

Sistemas de clasificación de pacientes: experiencias y perspectivas de utilización de los grupos relacionados por el diagnóstico

Por **Edgardo A. von Euw**

Edgardo von Euw es médico (UN Córdoba). Diplomado en Salud Pública (Escuela de Salud Pública UNC), certificado por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos de la Academia Nacional de Medicina. Auditor Médico (Sociedad Argentina de Auditoría Médica). Especialista en Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD).

1. Introducción

Este trabajo enfocará como tema central de análisis a los Sistemas de Clasificación de Pacientes y en especial los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) como instrumentos de medida de la actividad hospitalaria, partiendo de la base que estas instituciones deben asegurar un desempeño eficiente, y que para medir la eficiencia es necesario conocer la *calidad y cantidad* de los servicios prestados, y el *costo* que se incurre para brindarlos. Y que para conocerlos, es necesario medirlos, lo que impone la necesidad de hacer acuerdos para determinar *en qué términos se medirá* esa producción.

El trabajo apunta a sistematizar la copiosa información publicada sobre el tema que se aborda, intentando relevar los aspectos que se consideran importantes para que el lector obtenga una aproximación a los conceptos generales, aplicaciones, aplicabilidad, realidad local y elementos para su implantación.

Se intentará contestar a las siguientes preguntas: ¿Qué ventajas brindan los sistemas de *case mix* para medir el producto hospitalario? ¿Son los GRD el mejor sistema de clasificación entre los conocidos para expresar ese *case mix* del producto hospitalario? ¿Constituyen un sistema eficaz para asegurar una asignación eficiente de recursos? El principal objetivo de este trabajo es exponer las ventajas que presentan de los GRD como método para medir producto hospitalario, y representarlo como el más utilizado de los sistemas de medición del *case mix* y el más difundido internacionalmente.

Se analizará lo planteado mediante el análisis bibliográfico y la aproximación empírica a través del estudio, como caso tipo, de la red de Hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación al tema propuesto. Como fuentes de datos se ha consultado bibliografía especializada en la temática incluyendo publicaciones, legislación y comunicaciones del Ministerio de Salud de la Nación y otros organismos oficiales, como la Superintendencia de Servicios de Salud, para determinar políticas vigentes y programas en desarrollo. Se relevaron ade-

Evaluadores: Arturo Schweiger, Claudia Cuomo y Daniela Alvarez

* La versión completa de este Trabajo está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

más los datos de producción del año 2005 de los Hospitales Generales de Agudos que publica la Dirección Estadísticas para la Salud del Gobierno de la CABA e indicadores asistenciales de dichos hospitales.

2. Desarrollo de los GRD

El objetivo que orientó la construcción de los GRD consistió en *definir tipos de casos (pacientes) que durante su hospitalización recibieran una cantidad similar de servicios hospitalarios*, para definir operativamente los productos de un hospital, y esperaban que el sistema fuera comprendido tanto por médicos como por no médicos. Los requisitos para la clasificación se definieron como tales:

- Ser médicamente interpretable, con subclases de pacientes de categorías diagnósticas homogéneas, o sea que una vez presentadas a los médicos éstos debían ser capaces de relacionar los pacientes de cada clase con un patrón determinado de proceso hospitalario.
- La clasificación debía resultar a partir de datos que estuvieran fácilmente disponible en los hospitales.
- El número debía ser limitado—preferentemente no más de unos cientos— debían ser exhaustivos y mutuamente excluyentes. (En su primera versión, el límite máximo en número de clases se fijó en 500)
- Cada paciente tenía que tener un consumo esperado de recursos hospitalarios similar a los de su clase.
- La definición de las clases tenía que ser comparable a través de diferentes sistemas de codificación.

La metodología que Fetter y Thompson aplicaron fue el *juicio médico (opinión de expertos)* y el análisis estadístico de casos. El proceso consistió en la aplicación de una versión interactiva de análisis e interpretación estadística a través del *Automatic Interaction Detector (AID)*, una técnica de análisis multivariable consistente en la sucesiva subdivisión de una muestra en grupos dicotómicos excluyentes, con el objeto de determinar qué variables independientes, según los datos obtenidos en una investigación, se relacionan con una variable dependiente determinada, bajo qué condiciones y a través de qué procesos. Utilizaron una base de datos de información construida a partir de los resúmenes de egresos hospitalarios proporcionada por la *Comission for Professional and Hospital Activities*, a fin de identificar las características de los pacientes o tipos de casos que tuvieran un patrón similar de consumo de recursos durante la internación, subdividiendo repetidamente los casos en subgrupos basados en los valores de variables que puedan disminuir al máximo la varianza de los *días de estancia* (elegidos como variable dependiente, puesto que la principal medida de interés era el uso de recursos).

En cada fase del análisis, los médicos que participaron en el proyecto revisaban los grupos recomendados por el algoritmo AID y sugerían modificaciones para lograr la “coherencia clínica” de los grupos, considerada como tal si se podía esperar que “evocaran un conjunto de respuestas clínicas que produzcan un patrón similar de uso de recursos”. Es de ese grupo de médicos desde donde partió la recomendación fundamental de la separación en grupos médicos y quirúrgicos. Así lograron la formación de 467 clases distintas de pacientes, que denominaron GRD, definida cada una en términos de una o más de las variables diagnóstico principal, procedimientos quirúrgicos, patología acompañante y complicaciones, edad, y en algunos casos el estado al momento del alta. De esta manera, “*estos grupos representan un sistema multivariante para clasificar altas hospitalarias en hospitales de atención de*

agudos, en grupos de pacientes o tipos de casos con patrones esperados similares de uso de recursos. Por consiguiente, los GRD definen operativamente los productos del Hospital en términos de clases de pacientes con conjuntos similares de servicios”

La primera versión de su trabajo fue publicada en el año 1978 para el Estado de New Jersey. Pero se expandieron a partir de 1982 mediante su uso por Medicare (el programa de seguro de salud de los EE.UU. para las personas de 65 años o mayores) como Sistema de Pago Prospectivo—PPS de sus siglas en inglés—basado en GRD, sustituyendo con este sistema la contratación de servicios por estancias. Desde entonces los hospitales que prestan servicios a este seguro de salud, facturan de acuerdo al proceso atendido medido en términos de GRD.

El otro hito fundamental en su propagación se produjo a partir de 1988, cuando el Estado de Nueva York implementó un sistema de pago para los hospitales generales basado en GRD, lo que indujo a la creación de los AP-GRD (*All Patients GRD*), una ampliación de la versión de Medicare en la que se incluyen a todo tipo de pacientes y no sólo a los de más de 65 años, e incorporaron categorías que no existían en aquella, como por ejemplo a los pacientes pediátricos, y a los pacientes infectados por HIV.

La utilidad del método, su utilización perdurable hasta hoy, su revisión permanente, han logrado que se produzca una amplia expansión hacia otros países, constituyéndose actualmente en el estándar recomendado por la Unión Europea para medir producto hospitalario en los países miembros, aunque hoy se observa su introducción con diferentes usos marcados por la diferencia en el financiamiento de la atención de la salud. Se abordará el tema más adelante en este trabajo.

3. Descripción y construcción de los grupos

Ya se refirió que una de las características centrales de los GRD es la coherencia clínica de los grupos, lo que implica que las características del paciente incluidas en la definición de cada clase estén relacionadas con un sistema orgánico o una etiología común.

La agrupación de todos los diagnósticos principales posibles de los egresos en categorías diagnósticas similares y mutuamente excluyentes se denominó Categorías Diagnósticas Mayores (CDM). En general, cada CDM fue concebida para que se correspondiera con un aparato o sistema orgánico principal (sistema respiratorio, digestivo, circulatorio), y no tanto con una etiología (neoplasias, enfermedades infecciosas) para, de ese modo, seguir la organización médica clásica. Una vez definidas las CDM las mismas se desagregaron de acuerdo a las características adicionales de los pacientes que podrían tener un efecto consistente en el consumo de recursos hospitalarios. Así, la mayoría de las categorías se dividieron inicialmente en grupos médicos y quirúrgicos, ya que la existencia de procedimientos quirúrgicos tiene un efecto significativo sobre el tipo de recursos hospitalarios utilizados. Los pacientes médicos se definían con más exactitud según el diagnóstico principal por el que se les había ingresado en el hospital, y los pacientes quirúrgicos se clasificaban de acuerdo al procedimiento quirúrgico practicado.

Cada grupo de pacientes así obtenido, se evaluó para determinar si la existencia de complicaciones, comorbilidades, o la edad del paciente podría afectar de forma consistente al consumo de recursos hospitalarios. Paneles de médicos clasificaron cada código de diagnóstico para

determinar si su presencia como diagnóstico secundario sería considerada como una complicación o comorbilidad importantes, y se definían como tales aquellos diagnósticos que al aparecer junto al diagnóstico principal específico, podían aumentar en al menos un día la estada en el hospital en más del 75% de los casos.

Los AP-GRD introdujeron algunas modificaciones en la sistemática de asignación a las CDM: primero se considera la edad del paciente. Si éste tiene menos de 29 días al momento del ingreso, será asignado a algunas de las CDM definidas para recién nacidos. Otras excepciones fueron introducidas al incorporar nuevas CDM para patologías asociadas al HIV, pacientes politraumatizados, alcoholismo y adicciones, pacientes traqueotomizados y trasplantes de hígado y médula ósea, debido al drástico efecto de estas situaciones sobre el consumo de recursos.

La metodología para la determinación de los Grupos Relacionados de Diagnóstico es la siguiente:

1. Al producirse el Alta Hospitalaria, el profesional médico responsable del paciente completa los datos clínicos de la Epicrisis en la historia clínica. Allí consigna el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios. El primero se define como “*la condición que, al finalizar el proceso de hospitalización, se considera la causa responsable del ingreso del paciente en el hospital*”. Los secundarios son todos aquellos presentes en el paciente a su ingreso como comorbilidades o durante ese proceso de hospitalización, como complicaciones. Cuantos más diagnósticos se consignan, mayor es la precisión en la clasificación final del Paciente en un grupo.
2. Se registran los procedimientos aplicados al paciente, sean éstos quirúrgicos o no.
3. Se registran otra serie de circunstancias relacionadas al servicio (Alta domiciliaria, traslado, defunción) y al paciente (sexo, edad).
4. Con todos estos datos, se conforma un registro que se denomina Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
5. Los datos de este CMBD se ingresan (se “cargan”) en un software que los procesa, los “lee”, y de acuerdo a la combinación entre los mismos agrupa el egreso en un GRD. El “Agrupador” fue desarrollado originalmente por la empresa 3M.

Ya se ha asignado el paciente a un grupo. Se ha mencionado previamente que uno de los principios básicos de la agrupación es el isoconsumo. A cada GRD se le asigna un **peso relativo** que refleja la intensidad del consumo de recursos, atribuyendo el valor 1 el costo medio de un ingreso medio, calculado a partir de la sumatoria del *costo de todos los egresos* en una región durante un período, la que se divide por el *número de egresos en el mismo período*.

Los GRD con un peso inferior a 1 corresponden a procesos de una complejidad de tratamiento y costo inferior a la media, y aquellos con un peso superior a 1 suponen una complejidad de tratamiento y costo superior a la misma.

Para ilustrar la aplicación, se mencionan ejemplos de valores de peso extremos: GRD 795 TRASPLANTE DE PULMON 19,7595. Y en la otra punta (el GRD de menor “peso” del listado) GRD 637 NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO 0,0299 puntos. Más aún, Para el año 2003, el costo del GRD con mayor peso superaba en 20 veces el costo medio de los pacientes atendidos en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud en España, estimado en algo más de 3.100 euros.

4. Los GRD como instrumento de gestión

La gestión sanitaria integra un conjunto de actividades y procesos cuyo objetivo principal es la adecuada disposición de recursos –físicos, humanos, tecnológicos– para lograr la mejora del estado sanitario de la población. Esto implica el diagnóstico, diseño, implementación o evaluación de acciones, constituyendo para ello la toma de decisiones, un producto clave, y la información, un insumo imprescindible.

El alcance de los GRD en la gestión sanitaria se extiende a los tres ámbitos señalados por V. Ortún Rubio en su análisis dimensional: en el desarrollo de políticas sanitarias (macrogestión) son una herramienta para describir situaciones de partida para el diagnóstico, y brindan información estratégica para la planificación, y el monitoreo y control durante la etapa de la ejecución.

Sirven para gestionar con eficiencia y brindan información para enfoques de calidad en los efectores de salud en la dimensión meso, donde han impulsado un cambio de paradigma al posibilitar el pasaje de una gestión centrada en la oferta a otra basada en productos o líneas de productos con alta participación de las características de la demanda.

En la microgestión sanitaria los GRD brindan elementos para el análisis y la utilización de información concreta para desarrollar gestión clínica, tal como fuera señalado en el punto anterior de este capítulo.

De esta manera –y sin pretender un tratamiento exhaustivo de sus posibilidades– los sistemas de clasificación de pacientes basados en GRD permiten:

- El Monitoreo Epidemiológico.
- La Gestión Clínica.
- La comparación estandarizada de la actividad del hospital con otros efectores o grupos de éstos.
- El desarrollo e implementación de sistemas de pago prospectivo.
- La evaluación de diferencias en las tasas de mortalidad.
- La implementación de Guías Clínicas.
- La identificación de Procesos de Mejora Continua de Calidad.
- Dar base a la gestión interna y la planificación.

Tal como se puede observar en el Cuadro 1, Indicadores GDR, son numerosos los índices utilizados para estandarizar, homogenizar y comparar el producto entre hospitales, en referencia con el conjunto, o hacia dentro de una institución en sí. La posibilidad de tomar inmediato conocimiento de los desvíos y actuar en consecuencia se convierte en un hecho a través de estas aplicaciones.

4.1 Gestión hospitalaria

Es en este punto donde los GRD mejor han demostrado sus amplias posibilidades como elemento estratégico. Se efectuará el análisis adoptando una estructura lógica similar al proceso de decisión al que debe servir el sistema de información: primeramente, conocer la producción y el funcionamiento del hospital; luego, detectar lo anómalo o inusual para emprender acciones correctivas de mejora, y por último incorporar el conocimiento adquirido en este proceso para influir prospectivamente en las formas de organización de la institución. Sus contribuciones a los procesos de gestión hospitalaria se focalizan en aportar información para:

- Conocer la actividad y funcionamiento hospitalario.
- Analizar qué casuística atiende el hospital.
- Analizar cómo funciona el hospital: ¿a qué costo?, ¿con qué calidad?

- Detectar lo inusual y monitorizar la evolución.
- Realizar comparaciones con otros centros.
- Modificar los comportamientos.
- Actuar sobre el futuro.

Suponga el lector que desea comparar el desempeño de los servicios de internación entre dos hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de similar perfil. ¿Qué indicadores de producto utilizaría para establecer la diferencia de desempeño?

Se seleccionaron para el ejemplo los hospitales Durand y Pirovano, con una producción de 10.753 egresos durante el año 2005, para el primero, y de 10.578 en el mismo año, para el segundo, analizando en cada uno de ellos los indicadores asistenciales clásicos, como se muestra en cuadro 2.

Del cuadro presentado, llama la atención la diferencia en la estancia media entre los 2 establecimientos, de 1.5 días por cada egreso. La primera pregunta que surge es la representatividad de esta diferencia, pero esto es imposible de determinar sólo con estos datos.

Para demostrar la utilidad de los GRD para este cometido, se desarrollará un caso de análisis comparativo; se seleccionaron para el mismo 5 causas de egreso en ambos hospitales que se ubicaban entre las primeras 15 en relación al número total de egresos (eliminando como causas las obstétricas y perinatológicas)

Un simple análisis del cuadro 3 permitiría concluir que la casuística entre ambos hospitales –acotada sólo a estos 6 diagnósticos, en una simplificación de la realidad y para abonar el ejemplo– es similar, ya que tienen similar número de egresos por diagnóstico, pero no es posible con estos datos confirmar esta diferencia ni tampoco evaluar el desempeño global o por diagnóstico de cada establecimiento.

Propóngase analizar en un escenario con GRD, bajo el supuesto de que existe un estándar (en este caso sería el de todos los hospitales de agudos del Gobierno de la CABA) y que se han podido clasificar los pacientes con este sistema.

En el cuadro 4 se ha construido en un escenario imaginario para ejemplificar el tema; muestra al Hospital Pirovano con una Estancia Media

Cuadro 1 Indicadores GRD

Indicador	Construcción	Referencia
Case Mix o Peso Medio del hospital	Cociente entre la sumatoria del PR de todos los egresos y la cantidad de egresos	Da una idea de la complejidad de los pacientes y el hospital. A mayor Case Mix mayor complejidad.
Case Mix o Peso Medio del área o región	Cociente entre la sumatoria del PR de todos los hospitales del área y la cantidad de hospitales de la misma.	Da una idea de la complejidad de los pacientes del área o región
Peso Relativo del hospital	Razón entre el Peso Medio del hospital y el Peso Medio del área o región a la que pertenece	Si es >1 la complejidad del hospital es mayor a la media (indica un mayor uso de recursos, mayor necesidad de financiación)
Estancia Media Bruta	Cociente entre el total de pacientes día del hospital y el total de egresos del mismo	Indica el promedio de estada que el hospital tiene en general. Es un indicador resumen del consumo de recursos.
Estancia Media por DRG	Pacientes día totales de un DRG dividido número de egresos del DRG, de un hospital	Indica el promedio de estada que el hospital tiene para cada DRG
Estancia Media Estándar (EME) o de referencia	Cociente entre la sumatoria de la EM del conjunto de hospitales y número de hospitales del área o región	Indica el promedio de estada que el área o región tiene (tiene mayor sentido si es para cada DRG). Puede considerarse sinónimo de “eficiencia estándar”
Índice de Estancia Media del hospital	Cociente entre la EM del hospital y la regional (o EME)	Da una idea de la eficiencia de ese hospital respecto de la Red de hospitales del área.
Estancia Media Ajustada por Casuística o EM para la Casuística Estándar (EMCM)	$EMCM_h = \frac{\sum (N_{is} * EM_{ih})}{\sum N_{is}}$ <p>Suma el producto entre el número de casos de cada DRG <i>del estándar</i> y la estancia media <i>del hospital</i>, y lo divide por el número de casos de cada DRG <i>del estándar</i></p>	EM que habría tenido el hospital tratando los pacientes del estándar con la EM por GRD propia del hospital, eliminado las diferencias de casuística como factor de confusión. El hospital con una EM ajustada por casuística superior a la EM del estándar consume mayor número de días de hospitalización que el estándar para tratar a los mismos tipos de pacientes
EM ajustada por funcionamiento (EMAF)	$EMF_h = \frac{\sum (N_{ih} * EM_{is})}{\sum N_{ih}}$ <p>Suma el producto entre el número de casos de cada DRG <i>del hospital</i> y la estancia media de ese DRG <i>en el estándar</i>, y lo divide por el número de casos de cada DRG <i>del hospital</i></p>	EM esperada del hospital tratando los pacientes que efectivamente ha tratado, pero con la EM por GRD propia del estándar. Si es >1 el hosp. tiene una mayor proporción de pacientes en GRD de larga EM que el estándar, es decir una casuística más compleja, valorando ésta según los días de hospitalización
Índice Case Mix	Razón entre la EMAF del hospital y la EM del estándar	Informa sobre la complejidad relativa de la casuística del hosp. respecto del estándar. Si es >1 está tratando mayor proporción de pacientes de alta EM que el estándar.
Índice funcional (IF)	Razón entre la EM del hospital ajustada por Casuística y la EM del estándar	Informa el patrón funcional del hospital respecto al estándar, dando una idea de su eficiencia relativa. Un IF >1 indica una menor eficiencia en la gestión de camas del hospital respecto al estándar. Un IF de 1,15 indica que el hospital precisa un 15 % más de días de cama para tratar igual casuística que el estándar.

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 2
Indicadores de Internación Hospitales Durand y Pirovano
CABA, Año 2005.

Hospital	Egresos	C.Disp.	Pac.Dia	% Ocupac.	ALOS	Mort.(%)	Giro Cama
Durand	10.753	310	244	78,8%	8,3	4,4	34,7
Pirovano	10.568	381	282	74,2%	9,8	4,4	27,8

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud, Gobierno de la CABA.

Cuadro 3
Indicadores de Internación en 5 causas de egreso seleccionadas
Hospitales Durand y Pirovano. CABA, Año 2005.

Categorías diagnósticas de tres dígitos.	Durand		Pirovano	
	Egresos N°	Estancia Media	Egresos N°	Estancia Media
I50 Insuficiencia cardíaca	157	15,1	139	11,6
J18 Neumonía, organismo no especificado	200	11,1	285	9,0
K35 Apendicitis aguda	169	4,2	94	4,6
K40 Hernia inguinal	147	3,8	179	3,2
K80 Colelitiasis	196	7,5	193	9,5
S72 Fractura del fémur	101	19,1	116	40,2

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud, Gobierno de la CABA.

Bruta (EMB) inferior en un 20% respecto del Durand, lo que podría indicar mayor eficiencia en su desenvolvimiento; pero al observar su índice *Case Mix* éste también es inferior (0.9 contra 1.4) lo que indicaría que en realidad este último atiende mayor complejidad de pacientes, de allí su mayor estancia. La EM ajustada al homogeneizar los casos señala que la diferencia no es tan grande, sólo se aproxima al 2% (11,8 contra 12). Por otra parte, el Hospital Durand parece ser en el ejemplo menos eficiente que el estándar del conjunto (1.12) pero más que el Pirovano, cuyo desempeño difiere en un 19% con el patrón (1.19). Y si se observa la competencia de cada establecimiento por cada GRD, también hay diferencias en el manejo de sus procesos, ya que el Hospital Durand muestra una mayor EM que el Pirovano para algunos grupos, y viceversa.

5. Aplicación de GRD: la situación en Argentina

La situación "macro" en el país no parece ser muy distinta a la del resto de América Latina; no se han relevado desarrollos integrados desde dependencias institucionales que, desde el Estado, utilicen sistemáticamente sistemas de *case mix* para gestionar, asignar recursos o para cualquiera de las aplicaciones que han sido discutidas.

Sí se han encontrado varias experiencias "micro" y alguna aplicación institucional aislada (caso Hospital Garrahan) que expresan un interés subyacente por el tema desde varios grupos de trabajo. Sin embargo éstas fueron desarrolladas con distintos enfoques, estrategia y metodología. No se ha podido establecer una relación entre ellos y no parece existir algún tipo de coordinación o "punto en común" que potencie los esfuerzos y recursos invertidos tras este propósito. Si bien no ha sido posible relevar *todas* estas experiencias (no hay mucha información publicada de las mismas) se señalarán aquellas de las que se poseen datos concretos.

En general, y tal como se ha efectuado en otros países las experiencias radican en la revisión retrospectiva de historias clínicas correspondientes a los pacientes egresados en un período, la obtención de un CMBD a partir de los datos que se encuentren en ellas, y la agrupación en GRD de esos pacientes. En un segundo paso, se elaboran indicadores basa-

dos en este sistema –pesos, estancias medias, etc.– para efectuar comparaciones, por último, con un estándar que en general es de España o alguna de sus Comunidades Autónomas, o de EEUU.

5.1 Experiencia de aplicación de GRD en 5 hospitales argentinos

En el marco del PRESSAL (Proyecto de Reforma del Sector Salud, programa financiado en forma conjunta entre el gobierno nacional y el Banco Mundial) se constató la aplicación de GRD en siete hospitales públicos argentinos a modo de ensayo. En tres de ellos desarrollados por dos consultoras privadas en proyectos de fortalecimiento institucional a hospitales de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires, y en cuatro hospitales de la Provincia de Santa Fe, en el marco del Programa de Transferencia Tecnológica también dependiente del PRESSAL.

Sánchez de León analiza el resultado de estas experiencias en la aplicación de los GRD en cinco hospitales: dos hospitales generales de agudos de mediana complejidad, el Evita Pueblo de Berazategui, Provincia de Buenos Aires, y el de Villa Constitución de Santa Fe; dos de la más alta complejidad en esta provincia, el Provincial de Rosario y el Cullen de la Ciudad de Santa Fe y el restante un monovalente de alta complejidad, el Hospital de Niños Alassia también de la Ciudad de Santa Fe.

En los cinco casos se trabajó con información de los egresos de los hospitales, disponible en bases de datos, de un período determinado (la mayoría de todo un año). Este trabajo retrospectivo consistió básicamente en el agrupamiento en GRD de todos los diagnósticos de egresos con sus procedimientos y las diferentes variables requeridas. En total se analizaron y se agruparon en GRD 35.937 egresos correspondientes al período enero a diciembre de 2000 para el caso de los hospitales de Santa Fe y de enero a julio del año 1998 para el caso del de la Provincia de Buenos Aires.

Entre las conclusiones del autor destacamos el hallazgo de un *case mix* (una complejidad media) del conjunto de estos hospitales argentinos muy inferior al estándar seleccionado para su comparación (España y País Vasco): 0,79 contra 1,39 de la Comunidad Autónoma Vasca y 1,42

Cuadro 4

Escenario GRD en 5 causas de egreso seleccionadas

Comparación Estancias Medias. Hospitales Durand y Pirovano. CABA, Año 2005.

	Durand	Pirovano
Estancia Media Bruta	11,20	8,90
Estancia Media Ajustada	12,00	11,80
Índice case Mix	1,40	0,90
Índice Funcional	1,12	1,19
GRD		
N DESCRIPCIÓN	Estancia Media Durand	Estancia Media Pirovano
127 Insuficiencia cardíaca y shock	15,10	11,60
89 Neumonía simple y pleuritis, edad mayor de 17 años con complicaciones	11,10	9,00
167 Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin complicaciones	4,20	4,60
162 Intervenciones de hernia inguinal y femoral sin complicaciones	3,80	3,20
787 Colectomía laparoscópica con exploración de vía biliar	7,50	9,50
235 Fractura de fémur	19,10	40,20

Fuente: Elaboración propia en base a Mercé Casas, *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Experiencia y perspectivas de utilización*. Ed Masson, Barcelona. 1991

de todos los hospitales españoles, casi el doble de la muestra nacional obtenida. De acuerdo a sus propios términos, “esta baja complejidad es debida a dos tipos de causas: las primeras atribuibles al propio *case mix* (casuística atendida) de cada hospital y las segundas a problemas relacionados con el registro hospitalario”

5.2 Experiencia en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Entre los años 1999 y 2002 se efectuaron experiencias operativas en 4 hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: Argerich, Fernández, Durand y Santojanni.

En aquella oportunidad se relevaron retrospectivamente 5.114 egresos a partir de los que se reconstruyó su CMBD, y luego se efectuó su correspondiente asignación a cada Grupo Relacionado por el Diagnóstico, con el objetivo de observar el comportamiento de estas instituciones en comparación a estándares internacionales (también aquí se utilizó una muestra de egresos del País Vasco y del Sistema Nacional de Salud de España). Se elaboraron los informes pertinentes, y en algunos casos, como el del Hospital Durand –a partir de que en ese establecimiento existe una adecuada contabilidad de costos– se pudo establecer hasta una relación entre los costos de sus GRD y el estándar utilizado; pero la actividad no tuvo continuidad, y hasta la fecha no se han relevado publicaciones de avance alguno.

El análisis de los resultados no se incorpora por exceder los límites propuestos para este trabajo, pero se destaca una coincidencia con lo observado por Sánchez de León en relación a la casuística o complejidad obtenida (*case mix*): en la mayoría de los casos es sensiblemente inferior a la del estándar seleccionado.

Leading case: Hospital Garrahan

El Hospital Nacional de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” gestiona sus servicios en base a los GRD.

Desde el año 1995 se efectuaron trabajos de codificación retrospectiva a partir de las historias clínica para extraer el registro CMBD de los egresos, experiencia que, al igual que en otros casos relevados, se efectuó con apoyo técnico de expertos españoles, enviando a este país los datos para agrupar los GRD.

Ya en el año 1999 se había optimizado el proceso y se disponía de una Epicrisis adecuada y codificada en base a CIE 9 CM a partir de la cual se comenzó el agrupamiento local adquiriéndose la licencia del Agrupador AP-DRG en su Versión 10.0. Es interesante observar cómo se hizo la transición del registro de procedimientos, ya que en principio se codificaban con CIE 9 CM sólo aquellos que iban destinados al CMBD de los egresos y eran útiles para agrupar un GRD, y actualmente se consignan todos con esta codificación.

Actualmente hay una estación de PC para el ingreso de datos en cada sala, una historia clínica única, y un registro permanente in situ de diagnósticos de los internados que efectúan los propios médicos, lo que enriquece la base (el CMBD del hospital prevé hasta 15 diagnósticos y 15 procedimientos). La codificación de éstos se realiza luego por técnicos expertos en la materia –codificadores– y el área de Sistemas completa el procedimiento de agrupamiento, ya con herramientas de última generación, pues acaba de adquirir la licencia de la Versión AP-DRG 18.0. Luego se procesa la información desde la unidad de Organización y Métodos del hospital, donde se efectúan reportes, recomendaciones, discusión de resultados con los servicios, sugerencias de modificaciones, etc.

Como dato relevante de la experiencia se destaca que luego de 5 años de ejercicio con el sistema, el hospital ha desarrollado estándares propios en algunos grupos, en especial en su estancia media, hecho que va definiendo el perfil de una versión más realista y adaptada a sus características propias, y seguramente más acorde a la morbilidad de la población que asiste.

6. Metodología para la implementación de un sistema GRD.

Se aborda en este ítem la propuesta de una serie de pasos a modo de guía básica para implementar un sistema GRD, y aunque no existen “manuales” ni procedimientos taxativos o excluyentes, la secuencia presentada seguramente servirá como eje orientador al momento de pensar por dónde se empieza. La misma está basada en el documento “GRD Para Ajustar los Mecanismos de Pago a los Proveedores de los Sistemas de Salud” de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, y consta de 7 pasos:

Paso 1: Definición de los objetivos del Sistema de GRD

El alcance del sistema GRD dentro del sistema de salud dependerá principalmente de los objetivos del mismo. Aunque el uso principal de este sistema de clasificación es como método de pago prospectivo –tal como se vio en este trabajo– este uso es determinado por el sistema de salud: proporcionar insumos para elaborar presupuestos hospitalarios (modelo español), proveer información asistencial para los médicos en la gestión clínica, o el desempeño hospitalario, por ejemplo, aunque la lista es más extensa.

Cada uso tendrá particularidades y niveles en la metodología de implementación, por lo que esta definición de objetivos será necesariamente el primer paso de la implementación.

Paso 2: Análisis de factibilidad

Debe efectuarse en conjunto a la determinación de la capacidad del sistema de información para describir y analizar la actividad hospitalaria. El requisito principal que debe cumplir el sistema de información para ser utilizado con GRD es definir y homologar el CMBD. En esta etapa deberá definirse además cómo unificar toda la información, que aunque la mayoría de las veces existe, está desperdigada dentro del hospital, localizada en áreas o servicios diferentes, y con diferente organización en el flujo de datos.

Esta etapa requiere de un claro diagnóstico de situación local (dentro del mismo hospital) que debería considerar al menos:

- Identificación de los datos que se recogen de los egresos.
- Forma de recolección del CMBD: formularios en uso, *flujo de datos*.
- Personal que participa, grado de capacitación, compromiso con la tarea.
- Grado de automatización (sistemas informáticos).
- Tratamiento de los datos.

Codificación: ¿quién codifica, cómo (manual o asistido por computadora), con qué sistema (tanto para diagnósticos como para procedimientos), qué grado de entrenamiento tiene?

Validación: ¿son coherentes?

Complejidad: ¿están todos los requeridos por el informe de hospitalización?

- Información médica.

¿Hay normas de recolección y registro?

¿Los médicos están comprometidos con la información?

¿Hay supervisión desde los responsables médicos?

¿Están capacitados los médicos en áreas del conocimiento relacionadas a la información médica?

Paso 3: Elección del Sistema de Clasificación de Pacientes

Una vez que se tenga el CMBD se procede a establecer la forma en que la información será agrupada sistemáticamente, es decir cuáles serán los lineamientos para codificar los diagnósticos y los procedimientos, los pilares fundamentales para constituir luego los GRD. Para el diagnóstico siempre se utiliza la CIE, y para los procedimientos hay un sinnúmero de métodos, para lo que hay que tener en cuenta que no todos son comparables internacionalmente. Recuérdese que hay agrupadores que han sido desarrollados para adaptarse a cualquier sistema de codificación que se utilice (IR-GRD o GRD Internacional Refinados de

3M) aunque por su alcance y completitud es recomendable, para los procedimientos, utilizar CIE 9 CM, y para los diagnósticos, homologar la versión de la CIE que utilice el país (CIE 9 o CIE 10).

Paso 4: Nivel de implementación

Esta etapa se refiere al alcance que tendrá el sistema de clasificación basado en los GRD dentro del sistema de salud (local, regional, nacional, ámbito público, campo de la seguridad social, etc.). Implica el análisis del funcionamiento del sistema de salud y la organización de los prestadores u hospitales en los que se implementará el sistema GRD.

Paso 5: Integración de los componentes

El sistema de información implementado debe permitir la medición de producto final hospitalario (egresos) incluyendo todos los instrumentos que facilitan la medición de la complejidad y variedad de patologías de los pacientes. Para que esto sea posible, debe existir una adecuada integración de las partes involucradas:

- El personal médico que atiende a los pacientes y que origina la información a través que hace posible el desarrollo del sistema de medición del producto hospitalario consignando los diagnósticos y los procedimientos.
- Los codificadores que son los encargados de traducir la información clínica generada por los médicos a códigos lo cual permitirá procesar los datos de egresos y disponer de información homogénea.
- Los operarios del sistema de información que son los que manejan el sistema de GRD para la obtención de estadísticas e indicadores sobre la actividad realizada en los hospitales.
- El personal directivo de los servicios que utilizarán la información para su gestión y los máximos responsables institucionales para el planeamiento y la financiación.

Paso 6: Operación del sistema

En esta fase se consideran aspectos como el monitoreo y seguimiento de los hospitales que ya tienen implementado el sistema de información por GRD para conocer la situación de la operación del software, la identificación de los problemas que pudieran ir surgiendo y la atención a las dudas que existan respecto a la interpretación de la información, cualquiera sea el nivel (personal médico, codificadores, gestores clínicos, personal directivo, etc.).

De acuerdo con la experiencia y los resultados obtenidos durante la implementación se identificarán los aciertos y obstáculos generados para corregir y mejorar el funcionamiento del sistema.

Paso 7: Consolidación de largo plazo

Se suele sugerir, para consolidar el proyecto en el largo plazo y garantizar el uso efectivo de los GRD en la toma de decisiones, la realización de auditorías del proceso y verificación de la calidad de la información, muchas veces a través de organismos independientes. La capacitación continua de la generación y en el uso de la información de GRD en los hospitales asegura el funcionamiento correcto del sistema. Otro punto importante consiste en realizar la actualización de las codificaciones de diagnósticos y procedimientos, para to-

mar en cuenta el surgimiento de nuevas enfermedades, así como avances en los sistemas de codificación.

7. conclusiones

Más allá de la metodología presentada, útil para un abordaje general del tema, es indispensable referirse a cuestiones medulares a tener en cuenta si se piensa en la implementación de los GRD en nuestro país. Algunas de ellas posiblemente de resolución práctica y operativa, que no requieren más que un conjunto de decisiones para modificarlas, mientras otras plantean un verdadero desafío.

La primera cuestión a la que se hará referencia es el sistema de codificación para la notificación de enfermedades en Argentina, que ha adoptado plenamente la CIE 10^o Revisión, utilizada también para la codificación de los egresos. No debería ser un obstáculo, a partir del desarrollo de las últimas versiones de los GRD cuyo CMBD acepta dicha clasificación. Algo más complicado sería el tratamiento del sistema de codificación de los procedimientos, ya que no todas las jurisdicciones utilizan el mismo sistema en el país, lo que requeriría adaptar, homologar y capacitar con eje en una clasificación común como esfuerzo operativo.

Otro obstáculo –menor– es la cantidad de casilleros contemplados para los diagnósticos y los procedimientos en los formularios “Informe de Hospitalización” utilizados en todo el país, que resultan insuficientes para un CMBD destinado a agrupar pacientes en GRD.

La organización de algunos hospitales “por cuidados progresivos” ha provocado la desaparición o desdibujamiento de los servicios médicos, dificultando la asignación de responsabilidades por centros de costos o

unidades de procesos, en definitiva de la gestión, y resultando imposible la comparación entre servicios de diferentes hospitales.

Pero las cuestiones fundamentales que aparecen como obstáculo en nuestro país radican en la “cultura del registro” del mundo prestador, con historias clínicas, epícrisis, o informes de hospitalización confeccionados con letras ilegibles, con escaso conocimiento de las variedades diagnósticas para registrar (desconocimiento de las nomenclaturas, más allá de los códigos) y la mayoría de las veces intermediados por personal administrativo. La formación de pregrado, incluso las residencias médicas, no destinan a esta materia la carga docente ni el interés que se requiere para desarrollar registros médicos de calidad.

Tampoco aparece como menor el grado de interés que los responsables de gestionar (establecimientos o servicios) demuestran por la información de producción hospitalaria, no ya de medidas complejas como los Sistemas de Clasificación de Pacientes sino desde indicadores tan simples como el promedio de estancia o un listado de frecuencia de diagnósticos.

Por último, no parecen estar suficientemente organizados los circuitos de datos-registro-información en el sector prestador como para asegurar confiabilidad en el proceso.

La sistematización de las observaciones mencionadas surge como una interesante línea de investigación (no se han encontrado muchas comunicaciones al respecto) y podría constituirse en la construcción de una sólida base para aprender y emprender el camino de la instrumentación de herramientas de gestión en base a Sistemas de Clasificación de Pacientes como los GRD, en los hospitales.

Bibliografía

- AEN. PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL, Informe sobre la Salud Mental en España, 2001, en www.asoc-aen-es/aw/cas/documentos/generales, 24/06/05
- ARDUINO MARGARITA, GINÉS ANGEL, PORCIÚNCULA HORACIO, La Reforma psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa de Salud Mental en Uruguay, en Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 64 N° 2, pags 302-316, Agosto 2000. Uruguay
- BACHRACH LL, RICHARD LAMB. Some Perspectives On Deinstitutionalization, Psychiatric Services 2001, Vol. 52 No. 8, pp.-1039-1045.
- BARRACO ANGEL, La ley de la locura, Pagina 12, suplemento Psicología, 27/10/05
- BARRIONUEVO, HUGO. Gestión Del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental, Ediciones Isalud, 2004.
- BARRIONUEVO, HUGO. Indicadores de Accesibilidad y desempeño de la internación psiquiátrica. Revista Vertex N° 65, Vol XVII, p. 48-54, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2006
- BUGLIOLI y Cols. Modalidades de pago en la atención Médica. Revista Médica de Uruguay, Vol. 18 N° 3, pag. 205, diciembre 2002
- CARPINTERO E., y VAINER A., Las Huellas De La Memoria, Tomo 1, y 2 Editorial Topia, Buenos Aires, 2005
- CARULLA, LUIS, BULBENA, A et. Al. La Salud Mental en España: Cententa en el país de las Maravillas, Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, SESPAS 2002.
- DE LA MATA RUIZ, IVAN. El Modelo Catalán de la Salud Mental: El mito de la gestión privada, 1º Congreso Virtual de Psiquiatría del 1º febrero al 15 de marzo del 2000. Biblioteca Virtual TOP
- DESVIAT M., Tendencias en Psiquiatría comunitaria, o ¿dónde podemos ir?, Revista Rehabilitación Psicosocial, 2004, N° 1, Vol 1, ppg. 30-33
- DYER CLARE, UK government scraps Mental Health Hill. Revista British Medical Journal, N° 332, pp. 748, del 1 de abril del 2006.
- FELDMAN NÉSTOR, Hospital de Día Polivalente, Trabajo de Especialización Sistemas de Salud y Seguridad Social 2004, Fundación ISALUD, Instituto Universitario.
- FERNÁNDEZ BRUNO MÓNICA y GABAY P. Rehabilitación Psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves. Editorial Polemos, 2003 Buenos Aires.
- FOUCAULT M. El Gran Encierro, en Historia de la Locura en la Época Clásica. Fondo de Cultura Económica, México, 1986. Pp.-75-125
- GALENDE EMILIANO. Población segregada y custodiada, Sobre los neuropsiquiátricos porteños. Pagina 12., Suplemento Psicología, 05/01/06 Buenos Aires
- GONZALEZ GARCIA, GINÉS, TOBAR FEDERICO, Salud Para Los Argentinos, Fundación Isalud ediciones, 2004
- GUEDES ARROYO LUIS CESAR, El Tratamiento Moral, Experiencia Roballos, Comunidad Terapéutica. Vinciguerra 2005, pp.12-22, 51-52
- MAYOU R., The History of General Hospital Psychiatry, Revista British Journal of Psychiatry, 1989, N° 155, pp. 764-776
- NACIONES UNIDAS, Informe De La Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento: Hacia Una Estrategia Regional De Implementación Para América Latina Y El Caribe Del Plan De Acción Internacional De Madrid Sobre El Envejecimiento Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003, LC/L. 2079, 26/02/04
- PELLEGRINI JORGE L.. Antecedentes Institucionales capítulo 1; Capítulo 3 La Resistencia, pp.79-93, Capítulo 4 Grupalidad institucional y acompañamiento como herramientas del cambio, ppb.95-110, en Cuando El Manicomio Ya No Esta Fundación Gerónima San Luis, 2005.
- PELLEGRINI JORGE, Sobre las internaciones psiquiátricas. Revista Vertex, Vol. XVII, N° 68, POLEMOS, Buenos Aires, 2006, Pág. 311-317
- RODRÍGUEZ GONZALEZ, A. Atención Psicosocial para la persona con enfermedad mental crónica: presente y futuro. En Jornadas sobre Salud Mental, Problemas de adaptación e Integración social de las persona con enfermedad mental crónica, 2002. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, pp.78-79

- RODRIGUEZ TELLECHEA, Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. II JORNADAS NACIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL, 20 y 21 de noviembre de 2006, Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.
- ROSENHECK, Robert, Back to the Future: Funding, Integrating and Improving Mental Health Services, Revista Psychiatric Services, Vol 55, N° 10, octubre 2004, en [www. Ps.psychiatryonline.org](http://www.Ps.psychiatryonline.org)
- SALAZAR ISABEL. El Modelo Gallego De Atención A La Salud Mental, Revista Goze, Vol. III N° 9 junio 2000, Pág. 39-44
- TALBOTT, J., Improving Care for the Chronic Mentally Ill patient: A Policy Perspective, en CUMMINGS N., O'DONOHUE: Universal Healthcare: Readings For the Mental Health professional, 2005.
- THORNICROFT ,G, TANSELLA M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care, British Journal of Psychiatry, 2004, N° 185, pp. 283-290, Londres.
- TORRES RUBEN, Mitos Y Realidades De Las Obras Sociales En La Argentina, Ediciones Isalud, Buenos Aires, 2004.
- TORRICELLI FLAVIA, BARCALA ALEJANDRA, Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires, en Vertex, VII XV, N° 55, pp.10-19, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2004
- VISACOVSKY SERGIO, EL LANUS, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2002.