

# Especialización en Economía y Gestión de la Salud

## Trabajo Final de Especialización

Autor: Edgardo Von Euw

### **SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES**

Experiencias y perspectivas de utilización de los Grupos  
Relacionados de Diagnóstico

2006

*Citar como:* Von Euw, E. (2006). Sistemas de clasificación de pacientes: experiencias y perspectivas de utilización de los Grupos Relacionados de Diagnóstico. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUCCIÓN.                                                                         | 4  |
| 1.1. Planteo del Problema.                                                               | 4  |
| 1.2. Objetivos.                                                                          | 6  |
| 1.3. Metodología.                                                                        | 6  |
| 2. CONCEPTOS FUNDAMENTALES PARA LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES.                           | 8  |
| 2.1. Lenguajes de especialidad.                                                          | 8  |
| 2.2. Lenguajes médicos, codificación, clasificaciones.                                   | 10 |
| 2.2.1. Nomenclaturas o Tesoros.                                                          | 10 |
| 2.2.2. Clasificaciones.                                                                  | 11 |
| - Concepto, historia, evolución de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). | 12 |
| 2.2.3. Agrupamientos.                                                                    | 14 |
| - El Producto Hospitalario.                                                              | 16 |
| - La medición del Producto Hospitalario. El Case Mix.                                    | 17 |
| - Sistemas de Clasificación de Pacientes.                                                | 18 |
| 2.2.4. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico.                                       | 20 |
| - Descripción y Construcción de los grupos.                                              | 23 |
| - Tipos de GRD desarrollados.                                                            | 29 |
| 3. GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.                                                      | 32 |
| 3.1. Los tres ámbitos de la gestión en Sanidad: Macro, meso y micro.                     | 32 |
| 3.2. Implicancia macro de la microgestión.                                               | 33 |
| 3.3. Requerimientos de un Sistema de Gestión Clínica.                                    | 34 |
| - Responsable de la gestión.                                                             | 36 |
| - Recursos humanos.                                                                      | 37 |
| - Producto Identificable.                                                                | 37 |
| - Recursos Económicos.                                                                   | 38 |
| - Resultados medibles.                                                                   | 38 |
| 3.3.1. Los GRD como instrumento de Gestión.                                              | 39 |
| 3.3.2. Indicadores en base a los GRD.                                                    | 40 |
| 3.3.3. Gestión Hospitalaria.                                                             | 43 |
| - Conocer la Actividad y Funcionamiento Hospitalario.                                    | 43 |
| - Detectar lo inusual.                                                                   | 45 |
| - Modificar los comportamientos.                                                         | 50 |
| - Actuar sobre el futuro.                                                                | 50 |



|      |                                                                                                       |    |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.   | USO Y APLICACIÓN DE LOS GRD EN DIFERENTES PAÍSES.                                                     | 51 |
| 4.1. | Uso y aplicación GRD en los países del mundo.                                                         | 51 |
| 4.2. | La situación en Latinoamérica.                                                                        | 57 |
| 4.3. | La situación en Argentina.                                                                            | 58 |
| —    | Experiencia de aplicación de GRD en 5 hospitales argentinos.                                          | 59 |
| —    | Experiencia en Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires.                                      | 60 |
| —    | Caso de una Emp. de Medicina Prepaga: Provincia Servicios de Salud S.A.                               | 61 |
| —    | Leading Case: Hospital Garrahan.                                                                      | 62 |
| 5.   | POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD Y GRD.                                                                    | 65 |
| 5.1. | Plan Federal de Salud.                                                                                | 65 |
| 5.2. | Sistema Nacional de Información de Salud.                                                             | 67 |
| 5.3. | ProSEPU - Programa de Apoyo al Sector Sanitario Público Argentino.                                    | 70 |
| 5.4. | Superintendencia de Servicios de Salud. El Programa PASOS.                                            | 71 |
| 6.   | LA MEDICIÓN DEL PRODUCTO HOSPITALARIO EN LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA). | 76 |
| 7.   | METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA GRD.                                                      | 80 |
| 7.1. | Definición de los objetivos del Sistema de GRD.                                                       | 80 |
| 7.2. | Análisis de factibilidad.                                                                             | 80 |
| 7.3. | Elección del Sistema de Clasificación de Pacientes.                                                   | 81 |
| 7.4. | Nivel de implementación.                                                                              | 82 |
| 7.5. | Integración de los componentes.                                                                       | 82 |
| 7.6. | Operación del Sistema.                                                                                | 83 |
| 7.7. | Consolidación de largo plazo.                                                                         | 83 |
| 8.   | CONCLUSIONES.                                                                                         | 84 |
| 9.   | BIBLIOGRAFÍA.                                                                                         | 95 |

## 1. INTRODUCCIÓN.

### 1.1. Planteo del Problema.

Este trabajo se desarrolla en el contexto de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud como uno de sus productos finales, y el propósito pedagógico definido para el mismo es el de integrar los conocimientos adquiridos durante el curso

Se enfocará como tema central los Sistemas de Clasificación de Pacientes y en especial los Grupos Relacionados con el Diagnóstico –expresados en muchas fuentes como “Grupos Relacionados por el Diagnóstico”, “Grupos Relacionados de Diagnóstico” o “Grupos Diagnósticos Relacionados” y que en adelante en este trabajo se denominarán como “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? Se confrontarán los GRD con otros métodos en uso para medir producción hospitalaria, procurando demostrar que este sistema representa la mejor alternativa entre las conocidas para expresar el Case Mix.

Durante su desarrollo se intentará analizar el origen, uso e implicancias de los GRD, su significación como método para medir producción, y su estrecha relación con la codificación de la información médica o vocabularios médicos, tema en el que se hará una desagregación algo más profunda.

Se efectuará una aproximación al modelo de producción hospitalaria y a su producto como expresión del proceso asistencial.

El tema de la Gestión Sanitaria y la importancia de la información que los GRD aportan para su éxito será abordado desde sus niveles macro, meso y micro, procurando establecer particularmente la relación con este último y su impacto en el sistema sanitario. También su valor y potencialidad como instrumento de gestión será abordado dentro de este entorno.

Se establecerá el estado de los GRD en los países del mundo, y el análisis incluirá una proyección hacia escenarios más próximos, tanto regionales como locales, incluyéndose un relevamiento de las experiencias desarrolladas en el país con GRD, tanto desde el Estado como a partir de algunas iniciativas privadas.

Serán relevadas las políticas definidas por el Estado en esta materia (herramientas de información para la gestión en atención de la salud) y los pasos concretos que se han dado en esa dirección desde algunos organismos públicos.

Se expondrán los resultados de un relevamiento efectuado, en relación a los aspectos concernientes a la medida de su producción, en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

Seguidamente, se propone una serie de pasos metodológicos para la implementación de un sistema de información basado en GRD, donde se analizan las dificultades a las que se deberá enfrentar el sistema sanitario como un desafío para avanzar hacia la adopción de estos métodos de medición, y finalmente, se intentará dejar instalada la cuestión que se entiende como central en este proceso: la necesidad de que se constituya una "masa crítica" en relación al tema, de desmitificarlo y entender que los Sistemas de Clasificación de Pacientes no son la panacea pero constituyen una herramienta útil y eficaz –hoy, la más conocida, probada y difundida- para medir la

producción asistencial y asignar eficientemente recursos en atención de la salud; y, por sobre todas las cosas, que "es posible" trabajar para su implementación y lograrlo a nivel local.

## **1.2. Objetivos.**

El principal objetivo de este trabajo es exponer las ventajas 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.

Como objetivos secundarios, se propone

- exponer qué son los GRD y la potencia de la información que brindan como instrumento de gestión sanitaria en sus tres niveles (Macro, Meso y Micro)
- analizar el estado del uso y aplicación de los GRD en diversos países y experiencias en Argentina
- describir cuáles son las políticas públicas definidas por el Estado en materia de medición del producto hospitalario
- describir cuáles son las acciones concretas emprendidas por el Estado en materia de medición del producto hospitalario
- identificar qué alternativas de medición del producto hospitalario están en uso actualmente en un caso seleccionado (Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires)
- sistematizar los elementos clave a desarrollar para la implementación de un sistema de medición por GRD

## **1.3. Metodología.**

Se trata de un trabajo descriptivo, transversal, cualitativo, con análisis bibliográfico y aproximación empírica a través del estudio, como caso tipo, de la red de Hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires (en relación al tema central 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.

Como fuentes de datos secundarias, se relevaron 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.

La investigación del estado del tema en otros países y en la Región se hizo a través de comunicaciones científicas y publicaciones electrónicas especializadas, priorizando en este caso la recolección de información en sitios Web oficiales.

Los **descriptores y palabras clave** utilizadas fueron:

Clasificación Pacientes

Grupos Diagnósticos Relacionados

Case Mix

Hospitales

Administración Hospitales

Administración Hospitalaria

Economía Hospitalaria



## **2. CONCEPTOS FUNDAMENTALES PARA LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES.**

Como se verá más adelante, los Sistemas de Clasificación de Pacientes implican el concepto general de que cada paciente ingresado en una institución de salud es único, pero tiene características comunes con otros sujetos ingresados y ello es lo que determina el nivel, tipo e intensidad de servicios de atención que debe recibir.

Se supone que para una combinación de diagnósticos clínicos, con la presencia o no de procedimientos, junto con las características propias del paciente, sería posible especificar anticipadamente un patrón de servicios óptimos para él. Así, a estos servicios específicos se les asignarían los recursos terapéuticos necesarios junto con un financiamiento apropiado para costear el proceso de atención.

El registro de diagnósticos clínicos –al igual que el de procedimientos– que constituyen el insumo más importante de los Sistemas de Clasificación de Pacientes debe ser cuidadosamente planeado, para asegurar su completitud, objetividad, homogeneidad y repetibilidad. Existen una amplia variedad de métodos y herramientas para lograrlo: clasificaciones, tesauros, agrupamientos son algunos de ellos; su elección siempre dependerá del objetivo que se persiga. Se efectuará una referencia sobre estos métodos para afirmar sus conceptos.

### **2.1. Lenguajes de especialidad.<sup>1</sup>**

La denominación de "lenguajes de especialidad" utiliza distintos términos para designar un concepto cuyos significados a veces se superponen, tales como lenguajes de especialidad, lenguajes especializados y lenguajes con propósitos específicos, para diferenciarlos de la lengua general.

Si se analiza el marco de una conversación cotidiana, por una parte, y el de una sesión clínica por otra –por citar dos ejemplos prototípicos de un discurso general y otro especializado, respectivamente– observaremos que se selecciona en forma totalmente diferente cada uno de los elementos que integran el proceso de comunicación: desde la terminología y el registro hasta la forma de gesticular o la entonación. Si bien es difícil la tipificación, la definición de un tipo

de lenguaje u otro, lo que es cierto es que los participantes saben de qué elementos hacer uso para comunicarse en forma exitosa.

La construcción de estas estructuras terminológicas especializadas ha requerido un desarrollo específico de disciplinas tales como la lexicografía y terminografía como ramas aplicadas, donde la teoría se adecua a los distintos marcos contextuales y situaciones comunicativas, y donde se subraya la diferencia entre el tratamiento de una unidad léxica u otra, así como la presentación en bancos de datos, glosarios, etc.

La gestión terminográfica es entendida como cualquier tipo de manipulación intencionada de información especializada que necesita de una organización conceptual, de un enfoque basado en el conocimiento. La necesidad de estructurar sistemas conceptuales especializados y compilar términos no es nueva, pero ha florecido en estos últimos años fruto de los avances y las necesidades de comunicación y del desarrollo de la informática o tratamiento especializado de la información.

De la misma forma que se parte de la dicotomía lenguaje de especialidad/lengua general se llega a la diferenciación término y palabra. La terminología supone una representación de un sistema conceptual único y preexistente; es decir, las materias o la realidad se conceptualizan de forma uniforme y universal. Por tanto, los términos son meras etiquetas de los distintos elementos de la realidad, y como tales sólo importa su función denominativa, que en ningún caso se verá alterada por el contexto.

La terminología tiene sentido en el ámbito de la especialidad, dentro de éste es necesario hacer frente a la complejidad que rodea a las unidades terminológicas; es un instrumento de trabajo, ideado para desambiguar la comunicación científica y técnica. A diferencia de las palabras, que suponen una unidad de comunicación contextualizada: cultural, histórica, temporal y socialmente, con significado ambiguo en función de estos atributos, modificado además por la sintaxis y la gramática, que se convierten en relevantes al momento de interpretar su significado.

Pero los términos no "son" la realidad, sino que "la representan". La importancia de entender esta diferencia radica en la comprensión de las



limitaciones de estos lenguajes especializados al momento de manifestar el concepto al que se refieren.

## **2.2. Lenguajes médicos, codificación, clasificaciones.**

Los lenguajes especializados o sistemas de codificación de la información médica reconocen una historia de más de 300 años, desde que John Graunt, en el año 1700 y por encargo del Rey de Inglaterra, estudiara en Londres las causas de muerte en la población infantil menor de seis años; allí, Graunt establece una clasificación de causas de muerte de acuerdo con los conocimientos de la época, que publica bajo el nombre de "London Bills of Mortality" y que incluye trece causas posibles de muerte (entre ellas es curioso la denominada «overlaid» que puede identificarse como el actual Síndrome de Muerte Súbita del Lactante). Lo siguieron en aquella época François Bossier de Lacroix (1706-1777) con su "Nosologia Metódica" en la que realiza la primera clasificación sistemática de enfermedades en general, bajo la influencia de Linneaus (1707-1778), quien aplicó el método sistemático para identificar las especies botánicas.<sup>2</sup>

De acuerdo a atributos como estructura, cantidad de términos, utilización en el campo de la salud, distinguimos tres tipos de sistemas de codificación:

### **2.2.1. Nomenclaturas o Tesauros.**

Se denomina como tal a una lista de términos no jerárquicos usados en un área del conocimiento o aplicación. Pretende ser completo para su dominio y no tiene categorías residuales ("Otros" - "NCOP- No Clasificado en Otra Parte" - "Inespecífico" - "El Resto"). Se asignan códigos a conceptos, y éstos pueden ser combinados de acuerdo a reglas específicas para formar conceptos más complejos.

Tiene cobertura amplia de enfermedades, sus causas, tratamientos y resultados, contienen cientos de miles de términos y en algunos casos más de un millón de relaciones, como el SNOMED (Tabla Nº 1). Son esencialmente del dominio del campo del software, poderosas herramientas para el desarrollo de programas informáticos. Permiten indexación, almacenamiento, recuperación y agregación de los datos clínicos.

Ejemplos de estos sistemas en el campo del conocimiento médico son:

- ❖ SNOMED <sup>3</sup>: Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine. Es el más difundido, fue desarrollado por el College of American Pathologists. Tiene una reciente versión en español, desarrollada por un grupo de profesionales argentinos, con 688.721 términos y más de 1.400.000 relaciones entre conceptos.

- ❖ LOINC: Logical Observation Identifier Names and Codes. son identificadores universales para el procesamiento e intercambio de datos en Laboratorios y otras observaciones clínicas. Ampliamente utilizada en EEUU, su estructura contempla la nomenclatura en 6 categorías: componente o sustancia a analizar, propiedad a ser medida, el tiempo de observación o medición, el tipo de muestra, el tipo de escala y el método utilizado para procesar la muestra.

- ❖ Read Codes es un tesoro elaborado por el Reino Unido (su versión 3 también es conocida como Clinical Terms), paulatinamente se está reemplazando en ese país por el SNOMED CT, la última versión de aquel tesoro.

- ❖ GALEN, General Architecture for Languages Encyclopædias and Nomenclatures in Medicine es una nomenclatura en investigación y desarrollo en la Unión Europea, destinada a convertirse en el estándar en dicho continente.

### **2.2.2. Clasificaciones.**

Son sistemas ordenados de conceptos pertenecientes a un dominio, con principios de orden implícito o explícito, y la forma en que se definen las clases depende del uso pretendido. El listado de términos corresponde a una estructura jerárquica axial que se descompone en conceptos cada vez más específicos. En general contienen pocos miles de términos (CIE 10, por ejemplo, no supera los 15.000). Son clasificaciones *de enfermedades* y conceptos relacionados.

Su principal aplicación es en el campo de la Epidemiología, y son muy útiles para la planificación y programación sanitarias.

Sólo a modo de ejemplo se mencionan, entre las clasificaciones en salud:

- ❖ CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud), también designada por sus siglas en inglés ICD

(International Classification of Diseases) La CIE es la clasificación utilizada por la OMS como terminología internacional de nominación de enfermedades. Es el estándar obligatorio para el intercambio y notificación entre los países.

- ❖ Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIAP y sus modificatorias, CIPSAP, CIPSAP -2); Clasificación Internacional de Procesos en Salud para la Atención Primaria (CIPAP); Clasificación de Razones de Consulta (CRDC), también para la Atención Primaria.

- ❖ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)

- ❖ Nomenclador Nacional de Argentina – Anexo II del Programa Médico Obligatorio (Catálogo de Prestaciones)

- ❖ CPT: Current Procedures Terminology (Nomenclador EEUU)

- ❖ Clasificación de Procedimientos en Medicina OMS - OPS

### **– Concepto, historia, evolución de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).**

Se hace una referencia más particularizada en este tema con el fin de comprender la relación existente entre los GRD como medida del producto hospitalario y la clasificación referida. Se utilizará aquí indistintamente el término CIE como ICD.

Una de las disyuntivas a las que suele estar expuesto el gestor en salud, planteada en general por el área de informática al momento de desarrollar o configurar el sistema de información es: qué usar para codificar diagnósticos?. Pensar en la CIE es casi un acto reflejo, pero... qué versión?

Véase un poco la historia, para comprender mejor el problema.

- 1893, Jacques Bertillon (1851-1922), responsable de las estadísticas de París, preparó una clasificación conocida como «Clasificación de Causas de Muerte de Bertillon».
- 1898, la Asociación Americana de Salud Pública recomendó la adopción de la Clasificación de Bertillon para los registros de mortalidad, y sugirió que fuera realizada una revisión de la misma cada diez años.
- 1900, 1910, 1920, 1928, 1938: primera a quinta revisiones de la Asociación Americana de Salud Pública



- 1946, la OMS aceptó la responsabilidad de sucesivas revisiones, y junto a las causas de muerte estableció una lista de causas de morbilidad. La mayoría de las naciones pertenecientes a la OMS condicionan hoy sus planes de estadísticas sanitarias a estas normas publicadas por el organismo.
- 1965, Octava Revisión: iniciaba una ayuda para desarrollar los procedimientos diagnósticos hospitalarios.
- 1979, Novena Revisión (ICD-9): amplía los códigos utilizados anteriormente y representa un avance en precisión importante, aunque queda lejos de ser absolutamente satisfactoria para las complejas necesidades sanitarias, clínicas o de gestión, por la imprecisión de algunos términos para estas aplicaciones específicas.

Fue por esto que el «Center of Health Statistics» de EE.UU. decidió ampliar la ICD-9 con un dígito extra (el quinto) que le otorgó mayor especificidad y creó así la "International Classification of Diseases, Novena Revisión, Clinical Modifications" (ICD-9-CM). La relación entre la ICD-9 y la ICD-9CM es total, de forma que se puede considerar a una como extensión de la otra. Entonces, si bien ICD9 - CM no es la clasificación oficial de la OMS, se adaptaba perfectamente a los requerimientos de información que este organismo exigía.

Por otra parte, esta versión introdujo *otra* modificación sustancial que paliaba una gran falencia de las versiones OMS: la Clasificación de Procedimientos –médicos, no incluye Odontología ni Laboratorio- que reúne más de 4.500 códigos (el Listado de Prestaciones del PMO agrupa unos 1.300)

*Es ésta la Clasificación a partir de la cual, tras varios intentos (al principio se utilizó ICD-8, luego ICD-9) por su mayor precisión clínica y la disponibilidad de procedimientos, se desarrolló el agrupador de GRD. Y cuya versión original y actualizaciones la mayoría de los países siguen utilizando para este fin.*

- 1995, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10a Revisión. Se ha conservado

- 1946, la OMS aceptó la responsabilidad de sucesivas revisiones, y junto a las causas de muerte estableció una lista de causas de morbilidad. La mayoría de los países pertenecientes a la OMS condicionan hoy sus planes de estadísticas sanitarias a estas normas publicadas por el organismo.
- 1965, Octava Revisión: iniciaba una ayuda para desarrollar los procedimientos diagnósticos hospitalarios.
- 1979, Novena Revisión (ICD-9): amplía los códigos utilizados anteriormente y representa un avance en precisión importante, aunque queda lejos de ser absolutamente satisfactoria para las complejas necesidades sanitarias, clínicas o de gestión, por la imprecisión de algunos términos para estas aplicaciones específicas.

Fue por esto que el «Center of Health Statistics» de EE.UU. decidió ampliar la ICD-9 con un dígito extra (el quinto) que le otorgó mayor especificidad y creó así la "International Classification of Diseases, Novena Revisión, Clinical Modifications" (ICD-9-CM). La relación entre la ICD-9 y la ICD-9CM es total, de forma que se puede considerar a una como extensión de la otra. Entonces, si bien ICD9 - CM no es la clasificación oficial de la OMS, se adaptaba perfectamente a los requerimientos de información que este organismo exigía.

Por otra parte, esta versión introdujo *otra* modificación sustancial que paliaba una gran falencia de las versiones OMS: la Clasificación de Procedimientos –médicos, no incluye Odontología ni Laboratorio- que reúne más de 4.500 códigos (el Listado de Prestaciones del PMO agrupa unos 1.300)

*Es ésta la Clasificación a partir de la cual, tras varios intentos (al principio se utilizó ICD-8, luego ICD-9) por su mayor precisión clínica y la disponibilidad de procedimientos, se desarrolló el agrupador de GRD. Y cuya versión original y actualizaciones la mayoría de los países siguen utilizando para este fin.*

- 1995, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10a Revisión. Se ha conservado



relativamente la estructura tradicional de la CIE, pero la clave numérica anterior ha sido reemplazada con otra de tipo alfanumérico consistente en una letra seguida de tres números en el nivel de cuatro caracteres. De esta manera, se obtiene un marco de codificación más vasto y se brinda margen para que las futuras revisiones no trastornen el sistema de numeración, como había venido ocurriendo en las anteriores. Además, se desagregaron algunos capítulos y se incorporaron al cuerpo principal de la clasificación otros, que en la 9° Revisión eran suplementarios, de manera tal que en esta última se contaban 17 Capítulos y en la actual 10° Revisión se contabilizan 21.

Hay una versión de ICD 10 CM, en preparación; el borrador completo de la misma fue publicado en el sitio del National Center for Health Statistics (NCHS) de los EEUU entre 1997 y 1998 para su acceso público, comentario y críticas, y está en período de revisión y mapeo con ICD 9 CM. Y también, en desarrollo, la ICD 10 PCS (Procedure Coding System) para reemplazar la codificación de Procedimientos de ICD-9 CM. Dista mucho de estar en uso, aunque su estructura es lógica, intuitiva, y de gran alcance.

### **2.2.3. Agrupamientos.**

Son clasificaciones más amplias, que agrupan varias categorías, tienen normalmente pocos componentes (menos de mil) y en general son clasificaciones de *tipo de pacientes* y no de enfermedades, por lo que son también conocidos como Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP). Son una poderosa herramienta para el manejo de recursos, costos, planificación y programación en la micro y meso gestión sanitaria (Tabla Nº 1)

Son ejemplos de los mismos:

- ❖ Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD, AP GRD, APR GRD, AN GRD, Severity GRD, otras modificaciones)
- ❖ Disease Staging (DS)
- ❖ Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II)
- ❖ Severity Index (SI)
- ❖ Patient Management Categories (PMC)

- ❖ Adjusted Clinical Groups (ACGs)
- ❖ Episodios de Cuidados (Episodes of Care)
- ❖ Ambulatory Care Groups (ACGs)

La relación entre Nomenclaturas, Clasificaciones y Agrupamientos se puede observar en el Cuadro 1. El número de términos aumenta en cantidad hacia las aplicaciones más básicas, disminuyendo a medida que se avanza en el ámbito de la gestión, lo que permite además el “efecto síntesis” que requiere la información que apoya las decisiones de gestión.

Lo mismo se puede observar en el Gráfico 1, en el que se aprecia la relación de “tamaño” entre tipo de sistema, en la mitad izquierda de la pirámide, que decrece hacia el vértice en el que se representan los niveles de decisión en la gestión.

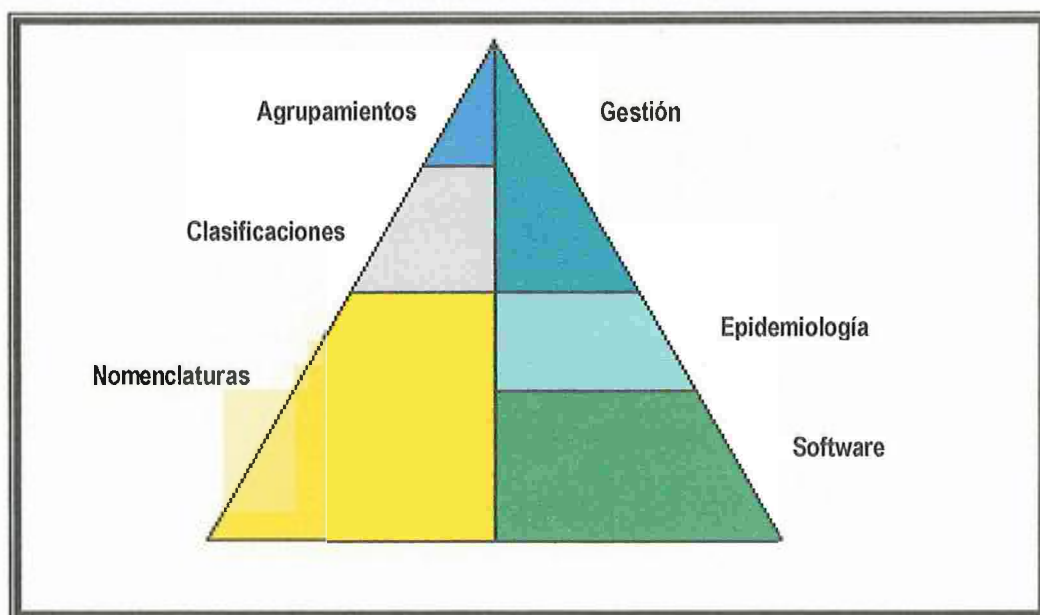
**Cuadro Nº 1.**  
Características de los Sistemas de Codificación de la Información Médica

| NÚMERO DE COMPONENTES                 | APLICACIONES                                            | EJEMPLOS                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cientos de miles de términos clínicos | Software, Intercambio de datos, Registros Clínicos      | SNOMED<br>LOINC<br>Read Codes<br>GALEN                                                                                                                                                                                                                                          |
| Miles de Categorías                   | Epidemiología, Planificación y Programación Sanitarias. | CIE<br>CIAP - CIPSAP<br>DSM<br>CPT<br>NOMENCLADOR PMOE                                                                                                                                                                                                                          |
| Cientos de Grupos                     | Manejo de recursos, Costos, Gestión Sanitaria           | Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD AP GRD, APR GRD, AN GRD, Severity GRD, otras modificaciones)<br>Disease Staging (DS)<br>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II)<br>Severity Index (SI)<br>Severity Index (SI)<br>Adjusted Clinical Groups (ACGs) |

Adaptado de Dr Colin Price, National Health Service (NHS) Centre for Coding and Classification, Loughborough, England

**Gráfico N° 1.**

Comparación entre Sistemas de Codificación de la información médica.



Adaptado de Dr Colin Price, National Health Service (NHS) Centre for Coding and Classification, Loughborough, England

### – El Producto Hospitalario.

Definitivamente el producto principal, el rol fundamental del Hospital, está centrado en su función como empresa productora de salud. Y sus resultados aportan a la calidad de vida de la población, cuando son alcanzados. Este principio no tiene discusión, y se considera en este trabajo como absoluto. El concepto que se propone analizar aquí radica en la desagregación de este producto, su operacionalización para la gestión y su medida como resultado de la *actividad* hospitalaria como empresa de servicios, que debe asegurar eficiencia y calidad en su prestación.

En general, la definición del producto de una empresa industrial no requiere grandes esfuerzos. La diferenciación entre los productos intermedios que utiliza como insumos y su producto final aparece particularmente nítida, y para mayor precisión, se trata de elementos tangibles, que se pueden ver, tocar, contar. En un proceso industrial, queda claro que la cantidad de unidades producidas refleja el esfuerzo para lograrlo, y cada línea de producto tiene una composición homogénea al resto de sus componentes, son comparables; un aumento –o disminución– de la cantidad producida tiene su correlato con el costo de producción. También la determinación de la calidad del producto puede

establecerse, en términos estadísticos, en referencia a un estándar cuyas propiedades debería reproducir.

El producto de una empresa de servicios tiene una complejidad mayor para su identificación: es variado, poco homogéneo, intangible, se consume mientras se produce, no se visualiza una transferencia de propiedad. En el caso del Hospital, se agrega a esta realidad un factor con fuerte incidencia en la heterogeneidad, que son los atributos propios del paciente –existencia o no de enfermedades previas, complicaciones, edad, sexo - quien es en realidad el input del proceso asistencial.

Proceso que además tiene un sinnúmero de variables: estructura de los servicios –humana, material, tecnológica- atención clínica, procedimientos, hotelería, por nombrar sólo algunos. Y el preponderante papel del médico como gestor clínico, que determina a través de sus decisiones sobre el tratamiento particular de cada paciente, la principal fisonomía de este proceso asistencial.

#### – **La medición del Producto Hospitalario. El Case Mix.**

A partir de la combinación entre los atributos del paciente y los componentes del proceso de atención se conforma una unidad compleja que debería poder consolidarse en una medida de resumen. Tradicionalmente se han utilizado como tal el *día cama* y la *estancia hospitalaria*. Pero éstas no brindan detalles de información, no son útiles para determinar calidad, tienen una amplia variabilidad en el costo; son unidades denominadas “medida opaca” ya que no reflejan atributos, no permiten ver qué hay detrás de ella, no informan acerca de las características de la producción ni del esfuerzo para ser producida.

Los estudios e investigaciones sobre este tema han puesto el enfoque en el *alta o egreso hospitalario* como expresión de la actividad del hospital, ya que la misma reúne la agregación y combinación de productos intermedios y actividades del proceso asistencial aplicado al paciente en su interacción con la estructura de la empresa Hospital durante su estancia. De esa interrelación surgen las múltiples combinaciones posibles de resultados y por lo tanto posibles productos, la denominada *casuística hospitalaria*, también expresada habitualmente como el *case mix*. Una mayor complejidad del case mix significa una mayor gravedad de la enfermedad, mayor dificultad de tratamiento, peor



pronóstico o mayor necesidad de actuación asistencial; cuando los médicos utilizan el concepto de complejidad del case mix, se están refiriendo a uno o varios aspectos de la complejidad clínica.

Los administradores, en cambio, suelen utilizarlo para indicar que los pacientes tratados necesitan más recursos, es decir se refieren al costo del tratamiento.

Tras la búsqueda de sistemas que pudieran expresar la especialización y tecnologización de la oferta de servicios por una parte, y la diversidad de las exigencias de los pacientes por la otra, se definieron entonces tres aspectos: <sup>4</sup>

- La elección del criterio o criterios respecto a los cuales clasificar a los pacientes (consumo de recursos, probabilidad de muerte, etc.)
- Los objetivos a los cuales tenía que servir la clasificación, de los que dependerían también los criterios a utilizar
- La metodología a recurrir, la que podía basarse en métodos predominantemente estadísticos cuantitativos o predominantemente subjetivos –de expertos- cualitativos.

#### – **Sistemas de Clasificación de Pacientes.**

Los SCP (Sistemas de Clasificación de Pacientes) se construyeron A partir de los tres aspectos que se mencionaron en el punto anterior, y sus características principales son: <sup>4</sup>

- Incorporar las características clínicas de los pacientes en la medida de la actividad hospitalaria, reconociendo la complejidad de los casos clínicos a través de la asignación de un peso relativo de mayor cuantía.
- Agrupar pacientes de similares características clínicas permitiendo identificar los procesos mas frecuentemente atendidos y sistematizar los componentes de cuidado de cada uno de ellos (gestión por procesos).
- Permitir evaluar la calidad asistencial con una mayor precisión dado que en cada grupo de pacientes se puede evaluar los resultados asistenciales bajo la óptica de diversos indicadores como estancia media, tasas de complicaciones, mortalidad, procesos potencialmente ambulatorios, reingresos etc...

Así, podría definirse a los Sistemas de Clasificación de Pacientes como "la combinación de tipos de pacientes tratados por un hospital, un servicio, un médico o cualquier unidad funcional según categorías o clases predefinidas. Describen la producción de dicha unidad en términos de clases de pacientes similares desde un punto de vista clínico y consecuentemente, del proceso de cuidados recibidos."<sup>5</sup>

Ya se citaron algunos Sistemas de Clasificación de Pacientes en el punto 2.2.3. Se efectuará la revisión de los más difundidos.

**Disease Staging**, desarrollado a partir de la progresión de cada patología a través de diferentes estadios:

- Estadio 1: sin complicaciones, severidad mínima.
- Estadio 2: manifestaciones un solo órgano o sistema, severidad mayor que el (1)
- Estadio 3: afección de varios órganos – sistemas
- Estadio 4: defunción.

Estas categorías fueron aplicadas *para cada* enfermedad, y en el caso de multipatologías se utilizó un índice que componía el estadio de cada una para lograr un indicador final como índice medio de gravedad. La característica de múltiple asignación de los DS (tiene más de 10.000 combinaciones posibles) dificultaba una representación simple de la actividad global de los servicios hospitalarios, por lo que quedó limitada a sólo unos pocos países.<sup>6</sup>

**Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II):** toma en cuenta también criterios médicos, estableciendo un orden según 33 criterios clínicos y biológicos sumados a la evaluación de enfermedades crónicas preexistentes durante los últimos 6 meses previos a la hospitalización, lo que arroja un score de riesgo de puntaje máximo en 71. Muy utilizado en los servicios de internación de Alta Complejidad, pero no ha sido extensamente evaluado fuera de estas unidades.

**Severity Index (SI)** es también una clasificación de *iso-severidad*, pero que toma además en cuenta el consumo de recursos. Se construye a partir de las variables: *diagnóstico principal, comorbilidad, respuesta al tratamiento, complicaciones, discapacidad residual, dependencia de enfermería y*

*procedimientos no quirúrgicos*. Cada uno tiene 4 grados de gravedad o severidad creciente, aplicables *por cada* diagnóstico, lo que arroja una puntuación por enfermo de 1 a 4. Requiere de un gran número y variabilidad de datos clínicos, y la recolección de información para su armado debe ser efectuada por personal formado, lo que los hace casi inmanejables como herramienta para la gestión.

**Patient Management Categories (PMC).** A diferencia de los anteriores, para su construcción primaba el interés por la evaluación de los recursos utilizados para lograr el alta del paciente. Fueron desarrollados en el departamento de investigación de la Blue Cross en Pennsylvania, a partir de la opinión y consenso de expertos; constan de grupos homogéneos de pacientes respecto del cuidado hospitalario *deseable o ideal*, independientemente de la variabilidad existente en la realidad. Lleva asociado un protocolo ideal de tratamiento clínico. Como se observará, requiere de una cuidadosa revisión y un amplio consenso para su aplicabilidad fuera del contexto en el que fueran creados.

**Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD):** desarrollados por Robert Barclay Fetter y John Devereaux Thompson en el año 1967, en la Universidad de Yale, también fueron concebidos como un Sistema de Clasificación de Pacientes con isoconsumo de recursos. Por tratarse del tema central en este trabajo, se efectúa un desarrollo más detallado en el punto siguiente.

#### **2.2.4. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico.**

##### **– Desarrollo de los GRD.<sup>7</sup>**

El objetivo de los autores en la construcción de los GRD era *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 no médicos.

Definieron como requisitos para la clasificación:

- 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 a partir de su uso por Medicare (Medicare es el programa de seguro de salud de los Estados Unidos 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 contemplaban 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.

– **Descripción y Construcción de los grupos.** <sup>8</sup>

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.

En el Cuadro Nº 2 se listan las Categorías Diagnósticas Mayores de la versión AP DRG. La primera versión de los grupos (HCFA DRG) contaba solamente con 21. Tal como se señalara más arriba, se puede observar que cada grupo abarca un aparato o sistema orgánico principal.

## Cuadro N° 2

### GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO.

Categorías Diagnósticas Mayores.

1. Enfermedades y trastornos del sistema nervioso.
2. Enfermedades y trastornos del ojo.
3. Enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta.
4. Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio.
5. Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio.
6. Enfermedades y trastornos del sistema digestivo.
7. Enfermedades y trastornos del sistema hepatobiliar y páncreas.
8. Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo.
9. Enfermedades y trastornos de la piel, del tejido subcutáneo y de la mama.
10. Enfermedades y trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos.
11. Enfermedades y trastornos del riñón y vías urinarias.
12. Enfermedades y trastornos del sistema reproductor masculino.
13. Enfermedades y trastornos del sistema reproductor femenino.
14. Embarazo, parto y puerperio.
15. Recién nacidos y cuadros del período perinatal.
16. Enfermedades y trastornos de la sangre, del sistema hematopoyético y del sistema inmunitario.
17. Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas.
18. Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistémicas o afectación no especificada)
19. Enfermedades o trastornos mentales.
20. Consumo de alcohol/drogas y trastornos orgánicos mentales inducidos por alcohol/drogas.
21. Heridas, envenenamientos y efectos tóxicos de las drogas.
22. Quemaduras.
23. Factores que influyen en el estado de salud y otros contactos con Servicios Sanitarios.
24. Infecciones por HIV.
25. Politraumatismos importantes.

Fuente: Arnaldo Medina. Procedimientos y circuitos de registro de los productos hospitalarios. Gestión en Salud;1(1):8-20, jul. 2001.

Tal como se muestra en el Gráfico N° 2, una vez definidas las CDMs 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 con el Diagnóstico es la siguiente (véanse gráficos 2 y 3):

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 (ambos sucesos son determinados por el algoritmo del software del agrupador, no requiere de una clasificación manual del operador como "complicación" o "comorbilidad"). La codificación de estos diagnósticos se efectúa con la CIE 9 CM (Modificación Clínica, ver pag. 13) aunque a partir de las últimas versiones desarrolladas de los agrupadores, también es posible hacerlo también con CIE 10. 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), cuyos componentes se listan en el Cuadro N° 3
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™.

**Cuadro N° 3.**

CMBD, Conjunto Mínimo Básico de Datos.

1. Identificación de la Institución
2. Identificación del Paciente
3. Fecha de Nacimiento
4. Sexo
5. Residencia
6. Régimen de Financiación
7. Fecha de Ingreso
8. Circunstancias de Ingreso (Motivo de Consulta)
9. Diagnóstico Principal
10. Diagnóstico Secundario 1
11. Diagnóstico Secundario 2
12. Diagnóstico Secundario 3
13. Diagnóstico Secundario 4
14. Diagnóstico Secundario n.....
15. Procedimientos en Quirófano o Sala de Partos 1
16. Procedimientos en Quirófano o Sala de Partos 2
17. Procedimientos en Quirófano o Sala de Partos 3
18. Procedimientos en Quirófano o Sala de Partos 4
19. Procedimientos en Quirófano o Sala de Partos n.....
20. Peso Recién Nacido
21. Sexo recién Nacido
22. Peso Recién Nacido
23. Sexo recién Nacido
24. Otros Procedimientos
25. Fecha de Alta
26. Día de Salida (hora/día/mes/año)
27. Circunstancias al Alta
28. Identificación del Médico responsable del alta
29. Servicio de alta

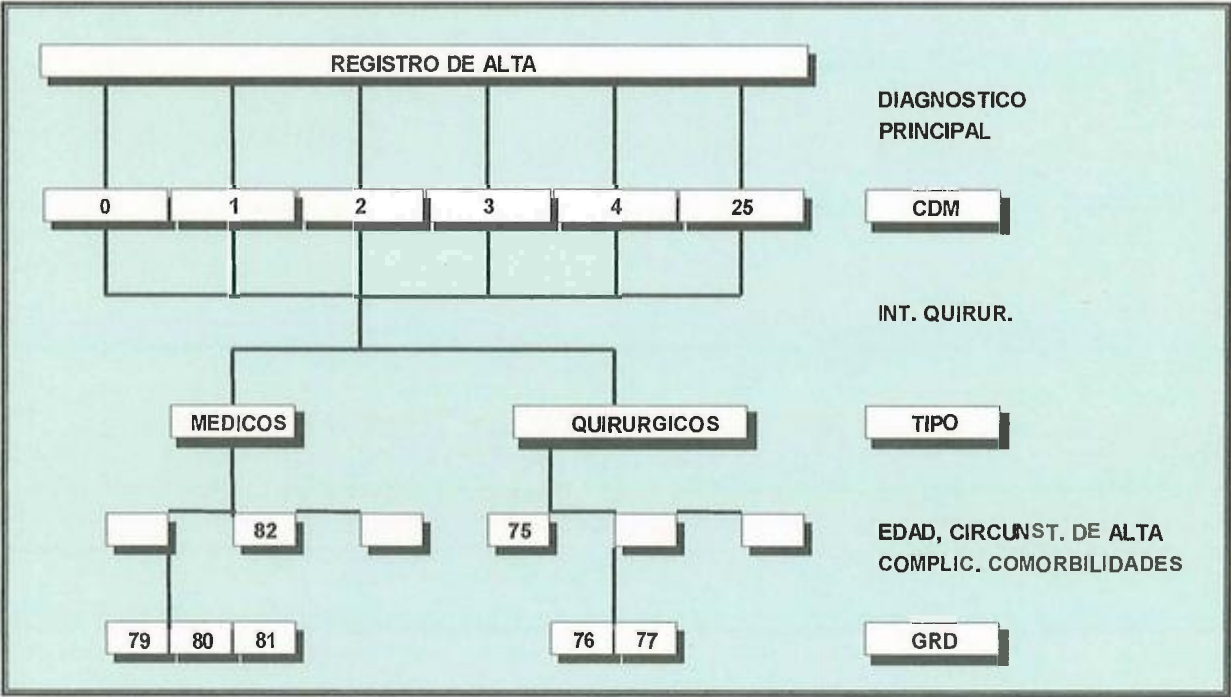
Ya se ha asignado el paciente a un grupo. Se ha mencionado previamente que uno de los principios básicos de la agrupación es el isoconsumo. A cada GRD se le asigna un ***peso relativo*** que refleja la intensidad del consumo de recursos, atribuyendo el valor 1 el costo medio de un ingreso medio, calculado

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 <sup>9</sup>

**Gráfico N° 2.**  
Esquema de asignación de un CMBD a un GRD.



Fuente: Material de la Cátedra Contabilidad y Finanzas, Cdr. Héctor Rosende. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. ISALUD

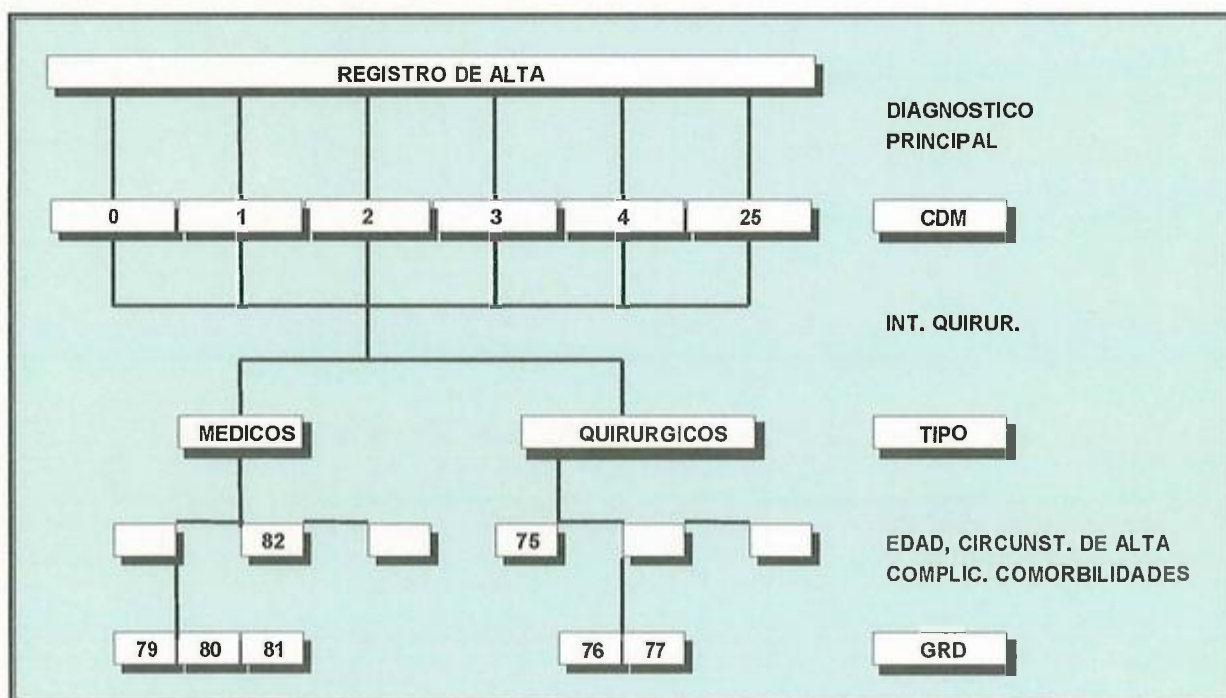
a partir de la sumatoria del *costo de todos los egresos* en una región durante un período, la que se divide por el *número de egresos en el mismo período*.

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<sup>9</sup>

**Gráfico N° 2.**

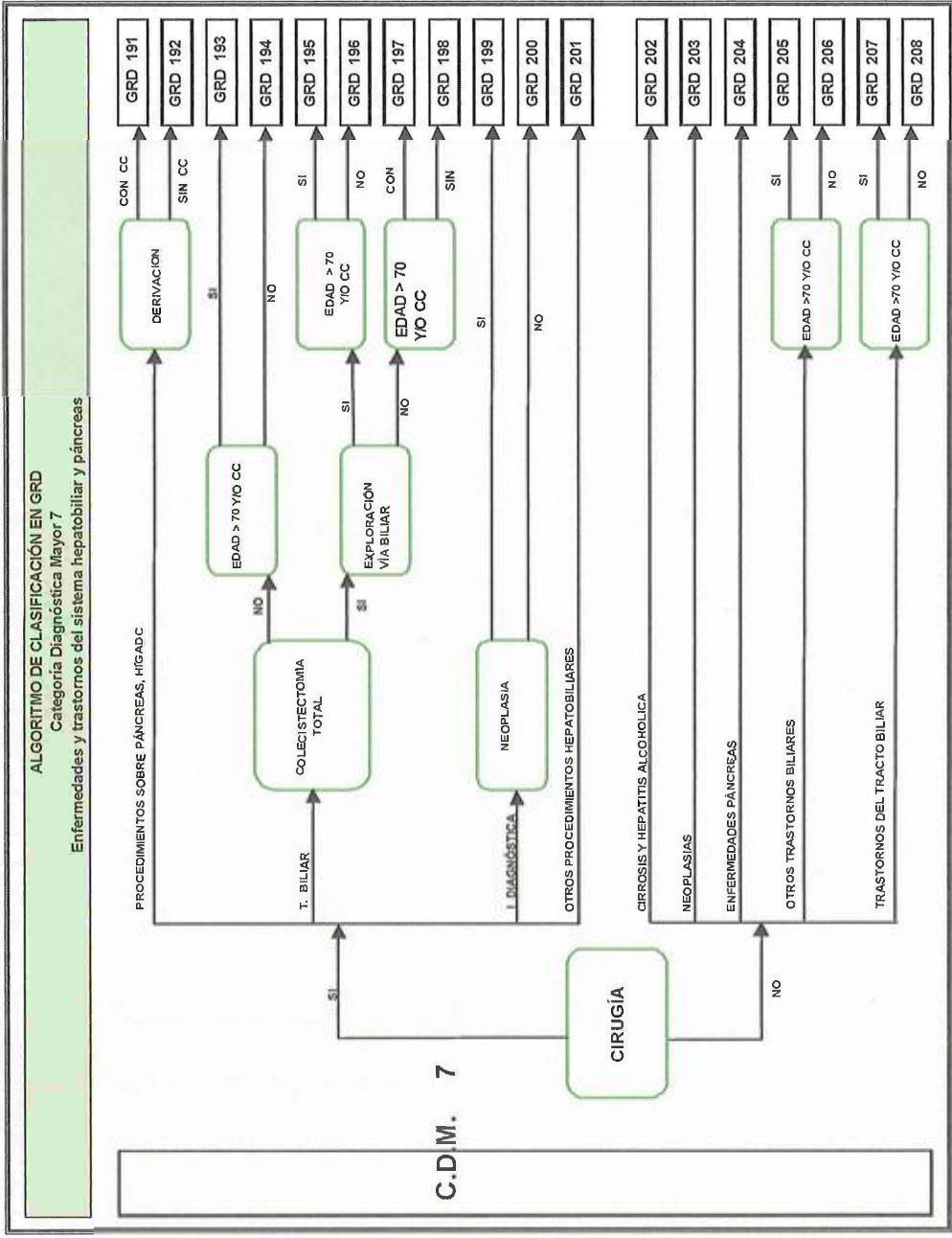
Esquema de asignación de un CMBD a un GRD.



Fuente: Material de la Cátedra Contabilidad y Finanzas, Cdor. Héctor Rosende, Maestría en Economía y Gestión de la Salud, ISALUD

Gráfico N° 3.

Categoría Diagnóstica 7 (Sistema Hepato Biliar y Pancreático) – Asignación de los GRD.



Fuente: Material de la Cátedra Contabilidad y Finanzas, Cdr. Héctor Rosende, Maestría en Economía y Gestión de la Salud. ISALUD



– **Tipos de GRD desarrollados.** <sup>10</sup>

Aún cuando existen diferentes tipos de GRD, provienen de los mismos agrupadores base, cuando se trata de los agrupadores desarrollados por 3M™, quien tiene la licencia para su comercialización. Se efectúa esta aclaración pues existen incipientes desarrollos de otros clasificadores de pacientes basados en diagnósticos y procedimientos, como en el caso de Japón, que trataremos más adelante en este trabajo.

**Cuadro Nº 4**  
**Tipos de GRD desarrollados**

| AGRUPADOR                                           | AÑO DE CREACIÓN |
|-----------------------------------------------------|-----------------|
| HCFA-GRDs (Health Care Finance Administration DRGs) | 1983            |
| R-GRDs (Refined DRGs)                               | 1985            |
| AP-GRDs (All Patient DRGs)                          | 1988            |
| S-DRG (Severity DRGs)                               | 1994            |
| APR-GRDs (All Patient Refined DRGs)                 | 1994            |
| IR-GRDs (International Refined DRGs)                | 2000.           |

Fuente: 3M™ Página Oficial [Internet]

Los AP-GRD ya se describieron en la página 22. Se incluyeron en ellos categorías para los pacientes con VIH y Trauma Múltiple, se introdujeron GRD basados en el peso del Recién Nacido como grupos diferentes, y por último, la innovación más importante, se incluyeron niveles de severidad de la enfermedad basado en los diagnósticos secundarios, edad, sexo, y la existencia de procedimientos fuera de quirófano, lo anterior basado en la interacción de cada uno con el diagnóstico principal.

Los GRD Refinados para todos los pacientes (APR-GRD) utilizaron los AP-GRD como base para su desarrollo, y agregaron niveles de severidad y el concepto de riesgo de mortalidad. Su descripción de severidad de enfermedad se refiere a la extensión en pérdida de funcionamiento de los sistemas orgánicos o descompensación fisiológica, y el riesgo de mortalidad es descrito como la probabilidad de que el paciente muera. Los APR-GRD se dividen en tres categorías: GRD base, severidad de la enfermedad y riesgo de mortalidad.

Tanto los HCFA-GRD, los AP-GRD, como los APR-GRD fueron diseñados para agrupar únicamente con códigos CIE9 MC. Hacia finales de la década de los 90's, se planteó diseñar un sistema de clasificación basado en estas últimas versiones pero que facilitara la adopción a cualquier país independientemente del sistema de codificación de diagnósticos y de procedimientos (CIE 10, CIE 9 MC, CPT4, etc.) que éste utilice, manteniendo su estructura lógica. Así se desarrollaron los GRDs Internacional Refinados de 3M™ (IR-GRD) como la siguiente generación de sistemas de GRD ajustados por severidad, pero diseñados específicamente para el uso internacional, evitando ser un sistema de EEUU adaptado a otros países.

Con base a las necesidades de hacer "nativos" a estos sistemas, muchos países han modificado o solicitado que se modifiquen los agrupadores ya mencionados. Se han desarrollado varios agrupadores nativos al país en los últimos 10 años, cuyas raíces se encuentran en los agrupadores de HCFA, AP ó IR. Ejemplo de estas versiones de GRD son los Case Mix Grau (CMGs) en Canadá, Health Resource Groups (HRGs) en Gran Bretaña, Australian National DRGs (AN – DRGs) en Australia, Nord DRG en Noruega, Suecia, Finlandia, Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi en Italia, Groupe Homogène de Malades en Francia.

Existen otros tipos de clasificaciones para medir el case mix –no son estrictamente GRD- que se han desarrollado para aquellos casos en los que el esquema propuesto por Fetter y Thompson tiene muy alta variabilidad y no resulta útil su aplicación. Se destaca como el más utilizado el sistema RUG (Resource Utilization Groups), de aplicabilidad en el caso de pacientes crónicos y de larga estancia, que ya evoluciona por su versión tercera (RUG-III).

Se compone de siete categorías clínicas principales (rehabilitación especial, servicios extensivos, cuidados especiales, complejidad clínica, deterioro cognitivo, problemas de comportamiento y funciones físicas reducidas). Cada categoría se subdivide posteriormente según un índice de actividades de la vida diaria, la prestación de determinados servicios (especialmente de enfermería) y la presencia de determinadas situaciones (por ejemplo, la depresión), hasta formar un total de 44 grupos. Este sistema explica un 50% de la variabilidad del costo de estos pacientes, ya que –como se recordará- los GRD fueron

concebidos con la variable *estancia* como variable dependiente del consumo de recursos, y en este grupo de pacientes está fuertemente influida por la cronicidad de sus patologías.

### 3. GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.

#### 3.1. Los tres ámbitos de la gestión en Sanidad: Macro, meso y micro.

Gestionar supone coordinar y motivar a las personas de una organización - cultural, deportiva, económica- para conseguir sus fines. En el ámbito de la gestión sanitaria es posible distinguir –de acuerdo a los conceptos de V. Ortún Rubio- tres ámbitos o dimensiones de gestión: la gestión sanitaria macro, la gestión sanitaria meso, y la gestión sanitaria micro.

La *macrogestión sanitaria*, o política sanitaria, es la que desde el Estado se ejerce para orientar y corregir las fallas particulares del sector, regulando monopolios, actuando sobre las externalidades negativas y la asimetría de información, fiscalizando, controlando y legislando. El objetivo es mejorar el estado de salud y garantizar la satisfacción de la población con los servicios sanitarios. Sus instrumentos son las disciplinas de salud pública, el método epidemiológico, (riesgo relativo, exposición, riesgo atribuible poblacional, etc.) en síntesis, el método científico aplicado a los problemas de salud.

La *mesogestión sanitaria* o gestión de centros y servicios de salud tales como instituciones prestadoras, hospitales, un financiador (Obra Social, empresa de medicina prepaga), o un proveedor de insumos para la atención médica, entre otros. Su objetivo es garantizar resultados óptimos a través de la planificación, organización, disposición de recursos –humanos y materiales- y la función de control.

Y la *microgestión sanitaria*, o gestión clínica, entendida como “la organización del proceso de producción asistencial desde la lógica de involucrar a sus efectores en la calidad, los costos, la responsabilidad sobre la información, eficacia y la eficiencia acercando a los clínicos o médicos asistenciales a la gestión, evitando el conflicto de intereses que se puede plantear entre médicos y gestores, entre presupuesto y gasto, entre gasto y asignación, entre objetivos y prioridades”<sup>11</sup>, o como “el proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo es involucrar al profesional sanitario, esencialmente médico, en la gestión de los



recursos utilizados en su propia práctica clínica, para poder desarrollar un proceso orientado hacia la calidad.”<sup>12</sup>

Es la evolución de la práctica médica hacia:

- Un creciente fundamento en la evidencia.
- La interiorización del costo de oportunidad de las actuaciones
- Una mayor orientación a la maximización de las utilidades del usuario.

Es entender que las decisiones médicas diagnósticas y terapéuticas -las más de las veces tomadas en condiciones de incertidumbre- asignan el 70% de los recursos sanitarios.<sup>10</sup>

### **3.2. Implicancia macro de la microgestión.**

Los tres ámbitos de la gestión sanitaria están estrechamente relacionados entre sí: la gestión macro condiciona la micro por la regulación de la oferta - modelo español, modelo inglés, incluso en Argentina- o por el mercado, típicamente como en EEUU. La gestión macro condiciona también a la meso según lo que se decida comprar o proveer; la gestión meso influye en macro por su desempeño en los Hospitales, Servicios Públicos de Salud, Asociaciones de Prestadores, Seguros privados de Salud, Corporaciones Profesionales, grupos de interés y asociaciones; y la gestión micro influye en la macro por los recursos que asigna<sup>13</sup>

Más allá de la importancia que adquiere la macro y mesogestión en el sistema de salud, lo esencial del proceso de gestión sanitaria subyace en la práctica profesional, y adquiere la trascendencia de un punto estratégico de cambio y de consenso entre financiadores, aseguradores, médicos y políticos. Precisamente porque siendo el médico el gran asignador de los recursos del sector salud en millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas -tomadas diariamente en condiciones de incertidumbre, gestionando, coordinando y motivando a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo- su involucramiento es un aspecto central (Ortún Rubio, 1996). No hay otra figura del sistema de salud que a través de su natural y permanente toma de decisiones orientada a maximizar el beneficio del paciente pueda convertirse en el agente del cambio del modelo asistencial.<sup>14</sup>

Los modelos de reforma sanitaria en general –y en América Latina en particular- se han orientado a la macrogestión, sobre cuestiones de regulación y financiamiento, y en menor medida hacia la mesogestión. Argentina no ha escapado a ello.

En general se ha relativizado el rol que la gestión clínica –de los profesionales- tiene sobre los demás niveles de gestión del sistema de salud, desde su lugar de decisor permanente sobre los recursos sanitarios. Se considera de vital importancia el replanteo de las reformas sanitarias a partir de resolver la ecuación costo/calidad en la atención médica desde el seno mismo de la Gestión Clínica.

### **3.3. Requerimientos de un Sistema de Gestión Clínica.**

La estructura organizativa que requiere un sistema de gestión clínica para su implantación se basa en la descentralización responsable. Para lograr este último concepto, es necesario que se definan dentro de la estructura hospitalaria Centros de Responsabilidad (que son a la vez Centro de Costos).

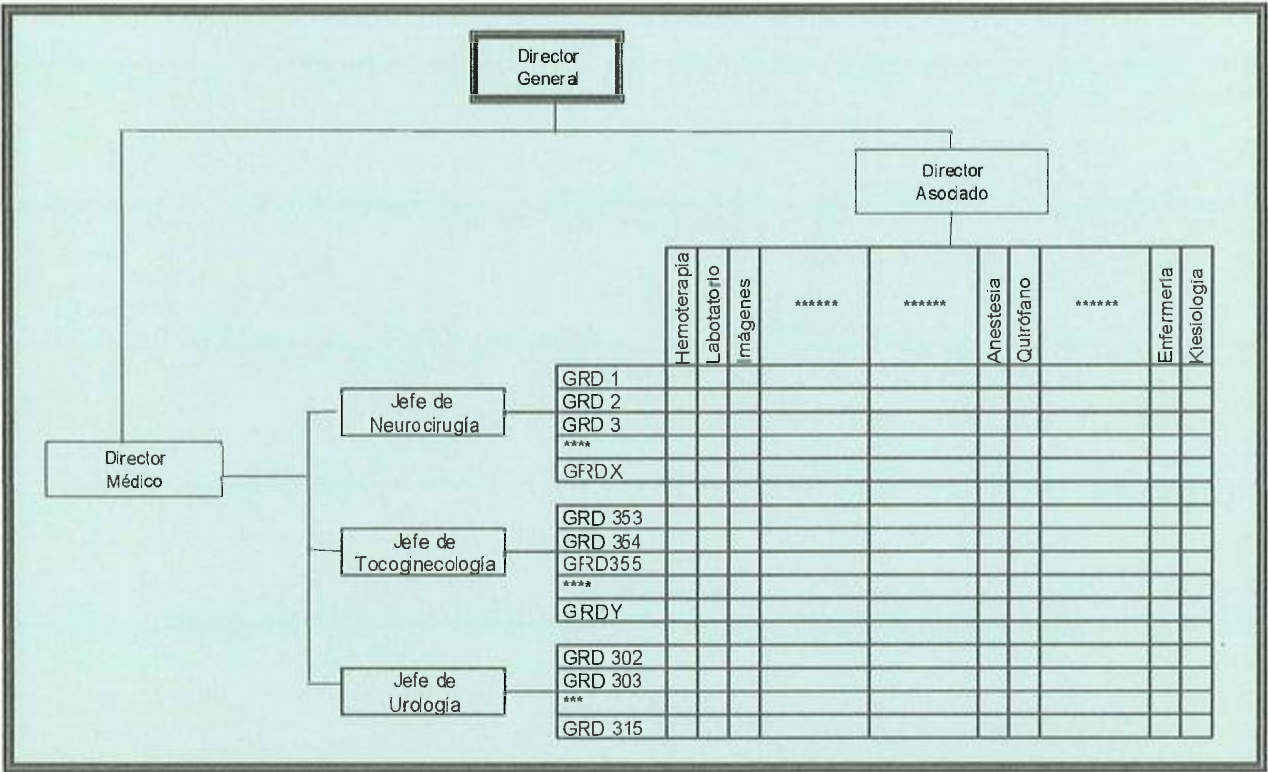
Duncan Neuhauser<sup>15</sup> propuso en 1972 el concepto de gestión matricial (la existencia de jerarquías o coordinación vertical a través de la departamentalización y la cadena formal de mando por un lado, y la relación lateral simultánea o coordinación horizontal, por la otra) para ser empleado en hospitales, emulando el utilizado en la industria aeroespacial para organizar el trabajo realizado en función de *proyectos específicos*. En el caso hospitalario los procesos se establecen en función de quien se desempeña como tal, el paciente.

De acuerdo al autor, el médico a cargo diseña y dirige el “equipo de atención al paciente” (enfermeras, radiólogos, bioquímicos, kinesiólogos, etc.) que suministrará la atención de sus servicios respectivos; y que por otra parte puede variar en su conformación en función del *tipo* de paciente que se trate, tras el requerimiento del médico, encontrándose equipos que se forman, se disuelven y se vuelven a formar continuamente, y en raras ocasiones con los mismos componentes. De esta manera, en la organización matricial propuesta

el médico es quien “dirige el proyecto” correspondiéndole la primer área de responsabilidad sobre el producto.

Si se recuerda que el eje del agrupamiento de los GRD son órganos o sistemas, y se visualiza que la organización de los Hospitales de atención de agudos –para los que fueron diseñados- también agrupan sus profesionales por Departamento o Servicio de una manera similar (por especialidades médicas) se puede establecer una estrecha relación entre el “producto” y sus “responsables”.

Gráfico N° 4.  
Matriz de Neuhauser.



Fuente: Adaptado de Mercé Casas, Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Experiencia y perspectivas de utilización. Ed Masson, Barcelona 1991.

En otros términos, el médico es quien determina la mezcla de los recursos hospitalarios que se utilizarán para diagnosticar y tratar cada tipo de paciente, y en consonancia con ello, de las variaciones que pudieran surgir en el grado / intensidad del uso de los mismos. De modo que si el costo promedio o los resultados esperados del tratamiento de un tipo específico de pacientes similares (un tipo específico del GRD) difirieran entre lapsos en un mismo



Centro o Centros entre sí, es probable que los facultativos hayan modificado su patrón de uso de recursos con este tipo de pacientes, es decir, han efectuado un “cambio en el diseño del producto”.

La segunda área de responsabilidad corresponde a los administradores de los procesos intermedios, de cuya organización y productividad dependerá la eficiencia de sus servicios, que también son una causa no menor de variabilidad en los resultados esperados para cada grupo específico de pacientes.

El gráfico 4 propone una organización matricial bajo los lineamientos de Neuhauser; los Servicios Médicos están a cargo de los procesos de atención “diseñados” específicamente para cada tipo de paciente –cada GRD como producto– que “atraviesa” la actividad brindada por los Servicios Intermedios (generalmente dependientes de una Dirección Asociada).

Constituida en otro de los pilares fundamentales del proceso, la contabilidad de *costos por líneas de productos* o basada en los GRD permitirá identificar las desviaciones de los estándares esperados, a través de tres entradas básicas:

- los datos clínicos para la asignación a un GRD
- un registro de prestaciones diagnósticas y terapéuticas de cada paciente, que una vez sumarios y homogeneizados proporcionan un perfil de servicios por cada GRD
- el presupuesto general del Hospital con los costos directos y una buena asignación de los indirectos

Es así que, obteniéndose la información desagregada por GRD también se obtendrán los resultados por Departamento o Servicio (Centros de Responsabilidad o de Costo) configurándose de esta manera la estructura organizacional que requiere como condición la Gestión Clínica. Estos Centros se caracterizan como tales al poseer como propios:

#### – **Responsable de la gestión.**

También llamado Gerente Clínico, son profesionales que deben tener en claro que para gestionar necesitan una actitud abierta, positiva, responsable, solidaria tanto con el usuario de su servicio como con el resto de los profesionales y el grupo humano que participa en el proceso asistencial.



Requiere capacidad para tomar decisiones y capacidad de acción en el ámbito clínico y de la gestión, y un claro manejo de la información, tanto clínica como de gestión. La concepción de medida del producto de su servicio se convertirá en una herramienta efectiva para la evaluación.

El compromiso de gestión del que participa el responsable de la unidad debería seguir las siguientes etapas:

- Consensuar objetivos de producción y productos de cada uno de los servicios clínicos o áreas clínicas.
- Incorporar el presupuesto clínico, que es el costo proyectado de la actividad consensuada y el empleo de las horas de todos los integrantes de la plantilla del servicio.
- Fortalecer estas acciones con aumento de la competencia del recurso humano. La enseñanza y la capacitación dirigida son factores motivacionales.

#### – **Recursos humanos.**

El recurso humano debe estar involucrado con el usuario, conocer su demanda, su estilo de vida, su necesidad, estar presente en el "momento de la verdad", tener sentido de pertenencia a la organización, incentivarse en la evolución del núcleo operativo y de los servicios.

Requiere de un relevamiento de la planta y una clara asignación de los recursos humanos a un Centro de Responsabilidad. Aumentar su productividad, ofrecer capacitación continua, mejorar la formación profesional.

La implicación de cada integrante del equipo en la gestión de utilización de los recursos es una de las claves del éxito en un proceso asistencial bajo el modelo de la gestión clínica.

#### – **Producto Identificable.**

Cada Centro de Responsabilidad debe tener un producto -o una gama de ellos- bien definido. Esto permitirá consensuar objetivos de producción de cada uno de los servicios clínicos o áreas clínicas, definir procesos homogéneos y estándares de producción, diseñar el sistema de información adecuado, asignar

presupuestos y evaluar resultados. Éste es un paso imprescindible para el enfoque de gestión basado en GRD.

– **Recursos Económicos.**

Las unidades de gestión, unidades asistenciales o Centros de Costos deben contar con asignación presupuestaria propia para definirse como tales, para realizar las actividades establecidas en el compromiso de gestión consensuado con la dirección de producción asistencial o asociada.

Es éste uno de los incentivos de mayor valor al momento de este compromiso de gestión, de la decisión clínica cotidiana sobre el uso de recursos en el gasto asistencial, de la elección de las “mejores prácticas”, aquellas costo efectivas, basadas en la evidencia médica, gestionando la variabilidad.

– **Resultados medibles.**

El hito del proceso de planificación, programación, y ejecución de la actividad asistencial de estos Centros es el momento de evaluación de sus resultados, no desde términos estrictamente economicistas sino desde una visión integral de eficacia, calidad y eficiencia económica y social.

La clara identificación de los productos referida en el punto iii permitirá ordenar y diseñar el flujo de información necesario para el seguimiento de los procesos, el control de cumplimiento de estándares, el diseño de normas y guías de operación y atención, y la medición de los resultados. La información se convierte aquí en un recurso estratégico: no se puede gestionar aquello que no se puede medir.

Los sistemas de información basados en el case mix hospitalario devienen en el Gold Standard para el gobierno de los servicios clínicos cuyo producto son los egresos, ya que permiten el conocimiento de:

- Casuística hospitalaria
- Calidad de los Servicios
- Rendimiento de los Servicios
- Costeo y facturación
- Análisis comparativo

- Protocolización de procesos
- Control de gestión
- Evaluación de necesidades de recursos humanos, físicos y tecnológicos

### **3.3.1. 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

### **3.3.2. Indicadores en base a los GRD.**

Profundizar en la descripción y el funcionamiento detallado de todos los indicadores, reportes e información que genera este SCP excede ampliamente los límites de este trabajo; más aún, el principal comercializador del software -3 M™ - ofrece junto con el agrupador una herramienta de análisis que denomina “Estación Clínica” y que describe como “una poderosa herramienta que permite el análisis inmediato de los pacientes/registros ajustados por severidad” agregando que “permite diseñar sus propios reportes e incluir filtros para analizar únicamente los datos que se necesitan bajo un formato que usted mismo diseña” incluyendo en el listado:

- Informes de Varianza de general a particular
- Perfiles de Médicos
- Cálculo del Índice de la Casuística
- Reportes y Comparativos de Múltiples hospitales, servicios, médicos, etc.
- Análisis de Planeación de Mercados
- Desarrollo de normas comparativas tanto internas como externas
- Análisis por producto hospitalario
- Flexibilidad para analizar detalles a nivel servicio, médico, paciente, diagnóstico, etc.

Sin embargo, existen indicadores GRD básicos cuyo uso está muy extendido, que se incluyen en el Cuadro 5, donde se señalan la denominación, su construcción y una referencia rápida en relación a su aplicabilidad. El *Peso Relativo* (PR) de los grupos (véase pág.26) es la variable más utilizada en su diseño.

Es importante señalar que no existen estándares ideales; se utilizan, como patrón de referencia, grandes bases de datos hospitalarias revisadas y actualizadas. No se trata entonces de un patrón oro o ideal, sino de la situación



actual de los hospitales en su conjunto, por lo tanto cualquier desviación no presupone de entrada un juicio de valor y debe ser interpretada como posicionamiento respecto a la realidad del entorno.

Es fundamental al momento de evaluar en base a indicadores, un tratamiento estadístico correcto de los *Outliers*, casos que si bien pertenecen claramente a un grupo en función de su CMBD, su comportamiento difiere sustancialmente del resto de los casos del mismo grupo por su estancia. Por ejemplo, la estancia esperada para el GRD 260 Mastectomía subtotal por neoplasia maligna sin complicaciones es de 2 días, y puede acontecer un caso con 15 días de internación. Estas atipías, *outliers* o casos extremos son excluidos en el tratamiento estadístico, para obtener así el comportamiento depurado de casos clínicamente coherentes y comprensibles para los responsables de la asistencia. De todas maneras, es necesario otorgar a este dato la importancia que merece, como se verá más adelante, pues la excesiva carga de los mismos aleja al hospital evaluado del estándar.

Cuadro N° 5: 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)                                          | $EMF_h = \frac{\sum (N_{ih} * EM_{ie})}{\sum N_{ih}}$ <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.

### **3.3.3. 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<sup>16</sup>: 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.

#### **– Conocer la Actividad y Funcionamiento Hospitalario.**

En la página 17 se hace referencia al hospital como empresa productora de servicios, y a la necesidad de analizar su producto como resultado de su actividad. En cualquier sistema productivo es fundamental conocer qué se produce, cómo, a qué costo y con qué calidad; lo que traducido al contexto hospitalario incluye el conocimiento de los tipos de pacientes tratados, los patrones funcionales –actividades, procesos- con que se atienden a estos pacientes, los costos de estos procesos y la calidad de los mismos.

#### **▪ Qué casuística atiende el Hospital?.**

Como se verá más adelante cuando se traten indicadores GRD, el Peso Medio del hospital brinda información acerca de la complejidad de la casuística que atiende el establecimiento. Otra forma sencilla de obtener una aproximación a la diversidad de pacientes tratados consiste en determinar la proporción de pacientes por GRD. Se supone que un hospital de baja complejidad acumulará unos pocos grupos distintos en el pool total de egresos, mientras que lo contrario sucederá en uno de gran complejidad, en donde la mayor diversidad de pacientes se reflejará en un mayor número de grupos.

El lector ya estará estableciendo la directa relación existente entre este dato y el costo y complejidad de procesos que diferencia a uno y otro establecimiento.

### ▪ **Cómo funciona el Hospital?.**

Son numerosos los indicadores que informan sobre la funcionalidad del hospital, la mayoría de ellos relacionados con la estancia media (EM) y descritos en la página 40. En este análisis es importante la observación de los *Outliers* ya que una alta proporción de los mismos está indicando la existencia de problemas en la organización de los procesos o de calidad en la asistencia.

El tratamiento estadístico de los datos vinculados a la estancia media permitirá también, a través de ajustes, las comparaciones con el estándar y con otros hospitales de la región, dando así una noción más exacta respecto a cómo funciona el hospital.

### ▪ **A qué costo?.**

Un mayor nivel de detalle asociado a la funcionalidad es el costo por GRD, dato casi imprescindible para la gestión eficiente de los servicios, que además permite efectuar los ajustes necesarios tanto en los casos de su utilización en un régimen de pago prospectivo como en la asignación de presupuesto en este otro modelo.

Para lograr el patrón de uso de recursos por tipologías definidas de pacientes, se requiere de una adecuada contabilidad de costos, tema del que se efectuó una referencia en la página 36.

### ▪ **Con qué calidad?.**

La calidad es una de las más fundamentales dimensiones en el campo de la actividad asistencial, y los sistemas de clasificación de pacientes devienen en la herramienta ideal para su tratamiento, al permitir una clara identificación de los procesos. Incluso, se pueden utilizar algunos GRD como trazadores de determinados problemas o para la observación de determinadas actividades o procedimientos asistenciales.

Indicadores asociados a la calidad asistencial son:

- ▢ Tasa de mortalidad hospitalaria ajustada por GRD
- ▢ Tasa de reingresos ajustada por GRD
- ▢ Porcentaje de GRD complicados sobre sus análogos no complicados



- ▣ Proporción de infecciones en GRD quirúrgicos (bruta, estandarizada por GRD, etc.)
- ▣ Proporción de outliers

### – **Detectar lo inusual.**

Tal como se puede observar en el Cuadro 5, 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.

Es importante señalar en este punto, y en función de los objetivos de este trabajo, que para efectuar comparaciones se requieren bases de datos con largas series de pacientes, preferentemente regionales, que conformen un estándar para comparaciones válidas. No se desestiman las comparaciones intrahospitalarias, la monitorización de un hospital a través del tiempo, pero las posibilidades de que su patrón medio (o histórico) esté sesgado por defectos en la organización de sus propios procesos son superiores que cuando se acude a valores promedio de conjuntos hospitalarios amplios, del país o región.

Tener en cuenta esta situación será importante a la hora de proyectar en el tiempo las utilidades de este SCP ya que en las etapas tempranas de su implementación, los estándares a utilizar deberán ser los ideales (poco usado) o los de otros países, con la implicancia que esto tiene al momento de observar las diferencias que pudieran aparecer, amplias en ocasiones. Las aisladas experiencias realizadas en el país han tenido en general esta connotación, lo que ha producido efectos adversos al momento de analizar la validez de los GRD, en especial de los responsables asistenciales, actuando como freno para su desarrollo.

### ▪ **Monitorización de la evolución.**

La comparación entre series temporales de la casuística (complejidad de los casos tratados) y el funcionamiento (estancia media que necesita para tratarlos) de un hospital permite detectar variaciones en uno u otro índice entre

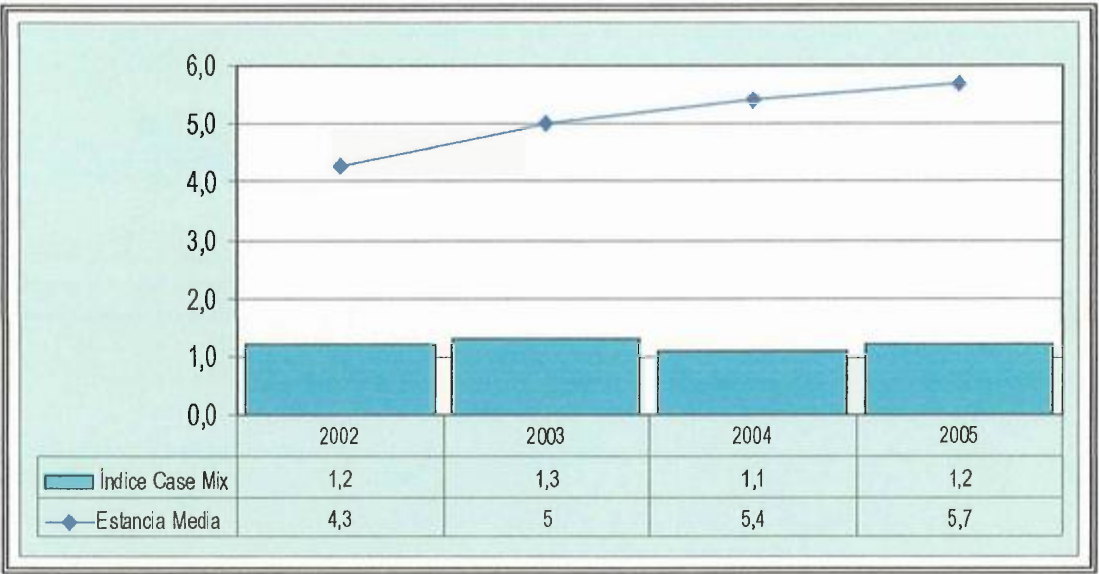
períodos. Grandes diferencias podrían manifestar modificaciones en la estructura o procesos hospitalarios por cambios en su política (como alta precoz, o ambulatorización de cirugías, por ej.). Días de hospitalización excesivos o muy disminuidos respecto a períodos anteriores pueden expresar deficiencias organizativas o disminución de la calidad, respectivamente, o un índice case mix significativamente mayor revelará que ha aumentado en este período la complejidad de los pacientes que se tratan respecto de lapsos anteriores.

En el gráfico 5 se puede observar la evolución de un hospital durante 4 años. Se verá que la estancia media ha aumentado en forma global año tras año, lo que podría corresponder a un aumento en la complejidad de los pacientes (índice case mix) o a un cambio del proceso de atención médica para la misma complejidad de pacientes. Para dilucidar esta disyuntiva, se deberá observar el Índice Case Mix del establecimiento, cuyos valores en el ejemplo se mantuvieron estables. Esto indicará, en primera instancia, que la causa responde a factores funcionales antes que estructurales; una desagregación más específica de los GRD que componen la casuística, permitirá identificar cuál o cuáles son los grupos involucrados en la diferencia. Y si éstos pertenecen a la misma CDM (categoría diagnóstica mayor) seguramente estarán alineados en el mismo servicio (véase Matriz de Neuhauser, página 35)

Todo esto tiene alto sentido en el ámbito de los Servicios Clínicos ya que brinda a los médicos elementos de análisis para decidir sobre la necesidad de posibles cambios en el patrón de atención de los pacientes.

**Gráfico N° 5.**

Evolución del Hospital años 2002 – 2005.



Fuente: Elaboración propia

▪ **Comparación con otros centros.**

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<sup>17</sup>, analizando en cada uno de ellos los indicadores asistenciales clásicos, como se muestra en cuadro siguiente.

**Cuadro N° 6.**

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.

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)

**Cuadro N° 7.**

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.

Un simple análisis de la tabla 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.



**Cuadro N° 8.**  
Escenario GRD en 5 causas de egreso seleccionadas. Comparación Estancias Medias.  
Hospitales Durand y Pirovano. CABA, Año 2005.

|                         |                                                                        | DURAND                   | PIROVANO                   |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Estancia Media Bruta    |                                                                        | 11.2                     | 8.9                        |
| Estancia Media Ajustada |                                                                        | 12                       | 11.8                       |
| Índice case Mix         |                                                                        | 1.4                      | 0.9                        |
| Índice Funcional        |                                                                        | 1.12                     | 1.19                       |
| GRD                     |                                                                        | Estancia Media<br>DURAND | Estancia Media<br>PIROVANO |
| N                       | DESCRIPCIÓN                                                            |                          |                            |
| 127                     | Insuficiencia cardíaca y shock                                         | 15,1                     | 11,6                       |
| 89                      | Neumonía simple y pleuritis, edad mayor de 17 años con complicaciones  | 11,1                     | 9,0                        |
| 167                     | Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin complicaciones | 4,2                      | 4,6                        |
| 162                     | Intervenciones de hernia inguinal y femoral sin complicaciones         | 3,8                      | 3,2                        |
| 787                     | Colecistectomía laparoscópica con exploración de vía biliar            | 7,5                      | 9,5                        |
| 235                     | Fractura de fémur                                                      | 19,1                     | 40,2                       |

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

En el cuadro 8 se ha construido en un escenario imaginario para ejemplificar el tema; muestra al Hospital Pirovano con una Estancia Media Bruta 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.

### **– Modificar los comportamientos.**

En los puntos anteriores se analizaron diversas maneras en que los GRD detectan los desvíos en la atención de los hospitales. La razón de este cometido es la de generar acción: una de las virtudes principales señaladas para el sistema es la de ser comprensible para los médicos, involucrados en la gestión clínica (véase páginas 33, 36) y también para los administradores. Un sistema de información basado en este sistema de clasificación de pacientes que no brinde información útil a los profesionales para que les permita analizar y mejorar el diseño de los procesos de atención fracasaría en su objetivo fundamental: si se quiere que los médicos se responsabilicen del consumo de recursos en el proceso asistencial, deberá brindárseles instrumentos para que puedan conocerlo y compararlo objetivamente.

Hay metodologías y protocolos estandarizados que permiten la revisión sistemática de utilización y que, una vez identificados los procesos a mejorar, pueden dar sólido soporte en esta etapa.

### **– Actuar sobre el futuro.**

Los GRD también son una excelente herramienta para la planificación ya que posibilitan el conocimiento, a través de la información que brindan, del perfil de complejidad, eficiencia funcional, comparación con otros centros o con el conjunto, y conocimiento de la morbilidad en la población en la que opera el hospital, entre otras tantas variables. Pero además brindan la posibilidad de efectuar simulaciones acerca de las consecuencias de diferentes acciones o alternativas, como la reutilización de días cama ante un cambio de estrategia (ambulatorización de cirugías, por ejemplo) la incorporación de nuevos servicios, o el cambio de algún equipamiento que incida sobre la internación.

## **4. USO Y APLICACIÓN DE LOS GRD EN DIFERENTES PAÍSES.**

### **4.1. Uso y aplicación GRD en los países del mundo.**

En este punto se excluye América Latina ya que su situación será tratada más adelante.

Los GRD son utilizados como instrumento de financiación o como herramienta de gestión de los servicios de salud en diferentes países, y su uso está determinado por la forma de organización de sus sistemas sanitarios. Así, en EEUU donde la atención médica es preponderantemente una industria de mercado, son utilizados básicamente como un mecanismo de pago de egresos hospitalarios, en especial por sus dos principales financiadores, Medicaid y Medicare, pero ampliamente extendidos también entre las Health Maintenance Organizations (seguros prepagos de salud) de ese país. En España, en cambio, la atención médica es garantizada por el Estado a través de Servicio Nacional de Salud y las Comunidades Autónomas en el caso de su transferencia, y la oferta de servicios financiada a través del presupuesto general; sin embargo, en ese país los GRD están ampliamente difundidos, y son el principal instrumento para la asignación presupuestaria a los hospitales del sector público: forman parte de los contratos que firman los hospitales públicos con la Administración Sanitaria (contratos-programa) y se utilizan para medir la producción de sus egresos como elemento clave para el relevamiento del presupuesto

Además de diferenciarse en los objetivos para el uso de los GRD, no todos los países utilizan las mismas versiones del sistema, e incluso pueden combinarse con otros Sistemas de Clasificación de Pacientes dentro del mismo país. Estas variaciones se pueden observar en el cuadro N° 9, extraído de un informe publicado por la Conferencia Interamericana de la Seguridad Social (CISS)<sup>18</sup>, donde además se incluyen datos acerca del tipo de GRD que el país –o región– utiliza, su base de datos en salud y su “antigüedad”, y el universo incluido en ella (su representatividad).

Recientemente, en abril de 2003, Japón instauró un sistema de pago por case mix a cambio del convencional pago por servicio, basado en un sistema original de combinación de diagnósticos y procedimientos (Diagnosis Procedure Combination: DPC)<sup>19</sup> que cuenta con 2552 grupos, un sistema de clasificación

de pacientes que, si bien no se trata de los GRD, toma gran parte de su lógica en su desarrollo. Autores como Okamura S, Kobayashi R y Sakamaki T opinan que la introducción de este mecanismo ha producido una disminución del promedio de estancia en las internaciones, pero no ha disminuido el gasto, e incluso ha producido un aumento de las reinternaciones programadas, aunque otros trabajos<sup>20</sup>, sostienen que tras la introducción del sistema de pago basado en los DPC se observó una reducción de la estancia, el uso del laboratorio, radiología, medicamentos e insumos, sin observarse sub prestaciones a partir del incentivo que supone el sistema para la contención de costos.



**Cuadro N° 9:** Sistemas de Clasificación de Pacientes en diferentes países. Tipos de GRD utilizados.

| PAÍS                    | BASE DE DATOS<br>PRINCIPAL Y PERÍODO<br>DE TIEMPO                                         | SISTEMA DE GRD                                      | CÓDIGOS DE<br>DIAGNÓSTICOS                           | DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                            | CÓDIGOS DE<br>PROCEDIMIENTOS        | PROCEDIMIENTOS                                                                      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ALEMANIA                | SIN DATOS (S/D)                                                                           | G-DRG (AR-DRG)                                      | CIE 10 - SGBV                                        | SIN DATOS (S/D)                                                                                                                                                         | OPS-301 v. 2.0                      | SIN DATOS (S/D)                                                                     |
| AUSTRALIA               | Base de Datos<br>Nacional sobre<br>Morbilidad<br>Hospitalaria (NHMD)<br>1989-1996/96      | AN-DRG                                              | Versión australiana<br>del CIE-9-CM                  | Diagnósticos<br>primarios + 31<br>procedimientos<br>adicionales posibles                                                                                                | Versión australiana<br>del CIE 9-CM | Procedimientos<br>principales + 31<br>procedimientos<br>adicionales posibles        |
| AUSTRALIA<br>OCCIDENTAL | Australia Occidental<br>(Sistema de Datos de<br>Morbilidad<br>Hospitalaria) HMDS<br>1970- | AN-DRG (versión 3.1)<br>introducida en<br>1996/1997 | CIE-9; CIE-10 AM<br>(hasta el 1 de julio de<br>1998) | Diagnóstico primario +<br>código de diagnóstico<br>+ número ilimitado de<br>diagnósticos<br>adicionales<br><br>Diagnóstico primario +<br>XX diagnósticos<br>adicionales | CIE 9 CM – CIE 10<br>AM             | Procedimiento<br>principal + todos los<br>procedimientos<br>“significativos”        |
| BÉLGICA                 | Resumé Clinique<br>Minimum & Résume<br>Financier Minimum<br>(RCM-RFM)<br>1988-1997        | AP-DRG- versión 10                                  | CIE 9                                                | Diagnóstico primario +<br>XX diagnósticos<br>adicionales                                                                                                                | CIE-9-CM                            | Procedimiento<br>primario + número<br>ilimitado de<br>procedimientos<br>adicionales |
| BULGARIA                | S/D                                                                                       | IR-DRG                                              | CIE9-CM                                              | S/D                                                                                                                                                                     | CIE9-CM                             | S/D                                                                                 |

Fuente: Los GRD para ajustar los mecanismos de pago a los Proveedores de los Sistemas de Salud. Conferencia Interamericana de Seg Social. CISSWP/0512.

Cuadro N° 9 (Cont): Sistemas de Clasificación de Pacientes en diferentes países. Tipos de GRD utilizados.

| PAIS                           | BASE DE DATOS<br>PRINCIPAL Y PERÍODO<br>DE TIEMPO                                                                                 | SISTEMA DE GRD                                    | CÓDIGOS DE<br>DIAGNÓSTICOS             | DIAGNÓSTICOS                                                                     | CÓDIGOS DE<br>PROCEDIMIENTOS                                            | PROCEDIMIENTOS                                                                                                                                           |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CANADÁ (ONTARIO<br>y NACIONAL) | Base de Datos del<br>Compendio de<br>Egresos (Discharge<br>Abstract Database):<br>CIHI & Statistics<br>Canada 1979/80-<br>1998/99 | Grupos Mixtos de<br>Casos (Case Mix<br>Group-CMG) | CIE 9                                  | Diagnóstico primario +<br>15 posibles<br>diagnósticos<br>adicionales             | Clasificación<br>Canadiense de<br>Procedimientos (CCP)<br>y el CIE-9-CM | Procedimiento<br>principal + 9 posibles<br>procedimientos<br>adicionales                                                                                 |
| CANADÁ (QUEBEC)                | MED-ECHO<br>1985-1995                                                                                                             | No hay agrupamiento<br>de GRD                     | CIE-9                                  | Diagnóstico primario +<br>los posibles<br>diagnósticos<br>adicionales            | CIE-9-CM                                                                | Procedimiento<br>principal + XX<br>posibles<br>procedimientos<br>secundarios                                                                             |
| CANADÁ<br>(MANITOBA)           | Depósito de Datos de<br>Investigación de<br>Salud de Manitoba<br>1985/86 – 1998/99                                                | No hay agrupamiento<br>de GRD                     | CIE-9-CM                               | El diagnóstico<br>primario + 15 posibles<br>diagnósticos<br>adicionales          | CIE-9-CM                                                                | Hasta 12<br>procedimientos                                                                                                                               |
| DINAMARCA                      | Registro Nacional de<br>Pacientes 1978-1998                                                                                       | Nord DRG<br>1987-1998                             | CIE 8 hasta 1993;<br>CIE-10 desde 1994 | Diagnóstico primario +<br>un número indefinido<br>de diagnósticos<br>secundarios | SKS – código<br>NOMESCO                                                 | Procedimiento<br>primario + un número<br>indefinido de<br>procedimientos<br>secundarios (sólo las<br>intervenciones<br>quirúrgicas están<br>codificadas) |

Fuente: Los GRD para ajustar los mecanismos de pago a los Proveedores de los Sistemas de Salud. Conferencia Interamericana de Seg Social. C.ISS/WP/0512.

**Cuadro N° 9 (Cont):** Sistemas de Clasificación de Pacientes en diferentes países. Tipos de GRD utilizados.

| PAIS           | BASE DE DATOS<br>PRINCIPAL Y PERÍODO<br>DE TIEMPO                                                                        | SISTEMA DE GRD                                                                    | CÓDIGOS DE<br>DIAGNÓSTICOS | DIAGNÓSTICOS                                                         | CÓDIGOS DE<br>PROCEDIMIENTOS | PROCEDIMIENTOS                                                                                                    |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESPAÑA         | S/D                                                                                                                      | HCFA-DRG                                                                          | CIE9-CM                    | S/D                                                                  | CIE9-CM                      | S/D                                                                                                               |
| ESTADOS UNIDOS | 5 o 100% de la base<br>de datos de<br>reclamaciones de<br>Medicare<br>1984-1996                                          | Agrupamiento de<br>GRDs de EEUU                                                   | CIE 9                      | Diagnóstico primario +<br>9 posibles<br>diagnósticos<br>secundarios  | CIE-9-CM                     | Reportes confiables<br>sobre todos los<br>reclamos de<br>procedimientos<br>"principales" (10<br>códigos posibles) |
| FINLANDIA      | S/D                                                                                                                      | Nord – DRG                                                                        | CIE 10                     | S/D                                                                  | NCSP                         | S/D                                                                                                               |
| FRANCIA        | iones PMSi<br>1994-1997                                                                                                  | Groupe Homogène de<br>Malades (Adaptado<br>de la clasificación<br>estadounidense) | CIE 9                      | Diagnóstico primario +<br>50 posibles<br>diagnósticos<br>secundarios | CIE-9-CM                     | Procedimiento<br>primario + 50 posibles<br>procedimientos<br>secundarios                                          |
| GRAN BRETAÑA   | Estadísticas de<br>Episodios<br>Hospitalarios hasta<br>1998<br>Estudio de Enlaces de<br>Registros de Oxford<br>1968-1986 | Healthcare Resource<br>Groups (HRG)                                               | CIE 9                      | SI                                                                   | SI                           |                                                                                                                   |
| GRECIA         | S/D                                                                                                                      | HCFA – DRG                                                                        | CIE9-CM                    | S/D                                                                  | CIE9-CM                      | S/D                                                                                                               |

Fuente: Los GRD para ajustar los mecanismos de pago a los Proveedores de los Sistemas de Salud. Conferencia Interamericana de Seg Social CISSWP/0512.



Cuadro N° 9 (Cont): Sistemas de Clasificación de Pacientes en diferentes países. Tipos de GRD utilizados.

| PAIS            | BASE DE DATOS<br>PRINCIPAL Y PERIODO<br>DE TIEMPO             | SISTEMA DE GRD                                                               | CÓDIGOS DE<br>DIAGNÓSTICOS          | DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                          | CÓDIGOS DE<br>PROCEDIMIENTOS                                                                                                       | PROCEDIMIENTOS                                                                                                                                       |
|-----------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ITALIA          | Schede di Dimissione<br>Ospedaliera (SDO)<br>A partir de 1993 | Raggruppamenti<br>Omogenei di Diagnosi<br>(basada en GRD<br>EEUU version 10) | CIE 9                               | Diagnóstico primario +<br>3 posibles<br>diagnósticos<br>secundarios                                                                                                                   | CIE-9-CM                                                                                                                           | Procedimiento<br>quirúrgico primario + 3<br>posibles<br>procedimientos<br>quirúrgicos<br>secundarios                                                 |
| NORUEGA         | S/D                                                           | Nord-DRG                                                                     | CIE 10                              | S/D                                                                                                                                                                                   | NCSP                                                                                                                               | S/D                                                                                                                                                  |
| PAISES BAJOS    | S/D                                                           | DBC                                                                          | CIE9-CM                             | S/D                                                                                                                                                                                   | CW                                                                                                                                 | S/D                                                                                                                                                  |
| PORTUGAL        | S/D                                                           | HCFA - DRG                                                                   | CIE 9-CM                            | S/D                                                                                                                                                                                   | CIE9-CM                                                                                                                            | S/D                                                                                                                                                  |
| REPÚBLICA CHECA | S/D                                                           | AP-DRG, IR-DRG                                                               | CIE 10                              | S/D                                                                                                                                                                                   | ICPM                                                                                                                               | S/D                                                                                                                                                  |
| RUMANIA         | S/D                                                           | HCFA-DRG, AP-DRG,<br>IR-DRG                                                  | CIE 10                              | S/D                                                                                                                                                                                   | ICPM                                                                                                                               | S/D                                                                                                                                                  |
| SUECIA          | Registro de Egresos<br>Hospitalarios<br>1987-1997             | Nord DRG                                                                     | CIE 9 (1987-1996)<br>CIE 10 (1997-) | Diagnóstico primario +<br>5 diagnósticos<br>secundarios;<br>Diagnóstico primario +<br>7 diagnósticos<br>secundarios;<br>(depende de cómo se<br>usen los códigos<br>"dagger-asterisk") | Códigos de cirugía<br>solamente,<br>clasificación sueca;<br>Códigos de cirugía<br>solamente,<br>NOMESCO<br>(clasificación nórdica) | 8 códigos de<br>procedimiento,<br>ninguno especificado<br>como primario; 12<br>códigos de<br>procedimiento,<br>ninguno especificado<br>como primario |
| SUIZA           | S/D                                                           | AP-DRG                                                                       | CIE 10                              | S/D                                                                                                                                                                                   | CIE9-CM                                                                                                                            | S/D                                                                                                                                                  |

Fuente: Los GRD para ajustar los mecanismos de pago a los Proveedores de los Sistemas de Salud. Conferencia Interamericana de Seg Social. CISS/WP/0512.



## **4.2. La situación en Latinoamérica.**

No se encontraron fuentes que describan la incorporación de herramientas de gestión en base a los GRD en los sistemas de salud de los países latinoamericanos. Existen algunos desarrollos regionales focalizados, tales como el caso de Colombia y Chile, con un avance significativo de México en la adopción del sistema.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) -con una cobertura de población de 46 millones<sup>21</sup>, casi el 50% de la población del país- en el marco de su tercera reforma y en conjunto a otros enfoques estratégicos como el diseño de un nuevo Modelo Institucional de Atención Integral a la Salud -MIAIS- y la creación de 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada -AMGD- entre otros, comenzó en el año 2001 la implementación operativa del Sistema de Información del Producto Hospitalario (SIPH) con el enfoque de Grupos Relacionados con el Diagnóstico para la asignación de recursos financieros a los hospitales del Sistema de Atención Institucional de ese organismo<sup>22</sup>. El primer reporte de resultados fue publicado en noviembre de 2002, bajo el nombre de "Boletín de la Productividad Hospitalaria Institucional en Base a los GRDs 2001"<sup>23</sup>

Colombia tiene un desarrollo muy acotado, de la mano de una institución intermedia, que comenzó en el 2003 como un proyecto de innovación en conjunto con ocho centros del país<sup>24</sup>: cuatro de Medellín, todos privados -Clínica Cardiovascular Santa María, Clínica el Rosario, Clínica Las Vegas, Hospital Pablo Tobón Uribe -y cuatro de Bogotá, de los cuales tres ya son del sector público (Hospital El Tunal, Universitario La Samaritana y Pablo VI Bosa ) y la Fundación Cardioinfantil, privada. El grupo que lidera la experiencia es el Centro de Gestión Hospitalaria, que se define como "una corporación sin ánimo de lucro que reúne a empresas, fundaciones, universidades e instituciones de salud, públicas y privadas"<sup>25</sup>.

La República de Chile ha desarrollado un proyecto de I+D que denominó "Desarrollo de un Sistema de Evaluación y Seguimiento del Desempeño de la Gestión Clínica de los Grandes Hospitales Chilenos", financiado por el Estado en el marco de convenios con la Unión Europea<sup>26</sup>. El Hospital El Salvador es el

exponente principal de esta implementación, y gestiona sus servicios clínicos en base a GRD desde el año 2003. Ha efectuado publicaciones con resultados de sus análisis, disponibles en la página Web del Servicio de Gestión Clínica de dicho hospital<sup>27</sup>

No se han encontrado otras referencias en relación a la aplicación masiva de los GRD en países América Latina, pero existen numerosas experiencias de codificación retrospectiva de egresos en base a fuentes de datos de registros hospitalarios o de historias clínicas, semejantes a las desarrolladas en la Argentina (véase el punto siguiente).

#### **4.3. 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 a nivel "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<sup>28, 29, 30</sup> 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 basados en este sistema –pesos, estancias medias, etc.- para efectuar comparaciones, por último, con un

estándar que usualmente es el de España o alguna de sus Comunidades Autónomas, o de EEUU.

– **Experiencia de aplicación de GRD en 5 hospitales argentinos.**<sup>31</sup>

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.

Adolfo Sánchez de León analiza, en el artículo citado, 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 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”

– **Experiencia en Hospitales Públicos de la Ciudad 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.<sup>32</sup>

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.



**Cuadro Nº 10:** Experiencia operativa en el manejo de los GRD, en la codificación de Enfermedades y en la agrupación de egresos con los Grupos Relacionados con el Diagnóstico en Hospitales de la CABA.

| Institución         | Altas      | Mes             | Año  |
|---------------------|------------|-----------------|------|
| Hospital Argerich   | 707<br>873 | Mayo<br>Octubre | 1999 |
| Hospital Fernández  | 569        | Julio           | 1999 |
| Hospital Durand     | 983        | Mayo            | 2000 |
| Hospital Santojanni | 820        | Julio           | 2000 |

Fuente: Dra. Alicia Giraldo y colaboradores (con equipos técnicos de las Consultoras Codeh Consultora de Hospitales de Cataluña, Mazars Argentina, con el grupo Osakidetza del país vasco y con Capgemini Consultora Francesa)

– **Caso de una Empresa de Medicina Prepaga: Provincia Servicios de Salud S.A.**

El autor de este trabajo participó en la experiencia relatada en este punto, como responsable del sector de Auditoría Médica.

Esta empresa contaba, como sistema de información, con una versión de Diamond®, software difundido entre las Health Maintenance Organizations en EEUU, y su base de datos para la codificación diagnóstica era la CIE 9 CM. Entre febrero y abril del año 2002 comenzó a desarrollarse el registro del CMBD de los egresos, los que eran enviados en soporte electrónico para su agrupamiento a España, como etapa previa al tratamiento local de la información. Lo novedoso de la experiencia consistió en que quienes registraban el CMBD (en base a la historia clínica) y codificaban eran los médicos auditores de terreno a partir de fichas diseñadas ad-hoc (ya que en los prestadores privados no se utiliza en Informe de Hospitalización) a los que se capacitó y con quienes se efectuaba una revisión permanente de los registros.

Se llegaron a agrupar 439 egresos, pero la experiencia no tuvo continuidad ya que la empresa fue adquirida por otra firma y sus nuevas autoridades no mostraron interés por el sistema.

**Cuadro N° 11:** Experiencia operativa en el manejo de los GRD, en la codificación de Enfermedades y en la agrupación de egresos en una empresa de Medicina Prepaga.

| Institución                       | Altas      | Mes              | Año  |
|-----------------------------------|------------|------------------|------|
| Provincia Servicios de Salud S.A. | 216<br>223 | Febrero<br>Marzo | 2002 |

Fuente: Dra. Alicia Giraldo, *Op. Cit.*

**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.

En el Cuadro N° 12 se ha volcado el contenido del Informe de Producción Hospitalaria que anualmente el Hospital Garrahan publica y discute entre sus servicios.

**Cuadro N° 12:** contenidos del Informe de Producción Hospitalaria 2004 de Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

|                                                      |  |
|------------------------------------------------------|--|
| Introducción                                         |  |
| Glosario                                             |  |
| Estándar                                             |  |
| Datos de Estándar                                    |  |
| Detalle del estándar                                 |  |
| Análisis de la codificación 2003 – 2004              |  |
| Indicadores Globales – Datos sin Depurar             |  |
| Indicadores sobre datos Predepurados                 |  |
| Indicadores sobre datos Depurados                    |  |
| Evolución de indicadores globales                    |  |
| Análisis de Depuración                               |  |
| Gráficos                                             |  |
| Detalle                                              |  |
| Reingresos                                           |  |
| 48 hs                                                |  |
| 7 días                                               |  |
| 30 días                                              |  |
| Análisis de los egresos                              |  |
| Por tipo de egreso 2001 a 2004                       |  |
| Por tipo de egreso 2004                              |  |
| Altas tipo 1 y tipo 4 2001 a 2004                    |  |
| Fallecidos por CDM (2001 a 2004)                     |  |
| Análisis de los primeros GRDs                        |  |
| Por egresos                                          |  |
| Por estancias totales                                |  |
| Por UPR                                              |  |
| Por Costo Total                                      |  |
| Por Costo Medio                                      |  |
| Clínicos por egresos                                 |  |
| Quirúrgicos por egresos                              |  |
| Días Ganados y Estancias Evitables                   |  |
| Resumen                                              |  |
| Detalle                                              |  |
| Información sobre diagnósticos por egresos           |  |
| Media de Diagnóstico por servicio 2004               |  |
| Media de Diagnóstico por servicio – 1° Semestre 2005 |  |
| Análisis Costo – Facturación                         |  |
| Detalle sobre los primeros 40 GRDs                   |  |
| Análisis por cuarteles                               |  |
| Cuartiles por Costo por paciente                     |  |
| Distribución por Peso Relativo                       |  |
| Global                                               |  |
| Clínico                                              |  |
| Quirúrgico                                           |  |
| Actividad y Costo 2004                               |  |

Fuente: Hospital Garrahan, Unidad de Organización y Métodos.



## 5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD Y GRD.

Si bien la clasificación de los pacientes atendidos en los hospitales del sistema público de salud, o el desarrollo de sistemas de información basados en GRD, no han sido abordados sistemáticamente desde el Estado, se han relevado acciones que indican una voluntad de avanzar hacia el tema y establecer líneas de acción convergentes.

### 5.1. Plan Federal de Salud.

La referencia más importante se encuentra en el Plan Federal de Salud 2004 – 2007 elaborado por el Ministerio de Salud desde el Consejo Federal de Salud<sup>33</sup>. En el documento, se hace exclusiva mención al “Producto Hospitalario”. Aún más, se sostiene que “la determinación del producto hospitalario será el elemento vinculante con el Presupuesto Público”.

Es por demás elocuente el valor que en el texto se otorga a este sistema de clasificación de pacientes, del que se extraen algunos párrafos, resaltándose con negrita cursiva las definiciones que interesan para este trabajo:

#### “7.1.6. Fortalecimiento del hospital público

\*\*\*\*\*

Con respecto al modelo de gestión, la evidencia empírica demuestra la conveniencia de avanzar en los niveles de descentralización hospitalaria. Esto significa que los establecimientos funcionen en red y con un perfil prestacional preciso, pero con la máxima autonomía posible en el uso de sus recursos. Para que la descentralización permita la incorporación de un nuevo modelo de gestión del hospital público será preciso desarrollar mecanismos racionales de toma de decisiones basados en la relación entre la oferta y la demanda, el cumplimiento del rol asignado en la red prestacional, la capacidad de gestión de sus directivos y el acuerdo sobre la evaluación del desempeño, *identificando los productos finales de su actividad.*

Con respecto al modelo de financiamiento, el objetivo es lograr que los recursos sean asignados en función del desempeño de cada institución. *Una vez establecida la misión del efector y con la medición de su producto, es posible desarrollar un presupuesto en cada hospital teniendo en cuenta el resultado de*

*su gestión. La confección de estos presupuestos, identificando el producto hospitalario y sus costos, permitirá la evaluación de los servicios que se brindan en términos de eficiencia y eficacia técnica, tarea para la cual se propone reformar los actuales sistemas de información y organizativos internos. La determinación del producto hospitalario será el elemento vinculante con el Presupuesto Público. Será también la herramienta para calcular los costos sobre los cuales se establecerán los acuerdos necesarios con las fuentes de financiamiento que aporten los recursos genuinos de cada hospital (terceros financiadores o compradores de servicios).*

.....

### **Propuesta:**

Para 2004:

*1.- Desarrollo de la metodología e instrumentos para medición del producto hospitalario.*

2 a 6 (sigue)

Para 2005:

*7.- Implementación de talleres con todas las jurisdicciones para concertación, ajuste y transferencia de la tecnología para medición del producto hospitalario*

8 a 13 (sigue)

Para 2006:

*14.- Incorporación del proyecto piloto de descentralización con medición del producto hospitalario, costeo, gestión presupuestaria descentralizada y desarrollo del Plan Maestro en los cien hospitales capacitados en el año anterior.*

15 a 17 (sigue)

Para 2007:

.....

*19.- Implementación de fase II de descentralización con medición del producto hospitalario, costeo, gestión presupuestaria descentralizada y desarrollo del Plan Maestro en los doscientos hospitales capacitados en el año anterior*

(Sigue)

### 7.2.2. Desarrollo de sistemas de información en áreas estratégicas para la gestión de la salud.

Conformación de un sistema integrado de información en salud, que permite medir el desempeño de todos los subsistemas, generando transparencia y el soporte necesario para la evaluación y la toma de decisiones.

En particular, esto implica la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria y del Subsistema de Estadísticas de Recursos y Servicios de Salud.

.....

Esta propuesta de reformulación consta de dos partes

- 2004 -2005: *Una propuesta de Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) de interés nacional que incluye la Información Estadística de Pacientes Internados - con los eventos obstétricos - el Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas, las Consultas médicas Ambulatorias -con una propuesta de tratamiento por muestreo de la morbilidad ambulatoria - y los Recursos de salud.*

- 2005 - 2006: *Una recomendación de Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) de interés jurisdiccional que incluye la Información Estadística de laboratorio de Análisis Clínicos, de Imágenes, de Prestaciones Odontológicas, de Hospital de Día, sobre la Atención de la Internación Organizada por Cuidados Progresivos o Indiferencias, sobre Internación Domiciliaria Programada y sobre salud mental."*

## 5.2. Sistema Nacional de Información de Salud

La Dirección de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS) ha dado pasos coherentes con las políticas definidas en el Plan Federal. Publica en su página Web el documento "SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD – Septiembre 2004"<sup>34</sup> conteniendo las características y definiciones de los distintos programas que lo integran; en su capítulo "SUBSISTEMA DE ESTADISTICAS DE SERVICIOS DE SALUD propone entre sus objetivos la "adecuación del Informe Estadístico de Hospitalización con objetivos muy específicos: 1) Transformar las estadísticas de egresos en estadísticas de

pacientes y de esta manera tener una fuente de información de morbilidad y no sólo de producción de egresos. 2) Recolectar y procesar toda la información sobre diagnósticos, prácticas y procedimientos, de manera de facilitar el análisis por causas múltiples o la aplicación de técnicas de "case mix" (Grupos Relacionados de Diagnósticos -GRD-, Categorías para el Manejo de Pacientes -CMP-, etc.), y 3) Incluir, en el caso de los partos, información sobre características del evento obstétrico y del producto de la gestación."

La misma Dirección publica más recientemente el consenso ínter jurisdiccional para la recolección de datos en salud<sup>35</sup> a partir del año 2005, y en el punto dedicado al registro de información estadística de pacientes internados, también incorpora el concepto de Clasificación de Pacientes, al afirmar que el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) "es esencial para la gestión o el gerenciamiento de servicios de salud, para la programación local, para la planificación jurisdiccional y nacional. Complementariamente es útil para estudios e investigaciones especiales (sanitarias y epidemiológicas) y para el cálculo del costo de la atención. Asimismo, a nivel local, en caso de que la jurisdicción y el establecimiento lo consideren pertinente, puede utilizarse para la aplicación de técnicas de case mix, como Grupos Relacionados de Diagnósticos -GRD-, las categorías para el manejo de pacientes -CMP-, etc., completando este conjunto de datos de acuerdo a la metodología seleccionada."

El Conjunto Mínimo de Datos Básicos (el grupo denominado "de interés Nacional") contempla casi todas las variables que utiliza el agrupador de los GRD para clasificar un paciente egresado, como se muestra en el Cuadro N° 13. Sin embargo, los formularios para registro -Informe Estadístico de Hospitalización- contemplan para los diagnósticos secundarios 4 casilleros y para los procedimientos sólo 3 (el Servicio Andaluz de Salud, por ejemplo, registra hasta 9 diagnósticos y 10 procedimientos), insuficientes para asegurar una óptima calidad del conjunto de datos que alimenta un agrupador de GRD.



**Cuadro N° 13:** Conjunto Mínimo Básico de datos para agrupar GRD. Comparación con el Conjunto Mínimo de Datos Básicos recomendados por el MSP de la Nación.

| CMBD recomendados para la Clasificación en GRD | CMDB recomendados por el MSP de la Nación                                                    |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificación de la Institución               | Identificación del establecimiento                                                           |
| Identificación del Paciente                    | Tipo y número de documento - Tipo y número de documento de la madre (para menores de un año) |
|                                                | Edad al ingreso                                                                              |
|                                                | Nivel de instrucción                                                                         |
|                                                | Situación laboral                                                                            |
|                                                | Ocupación habitual                                                                           |
| Fecha de Nacimiento                            | Fecha de nacimiento                                                                          |
| Sexo                                           | Sexo                                                                                         |
| Residencia                                     | Residencia habitual                                                                          |
| Régimen de Financiación                        | Pertenece o está asociado a ...                                                              |
| Fecha de Ingreso                               | Fecha de ingreso                                                                             |
| Circunstancias de Ingreso (Motivo de Consulta) | Hospitalizado por (Servicio)                                                                 |
| Diagnóstico Principal                          | Diagnóstico principal al egreso                                                              |
| Diagnósticos Secundarios                       | Otros diagnósticos                                                                           |
| Procedimientos en Quirófano o Sala de Partos   | Procedimientos quirúrgicos y obstétricos                                                     |
|                                                | Forma de terminación del parto                                                               |
| Otros Procedimientos                           | Procedimientos quirúrgicos y obstétricos                                                     |
| Peso Recién Nacido                             | Peso al nacer                                                                                |
| Sexo recién Nacido                             |                                                                                              |
| Fecha de Alta                                  | Fecha de egreso                                                                              |
| Día de Salida (hora/día/mes/año)               |                                                                                              |
| Circunstancias al Alta                         | Tipo de egreso                                                                               |
| Identificación del Médico responsable del alta | Firma del Médico                                                                             |
| Servicio de alta                               |                                                                                              |
|                                                | Nº del Informe                                                                               |
|                                                | Total días de estada                                                                         |
|                                                | Otras circunstancias que prolongan la internación                                            |
|                                                | Días de estada por otras circunstancias                                                      |
|                                                | Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos                        |
|                                                | Fecha de terminación del embarazo                                                            |
|                                                | Edad gestacional                                                                             |
|                                                | Paridad                                                                                      |
|                                                | Tipo de parto                                                                                |
|                                                | Condición al nacer                                                                           |

Fuente: Elaboración Propia.

### **5.3. ProSEPU - Programa de Apoyo al Sector Sanitario Público Argentino.**

Si bien no se encontraron publicaciones que pudieran brindar información con relación al efectivo cumplimiento de los objetivos propuestos en el Plan Federal de Salud, se identificaron significativos desde el Ministerio de Salud de la Nación entre los que cuenta la inclusión del tema dentro del Programa de Apoyo al Sector Sanitario Público Argentino (ProSEPU) en el marco del llamado a la licitación pública internacional Nº 01/2004 de esa dependencia oficial<sup>36</sup>, una convocatoria a presentación de ofertas que, entre otros elementos, incluye un programa de "Fortalecimiento en la Gestión de los Hospitales Públicos" con un componente de "Instrumentación de Herramientas de Gestión en las Áreas de Administración" en el que contempla la provisión de "Software, Reingeniería de Procesos, Capacitación, Monitoreo y Management Transversal" y que fuera adjudicado en diciembre de 2004<sup>37</sup>

Resulta por demás elocuente la propuesta efectuada desde el pliego licitatorio, que ya desde los considerandos de su Capítulo 20 expresa:

"El hospital es una empresa de producción de servicios que tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de atención de la salud de la población para mejorar su estado de salud. Una empresa de servicios multiproducto de extrema complejidad por cuanto en él coexisten cuatro empresas diferentes con una amplia gama de producción: 1) Hotel cuyos usuarios presentan mayores exigencias que en un hotel común. 2) Empresa artesanal, con numerosos profesionales y productos difíciles de definir: los servicios finales. 3) Empresa que utiliza tecnología de punta con un gran turn-over, que requiere de un mantenimiento preciso y oportuno por parte de equipos de ingeniería clínica: los servicios intermedios, auxiliares del diagnóstico y tratamiento. 4) Escuela de formación técnica y profesional y un instituto de investigación".

Los objetivos de aquel proyecto están definidos como "Fin: Contribuir a una más racional y eficiente asignación de los recursos dentro del Subsistema Público de Salud Argentino y una mejora en la Gestión de sus Hospitales. Propósito: Desarrollar e implementar, en Hospitales Públicos Argentinos de diversas Provincias y niveles de complejidad, un sistema informatizado de

medición del producto hospitalario, utilizando el sistema de clasificación de pacientes denominado Grupos Relacionados con el Diagnóstico''

Están planteados 3 niveles de implementación: Nivel Hospitalario, Nivel Ministerios de Salud Provinciales (donde se prevé recepcionar vía Internet la información de producción hospitalaria desde los hospitales de su jurisdicción) y Nivel Ministerio de Salud de la Nación en el que está previsto la incorporación de una Estación Clínica –véase pág. 40- para el "análisis de la información de producción hospitalaria y elaboración de indicadores de Desempeño Hospitalario a partir de los CMDB, CIE, GRD's y Case Mix. Realización de estudios comparativos del desempeño hospitalario. Devolución de la información, en forma de indicadores de desempeño hospitalario a los Ministerios de Salud de las Provincias y a los propios Hospitales"<sup>38</sup>. También prevén las especificaciones, el fortalecimiento de la capacidad del MSP para la recepción de la información y el envío de los indicadores vía Internet.

Los hospitales del proyecto son los siguientes:

- Hospital Pablo Soria de Jujuy
- Hospital de Pediatría de Córdoba
- Hospital Noti de Mendoza
- Hospital de Ojo de Agua de Santiago del Estero
- Hospital de San Nicolás (Interior de la Provincia de Buenos Aires)
- Hospital Santamarina de Monte Grande (Conurbano de la Provincia de Bs As)
- Hospital San Martín de Corrientes
- Hospital de Río Gallegos (Provincia de Santa Cruz)
- Hospital Posadas
- Hospital de Formosa

#### **5.4. Superintendencia de Servicios de Salud. El Programa**

##### **PASOS.**

También desde la Superintendencia de Servicios de Salud, el ministerio nacional del área ha avanzado concretamente hacia el mejoramiento de los sistemas de información hospitalaria promoviendo la utilización del CMDB en los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD). La estrategia de la SSS



fue agilizar el reembolso de las Obras Sociales bajo su tutela, por los afiliados que fueran internados en estos establecimientos, comprometiéndose a “tramitar los reclamos que el Hospital efectúe a través del Sistema de Débito Automático dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presentación de los mismos, en lo atinente a su procesamiento, análisis, y posterior requerimiento de fondos a la AF-IP”<sup>39</sup>

Este se canalizó a través del programa PASOS (Programa de Asistencia Técnica a la Superintendencia y Obras Sociales) en el marco del Proyecto ARG/04/013 del PNUD, a desarrollarse entre julio 2004 y agosto 2006, y que definía entre sus objetivos “asistir a la Superintendencia de Servicios de Salud en la ejecución de un programa que implemente el mejoramiento de los mecanismos de obtención y utilización de la información relativa a los beneficiarios de la Seguridad Social; promoviendo la renovación conceptual del sub-sector Salud; reordenando sus circuitos de flujo de datos; ampliando su capacidad tecnológica y fortaleciendo la capacidad de los diferentes niveles de usuarios del sistema de información”. El plan de implementación del programa consistía en:

- Normatizar los procedimientos de información;
- Producir información validada, confiable, accesible y utilizable;
- Transformar datos en información para la producción de conocimiento sobre el sector, su actividad y necesidades.
- Mejorar la interacción con los beneficiarios, agentes y organismos públicos;
- Posibilitar la modelización de distintos escenarios de planificación para facilitar la toma de decisiones y la generación de políticas para el sector.

La Superintendencia firmó varios “Acuerdos Marco de Colaboración” que definía como una herramienta destinada a “homogeneizar esas estadísticas en un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD-SSSalud) cuyas utilidades pueden ser el pilar de la gestión interna, la planificación, la financiación, la presupuestación, la estimación de calidad asistencial y la satisfacción del usuario del sistema, dando lugar a datos para poder llevar adelante una Política de Salud con base científica”. El Objetivo principal era “conformar un circuito de



provisión y suministro de información sanitaria y epidemiológica tendiente a conformar el Conjunto Mínimo Básico de Datos de la Seguridad Social de la República Argentina (CMBD-SSSalud)” para lo cual la SSS transfería un utilitario informático con fines pedagógicos para la implementación de la Codificación por CIE-9-MC (Sistema SCAN) y un sistema de facturación de HPGD desarrollado por la misma Superintendencia y que permitía al hospital el “registro de toda la atención que los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada brindan a los beneficiarios de los Agentes Nacionales del Seguro de Salud, la confección del Anexo II Comprobante de Atención previstos en la Resolución 487/02 MS, información básica para el cálculo estadístico, y la confección automática de la facturación sobre la base de dichos registros”.

Los hospitales con los que se suscribió el Acuerdo Marco debían codificar los egresos hospitalarios y procedimientos resultantes de la atención médica brindada a los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud de acuerdo al CIE-9-MC, definiendo para el CMBD la codificación del diagnóstico principal, hasta 12 diagnósticos secundarios, hasta 21 procedimientos diagnósticos, hasta 21 procedimientos terapéuticos, y hasta 7 morfologías neoplásicas.

Los responsables de la supervisión de los acuerdos eran la propia SSS y la agencia Lain Entralgo de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

Los hospitales y organismos que firmaron dicho Acuerdo Marco fueron:

- Hospital Central de la ciudad de Mendoza. 7 de enero de 2005
- Hospital Materno Infantil Dr. Humberto J. Notti de Mendoza, 23 de agosto de 2004
- Hospital Nacional Profesor Dr. Alejandro Posadas, Pcia. de Buenos Aires. 25 de junio de 2004
- Policlínico Municipal Sofía Terrero de Santamarina, Monte Grande, Pcia. de Buenos Aires. 13 de agosto de 2005
- Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada de la Secretaría de Salud y Acción Social de la Municipalidad de Tigre, Pcia. de Buenos Aires. 12 de agosto de 2005

- Hospitales Públicos del Ministerio de Salud de la Pcia. de Río Negro. 27 de julio de 2005
- Hospitales San Bernardo y del Niño Jesús de Praga, Hospital Dr. Joaquín Castellanos de Gral. Güemes, Hospital San Vicente de Paul en Orán y Hospital Presidente Juan Domingo Perón de Tartagal, todos del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta. 29 de junio de 2005
- Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, Pcia. de Santa Fe. 31 de enero de 2005
- Hospital J. B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. 25 de enero de 2005
- Hospital Dr. Juan O. Lanza de la localidad de San Justo, Pcia. de Santa Fe, del Ministerio de Salud de esa provincia. 18 de febrero de 2005
- Hospital Provincial de Rosario, de la ciudad de Rosario, pcia. de Santa Fe. 17 de marzo de 2005
- Hospital Dr. Daniel A. Criado de la localidad de Esperanza, pcia. de Santa Fe. 17 de marzo de 2005
- Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia, de la ciudad de Santa Fe. 17 de marzo de 2005
- Hospital Dr. Julio J. Maiztegui, de la localidad de Alcorta del Ministerio de Salud de la Pcia. de Santa Fe. 17 de marzo de 2005
- Hospital Escuela Eva Perón de la localidad de Granadero Baigorria, Pcia. de Santa Fe. 17 de marzo de 2005
- Hospital Dr. José María Cullen, de la ciudad de Santa Fe, del Ministerio de Salud de esa provincia. 18 de marzo de 2005
- Hospital Municipal Ramón Santamarina de la localidad de Tandil, Pcia. de Buenos Aires. 12 de agosto de 2005

El Programa PASOS, además, editó la publicación "Grupos Relacionados por el Diagnóstico, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y medición de producto sanitario" cuya carátula se muestra en el gráfico N° 6

Como muchos de los proyectos ligados a reformas en el sector público, este programa fue discontinuado al cambiar las autoridades del la SSS, en el transcurso del corriente año.

**Gráfico N° 6.**

Publicación del Informe Técnico sobre los GRD.  
PNUD, SSS y Ministerio de Salud de la Nación.



## **6. LA MEDICIÓN DEL PRODUCTO HOSPITALARIO EN LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA).**

Se efectuó un relevamiento de los sistemas de registro, codificación y análisis, de la información de producción de egresos de hospitales públicos de la CABA a fin de establecer las similitudes –o diferencias– que se pudieran encontrar con los sistemas de información basados en GRD. Se encontraron hospitales que cuentan con un sistema informático provisto por la Dirección Estadísticas para la Salud del Ministerio correspondiente. El programa, "Movimiento Hospitalario Computarizado – MH" fue diseñado, elaborado e implantado por la mencionada Dirección, que realiza también el mantenimiento del mismo, en el que se carga la información de los pacientes. Si bien se presentan diferencias propias de cada realidad organizativa en cuanto a la forma en que transcurren los datos desde los servicios de internación hacia el departamento de estadísticas de cada hospital, el procedimiento en general sigue el siguiente flujo:

- El servicio de Admisión ingresa los datos filiatorios y administrativos, procedencia de la internación, el diagnóstico de ingreso y el servicio en el que se interna el paciente, y en muchos casos también es responsable de actualizar los pases de sala a partir de la información que provee el censo diario.
- Al abrir la historia clínica, el sector de Estadísticas incluye en la misma el formulario "Informe Estadístico de Hospitalización" (IEH) que contiene básicamente los datos recomendados por el sistema nacional de estadísticas, consignados en la página 69 de este trabajo.
- Al egreso del paciente, los médicos intervinientes completan el IEH con los diagnósticos y procedimientos, y firman el mismo al pie. Durante el relevamiento efectuado, se observaron algunas anomalías en este paso del proceso: diagnósticos ininteligibles, o con siglas, o ausencia de éste; registro en general de un solo diagnóstico; procedimientos no acordes al diagnóstico; historias clínicas sin el IEH, y en su lugar una hoja con el nombre del paciente y el resto en blanco, o formularios sin la historia clínica, entre otros. Si bien fueron observaciones hechas al azar, surge una interesante línea de



investigación para sistematizarlas, cuantificarlas y caracterizarlas, partiendo de la hipótesis de que estas anomalías impactan negativamente en la calidad de la información sobre el producto hospitalario, y constituyen barreras para la implantación de cualquier sistema de clasificación de pacientes.

- Luego la historia clínica regresa al sector Estadísticas, donde se codifica la información médica del IEH.

- Diagnósticos a través de la CIE 10.
- Procedimientos mediante la Clasificación de Procedimientos en Medicina – OMS utilizando los capítulos I a V y VIII.

- Posteriormente se carga la información en el programa informático descrito y se genera un soporte electrónico que el hospital envía mensualmente a la Dirección de Estadísticas para la Salud, en donde se consolida en una base de datos para el conjunto total.

El hospital cuenta, a través de este software, con la posibilidad de elaborar la estadística de su propio movimiento asistencial, no solamente de los egresos sino de consultas, actividades de atención del campo de la salud mental, odontología, y alimentación. En el área de interés de este trabajo –egresos- los cuadros de Movimiento Hospitalario (tal como los denomina el sistema) están discriminados por servicio o especialidad -en general se configuran en grupos de ellas, en otras ocasiones por piso- y contienen:

- Movimiento de internación según Especialidad: Número de Ingresos, Pases, Egresos, Defunciones, Días Cama Disponibles, Pacientes Día
- Indicadores de internación según Especialidad: Promedio de Camas Disponibles, Promedio de Pacientes Día, Promedio de Camas Ocupadas, Giro de Camas y Tasa de Mortalidad.

Nótese que, si bien los indicadores que arroja el programa permiten algún grado de gestión de los servicios, utilizan como unidad de análisis el “egreso” o el “día cama”. Son los que se denominan “medidas opacas” (véase página 17) vale decir que no reflejan atributos, no permiten ver qué hay detrás de ellos, no informan acerca de las *características* de la producción ni del esfuerzo para ser producida. Con el mismo agrupamiento por servicios pueden listarse los egresos

con sus diagnósticos o sus procedimientos. En este punto se considera importante señalar que el programa informático *posee* la posibilidad de grabar más de un diagnóstico, pero parecería que el uso y costumbre es la carga de solamente el principal; este sistema de información como herramienta de implementación de los GRD también abre líneas de investigación.

El nivel central de Estadísticas publica periódicamente los resultados del movimiento de los hospitales y los pone a disposición en su página Web<sup>40</sup>. Informa de cada hospital y del conjunto: listado de diagnósticos (en este caso, y para evitar la amplia dispersión de la CIE, utiliza para los Hospitales Generales de Agudos y Hospitales Generales de Niños, una "Lista Reducida Para Diagnóstico Único de Egreso" confeccionada para el país por la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades) listado de "egresos con procedimientos" y algunos indicadores. Nuevamente, aquí, se utilizan como unidades de análisis los "egresos" y los "días cama". En el cuadro N°14 se vuelcan un resumen de los indicadores más relevantes de los hospitales en análisis, y en el cuadro N° 15 el listado de establecimientos de agudos con el resultado de producción de cada uno, a fin de intentar establecer comparaciones.

Aunque es posible obtener una "idea general" sobre los hospitales, estos indicadores están muy lejos de informar las características, diferencias, desempeño, costos, necesidades de asignación presupuestaria, etc. de cada uno, y menos aún de permitir una comparación sobre la complejidad que atienden. Pueden los decisores determinar las asignaciones necesarias para cada establecimiento con esta información?

**Cuadro N° 14:** Indicadores de Internación de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires – Año 2005.

| Tipo de Hospital    | Promedio Pac.Día | CamasDisp. | %Ocupac. | Prom.de Perman. | Giro Cama |
|---------------------|------------------|------------|----------|-----------------|-----------|
| Generales de Agudos | 2.983,2          | 3.950,1    | 75,5     | 8,2             | 33,6      |
| Generales de Niños  | 433,6            | 617,4      | 70,2     | 7,3             | 35,0      |
| Especializados      | 3.207,1          | 3.745,6    | 85,6     | 31,6            | 9,9       |
| Total               | 6.623,9          | 8.313,1    | 79,7     | 12,7            | 23,0      |

Fuente: Dirección de Estadísticas del Gobierno de la CABA

**Cuadro N° 15:** Egresos e Indicadores de Internación por Hospital.  
 Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires - Año 2005 .

| Hospital        | Egresos        | Promedio Pac.Dia | Camas Disp.   | % Ocupac.   | Prom.de Perman. | Tasa de Mortal. (%) | Giro Cama   |
|-----------------|----------------|------------------|---------------|-------------|-----------------|---------------------|-------------|
| Alvarez         | 9.331          | 190,6            | 284,7         | 67,0        | 7,5             | 4,6                 | 32,8        |
| Argerich        | 14.601         | 340,0            | 405,4         | 83,9        | 8,5             | 3,8                 | 36,0        |
| Durand          | 10.753         | 244,3            | 310,1         | 78,8        | 8,3             | 4,4                 | 34,7        |
| Fernández       | 11.637         | 302,0            | 360,4         | 83,8        | 9,5             | 3,4                 | 32,3        |
| Penna           | 12.519         | 222,4            | 284,6         | 78,2        | 6,5             | 2,3                 | 44,0        |
| Piñero          | 11.767         | 240,9            | 317,2         | 75,9        | 7,5             | 4,0                 | 37,1        |
| Pirovano        | 10.568         | 282,5            | 380,9         | 74,2        | 9,8             | 4,4                 | 27,8        |
| Ramos Mejía     | 11.974         | 344,5            | 495,7         | 69,5        | 10,5            | 5,3                 | 24,2        |
| Rivadavia       | 8.448          | 196,6            | 338,0         | 58,2        | 8,5             | 2,7                 | 25,0        |
| Santojanni      | 16.800         | 342,1            | 379,2         | 90,2        | 7,4             | 3,1                 | 44,3        |
| Tornú           | 5.260          | 129,9            | 178,4         | 72,8        | 9,0             | 7,6                 | 29,5        |
| Velez Sarsfield | 5.552          | 73,8             | 114,3         | 64,6        | 4,9             | 2,1                 | 48,6        |
| Zubizarreta     | 3.221          | 73,6             | 101,3         | 72,7        | 8,3             | 6,6                 | 31,8        |
| Elizalde        | 10.587         | 185,7            | 280,1         | 66,3        | 6,4             | 1,1                 | 37,8        |
| Gutierrez       | 10.996         | 247,9            | 337,3         | 73,5        | 8,2             | 1,3                 | 32,6        |
| Sardá           | 16.515         | 212,2            | 254,9         | 83,3        | 4,7             | 0,4                 | 64,8        |
| María Ferrer    | 1.179          | 32,1             | 36,4          | 88,1        | 9,9             | 6,3                 | 32,4        |
| <b>Total</b>    | <b>191.100</b> | <b>6623,9</b>    | <b>8313,1</b> | <b>79,7</b> | <b>12,7</b>     | <b>3,5</b>          | <b>23,0</b> |

Fuente: Dirección de Estadísticas del Gobierno de la CABA

## **7. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA GRD.**

Se aborda en este capítulo 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 comienza. 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<sup>41</sup>, y consta de 7 pasos:

### **7.1. 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 implantación, por lo que esta definición de objetivos será necesariamente el primer paso de la implementación.

### **7.2. 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 CMDB: 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?
  - Completitud: 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?

### **7.3. Elección del Sistema de Clasificación de Pacientes.**

Una vez que se tenga el CMDB 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™, ver página 30) 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).

#### **7.4. 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.

Se cita como un buen ejemplo de esta etapa, el alcance definido por el Programa de Apoyo al Sector Sanitario Público Italo-Argentino (ProSEPU) en el proyecto "Instrumentación de Herramientas de Gestión en las Áreas de: Administración y Bioingeniería" que abarca los Hospitales involucrados, los Ministerios de Salud Provinciales, y el Ministerio de Salud de la Nación (véase pág. 70)

#### **7.5. 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.

#### **7.6. 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.

#### **7.7. 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 tomar en cuenta el surgimiento de nuevas enfermedades, así como avances en los sistemas de codificación.

## **8. CONCLUSIONES.**

Este trabajo aborda como tema central los Sistemas de Clasificación de Pacientes y en especial los Grupos Relacionados con el Diagnóstico como instrumentos de medida de la actividad hospitalaria, y apunta a sistematizar la copiosa información publicada sobre los conceptos generales, aplicaciones, aplicabilidad, realidad local y elementos para su implantación.

Su principal objetivo fue exponer las ventajas de los Sistemas de Clasificación de Pacientes para medir el producto hospitalario siendo los GRD el más aplicado de los sistemas de medición del case mix y el más utilizado internacionalmente

Se propuso exponer qué son, la potencia de la información que brindan como instrumento de gestión sanitaria en la macro, meso y microgestión, analizar el estado de su uso y aplicación en diversos países y Argentina, identificar qué alternativas de medición del producto hospitalario están en uso en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, describir las políticas públicas definidas por el Estado para la cuestión y sistematizar los elementos claves para desarrollar su implementación.

Se partió desde la concepción de la complejidad del producto de una empresa de servicios (variado, poco homogéneo, intangible, se consume mientras se produce, no se visualiza una transferencia de propiedad) y la necesidad de hacerlo mensurable, a lo que se agrega en el caso de los hospitales un factor con fuerte incidencia en la heterogeneidad, como son los atributos propios del paciente, la existencia o no de enfermedades previas, complicaciones, edad, o sexo.

Tradicionalmente, se han utilizado como unidades de medida para el producto hospitalario el día cama o la estancia hospitalaria, unidades denominadas "medida opaca", ya que no reflejan atributos, no permiten ver qué hay detrás de ellas, no informan acerca de las características de la producción ni del esfuerzo para ser producidas, no brindan detalles de información, no son útiles para determinar calidad, y tienen una amplia variabilidad en el costo.



Tras la búsqueda de métodos que pudieran expresar la complejidad de esta producción se definieron los Sistemas de Clasificación de Pacientes, que incorporaron las características clínicas de los pacientes en la medida de la actividad hospitalaria, agrupando pacientes de similares características clínicas, permitiendo *identificar los procesos* mas frecuentemente atendidos y *sistematizar los componentes de cuidado* de cada uno de ellos, además de contribuir en la evaluación de la calidad asistencial con mayor precisión.

Se destacan los GRD como los más utilizados, difundidos y permanentemente actualizados, desarrollados en 1967 por Robert Fetter y John Thompson en la Universidad de Yale, EEUU. La metodología que los autores aplicaron fue el juicio médico (opinión de expertos) y el análisis estadístico de casos, a través de un sistema multivariante, para clasificar altas hospitalarias en *grupos de pacientes o tipos de casos* con patrones esperados similares en el uso de recursos (*isoconsumo*) y que a la vez fueran igualmente comprendidos tanto por médicos como por gestores no médicos. Agruparon para ello todos los egresos en categorías diagnósticas similares y mutuamente excluyentes (Categorías Diagnósticas Mayores o CDM) concebidas para que se correspondiera cada una con un aparato o sistema orgánico principal (sistema respiratorio, digestivo, circulatorio) y no tanto con una etiología (neoplasias, enfermedades infecciosas) para seguir la organización médica clásica. La simplicidad para determinar estos grupos en base a un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) fue una de las claves, conformando este registro con datos tales como diagnósticos, procedimientos, servicio y condiciones de egreso, y otros datos relacionados a circunstancias del paciente egresado.

Los GRD describen la agregación y combinación de productos intermedios y actividades del proceso asistencial aplicados al paciente durante su estancia en el Hospital, de la que surgen múltiples combinaciones posibles de resultados y por lo tanto posibles productos: la *casuística hospitalaria* o *case mix*. Una mayor complejidad del mismo implica una mayor gravedad de la enfermedad, mayor dificultad de tratamiento, peor pronóstico o mayor necesidad de actuación asistencial.

Fueron desarrollados varios tipos de GRD pero todos ellos provienen de los mismos agrupadores base, y la variedad es en realidad producto de la evolución natural del software, la adaptación a los cambios en la atención de la salud, y la necesidad de adaptación a la realidad de los países que los implementan; la licencia para su comercialización en el mundo la tiene la empresa 3M™. Primariamente utilizaron como sistema de codificación de diagnósticos y procedimientos la CIE 9 CM, aunque las últimas versiones del producto permiten la incorporación de otras versiones de codificación (CIE 10, CPT, otros)

Los GRD son una poderosa herramienta para la gestión sanitaria, y su alcance 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 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 la dimensión meso, posibilitando 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, y
- aportan elementos para el análisis y la utilización de información concreta para desarrollar gestión clínica en la microgestión sanitaria, tales como complejidad del servicio, desviaciones de estancia por grupos similares, identificación de guías clínicas eficaces, o benchmarking con otros servicios similares.

Es en la gestión hospitalaria donde los GRD mejor ha demostrado sus amplias posibilidades como herramienta estratégica, al permitir conocer la actividad y funcionamiento hospitalario (qué casuística atiende el Hospital, cómo funciona, a qué costo) detectar lo inusual (monitoreo de evolución, comparación con otros centros) modificar comportamientos, y actuar sobre el futuro. La contabilidad de costos por líneas de productos o basada en los GRD complementan la estructura organizacional para la gestión.

Entre los principales indicadores que arrojan se identifican el Case Mix o Peso Medio del hospital, Peso Medio del área o región, Peso Relativo del hospital, Estancia Media Bruta, Estancia Media por DRG, Índice de Estancia Media del hospital, Estancia Media Ajustada por Casuística, por funcionamiento (EMAF), Índice Case Mix, Índice funcional (IF). El software de 3 M™ incluye una "Estación Clínica", descrita como una poderosa herramienta que permite el análisis inmediato de los pacientes/registros y el diseño de reportes propios, e incluir filtros para analizar los datos que se necesiten bajo formatos definidos por el usuario.

Los GRD son utilizados tanto como herramienta de gestión o como instrumento de financiación de los servicios de salud en diferentes países, y su uso está determinado por la forma de organización de sus sistemas sanitarios. En EEUU, por ejemplo, son utilizados básicamente como un mecanismo de pago prospectivo de egresos hospitalarios, y en España están ampliamente difundidos como el principal instrumento para la asignación presupuestaria a los hospitales del sector público y se utilizan para medir la producción de sus egresos, formando parte de los contratos que éstos firman con la Administración Sanitaria (contratos-programa). La mayoría de los países de la Unión Europea y la OCDE utilizan GRD o adaptaciones de los mismos en sus sistemas de salud: Alemania, Australia, Bélgica, Dinamarca, España, EEUU, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, República Checa, Suecia y Suiza. Y recientemente –año 2003– Japón instauró un sistema de pago por case mix basado en un sistema original de combinación de diagnósticos y procedimientos (Diagnosis Procedure Combination: DPC) que cuenta con 2552 grupos, un sistema de clasificación de pacientes que, si bien no se trata de los GRD, toma gran parte de su lógica en su desarrollo.

Si bien no se encontraron fuentes que describan la incorporación de herramientas de gestión en base a los GRD en los sistemas de salud de los países latinoamericanos, existen algunos desarrollos regionales: en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con una cobertura de población de 46 millones, en Colombia que tiene un desarrollo acotado a ocho centros sanitarios, emprendido por una institución intermedia (Centro de Gestión



Hospitalaria) y en Chile a través de un proyecto de I+D que denominó "Desarrollo de un Sistema de Evaluación y Seguimiento del Desempeño de la Gestión Clínica de los Grandes Hospitales Chilenos", cuyo exponente principal es el Hospital El Salvador, que gestiona sus servicios clínicos en base a GRD desde el año 2003.

La situación "macro" en Argentina 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 discutidas en este trabajo. Sí se han encontrado varias experiencias a nivel "micro" y alguna aplicación institucional aislada (Hospital Garrahan) que expresan un interés subyacente por el tema desde varios equipos 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. En general 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. Posteriormente, se elaboran indicadores basados en este sistema –pesos, estancias medias, etc.- para efectuar comparaciones, por último, con un estándar que usualmente es el de España o alguna de sus Comunidades Autónomas, o de EEUU.

Se han desarrollado este tipo de experiencias en distintos hospitales públicos, en el marco de Programas de Transferencia Tecnológica con financiamiento externo: el Evita Pueblo de Berazategui, Villa Constitución de Santa Fe, el Provincial de Rosario, el Cullen de la ciudad de Santa Fe y un monovalente de alta complejidad, el Hospital de Niños Alassia también de la ciudad de Santa Fe. Otras experiencias fueron desarrolladas en hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: Argerich, Fernández, Durand y Santojanni. Hubo intentos de implementación también en el ámbito de la Medicina Prepaga, pero sin continuidad.



El "leading case" es el Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" que desde 1.999 gestiona sus servicios en base a los GRD. El CMDB del hospital prevé hasta 15 diagnósticos y 15 procedimientos, y los agrupa con una de las más recientes versiones del AP-DRG (V. 18.0). La Unidad de Organización y Métodos del hospital efectúa periódicamente reportes, recomendaciones, discusión de resultados y sugerencias de modificaciones basados en GRD con los servicios médicos. Actualmente hay una estación de PC para el ingreso de datos en cada sala de internación, una historia clínica única, y un registro permanente *in situ* de diagnósticos de los internados que los propios médicos efectúan.

Si bien el desarrollo de sistemas de información basados en GRD no ha sido abordado sistemáticamente desde el Estado, se han relevado acciones que indican una firme voluntad de avanzar hacia el tema y establecer líneas de acción convergentes. La referencia más importante se encuentra en el Plan Federal de Salud 2004 – 2007, en el que se sostiene que "la determinación del producto hospitalario será el elemento vinculante con el Presupuesto Público", proponiendo entre los instrumentos para fortalecer el hospital público una secuencia progresiva de acciones: para 2004, desarrollar la metodología e instrumentos para medir del producto hospitalario, 2005 implementar talleres con todas las jurisdicciones para concertación, ajuste y transferencia de la tecnología para medición del mismo, 2006 incorporar un proyecto piloto de descentralización con medición del producto hospitalario, costeo, gestión presupuestaria descentralizada y desarrollo del Plan Maestro en cien hospitales, y para 2007 aumentar este número a doscientos hospitales.

El Plan Federal también establece la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria y el Subsistema de Estadísticas de Recursos y Servicios de Salud, proponiendo para los mismos una recomendación de Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) de interés nacional y jurisdiccional, lo que se refleja en la publicación de sendos documentos desde esta Dirección, en los que se mencionan explícitamente los Sistemas de Clasificación de Pacientes (GRD – PMC) como uno de los productos pertinentes del CMDDB. El análisis comparativo entre la estructura de datos

recomendada para el registro nacional (a través del formulario obligatorio de egreso "Informe Estadístico de Hospitalización") y el CMBD que alimenta los GRD demuestra que existe una coincidencia casi total entre ambos, por lo que se puede considerar que desde esta perspectiva las barreras para su instrumentación están allanadas. Sólo debería trabajarse en algunos detalles, como el número de campos para registrar diagnósticos y procedimientos, insuficientes hasta el momento para asegurar una óptima calidad del conjunto de datos que alimenta un agrupador.

Otras acciones concretas del Estado están siendo desarrolladas en el marco del Programa de Apoyo al Sector Sanitario Público Argentino (ProSEPU, con financiamiento externo) proyecto en plena ejecución (adjudicado en diciembre de 2004) que incluye un componente específico de "Fortalecimiento en la Gestión de los Hospitales Públicos" a través de la provisión de software y la reingeniería de procesos, capacitación y monitoreo en hospitales públicos argentinos, y que contempla el desarrollo e implementación de "un sistema informatizado de medición del producto hospitalario, utilizando el sistema de clasificación de pacientes denominado Grupos Relacionados con el Diagnóstico". La iniciativa es por demás interesante ya que plantea 3 niveles de implementación: Nivel Hospitalario, Nivel Ministerios de Salud Provinciales (donde se prevé recepcionar vía Internet la información de producción desde los hospitales de su jurisdicción) y Nivel Ministerio de Salud de la Nación, en el que está previsto la incorporación de una Estación Clínica para el análisis de la información de producción hospitalaria y la elaboración de indicadores de Desempeño Hospitalario. Los hospitales involucrados en el crédito son el Hospital Pablo Soria de Jujuy, de Pediatría de Córdoba, Noti de Mendoza, de Ojo de Agua de S. del Estero, San Martín de Corrientes, el Hosp. de Río Gallegos, el de Formosa, y en provincia de Buenos Aires el Posadas, el Hosp. de San Nicolás y el Santamarina de Monte Grande.

También desde la Superintendencia de Servicios de Salud, el Ministerio Nacional del área ha avanzado concretamente hacia la utilización del CMBD en los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), con el apoyo del programa PASOS (Programa de Asistencia Técnica a la Superintendencia y

Obras Sociales) en el marco del Proyecto ARG/04/013 del PNUD. En este caso se firmaron convenios con municipalidades y administraciones provinciales de Buenos Aires, Salta, Mendoza, Río Negro y Santa Fe, entre enero de 2004 y agosto de 2006, abarcando entre ellas más de 20 hospitales bajo programa. Los establecimientos con los que se suscribió el Acuerdo Marco debían codificar los diagnósticos y procedimientos en los egresos hospitalarios de los beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud de acuerdo al CIE-9-MC, definiendo para el CMBD la codificación del diagnóstico principal, hasta 12 diagnósticos secundarios, hasta 21 procedimientos diagnósticos, hasta 21 procedimientos terapéuticos, y hasta 7 morfologías neoplásicas. El Programa PASOS, además, editó la publicación del Informe Técnico “Grupos Relacionados por el Diagnóstico, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y medición de producto sanitario” de lectura altamente recomendable para quienes se introduzcan en el tema.

Para el presente trabajo se realizó también un relevamiento de los sistemas de registro, codificación y análisis, de la información de producción de egresos de hospitales públicos de la CABA a fin de observar las similitudes –o diferencias- que se pudieran encontrar con los sistemas de información basados en GRD. Se encontraron hospitales que cuentan con un sistema informático provisto por la Dirección Estadísticas para la Salud del Ministerio correspondiente (programa “Movimiento Hospitalario Computarizado – MH”) diseñado, elaborado e implantado por la mencionada Dirección para la carga de información del Informe Estadístico de Hospitalización de los pacientes, donde se codifican los diagnósticos con CIE 10 y los procedimientos mediante la Clasificación de Procedimientos en Medicina – OMS utilizando los capítulos I a V y VIII. El programa informático posee la posibilidad de grabar más de un diagnóstico, pero parecería que el uso y costumbre es la carga de solamente el principal; este sistema de información abre una interesante línea de investigación como herramienta de implementación de los GRD.

Durante el relevamiento efectuado se observaron algunas anomalías en un paso (vital!) del proceso, el de registro de datos médicos en los IEH por parte de los profesionales: diagnósticos ininteligibles, o con siglas, o ausencia de



éste; registro en general de un solo diagnóstico; procedimientos no acordes al diagnóstico; historias clínicas sin el IEH, y en su lugar una hoja con el nombre del paciente y el resto en blanco, o formularios sin la historia clínica, entre otros. Si bien fueron observaciones hechas al azar, surgen también líneas de investigación para sistematizarlas, cuantificarlas y caracterizarlas, partiendo de la hipótesis de que estas anomalías impactan negativamente en la calidad de la información sobre el producto hospitalario, y constituyen barreras para la implantación de cualquier sistema de clasificación de pacientes.

El nivel central de Estadísticas, publica periódicamente los resultados del movimiento de los hospitales en su página Web. Informa de cada hospital y del conjunto: listado de diagnósticos con una "Lista Reducida Para Diagnóstico Único de Egreso" confeccionada para el país por la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades, listado de "egresos con procedimientos", y algunos indicadores. Nuevamente, aquí, se utilizan como unidades de análisis los "egresos" y los "días cama,,, indicadores que están muy lejos de informar las características, diferencias, desempeño, costos, necesidades de asignación presupuestaria, etc. de cada hospital, y menos aún de permitir comparaciones sobre la complejidad que atienden.

Por último, en este trabajo se aborda la Metodología de Implementación de un Sistema GRD, a través de presentar una serie de pasos a modo de guía básica, como eje orientador al momento de pensar por dónde se comienza con el proceso, que incluye la Definición de Objetivos, el Análisis de Factibilidad, la Elección del Sistema de Clasificación de Pacientes, el Nivel de Implementación, la Integración de los Componentes, Operación de Sistema y la Consolidación de Largo Plazo.

Pero 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 resolverlas, mientras otras plantean un verdadero desafío.



Una de las barreras en cuestión es el sistema de codificación para la notificación de enfermedades en Argentina, ya que nuestro país ha adoptado plenamente la CIE 10ª Revisión, utilizada también para la codificación de los egresos hospitalarios. Sin embargo, esto 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 de la codificación de los procedimientos, ya que no todas las jurisdicciones utilizan el mismo sistema en el país, lo que requeriría adaptar, homologar y capacitar hacia un 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 Estadístico de Hospitalización” utilizados en todo el país, que resultan insuficientes para un CMBD destinado a agrupar pacientes en GRD.

También 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 y resultando imposible la comparación entre servicios de diferentes hospitales.

Pero, las más cuestiones fundamentales que aparecen como obstáculo en nuestro país, radican en la “cultura del registro” del mundo prestador, con historias clínicas, epicrisis, 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. En la formación de pregrado, incluso en las residencias médicas, no se destina a este saber la carga docente ni el interés que se requiere para desarrollar registros médicos de calidad.

Tampoco aparece como cuestión 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 de 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.

Emergen nuevamente líneas de investigación posibles tras la sistematización de las observaciones mencionadas (no se han encontrado muchas comunicaciones al respecto) que son necesarias para 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.

El principal objetivo de este trabajo se verá cumplido si aporta a dejar instalada la cuestión que se entiende como central en este proceso de adopción de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico en nuestro país: la necesidad de que se constituya una "masa crítica" en relación al tema, de desmitificarlo y entender que los Sistemas de Clasificación de Pacientes no son la panacea pero constituyen una herramienta útil y eficaz -hoy, la más conocida, probada y difundida- para medir la producción asistencial y asignar eficientemente recursos en atención de la salud; y, por sobre todas las cosas, que "es posible" trabajar para su implementación y lograrlo a nivel local.

## 9. BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Mercedes García de Quesada. Estructura Definicional Terminográfica en el Subdominio de la Oncología Clínica. Facultad de Traducción e Interpretación, Universidad de Granada. Editores: Estudios de lingüística del Español, Universidad Autónoma de Barcelona, Vol 14 (2001). ISSN: 1139-8736
- 2 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión, Volumen 2. Publicación Científica N° 554. OPS, OMS. Año 1996
- 3 SNOMED Términos Clínicos (SNOMED CT ) Edición en Español, Contenidos del núcleo de Octubre 2004 – SNOMED Internacional, College of American Pathologists. Disponible en [www.snomed.org](http://www.snomed.org)
- 4 Mercé Casas: Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Experiencia y perspectivas de utilización. Ed Masson, Barcelona. 1991.
- 5 Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Conjunto Mínimo Básico de Datos y medición de producto sanitario. Documento del Plan Federal de Salud. Min. De Salud y Ambiente de la Nación. PNUD, Superintendencia de Servicios de Salud. Boletín Informativo del PNUD, Número 34, Febrero 2006
- 6 María Osa, Miguel Saguier, Santiago Spadafora. Módulo 5 "El Producto Hospitalario". Diplomado en Administración Hospitalaria, Fundación ISALUD, Departamento de educación a Distancia. Julio de 2005.
- 7 Basado en Robert B. Fetter y J.L Freeman. Cap 7: GRD: Gestión por líneas de productos en los Hospitales. En Mercé Casas: Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Experiencia y perspectivas de utilización. Ed Masson, Barcelona. 1991 –
- 8 Arnaldo Medina. Procedimientos y circuitos de registro de los productos hospitalarios. Gestión en Salud;1(1):8-20, jul. 2001.
- 9 Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Instituto de Información Sanitaria, España. Consumo de recursos según complejidad de los pacientes atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud año 2003. Pesos españoles de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), y el coste de los procesos atendidos, resultados para el año 2003
- 10 3M™ Página Oficial [Internet]. Disponible en:  
<http://cms.3m.com/cms/MX/es/0-53/kRuclFS/view.jhtml#5> [Consultado: 05 de septiembre 2005].
- 11 Vicente Ortún Rubio. ¿Conocimiento para gestionar?. Gest Clin San (1999) Vol. 1 (1): 5-6
- 12 CA Díaz. Microgestión sanitaria o "cómo vencer al despotismo ilustrado" - Organización de los servicios asistenciales, Apuntes ISALUD, 2005
- 13 Vicente Ortún Rubio, *Op. Cit.*
- 14 Sergio Horis del Prete. Gestión clínica y ecuación costo/calidad. Una propuesta para la Reforma de la Reforma sanitaria. Rev. Medicina y Sociedad. 2001. Documento electrónico disponible en  
<http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/publicaciones2001/DelPreteLaecuaci%F3ncostoRev1de2001.doc>
- 15 Neuhauser, D. The hospital as a matrix organization. Hospital Administration, 17 (4): 8 -25; 1972. Citado por Robert B. Fetter y J.L Freeman. Cap 7: GRD: Gestión por líneas de productos en los Hospitales. En Mercé Casas: Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Experiencia y perspectivas de utilización. Ed Masson, Barcelona. 1991
- 16 Mercé Casas, *Op. Cit.*
- 17 Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dirección de Estadísticas para la Salud. Disponible en [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2005/?menu\\_id=17954](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2005/?menu_id=17954)



- 18 Los GRD para ajustar los mecanismos de pago a los Proveedores de los Sistemas de Salud. Conferencia Interamericana de Seg Social . CISS/WP/0512.
- 19 Okamura S, Kobayashi R, Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care. Health Policy. 2005 Nov;74(3):282-6. Disponible en Pub Med, PMID: 16226139 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 20 Matsuda S. Effect of DPC based payment and its future. Nippon Geka Gakkai Zasshi. 2005 Oct;106(10):633-6. Disponible en PMID: 16262147 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 21 Santiago Levy. III. La Modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gac Méd Méx, sep./oct. 2001, vol.137, no.5. ISSN 0016-3813.
- 22 Guillermo Soberon. La reforma de la salud en México. I. Introducción. Gac Méd Méx, sep./oct. 2001, vol.137, no.5. ISSN 0016-3813.
- 23 Disponible en [www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/17D7EB0D-74B7-4378-874B-3BB41B23DFCF/0/grd\\_005\\_2003\\_07pdf.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/17D7EB0D-74B7-4378-874B-3BB41B23DFCF/0/grd_005_2003_07pdf.pdf)
- 24 Carlos A. Kerguelén , Gloria Lucía Santa Urrego. Experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria y un grupo de Hospitales Colombianos en el diseño e implementación de un sistema de grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Vía Salud N° 27, 2004. Centro de Gestión Hospitalaria, Colombia.
- 25 Véase en <http://www.cgh.org.co/quienes/quienes.htm>
- 26 Véase en <http://www.conicyt.cl/fondef/bases/fondef/PROYECTO/01/I/D01I1058.HTML>
- 27 Véase en <http://www.hs salvador.cl/analisis.htm>
- 28 Marina Ferreira de Noroña, Margareth Crisóstomo Portela, Maria Lúcia Lebrão. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S242-S255, 2004
- 29 Martha Cecilia Híjar Medina , José de Jesús Vértiz Ramírez. Utilidad del Subsistema Automatizado de egresos hospitalarios (SAEH) como insumo para la implantación de grupos relacionados por el Diagnóstico (GRD's). Instituto Nacional de Salud Pública, México. Disponible en [http://siid.insp.mx/www/proys\\_centros\\_step2.asp?id=CISS](http://siid.insp.mx/www/proys_centros_step2.asp?id=CISS).
- 30 Marina Ferreira de Noroña. Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: os diagnosis related groups / Accute inpatient classification in the city of Ribeirao Preto - Brazil: diagnosis related groups. São Paulo; s.n; 2001. [3:18]. Indexada en LILACS, Id. 307471.
- 31 Adolfo Sánchez de León. Los grupos relacionados por el diagnóstico: experiencia de su aplicación en hospitales públicos argentinos. en: Báscolo, Ernesto Pablo.Desarrollo de instrumentos de gestión como estrategia de cambio. Rosario, Instituto de Salud Juan Lazarte, 2002. p.127-138.
- 32 Trabajo coordinado por la Lic Alicia Giraldo, realizados con equipos técnicos de las Consultoras Codeh Consultora de Hospitales de Cataluña, Mazars Argentina, con el grupo Osakidetza del país vasco y con Capgemini Consultora Francesa.
- 33 Véase Plan Federal de Salud 2004 – 2007 – MSP de la Nación.
- 34 SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD – Edición Actualizada. Septiembre 2004. Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Serie 1 N° 13. ISSN 0325-0008. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/sis2005.pdf>
- 35 Conjunto Mínimo De Datos Básicos (CMBD) Aprobados de Interés Nacional. Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) Recomendados de Interés Jurisdiccional. Dirección Nacional de Estadísticas e Información



de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Serie 1 N° 14. ISSN 0325-0008. Disponible en

<http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie1.Nro14.pdf>

36 UEC-ProSEPU - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/htm/site/licitaciones-2.asp>

37 Resolución 1513 MSPdel 28/12/2006. Disponible en

[http://www.msal.gov.ar/htm/site/licitaciones/Resol\\_Min\\_1513\\_adjudicacion\\_PROSEPU.zip](http://www.msal.gov.ar/htm/site/licitaciones/Resol_Min_1513_adjudicacion_PROSEPU.zip)

38 Licitacion Publica Internacional N° 01/2004, Sección 5 - Especificaciones Técnicas. Disponible en

<http://www.msal.gov.ar/htm/site/Licitaciones/seccion%205%20especificaciones%20tecnicas.pdf>

39 Texto común de los Acuerdos Marco de Colaboración entre Superintendencia y los Ministerios / Hospitales. Disponibles en [http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?opc=bus\\_norma](http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?opc=bus_norma)

40 Disponible en [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/?menu\\_id=18884](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/?menu_id=18884)

41 *Op. Cit.*