

## Grupos relacionados por el diagnóstico

SILVANA G. L. SALERNO\*, JOSÉ G. MUÑOZ\*, MIRTA N. CALVAGNO\*, LILIA RABINOVITZ\*

La implementación de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) aborda la evolución de la organización del trabajo en los hospitales y consecuentemente, de sus sistemas de información de costos.<sup>1</sup>

En el ámbito hospitalario la actividad se ha medido durante mucho tiempo a través de indicadores cuantitativos, como la estadía o el número de consultas sin considerar ningún componente clínico. A finales de la década de 1970 se ponen a disposición de los hospitales herramientas de medición del producto hospitalario basadas en parámetros clínicos, para ello se desarrolló el concepto de casuística hospitalaria (*"case mix"*), ésta representa las respuestas del hospital a las diversas patologías que atiende, basándose en que si se pueden medir sus requerimientos, se podrán prever las necesidades asistenciales de los servicios hospitalarios.<sup>2</sup>

A grandes rasgos, podemos decir que en un hospital existen dos sistemas de información: uno de tipo clínico-asistencial, que permite agrupar a los pacientes para conocer la producción y *"case mix"* hospitalario y otro de contabilidad analítica donde se registran y asignan costos. La integración de ambos sistemas es la base de la gestión y costos por proceso.<sup>2</sup>

En distintos países, por ejemplo en EE.UU., país pionero en el tema los GRD, aparecen a mediados de los años sesenta, fueron desarrollados por el *Health Systems Management Group* en la Universidad de Yale, su objetivo era crear un sistema de clasificación de pacientes (SCP) que permitiera el tratamiento informático de los datos y la obtención de indicadores para evaluar la calidad de la asistencia a los pacientes y el consumo de los servicios prestados por los establecimientos de salud.

Es así como Francia comienza a utilizarlos en 1989, y por ley desde 1991, cada hospital debe proceder a la evaluación y análisis de su actividad mediante el RSS (Resumen de Alta Estandarizado - *Résumé de Sortie Standardisé*), que tiene por finalidad identificar los actos médicos realizados durante la estadía del paciente y medir el consumo de recursos hu-

manos y materiales que se realiza mediante el ICR (Índice de Costo Relativo), compuesto de tres subíndices: el IAM (Índice de Actividad Médica), el IAS (Índice de Actividad de Cuidados) y el ICRM (Índice de Consumos de Recursos Materiales) y debe tener la clasificación de los GHM (Grupos Homogéneos y de enfermos - *Groupes Homogènes de Malades*), que depende del RSA (Resumen de Alta Anónimo - *Résumé de Sortie Anonyme*). Los RSA hacen que se pueda agrupar a los pacientes que hayan consumido cantidades equivalentes de cuidados. Una vez que se tiene la clasificación del paciente por GHM permite agrupar en un solo indicador la medida de actividad de un hospital.

En Argentina, el Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan codifica los diagnósticos principales y secundarios con los procedimientos de egresos, según la CIE 9.MC y luego utiliza el sistema de clasificación de pacientes GRD con el AP-GRD (*All patient GRD*).<sup>3</sup> El Hospital Italiano de Buenos Aires también utiliza los GRD, validando con el IRP desde el año 2003.

Este sistema también está implementado en otros países como Inglaterra, Italia, España, Chile, Uruguay,<sup>4</sup> etc.

El GRD es un sistema de clasificación que agrupa a los pacientes que se internan en un hospital en base a sus características clínicas y su consumo de recursos, o sea que utilizan similares costos durante su internación, asignándole un GRD por paciente admitido. Son necesarios sistemas de informatización para identificar y asignar un costo a las intervenciones clínicas y evaluar los recursos necesarios en el tratamiento de los pacientes y los resultados clínicos obtenidos. El GRD es un modelo categórico que usa una combinación de características individuales de los pacientes (como las incluidas en la CIE) y procedimientos, y los ordena en grupos clínica y financieramente homogéneos.<sup>5</sup>

\* División Arancelamiento y Auditoría Médica. Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

**ATRIBUTOS BÁSICOS DE CADA GRD:**

- Descripción en términos médicos.
- Pertenencia a una categoría diagnóstica mayor (CDM).
- Pertenencia a un tipo de episodio: quirúrgico, clínico.
- Asignación de un peso relativo: valor que expresa el costo relativo medio esperado de los pacientes de cada GRD respecto al costo promedio de toda la hospitalización.<sup>6</sup>

El uso principal de los GRD es un método de pago prospectivo a los hospitales, pero permite elaborar presupuestos de salud útiles bajo diferentes mecanismos de pago (informa sobre el uso de los recursos, estimaciones de costos, registros hospitalarios).

Otros objetivos son la gestión clínica que asegura la participación de los médicos en la administración de los recursos utilizados en el tratamiento de los pacientes, la planificación presupuestaria que sirve para comparar la información sobre los recursos y los resultados del hospital, la que puede ser utilizada para seleccionar a los proveedores de los servicios y el desempeño hospitalario que puede servir para mejorar la calidad e identificar las causas de éxito en los hospitales.<sup>7</sup>

**CDM (Categoría Diagnóstica Mayor):** Agrupación en grandes categorías, mutuamente excluyentes, según órganos o sistemas afectados, a partir del diagnóstico principal del episodio. Hay 25 CDM.

**EM (Estadía Media):** Relación entre las estadías de pacientes en un determinado grupo de enfermos o período (media aritmética de la estadía).

**Case Mix:** Indicador de complejidad de la casuística, midiendo la complejidad de cada GRD según su EM en el estándar.

**PR (Peso Relativo):** Indicador de complejidad de la casuística, midiendo la complejidad de cada GRD según su peso relativo de costo americano. Es la razón entre el Peso Medio del hospital y el Peso Medio del estándar (es la base 1.00). Si es mayor a 1 la casuística es de mayor complejidad media, en costo, que la estándar. Si es menor a 1 la casuística es de menor complejidad media, en costo, que la estándar.<sup>5</sup>

**CC:** Complicación.

**CO:** Comorbilidad.

**CIE-9-MC:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica.

**CMDB:** Conjuntos mínimos de datos básicos.

Para poder realizar los GRD en una institución son necesarios los siguientes materiales:

- Hojas de egresos y/o historias clínicas, recopilando los CMDB: edad, estadía, sexo, circunstancias del alta (si el paciente está vivo o fallecido, si se traslada a otro hospital, etc.), diagnóstico principal (el motivo del ingreso), intervenciones u otros procedimientos realizados durante el ingreso, diagnósticos secundarios que coexisten con el principal en el momento del ingreso o se desarrollan durante el mismo, CO y CC.
- CIE 9 (2010-9 ICD-CM Volumen 1), para la codificación de los diagnósticos principales y secundarios.<sup>8</sup>
- Codificación 2008-9 ICD-CM Volumen 3, para obtener los códigos de los procedimientos.<sup>8</sup>
- IRP (*Innovative resources for payors*) es el agrupador en GRD de los pacientes.<sup>9,10</sup>

Realizamos en el Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez la recopilación de 650 pacientes del mes de enero de 2009 y les aplicamos el GRD, y a modo de ejemplo mostramos la agrupación en GRD de una patología clínica, deshidratación por diarrea y vómitos, sin CO ni CC cuyo número de GRD corresponde al 641, y dos quirúrgicas, apendicitis cuyo GRD es 343 y cirugía de Tetralogía de Fallot, cuyo GRD es 228. La apendicitis tiene un peso relativo de 0,93 y la cirugía de Tetralogía de Fallot de 7.5401, y sus estadías medias son de 2,97 días y 7 días respectivamente; en los casos de deshidratación por diarrea y vómitos el peso relativo es de 0,68 y la estadía media es de 3,73 días. Esto permite comparar la estadía media de cada patología según su GRD, con otros establecimientos, ya sea de este país o de otros. También ver que los PR son más altos a medida que la patología es más compleja y por lo tanto va a tener mayor estadía y mayor consumo de recursos.

Si comparamos los costos de las internaciones de estos GRD vemos que a medida que el PR es mayor el costo también lo es (para el PR 0,68 el costo es \$ 3.574,19; para el PR 0,93 es \$ 4.888,86 y para el PR 7,5401 es \$ 39.383). Cuando un establecimiento tiene un alto número de pacientes con PR superiores a 5, las patologías que se internan son más complejas, requieren mayor tiempo de estadía y mayor cantidad de procedimientos, aumentando los consumos.

De esta manera la clasificación de los pacientes por GRD nos permite obtener previamente el porcentaje de pacientes con PR menor de 1 (son de relativa baja complejidad) entre 1 y 5 (de mediana complejidad) y mayor de 5 (de alta complejidad) y así poder calcular los insumos necesarios para el próximo año.

## CONCLUSIONES

Es posible implementar el sistema de GRD a nivel hospitalario, ya que es una herramienta válida para el análisis de eficiencia y rediseño del proceso asistencial, útil para demostrar la complejidad hospitalaria y poder reclamar el presupuesto adecuado por complejidad.

Podemos comparar nuestros datos con otros establecimientos y con otros países. Se pueden realizar adaptaciones locales, en su aplicación, y su utilización puede extenderse a otras instituciones de nuestro ámbito ya sean públicas o privadas. Pero todo esto dependerá de la aceptación que tenga, basándose en que se comprenda bien que es beneficioso, ya que permite medir a las instituciones por las patologías de los pacientes atendidos y no por su número, pudiéndose reclamar más presupuesto o simplemente saber cuáles son las enfermedades prevalentes cada año, y su costo a nivel hospitalario, poder calcularlo y conocer cuáles de ellas se han dejado de atender y por especialidad, conociéndose si las enfermedades corresponden al nivel hospitalario según su complejidad.

Muchos países, usan estas mediciones con fines de reestructuración hospitalaria y no de costos; esto dependerá de las políticas de salud de cada país y su utilización llevará a la mejora de la calidad y eficiencia de la atención médica.

En definitiva, para su implementación es necesario garantizar el uso efectivo de los GRD en la toma de decisiones, verificar la calidad de la información y la capacitación continua en su uso y actualizar las codificaciones de diagnósticos y procedimientos, tomando en cuenta el surgimiento de nuevas enfermedades, nuevas tecnologías y nuevos sistemas de codificaciones.<sup>7,11,12</sup>

## BIBLIOGRAFIA

1. Dueñas Ramia G. Dirección de hospitales por producto. Nuevas metodologías de cálculo y análisis de costo; Jornadas de Ciencias Económicas 2002, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza; Agosto de 2002; XXV Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos (IAPUCO), realizado en la Ciudad de Buenos Aires en octubre 2002.
2. Martínez RA. Clasificación mediante Grupos relacionados con el diagnóstico de pacientes diagnosticados de pancreatitis. *Med Intensiva* 2003; 27(2):77-9.
3. Rodríguez J. Resúmenes de la SLAIP, P56. Los grupos relacionados con el diagnóstico como instrumento de gestión y variabilidad del GRD774. *Arch Argent Pediatr* 2002;100(3).
4. Paolillo E y col. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Experiencia con IR-GRD en el Sanatorio Americano. *Rev Med Urug* 2008; 24:257-265.
5. Carnero Gómez R, Rodríguez Barrios J. Impacto de los GRD en los medical devices. *Rev Economía de la Salud* 2006;5(4).
6. Aranguren E, Rezzónico RA. Auditoría Médica, Garantía de calidad en la atención de la salud. Tomo III; Editorial Favalaro. Argentina, 1999.
7. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Los GRD para ajustar los mecanismos de pago a los proveedores de los sistemas de salud. CISS/WP/0512, responsables para comentarios o sugerencias. Martha Miranda mmi-randa@ciess.org.mx o Lilia Cortez lcortez@ciess.org.mx, México, Noviembre 2005.
8. Clasificación Internacional de la Enfermedades 9, códigos diagnósticos y de procedimientos, www.icd9data.com.
9. Innovative resources for payors. [2007; cited 2009-10/10/2009]; Available from: <http://www.irp.com/>.
10. López G y colab. Implementation and validation of a tool for the automatic calculation of DRG; Department of Health Informatics, Hospital Italiano de Buenos Aires.
11. Cabo SJ. Gestión Sanitaria GRD. ¿Qué son los GRD?; gestion-sanitaria.com GRD. CEF gestion-sanitaria.com/GRD-grupos-relacionados-diagnostico. 2006. UDIM. Universidad a distancia de Madrid.
12. Laguna J, López Arbeloa G. Manual de descripción de los grupos relacionados con el diagnóstico (AP-GRD-v21.0); Osakidetza, Fundación Signo, Servicio vasco de salud, España, Noviembre 2007.