentido al descontextualizarlos de la complejidad. Obviamente en un hospital más complejo es esperable mayores tasas de letalidad o de promedio de días de estada.

Fue así como surgió el algoritmo de los **GRD** desarrollado por Fetter, donde se establece un árbol de decisiones que parte con el diagnóstico principal de un paciente es cual es asignado a una de las 25 categorías diagnósticas mayores y que en función de las particularidades llega a construir 640 Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

ALGORITMO GRD



Averill, 1998

Lo que a él le interesaba era medir el consumo de recursos y determinar las variables predictoras de dicho consumo en un paciente. Después de múltiples iteraciones con estas variables, determinó que la variable que más incide en el consumo de recursos de un paciente es la variable quirúrgica, o sea el que un paciente sea sometido a una intervención quirúrgica. Si uno se va por la vertiente quirúrgica determina que es posible desagregar a los pacientes por el tipo de procedimientos que reciben y si se va por la vertiente médica la patología específica es la que establece la diferenciación. Posteriormente están otras variables como comorbilidades, sexo, edad y estado al alta.

Como se puede ver, para construir los **GRD** se requieren pocas variables (fue una exigencia que se le impuso a Fetter en su trabajo) y uno debería esperar que todos estos datos estuvieran registrados en la ficha médica de cada paciente y son todas variables bio-médicas. No existen en este modelo variables sociales, económicas o culturales.

Los expertos clínicos admiten que es en los **GRD** se reúnen pacientes con un consumo similar de recursos, pero no les hacía sentido que los diagnósticos clínicos fuesen tan dispares. Eso llevó a Fetter a establecer un filtro de entrada de 25 categorías diagnósticas mayores, las cuales no las determinó estadísticamente, sino que en base a juicio de expertos clínicos. Cada paciente, en base a su diagnóstico principal es asignado a una de las 25 categorías principales y posteriormente sigue poblando el árbol de decisión.

En síntesis, el sistema de GRD agrupa a los pacientes que egresan de un establecimiento hospitalario (no fue construido para establecimientos ambulatorios), los grupos se conforman según criterios de coherencia clínica y consumo similar de recursos y el sistema considera un número “razonable” de grupos (640).

Una vez que el sistema fue desarrollado por Fetter, tuvo una evolución vertiginosa, estableciéndose en el año 83, por acta del Congreso de USA, como el sistema de pago prospectivo para todos aquellos establecimientos hospitalarios que administren el sistema de Medicare. Unos pocos años después se determina como el único sistema de pago a hospitales independientemente del tipo de pacientes. En el año 85, 53 países desarrollados reportaron su uso.

Cada país tiene su propia realidad epidemiológica, por lo que es natural que existan adaptaciones locales en diferentes países (Inglaterra, Australia, Alemania etc.). También en USA no se puede hablar de un sistema, sino que de una familia de sistemas ya que, como inicialmente fue desarrollado para el Medicare (pacientes adultos mayores), al hacerlo extensivo a todos los pacientes requirió ajustes especiales. Igualmente, en la práctica se detectó un problema clínico con ellos porque no abordaban la severidad de las comorbilidades (no es lo mismo un paciente que ingresa con una comorbilidad de reciente diagnóstico, intermedia o terminal). Esto hizo que fueran redefinidos y aparecieron los “GRD REFINADOS”, que es la versión que se ha implementado en nuestro país y que funciona con cualquier tipo de sistema de clasificación de enfermedades. Los demás sistemas usan CIE 9 y el Ministerio de Salud chileno se basa en CIE 10.

Un segundo atributo importante de los GRD REFINADOS es que permite clasificar no sólo pacientes hospitalizados, sino que también pacientes ambulatorios de urgencia y de atención primaria, pero con la limitante que el paciente debe haber recibido un procedimiento de cierta envergadura, si no queda asignado a una categoría muy general que no permite mayores análisis. Esto es por que los **GRD** refinados hacen un giro respecto a los GRD tradicionales en que lo que comandaba la clasificación era el diagnóstico principal, en esta versión refinada son los procedimientos.

COMO SE MIDEN Y OBJETIVIZAN LOS RESULTADOS:

¿Cómo puede medirse la complejidad y objetivar que los pacientes son más complejos?. Cada uno de los 640 grupos **GRD** definidos, está asociado a un a un peso relativo, que es un guarismo que refleja el consumo de recursos en relación a un **GRD** ficticio promedio, agregado. Esto se traduce en un cociente entre el costo promedio de un **GRD** determinado y el costo promedio agregado (de todos los GRD atendidos en todos los centros hospitalarios del mundo). Si por ejemplo, el peso relativo (resultado del cociente descrito) es 0,45, esto indica que ese GRD consume el 45% de recursos que consume un **GRD** promedio. O dicho en otras palabras, este GRD necesita un 55% de recursos menos que un **GRD** promedio.

Estos resultados tienen importantes efectos prácticos. Por ejemplo, en Chile el GES considera un precio conocido fijado previamente para cada patología. Si pensamos en una Colectistectomía, que parece ser una sola patología, podemos ver en el siguiente cuadro que el Sistema **GRD** reconoce 8 tipos de diferentes egresos de Colectistectomía con muy diferentes pesos relativos.

COMPORTAMIENTO DE EGRESOS CON COLECISTECTOMIA AÑO 2003

Comportamiento de los egresos con Colectistectomía abierta y laparoscópica					
GRD		Total Pac.	Estadía Promedio	Desv. Est.	Peso Relativo
195	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	24	10.6	5.8	2.48
196	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	87	6.6	3.5	1.96
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	73	10.6	11.4	2.08
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	687	4.6	3.2	1.3
556	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROC. HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	75	12.6	10.6	3.98
493	COLECISTECTOMIA LA PARASCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIBAR CON CC	128	6.1	7.1	1.62
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	1.983	2.1	1.8	0.86
787	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON EXPLORACION VIA BILIAR	8	4.3	2.3	1.78
TOTAL		3.065	3.5	4.3	1.14

Claramente el consumo de recursos esperado en un establecimiento que concentra pacientes con GRD 787 es muy diferente a otro establecimiento que se concentra en pacientes con GRD 556 y si en el proceso de asignación de recursos no soy capaz de detectar esas diferencias, puede tener efectos financieros desastrosos.

Otro elemento importante que destacó el doctor Gabriel Bastías es el peso relativo del hospital o clínica, que tiene que ver con la complejidad del establecimiento. El índice de la complejidad de un hospital es un valor que relaciona la producción de un hospital con un estándar. Si esa relación por ejemplo es 1,13, en la práctica uno debería esperar que ese establecimiento recibiera en su asignación de recursos un 13% más que un establecimiento promedio.

Finalmente, respecto de las aplicaciones prácticas de los GRD, el doctor Bastías destacó que tienen grandes utilidades:

- Gestión de procesos clínicos, poder entender cómo estamos haciendo las cosas
- Investigación científica en los establecimientos, basada en información de calidad
- Gestión económica para asignar los recursos financieros a los diferentes servicios, determinando cuál es la demanda real y como la estamos tratando. Desde esa perspectiva son un mecanismo interesante de pago ya sea valorizando directamente el GRD o como una variable de ajuste del pago a los establecimientos.

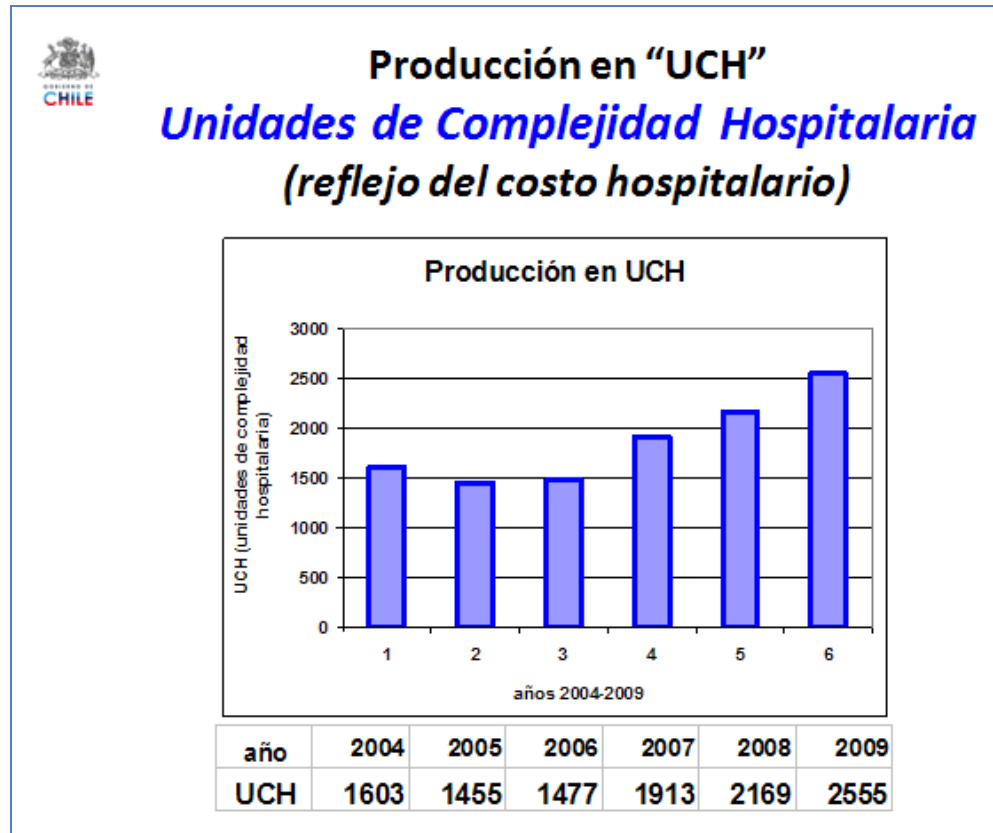
Finalmente, es importante destacar que al masificar este tipo de herramienta de gestión, nos permite una comparación de las buenas prácticas y aprender de los que lo hacen mejor.

ALGUNAS EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DE APLICACIÓN DE GRD EN CHILE

HOSPITAL DEL SALVADOR

El doctor Francisco Peragallo, ex director del Hospital del Salvador, compartió con los presentes la experiencia de ese centro de salud en el uso de GRD. Los objetivos buscados al usar esta herramienta son facilitar la gestión, medir los “productos” y facilitar la comparación con otros hospitales, aún cuando esto último no ha sido posible realizarlo por la poca experiencia real que existe en Chile en la aplicación de este sistema en otros establecimientos hospitalarios.

El Hospital del Salvador lleva 7 años de historia en la aplicación de **GRD**, lo que les ha permitido detectar que, a través del tiempo, el “casemix” del establecimiento ha ido aumentando en forma importante su nivel de complejidad.



El entender que influyó en estos resultados es muy importante para definir presupuestos futuros. Al analizar los impactos que generan las variables incidentes es posible predecir qué pasa ante cambios relevantes, por ejemplo la distribución entre gasto hospitalario y gasto ambulatorio o en el nivel de complejidad.

Con estos antecedentes, y ante la necesidad, por ejemplo, de ajustarse a un presupuesto dado reducido, es posible proyectar que significa ese ajuste en términos de exigencias de reducción de costos ("equilibrio financiero") o de reducción de actividad ("equilibrio en la producción") y evaluar la viabilidad de esas soluciones. Obviamente la solidez de estos argumentos permite negociar presupuestos en forma muy técnica y hacer esfuerzos de mejora interna de procesos para optimizar ahorro de costos.

Obviamente, considerando que en Chile la base de los presupuestos es histórico, PPV y GES, si uno incluyera en el análisis la complejidad, la asignación de presupuestos puede ser muy diferente.

El siguiente cuadro muestra la realidad de la resolución quirúrgica de Colectomías en el año 2009:



Exploración de la variabilidad de la complejidad y su costo asociado

Valorización de la resolución quirúrgica de "Colelitiasis"				
2009				
cód CIE 9	Total	Peso GRD	%	costo unitario
proci	Pac.	Media	distr	Valor 1 UCH
Descripción del Procedimiento				
5121 OTRAS COLECISTECTOMÍAS PARCIALES	2	1,2968	0,2%	\$ 751.107
5122 COLECISTECTOMIA	147	1,7971	16,1%	\$ 1.040.890
5123 COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA	762	1,0022	83,6%	\$ 580.474
5124 COLECISTECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA	2	1,2409	0,2%	\$ 718.729
Total	913	1,1313	100,0%	\$ 655.249
Hº	Total	Peso GRD	%	costo unitario
GRD	Pac.	Media	distr	
Descripción del GRD				
194 PROC. S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	1	1,8023	0,1%	\$ 1.043.892
195 COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	14	2,4821	1,5%	\$ 1.437.632
196 COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	26	1,9588	2,8%	\$ 1.134.537
197 COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	15	2,0764	1,6%	\$ 1.202.651
198 COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	84	1,2968	9,2%	\$ 751.107
493 COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR CON CC	75	1,6197	8,2%	\$ 938.130
494 COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	672	0,862	73,6%	\$ 499.270
555 PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL. HEPATICO CON CC M.	1	7,3988	0,1%	\$ 4.285.395
556 COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	24	3,9764	2,6%	\$ 2.303.131
787 COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA CON EXPLORACION VIA BILIAR	1	1,7783	0,1%	\$ 1.029.991
Total	913	1,1313	100,0%	\$ 655.249

El doctor Francisco Peragallo demostró la existencia de un desajuste financiero en la resolución de las Colecistectomías –costo asociado a complejidad versus transferencia AUGE-, debido a que el precio de transferencia oficial para este paquete de 913 prestaciones era de \$427.790 y el precio costo medio /peso medio complejidad era de \$655.249, lo que terminaba provocando un desfinanciamiento en la resolución de esta patología vía GES. Esto muestra que las prestaciones, en este caso, están subvaloradas y que mientras más hagamos en complejidad, más se aumenta el desfinanciamiento. Lo mismo ocurre con otras patologías como el accidente cerebro vascular.

En cuanto a la distribución del riesgo en la producción, el doctor Peragallo dio interesantes cifras de la realidad del establecimiento en egresos y costos diferenciados por complejidad.



Hospital del Salvador					
Análisis descriptivo de la Categorización de la Complejidad de los Egresos clínicos y del Financiamiento de la Producción					
Basado en la Unidad de Complejidad Hospitalaria (UCH)					
año 2009	TOTAL	Niveles de Complejidad			
		BAJA	MEDIANA	ALTA	INTENSIVA
	HOSPITAL	PESO < 1	PESO =>1 y <3	PESO=>3 y <7	PESO =>7
Total Egresos	19250	9820	6999	2177	254
CASEMIX	1,621	0,766	1,629	4,297	11,525
Edad Media	57	56	58	64	56
Estancia Media	6,6	2,2	8,3	17,7	34,8
Total días de Hospitalización	126476	21280	57855	38491	8850
Costo Producto Unitario Hospital	\$ 938.825	\$ 443.609	\$ 943.343	\$ 2.488.938	\$ 6.675.280
\$ Costo Total Hospitalizados	\$ 18.068.850.000	\$ 4.356.243.130	\$ 6.602.457.937	\$ 5.418.418.548	\$ 1.695.521.120
% egresos del nivel sobre total de egresos	100,0%	51,0%	36,4%	11,3%	1,3%
% costo nivel sobre los costos totales	100,0%	24,1%	36,5%	30,0%	9,4%

Como es posible observar, un 12,6% de los egresos del Hospital del Salvador son de complejidad alta e intensiva y se gasta en su resolución un 46% del presupuesto. En un hospital complejo en España, un 17% de sus egresos está en esa categoría.

Finalmente, otra aplicación práctica interesantísima es poder detectar el impacto de “ineficiencias”, por ejemplo estadías prolongadas sin justificación, lo que es posible traducir en días cama perdidos y finalmente en número de casos que podrían haberse resuelto si no se hubiese producido esta situación. Sin embargo operando en un sistema que no considera estas variables en la transferencia de recursos a un hospital, una optimización en ese aspecto por parte del establecimiento podría generar mayor desfinanciamiento, al aumentar el número de egresos cuya complejidad no se toma en cuenta.

CLINICA DÁVILA

El doctor Francisco Olivari, director del Área de Planificación y Proyectos Clínicos de Clínica Dávila, señaló que este centro de salud es el prestador privado hospitalario más grande del país. Actualmente cuenta con 553 camas y de ellas 137 corresponden a camas de unidades críticas, lo cual indica que esta clínica tiene una enorme variabilidad en su producción.

La Clínica Dávila ocupa el quinto lugar en egresos hospitalarios del país. Y con esto uno ya empieza a visualizar interrogantes que hay que responder. Con 390 camas la Clínica Dávila produce 31.121 egresos y posee una estadía promedio de 3.6 días. Pero, ¿cómo podemos comparar esto con lo que hacen otros hospitales?... es necesario para ello saber las complejidades de cada recinto.

Entre el año 2000 y 2009, Clínica Dávila pasó de 18.634 egresos a 31.121 egresos, lo que significó casi duplicar las cifras, un incremento que estuvo acompañado de un crecimiento en la oferta de camas, con niveles de ocupación que se mantienen en todo ese periodo en torno al 80%.

En este escenario de crecimiento de actividad, con una variación en la complejidad y un aumento en la variabilidad, con alrededor de 500 médicos dentro de staff de la clínica más otros 300 acreditados que hacen su práctica, la probabilidad de variabilidad es alta y provoca un riesgo que impacta en la eficiencia, efectividad, calidad y estándares de atención.

El doctor Olivari señaló que el desafío de Clínica Dávila es seguir haciendo las cosas bien, es decir, brindar la acción de salud correcta, en forma oportuna, con un costo adecuado, con un eficiente uso de recursos y, sobre todo, tener los mejores resultados sanitarios para cada paciente que entra a un proceso de atención. Y para ello se necesita hacer gestión clínica, administrativa y contar con un sistema de información basado en los egresos hospitalarios, **GRD**, porque es una herramienta de gran utilidad a nivel de planificación y desarrollo, relación con aseguradores o financistas y la gestión clínica.

En la planificación, lo primero es que toda institución debe saber qué hace la clínica, conocer las tendencias que tienen los problemas de salud, lo que ha pasado en el tiempo y hacia dónde hay que dirigir el quehacer.

En la relación con los aseguradores o financistas es muy importante que poder hablar un lenguaje común y poder comunicar y comprobar si se están haciendo las cosas bien y tener buena información que permita comparar unos con otros al momento de participar en una licitación del FONASA o cuando haya que negociar con una Isapre.

La gestión clínica, básicamente implica hacer acciones coordinadas y orientadas a incrementar la efectividad, eficiencia y la calidad de las prestaciones sanitarias que realizan las unidades asistenciales.

Con el uso de **GRD** se ha podido apreciar como ha variado el perfil de Clínica Dávila, observándose un incremento de la producción de embarazos y partos y un descenso en la atención de salud del aparato músculo-esquelético por ejemplo, e ir viendo la variabilidad de la complejidad. Esto permite tener un panorama muy claro de la actividad productiva. Si se hiciera una caracterización por GRD, desde el punto de vista de la tasa de complejidad, se puede observar que el 70% de la productividad corresponde a baja complejidad, un 24% de mediana complejidad, un 4% en alta complejidad y menos de un 1% en intensiva complejidad.

Este panorama es relevante para tomar decisiones en salud y definir a qué se van a dedicar. ¿Nos dedicamos a la mediana e intensiva complejidad?, ¿o nos mantenemos en el perfil actual de complejidad?.

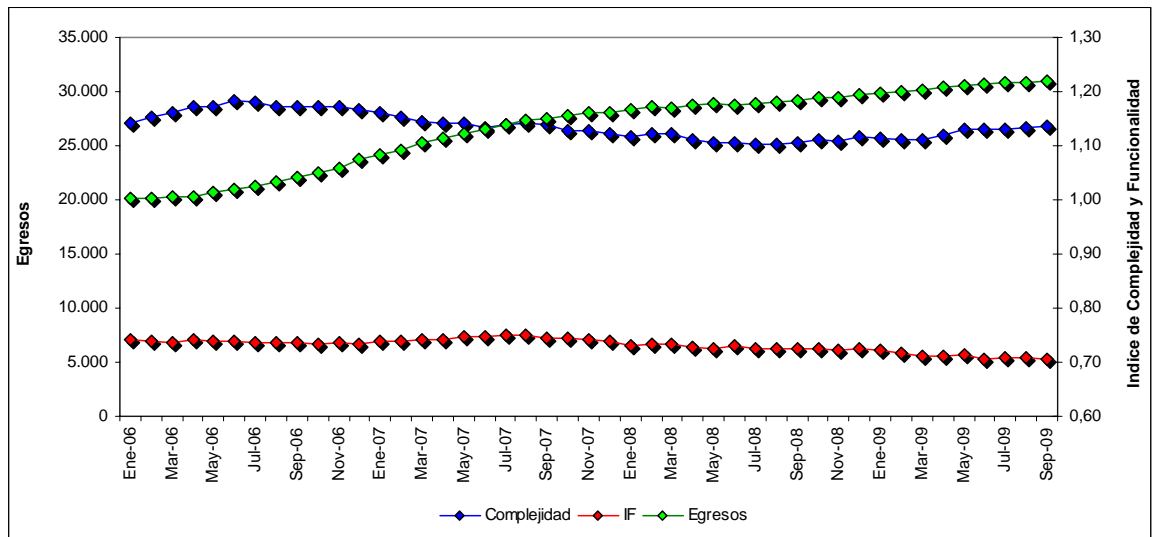


CLÍNICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

El desafío para Clínica Dávila es llegar al máximo de eficiencia y tener en todos los niveles de complejidad el mejor resultado.

El Dr. Francisco Olivari mostró en la siguiente diapositiva la evolución histórica de la complejidad en Clínica Dávila entre enero de 2006 y septiembre de 2009.

TENDENCIAS CLÍNICA



Ámbito: Comparación y negociación.

Desde el punto de vista financiero, frente al asegurador, se puede levantar información sólida sobre costos promedio de la clínica, días promedio de estada e índice de complejidad, que puede demostrar con buenos argumentos las causas del incremento de costos en la atención. Con esta información se empieza a hablar un lenguaje común, que es sustentable y creíble para cualquiera.

Esta herramienta también se puede focalizar sobre las prácticas médicas. En este caso, al analizar las colecistectomías laparoscópicas sin exploración biliar se observa que el 6,8% de estos casos ocupaban 751 días cama (30,4% del total), el 50% de los casos ocupaba 1 día de cama y este 6,8% ocupada 4 días cama. Al analizar clínicamente el trabajo de los cirujanos es posible relacionar que los que tenían menos experiencia operando eran los que mostraban mayor riesgo.

Otro aspecto revisado por Clínica Dávila fue la tasa de Letalidad, donde es interesante observar el valor absoluto, su tendencia y el factor de complejidad asociados.

El doctor Francisco Olivari concluyó que en Clínica Dávila los **GRD** son útiles para la estrategia, la gestión y complementarios a otros análisis o estudios y que como todo sistema de información, requieren de especialización para aprovechar la potencialidad de la herramienta. No basta con comprar el software y llenarlo de datos, sino que hay que agregarle inteligencia para hacer los análisis. Incorporan elementos relevantes para la





CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

gestión clínica y sin duda es una herramienta que permite tener un lenguaje común, objetivo y transparente para las instituciones de salud y es también una aporte para revisar la calidad técnica de las atenciones, aún cuando omite algunos ámbitos relevantes de la calidad como la oportunidad de la atención o aspectos de estándares de servicio.

Nota: Este documento ha sido desarrollado en base a las exposiciones del 5º Seminario Anual 2010, “Calidad/Complejidad inatenciones de salud: ¿Es posible medirlas?”, organizado por Clínicas de Chile A.G. y todos los cuadros incluidos forman parte de las presentaciones aludidas.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.