

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Christian Gorriti

GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO

2007



Citar como: Gorriti, C. (2007). Grupos Relacionados por el Diagnóstico. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

1) Introducción	Pág.3
2) Objetivo	Pág.5
3) Marco Conceptual.	Pág. 5
a. Producto Sanitario y su medición	Pág. 6
b. El Sistema de Salud y el Producto Sanitario	Pág. 7
i. El sector Financiador	Pág. 7
ii. El sector prestador	Pág. 9
c. Estudios previos, Antecedentes, Experiencias de Referencia	Pág. 11
i. La experiencia americana.	Pág. 11
ii. Experiencias en otros países.	Pág. 11
iii. Países que utilizan GRD en la Gestión Clínica.	Pág. 13
iv. La experiencia española.	Pág. 13
v. Experiencia en la Argentina	Pág. 16
□ Plan Federal de Salud.	Pág. 17
d. Grupos Relacionados con el Diagnóstico	Pág. 18
i. Conjunto Mínimo Básico de Datos	Pág. 19
ii. Criterios de agrupación	Pág. 21
iii. Indicadores	Pág. 26
iv. Otras consideraciones respecto de la Estancia Media.	Pág. 33
4) Análisis del Caso	Pág.38
a. Zona geográfica	Pág.39
b. El sistema de salud en Río Negro	Pág.40
i. Descripción del Sistema – Marco Legal	Pág.40
c. Sistema Publico – Marco Legal	Pág. 41
i. Perfiles de Producción	Pág.41
ii. Financiamiento hospitalario	Pág.43
iii. Consideraciones sobre los datos disponibles.	Pág.47
d. Sector Privado - Marco Legal.	Pág.48
i. Características.	Pág.48
ii. Complejidad.	Pág.48
iii. Consideraciones sobre los datos disponibles.	Pág. 53
5) Conclusión.	Pág.55
6) Bibliografía.	Pág.57

1. INTRODUCCIÓN

La medición del producto sanitario requiere, contar con datos que reflejen la producción hospitalaria, en nuestro país, es muy dificultoso contar con información estadística que permita evaluar los resultados finales del proceso de atención de la enfermedad.

Numerosas causas determinan esta imposibilidad, sin embargo es posible contar con herramientas utilizadas en otros países que facilitan la medición del producto hospitalario, contar con ellas permitiría incorporar una herramienta de gestión que transformaría drásticamente el sistema de salud.

Existen en nuestro país 17.845 establecimientos de salud con 153.065 camas disponibles y unos 108.800 médicos, todos los cuales prestan algún tipo de servicio a las personas, todos financiados de alguna manera, ya sea por el estado, la seguridad social, las prepagas o el bolsillo de la gente¹. Estos servicios son difíciles de ser gestionados, pues no existe ningún modelo de recolección de datos centralizados que permitan inferir sobre la calidad de sus productos finales, no existen normas unificadas que además permitan un modelo de financiación equitativo, relacionado con la calidad de los servicios y que permita comparar a los prestadores entre si. "No contamos con instrumentos para establecer con precisión cuanto debe ser el gasto total de salud en nuestro país. No obstante, es evidente que los niveles históricos son altos y que podrían obtenerse mejores resultados en términos de indicadores de salud, tanto como de equidad, calidad, y satisfacción de los usuarios...los mejores resultados de los países ricos se logran por la capacidad de adicionar recursos por fuera del sistema de atención médica"²,

Esta situación, implica entonces encontrar los instrumentos que permitan hacer eficiente el gasto en salud de la atención médica, estos deben tener el doble propósito de evitar el despilfarro de recursos por un lado y al mismo tiempo permitir el control de la calidad de producto sanitario. Es absolutamente indispensable contar con instrumentos que sean facilitadores, con información comparativa, de la conformación de redes de servicios públicas y privadas, que fortalezcan con datos estadísticos las capacidades de los hospitales, que las poblaciones bajo responsabilidad nominada midan sus capitas ajustadas por riesgo, y que permitan definir presupuestos o formas de pago relacionadas con la capacidad de resolución del hospital, su capacidad instalada y con los riesgos de enfermar y/ o morir de la población que requiere de los servicios.

Disponer de sistemas e instrumentos que provean información oportuna ,constituye un factor clave para la gestión de los servicios: "En la gestión de los servicios de salud, los datos, mas allá de las variaciones en su calidad, constituyen insumos decisivos en la producción de información, pero no siempre se procesan de la manera adecuada para obtener medidas de resumen que permitan tomar decisiones estratégicas. La falta de estandarización, el subregistro y las dificultades tecnológicas, entre otros factores, confluyen para conformar este déficit...la ausencia

¹ Establecimientos de salud – año 2000, MINISTERIO DE SALUD-OPS

² Gines Gonzáles García, Tobar Federico. Salud para los Argentinos. ISALUD 2004

de una buena herramienta de combinación de datos ha privado al hospital de una correcta recuperación de sus costos, y a todos los actores del sistema (prestadores y financiadores) de una herramienta técnica contundente para valorizar la transferencia de riesgo a la hora de establecer contrataciones.”³

3 Torres Rubén H., Rossi Saúl, Siede Julio, Becerra Jorge. Grupos Relacionados por el Diagnostico (GRD). Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y medición de producto sanitario. 2006

2. OBJETIVO

Considerar los distintos aspectos básicos que intervienen en la implementación de los Grupos Relacionados por Diagnóstico en una zona sanitaria de la Provincia de Río Negro.

3. MARCO CONCEPTUAL

Pueden justificarse racionalmente los gastos sanitarios dada la imposibilidad de confeccionar presupuestos prospectivos de financiación hospitalaria sobre bases sólidas, relacionadas con la producción hospitalaria?

Cuáles serían los instrumentos adecuados para implementar y que permitan homogeneizar y comparar el producto sanitario, inferir sobre sus costos y al mismo tiempo aportar datos sobre la calidad de los procesos?

La respuesta al primer interrogante es negativa, los presupuestos que financian el sistema en general tienen antecedentes solo en hechos históricos, tanto la seguridad social como el estado definen los mismos en base a cuanto han erogado en otros periodos mas algunos componentes inflacionarios, la obra social provincial como ejemplo, transfiere su riesgo en base al numero de afiliados y como decíamos, a datos históricos con mas algún componente de corrección inflacionaria. Los datos referidos que de alguna manera reflejen la calidad de los servicios brindados no tienen donde hallarse, el producto sanitario que hoy por hoy se obtiene en el sistema de atención medica tanto publico como privado no se conoce. En definitiva tanto los prestadores privados como públicos deben inferir que el dinero con el cual brindan asistencia es el adecuado y quienes financian el sistema deben, utilizando el mismo esquema de razonamiento, pensar que el producto que obtienen por el dinero que pagan es el satisfactorio.

Respecto a la segunda pregunta, sí, existen instrumentos que permiten medir el producto hospitalario y al mismo tiempo brindar información comparativa sobre la calidad de los procesos. Además, existen experiencias de aplicación en otros países con buenos resultados, lo cual genera antecedentes para plantear el análisis de las posibilidades y alternativas de aplicación en nuestro país.

Las herramientas que plantea analizar este trabajo son aquellas relacionadas con los sistemas de clasificación de pacientes, los Grupos Relacionados por el Diagnostico, son uno de ellos, y es el mas difundido.

Se realizará una descripción del sistema GRD, alcances y definiciones, y su evolución histórica. Se presentarán experiencias de aplicación, fundamentalmente en Estado Unidos por pionero, y en España por lo interesante del proceso de implementación.

Como en nuestro país, la Superintendencia de Servicios de Salud comenzó una experiencia piloto, se hará referencia a ella y al alcance logrado en los hospitales donde se aplico la metodología.

Realizaremos una descripción del sistema de salud correspondiente a una zona de la provincia de Río Negro denominada zona Atlántica, tanto del subsector público como privado, tomando datos actuales que se obtienen de la salida estadística habitual y / o la facturación hospitalaria de ambos subsectores, haremos una comparación entre una y otra lo cual permitirá inferir respecto de la información necesaria para contar con elementos básicos para poder o no, desarrollar instrumentos de medición del producto hospitalario. Se presentará y expondrá la forma de financiamiento tanto de la parte pública como del sector privado y los fundamentos de transferencia de recursos por parte de los financiadores. Finalmente se expondrán las condiciones básicas necesarias para implementar una metodología como la referida en el sistema de atención médica de la zona Atlántica de la provincia de Río Negro.

Las dificultades existentes en el campo de los servicios de salud para determinar los costes son conocidos, como así también las dificultades existentes a la hora de definir un producto sanitario y determinar un precio por el mismo, países desarrollados como Estados Unidos y España han adoptado metodologías que permiten definir un producto con un coste determinado luego de el alta hospitalaria. Esto ha generado una suerte de homogenización de los procedimientos que permite la comparación de un producto sanitario entre hospitales del mismo país e incluso de otros países, permitiendo la elaboración de presupuestos prospectivos para el financiamiento del sistema.

El sistema de salud en nuestro país carece de información centralizada y homogénea que permita tomar decisiones, la adopción de este instrumento, en virtud de la información que suministraría, permitirá emprender las grandes reformas que permitan tener a toda la población bajo un marco de cobertura explícita.

a. El producto sanitario y su medición.

Definido como las actividades o procesos o intervenciones, que realizan los profesionales o las instituciones sanitarias. Por lo tanto la referencia a producto sanitario está limitado a los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos que se brindan a los pacientes, la sumatoria de estos integran un producto final de servicios. La provisión de servicios en el sector salud tiene algunas características distintivas que lo diferencian de cualquier otro servicio no obstante comparte algunas similitudes tales como la intangibilidad, la simultaneidad, la complementariedad entre cliente y proveedor, la importancia del recurso humano intensivo, las externalidades, la fugacidad, la no apropiación y la originalidad del productor.

Las características que lo distinguen son las que le otorgan su complejidad, y devienen fundamentalmente de desarrollarse en ambientes complejos, influenciado por variadas externalidades tales como las políticas, las tendencias económicas, el desarrollo científico-técnico la técnica y el marco ético y legal, entre otras. Los productos sanitarios siempre desencadenan gastos, están sustentados por la evidencia científica y pueden producir daños a individuos y / o poblaciones.

Para que los procesos sanitarios estén dentro de parámetros de eficiencia y eficacia aceptables los datos deben proveer información sobre lo que realmente les

sucede a los pacientes, conocer el número de intervenciones quirúrgicas en un determinado espacio de tiempo seguramente es de utilidad para reflejar de alguna manera el servicio que se ofrece pero no dice nada sobre que tipo de patología fue necesario intervenir o que población demandó ese tipo de intervención.

Se dispone entonces, por una parte, de datos referido a la oferta de servicios, al conjunto de acciones médicas o procesos ejercidos sobre los pacientes, y por otra, de datos sobre las situaciones patológicas que afectan a las personas, ese paciente en forma individual consume un cúmulo de recursos para atender su problema, pero resulta por lo menos difícil inferir gastos globales a partir del análisis individual de casos, por lo cual es necesario contar con metodologías que permitan agrupar pacientes que tengan problemas similares y necesiten similares procedimientos para su solución, es decir que los consumos de recursos sean parecidos.

Estas características especiales del producto sanitario y las dificultades en su medición tienen relación con las dificultades existentes en el sistema de salud para la formalización de contratos prestacionales, la historia reciente y pasada del tipo de transacciones observadas entre financiadores y prestadores están remitidas a ejemplos concretos y circunscriptos a modelos de pago por prestación o pagos capitados que entendidos tal como los conocemos no son modelos que permiten resolver los dilemas expuestos con anterioridad respecto de la característica del producto sanitario. Se necesitan entonces modelos de medición del producto sanitario que contemplen no solo la ocurrencia de los consumos sanitarios sino también las características de quien lo consume, su edad, su sexo, las patologías previas existentes y todas las variables que tengan importancia.

Este tipo de mediciones permiten valorizar el producto sanitario y establecer cápitales ajustadas por riesgos, con la consecuente posibilidad potencial de elaborar presupuestos y establecer cápitales que posibilitarían la asignación racional de recursos en la gestión sanitaria, lo cual generaría servicios más eficientes, equitativos y controlables.

b. El Sistema de Salud y el Producto Sanitario

Es oportuno realizar una descripción de la realidad actual en el sistema de salud respecto del producto sanitario, en este sentido y en un intento de simplificar el tema diremos que hay distintos puntos de vista sobre un mismo tema, una de ellas esta ubicada por el lado del sector financiador, Obras Sociales, Prepagas, Aseguradoras de Riesgo del Trabajo, el estado y por el otro una visión desde el lado prestador de servicios, si bien es cierto que muchos financiadores cuentan con prestadores propios trataremos de describir lo que sucede desde cada uno de estos sectores en forma pura ya sea como prestadores o financiadores.

i. El sector Financiador

Las obras sociales aportan al sistema \$8.085 millones, los seguros privados \$3.517 millones, el sector público \$6.826 millones y por desembolsos directos \$9.403 millones, sobre un total de \$27.883 millones (datos del año 2003)⁴. Este desembolso anual de dinero en el sistema determina que tipo de servicios en calidad y cantidad

⁴ Gines Gonzáles García, Tobar Federico. Salud para los Argentinos. ISALUD 2004

reciben los beneficiarios del sistema pero la fragmentación es de tal magnitud que el valor capita calculado es muy variable según el sector desde donde se lo analice, por lo tanto los servicios recibidos y en consecuencia los resultados obtenidos transmiten esa sensación de inequidad que abunda en todo el sistema.

Es notorio como los países han aumentado los gastos para financiar sus sistemas de salud, la denominada "peste verde" de Gines González García, pero a pesar de ello, los resultados finales no acompañan la curva ascendente del gasto. La discusión de cuánto debe gastarse aun no esta cerrada pero sin duda que con el mismo dinero se debería conseguir el máximo bienestar en relación a los deseos de la gente.

El problema es que las persona en general cuando compran servicios de salud desconocen cual es el producto que en realidad están adquiriendo y mucho menos conocen sobre cual es el precio, por otra parte el estado tampoco asigna con eficiencia los recursos. Lo dicho se refleja en que de los 27.8 mil millones anuales el 93% se gasta en atención medica pero los recursos no se asignan en forma similar dado que el calculo por capita es muy diferente según el subsector: por ejemplo para las Obras Sociales es de \$25.7 y para las prepagas \$104.7 cuando el promedio general para el país es de \$62.5.

El subsector de la seguridad social comprende a las Obras sociales nacionales y al INSSJP, las Obras sociales provinciales, las Fuerzas Armadas, Policía, Universidades, Poder Judicial, Servicio Penitenciario Federal y Congreso de la Nación. Estas cubren una población de unos 14.133.585, las O.S. Nacionales están regidas por la ley 23.660 el resto tiene marcos normativos diversos. Las obras sociales provinciales conforman un conglomerado de entes autónomos con marcos legales propios y atados a los avatares políticos de la provincia que se trate, este perfil aumenta aun mas el grado de fragmentación que caracteriza al sistema.

El marco legal de la Obra Social de los jubilados y pensionados también difiere del resto (ley 19.032) y el poder político de una u otra manera influye para bien o para mal tanto en aspectos relacionados con la gestión como en el manejo de los fondos.

La medicina prepaga esta compuesta por 270 entidades y cubre aproximadamente a 2.700.000 de personas, el 67,2 % agrupados en 6 instituciones⁵, el promedio de las restantes es inferior a 10.000 afiliados, tiene competencia limitada y es de una demanda rígida.

Este subsector inmerso y participe de la fragmentación del sistema, compra sus servicios a proveedores públicos y privados con diversos mecanismos de contratación que varían de acuerdo a las tendencias económicas del momento, la región del país que se trate y el pool de afiliados con que se cuente. Es así que los precios de las prestaciones tienen enorme variabilidad según estas condiciones, a modo de ejemplo podemos decir que mientras en zonas de la ciudad Autónoma de Buenos Aires una Tomografía Axial Computada tiene un precio que oscila entre los

⁵ Torres, R. Mitos y Realidades de las Obras Sociales. ISALUD. 2004

\$180 y \$230, en algunas zonas de el país el mismo procedimiento diagnostico tiene un precio aproximado de \$360.⁶

La forma de negociar esta notable variabilidad en los precios es determinante para poder arribar a un contrato aceptable para las partes, tanto en sus valores como en sus términos y no existe una regla uniforme mas que los marcos legales citados, es así entonces como una Obra Social Nacional con un bajo pool de afiliados conseguirá precios mas altos que los que probablemente obtenga una Obra Social Provincial que sin duda es formadora de precios en su provincia, a su vez esta misma Obra Social cuando necesita servicios de Alta Complejidad que no puede brindar en su región obtiene precios altos en los centros de urbanos de importancia. Es decir el precio del producto a la hora de comprar servicios refleja una vez mas la alta fragmentación del sistema y la imperfección de este mercado.

No existe una política de precios que determine parámetros visibles para conformar un valor de referencia para las prestaciones asistenciales.

ii. El sector prestador

Existen en nuestro país 17.845 establecimientos de salud con 153.065 camas disponibles y unos 108.800 médicos, todos los cuales prestan algún tipo de servicio a las personas, todos financiados de alguna manera, ya sea por el estado, la seguridad social, las prepagas o el bolsillo de la gente⁷. La mayor parte del sistema de atención medica esta abocado a atender a personas que en definitiva mueren mayoritariamente por problemas Cardiovasculares, Cáncer o Accidentes Automovilísticos. Pero los sistemas de atención medica representan solo el 11% del peso total de las muertes, consumiendo en Occidente el 88% del presupuesto destinado a la salud⁸, cuando el estilo de vida, el ambiente y la biología humana tienen mucho mas peso en estas muertes que los sistemas de atención medica. En definitiva el sistema de atención medica tiene sus costos y "mas allá de cual sea la forma de amortización para la atención medica, los recursos usados en su provisión son una demanda neta sobre la riqueza de la comunidad"⁹

Los prestadores o efectores del sistema de atención medica ofrecen sus servicios sin contar con una referencia o fundamento respecto del precio que deberían cobrar por los mismos, la mayoría de las prestaciones realizadas en el sistema publico no esta relacionadas con el presupuesto de gastos que el hospital envía a sus respectivos Ministerios, estos están confeccionados basados generalmente a un histórico de gastos y no en relación a la producción hospitalaria como resultado sanitario, el hospital publico carece de un valor de venta de su producto determinado por los costos de producción de su día cama, o de su hora quirúrgica o de una radiografía de tórax. El sistema privado que en su gran mayoría vende sus productos a las Obras Sociales, tampoco cuenta con precios de referencia relacionados con la calidad de sus servicios o con los costos necesarios para poder brindarlos, en general para los contratos bajo la modalidad de pago por prestación los valores de día cama, por ejemplo, están mas relacionados con la evolución histórica

⁶ precios actuales de TAC de cerebro. Cámara de Prestadores de Salud Zona Atlántica

⁷ Establecimientos de salud – año 2000, MINISTERIO DE SALUD-OPS

⁸ Asenjo, MA. "Gestión Hospitalaria e incentivación del personal" Todo Hospital 100:25-30. Octubre. 1993

⁹ Gines Gonzáles García, Tobar Federico. Salud para los Argentinos. Pág. 87. ISALUD 2004

de los precios determinada por los niveles de inflación y otros factores relacionados como aumento de salarios, devaluaciones, etc., que con los verdaderos costos observados en cada Institución Hospitalaria o con el tipo de complejidad que atienda dicho hospital.

Las estadísticas de producción en la Argentina son realmente pobres, si quisiéramos contar con los datos estadísticos sobre la verdadera producción de los efectores y que la misma sirva a los fines de inferir parámetros de calidad o niveles de complejidad veríamos que es imposible. A su vez podemos observar que los hospitales privados no tienen un parámetro estándar para la medición de sus costos y existe mucha asimetría de información entre unos y otros. Es difícil contar con un valor o precio del producto que este basado en un estudio de costos hospitalarios, al menos no es lo corriente de encontrar en los hospitales privados.

Significa esto que los precios de venta del producto hospitalario responden a la fragmentación del sistema, a la presión que pueda ejercer el complejo médico – tecnológico, a la actualización de precios sobre históricos. Las formulas de pago que involucran una transferencia de riesgo al prestador tales como los pagos capitados tampoco son calculadas en base al riesgo de enfermar o morir de las personas sino en base a los presupuestos con que cuenta el financiador que a su vez dependen del marco normativo al que este sujeto y a las sucesivas reformas que hayan operado en el Sistema Nacional de Seguros sujeto a las leyes 23.660 y 23.661, esto determina finalmente, por lo complejo del sistema de asignaciones, valores de capita distintos según el financiador que ese trate. Si bien es cierto que las reformas vienen operando paulatinamente no siempre se hacen sobre un camino libre y despejado.¹⁰

¹⁰ Cetrangolo O. y Otros. Introducción de ajustes por riesgos en el subsidio automático nominativo a las obras sociales. (SANO). CEPAL. 2004.

c. Estudios previos, antecedentes, experiencias de referencia.

i. La experiencia americana

Promediando la década de los sesenta EE.UU. observa la necesidad de desarrollar sistemas que midan el producto hospitalario, el aumento progresivo en los costos y la preocupación de las organizaciones medicas por medir estándares de calidad fueron los motivos más importantes que incentivaron la investigación de instrumentos que permitan medir el producto hospitalario. La Health Care Financing Administration encarga a un grupo de investigadores el diseño de un instrumento adecuado que permita conciliar las necesidades de introducir eficiencia a la gestión hospitalaria conteniendo costos y mejorando la calidad.

Este grupo estaba liderado por Robert Barclay Fetter nacido en Berwyn, Illinois, en 1924. En 1947, se graduó como Ingeniero Electrónico en Virginia Polytechnic Institute. Trabajo en la Universidad de Indiana en 1949 y 1952. Desde 1953 a 1958 Fetter trabajo como profesor asistente de management industrial en el Massachusetts Institute of Technology. In 1958, Fetter arriva a la Universidad de Yale como profesor asociado de management industrial, trabaja en conjunto con Harold J. Hines, Jr. profesor de Management en Cuidados de la Salud y chairmanship de la Yale University School of Organization and Management.¹¹

Este grupo diseño un modelo que permitía homogenizar el producto final hospitalario, era limitado en el numero de variables y era fácil su elaboración pues se valía de la información existente en los hospitales, se denominaron Grupos Relacionados por el Diagnostico DRG – Yale basado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades versión 8, CIE-8. La primera versión es publicada en 1978 utilizando la CIE-9 pero la gran expansión se produce en 1982, cuando la Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (Ley de seguridad Social) modifica la sección 223 sobre los limites de reembolsos hospitalarios de Medicare (programa que financia a los mayores de 65 años) a partir de ahí el sistema de pagos a hospitales se denomino Pago Prospectivo Por Proceso basado en GRD, fue un sorprendente avance en la evaluación de los Hospitales y en la contención de los costos. En 1983 la administración financiera de cuidados de Medicare y Medicaide desarrollaron un sistema de clasificación propio llamado HCFA-DRG.

Cuatro años después se generaliza para todo los pacientes, no solo para los mayores de 65 años (All Patient GRD) y se denominan REFINED – DRG incorporando datos de complicaciones y comorbilidades (CC) en cuatro grupos: Ausente, moderada, mayor y catastrófica. En 1987 el estado de New York comenzó a utilizar el sistema DRG agregando a pacientes no ancianos para ello contrata a 3M Health Information System quienes desarrollaron ALL PATIENT – DRG y la versión internacional INTERNATIONALREFINED – DRG.¹²

ii. Experiencias en otros paises

Si bien es importante reconocer que nació como inquietud de un grupo de médicos que querían conocer como se utilizaban los servicios de su hospital, tanto en

¹¹ Guide to the Robert B. Fetter Papers. Yale University Library, Manuscripts and Archives, Copyright© Yale University Library, New Haven, Connecticut, July 1998.

¹² Fetter, RB, et al. Case Mix definition by Diagnostic-Related Groups. Medical Care 1980; 18:s1-s39

su formulación como en su construcción siempre estuvo presente el costo asociado al proceso hospitalario. La metodología empleada y desarrollada en los EE.UU. rápidamente se expande a otros países desarrollados, por ejemplo a fines de la década del 80 España implementa en el transcurso de unos 10 años, no sin dificultades un sistema de agrupación de pacientes específicamente el sistema de GRD. Tanto en el país de origen como en el resto, la implementación de la metodología no fue fácil, los EEUU modificaron la ley seguridad social (Social Security Act) para dar cabida a un sistema de pagos prospectivos utilizando GRD, lo cual da idea del nivel de consenso necesario para poder implementar estos cambios, en España se necesitaron grandes espacios de consenso para aplicar el sistema en el marco de Ley General de Sanidad, tales como los proyectos NUBIS, CODIGO, SICE y GACSA.

"El sistema de GRD se ha exportado a muchas naciones europeas y a Australia y probablemente sea la metodología de agrupación de mezcla de casos internacional más generalizada. El sistema de GRD se basa en sistemas de clasificación clínica diseñados específicamente en los Estados Unidos para cubrir las necesidades de la agrupación de mezcla de casos. Si otro país pretende introducir los grupos relacionados por diagnóstico, tendrá que usar un software transversal ofrecido por programadores estadounidenses, pero que no necesariamente reflejará las peculiaridades nacionales de la mezcla de casos hospitalarios del país importador."¹³

"La realidad demuestra que donde no existe la medición de la producción hospitalaria por DRGs, y tampoco se utilizan indicadores específicos de desempeño hospitalario, la calidad de la información clínica es muy pobre, por cuanto no existe la necesaria retroalimentación de la información hacia los profesionales responsables de la asistencia. Profesionales que son también los responsables de proveer todos los datos acerca de los diagnósticos y los procedimientos que realizan a cada paciente. Datos que finalmente constituyen la única base cierta de la casuística y el funcionamiento de los hospitales".¹⁴

En la actualidad varios países han adoptado esta metodología tales como Portugal, Italia, Bélgica, Australia, Francia, Inglaterra, Gales, Irlanda, Suecia, Noruega.

Los sistemas adoptados en los distintos países tiene características propias, alguno utilizan la metodología para pagar prestaciones como Alemania, EE.UU., Finlandia, Francia, Italia, Noruega, Portugal, Republica Checa y Suecia, algunos utilizan CIE9 (EE.UU., Bulgaria, España, Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal) y otros CIE10 (Alemania, Dinamarca, Finlandia, Francia, Noruega, Republica Checa, Rumania, Suecia, Suiza.)

¹³ El pago prospectivo por caso hospitalario en América Latina: Una guía metodológica. Alexander Telyukov, Ph.D., Abt Associates Inc

¹⁴ Spadafora S. Producción Hospitalaria y GRD. ISALUD. Junio 2006

iii. Países que utilizan el concepto GRD en la Gestión Clínica¹⁵

EEUU: Sistema prospectivo de pago de los hospitales de la HCFA (Health care finance Administration) en relación al Medicare, NACHRI (National Association of Children's Hospitals and Related Institutions), NIA (National Institute of Aging), Department of Defense, Health Affairs. Sistema de contratación, gestión y relación de las HMO's con los prestadores.

PORTUGAL: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos del Ministerio de Sanidad.

ITALIA: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos del Ministerio de Sanidad.

IRLANDA: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos del Ministerio de Sanidad. Sistema de contratación y cálculo actuarial del costo de internación de los afiliados del Voluntary Health Insurance Board.

AUSTRALIA: Sistema de gestión de los hospitales del Australian National.

REINO UNIDO: Sistema prospectivo de pago y gestión de hospitales públicos del Ministerio de Sanidad con un sistema mixto en base a GRD llamado HG.

BÉLGICA: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos y privados.

SUIZA: Sistema prospectivo de pago y gestión de hospitales públicos de algunos cantones.

NORUEGA: Sistema prospectivo de pago y gestión de hospitales públicos.

SUECIA: Sistema prospectivo de pago y gestión de hospitales públicos.

FRANCIA: Desarrollo propio en base a GRD para financiación de hospitales públicos.

REP. CHECA: Introducción reciente para hospitales públicos.

HUNGRÍA: Introducción reciente para hospitales públicos.

ALEMANIA: Introducción reciente para hospitales públicos.

JAPÓN: Introducción reciente para hospitales públicos.

ESPAÑA: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos de comunidades autónomas y del Insalud. Sistema de pago de algunos hospitales privados contratados por financiadores públicos.

iv. La experiencia española

La introducción de estas herramientas de gestión en los centros sanitarios españoles motivaron cambios extraordinarios que repercutieron positivamente en todo el sistema de salud. Es importante destacar que las dificultades de implementación no fueron pocas y fue necesario un gran compromiso gubernamental para poder llevarlo a cabo. Los comienzos datan de hace casi 20 años, cuando en 1987 el Consejo Interterritorial aprueba la implantación del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria ello significaba que en los hospitales de las comunidades españolas se debían registrar las altas bajo formas similares basadas en normas utilizadas en los EE.UU. (National Comité on Vital and Health Statistics) y en otros países de Europa (Comisión of the European Communities, European Minimum Basic

¹⁵ Vitali FD. Tesina. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria Universidad de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra

iii. Países que utilizan el concepto GRD en la Gestión Clínica¹⁵

EEUU: Sistema prospectivo de pago de los hospitales de la HCFA (Health care finance Administration) en relación al Medicare, NACHRI (National Association of Children's Hospitals and Related Institutions), NIA (National Institute of Aging), Department of Defense, Health Affairs. Sistema de contratación, gestión y relación de las HMO's con los prestadores.

PORTUGAL: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos del Ministerio de Sanidad.

ITALIA: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos del Ministerio de Sanidad.

IRLANDA: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos del Ministerio de Sanidad. Sistema de contratación y cálculo actuarial del costo de internación de los afiliados del Voluntary Health Insurance Board.

AUSTRALIA: Sistema de gestión de los hospitales del Australian National.

REINO UNIDO: Sistema prospectivo de pago y gestión de hospitales públicos del Ministerio de Sanidad con un sistema mixto en base a GRD llamado HG.

BÉLGICA: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos y privados.

SUIZA: Sistema prospectivo de pago y gestión de hospitales públicos de algunos cantones.

NORUEGA: Sistema prospectivo de pago y gestión de hospitales públicos.

SUECIA: Sistema prospectivo de pago y gestión de hospitales públicos.

FRANCIA: Desarrollo propio en base a GRD para financiación de hospitales públicos.

REP. CHECA: Introducción reciente para hospitales públicos.

HUNGRÍA: Introducción reciente para hospitales públicos.

ALEMANIA: Introducción reciente para hospitales públicos.

JAPÓN: Introducción reciente para hospitales públicos.

ESPAÑA: Sistema prospectivo de pagos y gestión de hospitales públicos de comunidades autónomas y del Insalud. Sistema de pago de algunos hospitales privados contratados por financiadores públicos.

iv. La experiencia española

La introducción de estas herramientas de gestión en los centros sanitarios españoles motivaron cambios extraordinarios que repercutieron positivamente en todo el sistema de salud. Es importante destacar que las dificultades de implementación no fueron pocas y fue necesario un gran compromiso gubernamental para poder llevarlo a cabo. Los comienzos datan de hace casi 20 años, cuando en 1987 el Consejo Interterritorial aprueba la implantación del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria ello significaba que en los hospitales de las comunidades españolas se debían registrar las altas bajo formas similares basadas en normas utilizadas en los EE.UU. (National Committee on Vital and Health Statistics) y en otros países de Europa (Comisión of the European Communities, European Minimum Basic

¹⁵ Vitali FD. Tesina. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria Universidad de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra

Data), esto permitió la utilización de los sistemas de agrupación de pacientes en todo el Sistema Nacional de Salud. Sumado a la gran cantidad de datos estadísticos acumulados por las distintas comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrolló cuatro proyectos en el marco de un Plan de Calidad Total (GACSA) que permitieron crear un núcleo básico de información sanitaria (Proyecto NUBIS) que implementado a través de otro proyecto (CODIGO) permitieron aplicar un sistema de clasificación de pacientes (SICE), el desarrollo de estos proyectos nacionales se realizaron en forma paralela al proceso de descentralización del estado nacional a las Comunidades autónomas. Un gran nivel de consenso fue necesario para viabilizar los objetivos planteados, tal es así que fue necesario debatir parlamentariamente la cuestión siendo el producto final la Ley General de Sanidad del año 1989.

Como consecuencia de estos consensos básicos se comenzó a implantar un sistema de pago por procesos en los Hospitales de las comunidades con el objetivo de utilizar esta metodología para financiar a los servicios de salud. En un principio no fue aplicable pues había una amplia variabilidad en la asignación de costos pero al menos se demostró que la utilización de GRD era una poderosa herramienta de gestión clínica y se fue afianzando paulatinamente la calidad de los datos del **Conjunto Mínimo Básico de Datos** como pieza fundamental para utilizarlo como futura metodología de financiación.

Con independencia de las dificultades para la aplicación del instrumento fue necesario contar con un marco adecuado de consenso para poder efectuar los cambios en los servicios de salud, el nivel de acuerdos ocupó las máximas instancias y culminó en la creación de un marco legal apropiado, como ejemplo podemos citar el decreto ley de la comunidad de Madrid, y a partir de ese momento las dificultades fueron suavizándose paulatinamente.

DECRETO 89/1999, de 10 de junio, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria, en la Comunidad de Madrid.¹⁶

"Artículo 1

Objeto y ámbito de aplicación

El presente Decreto tiene por objeto regular, en la Comunidad de Madrid, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria y Cirugía Ambulatoria, que será recogido, con carácter obligatorio, por todos los Centros y Establecimientos Sanitarios, públicos o privados, con internamiento y aquellos que sean autorizados como Unidades de Cirugía Ambulatoria, en los términos establecidos por la Orden 1131/1994, de 21 de noviembre, de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, radicados en esta Comunidad, respecto de todos los pacientes que han tenido un episodio de hospitalización, iniciado con una orden de ingreso y que producen alta y para los sometidos a un procedimiento quirúrgico ambulatorio..."

Hasta el año 1994 se desarrolló el proyecto de Desarrollo del CMBD en el Sistema Nacional de Salud, el proyecto constó de 5 fases que permitieron la normalización de la CIE-9, la implementación del CMBD en Hospitales Piloto, diseños metodológicos para optimizar las bases de datos y un plan estratégico para implantar el sistema en el resto de los hospitales del S. N. S.

¹⁶ B.O.C.M. nº 16

El proyecto permitió, además, la creación de un Comité Técnico del CMBD, un comité técnico para la CIE-9 y una **base de datos estatal** que para el año 1998 contaba con 11,5 millones de registros de altas hospitalarias, consolidándose así el CMBD en el SNS creándose unidades de coordinación en todas las comunidades autónomas.

Con esta cantidad de datos y con la certeza de que la medición de la estancia media no era suficiente para medir la utilización de los recursos hospitalarios y la necesidad de contar con sistemas de pagos a hospitales que promuevan la calidad de los servicios y generen los incentivos necesarios para una correcta gestión, el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1997 les presenta a los representantes de las Comunidades Autónomas un proyecto que permita evaluar un sistema de agrupación de pacientes GRD para utilizarlo como herramienta de financiación de los hospitales del sistema, el proyecto incluía analizar el grado de homogeneidad de los GRD, el análisis de adecuación al entorno, definir los pesos relativos sobre la base de los costos españoles y desarrollar un sistema de costos homologado. Se trabajó entre los años 1997 y 1998 con 18 hospitales de las Comunidades Autónomas que cuentan con gestión descentralizada, para evaluar los resultados se extrajo una muestra representativa de las historias clínicas codificadas con un coeficiente de fiabilidad del 95,5% un error de muestreo del 5% y condiciones de aplicación 30/70 es decir que no se esperan más del 30% de codificaciones erróneas.

La tarea más difícil estuvo relacionada con la **imputación costos**, porque *cada hospital tenía su propio sistema*, se necesitó para ello un gran consenso para poder hacerlo y la metodología estuvo centrada en tres líneas de trabajo:

1. afectación de costos totales hospitalarios a los GRD,
2. asignación de los costos totales a los centros y de estos a los GRD y
3. asignación de costos a los centros, de estos a los pacientes, y de estos a los GRD.¹⁷

Los centros de costos se dividieron en cuatro grandes grupos: Finales, Intermedios, no asistenciales de servicios y no asistenciales de estructura. No se computan los costos de:

- ✓ Consultas externas
- ✓ Atención primaria
- ✓ internación domiciliaria
- ✓ medicamentos ambulatorios
- ✓ urgencias no ingresadas al hospital
- ✓ docencia e investigación
- ✓ centros de ablación de órganos
- ✓ hospital de día
- ✓ tratamientos ambulatorios (Hemodiálisis, rehabilitación, hemodinámica, etc.)
- ✓ cirugía ambulatoria

Actualmente España tiene definidos ya los pesos relativos de sus GRD y han elaborado sus propios GRD, la importancia de lo detallado se puede explicar

¹⁷ Rivero, A. Evaluación y Desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud. XVIII jornadas de Economía de la Salud.

considerando lo siguiente: el financiamiento del sistema español esta basado en impuestos y totalmente descentralizado en las comunidades autónomas quienes a su vez contratan servicios de asistencia sanitaria con la red de hospitales de origen público y de la concertación, la mayor parte del monto total de los fondos transferidos (56%) correspondiente a los servicios de internación se calculan utilizando una formula polinómica que incorpora el valor de la estancia calculada por GRD, un coeficiente de complejidad que surge del CMBD y un coeficiente de complejidad de estructura diseñado por economistas de la Universidad Pompeu Fabra.

v. Experiencia en la Argentina

La experiencia en nuestro país se enmarca inicialmente en un periodo que transcurre entre el año 1998 y el año 2000. Existen antecedentes de la aplicación de GRD en siete hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, la Provincia de Buenos Aires y la Provincia de Santa Fe, la financiación de la mayoría de los proyectos tienen origen en el PRESSAL (Proyecto de Reforma del Sector Salud) Programas de Transferencia Tecnológica, Fondos del Gobierno Nacional y el Banco Mundial.¹⁸

El análisis de los datos obtenidos por la aplicación de GRD en cinco de estos hospitales determinó que la complejidad media de 0.79 medida a simple vista muy baja, ya que por ejemplo en el país vasco la media es de 1.39 y la de todos los Hospitales Españoles 1.42.

Observaciones encontradas en el análisis de estos casos:

- ✓ Sistema de Registro Hospitalario:
 - historias clínicas con posibilidad de transcripción de el diagnóstico principal y un procedimiento
 - bajo porcentaje de registro de procedimientos
- ✓ modalidades de gestión
 - falta de compromiso de los médicos
 - falta de incentivos
 - exceso de códigos sin clasificar
- ✓ sistema estadístico actual
 - direcciones de estadística que solo registran series históricas de morbilidad

Como antecedentes de importancia se puede citar la experiencia en el Hospital Pirovano¹⁹ y actualmente esta en ejecución una experiencia en el Hospital Garrahan a instancias de la Superintendencia del Seguro de Salud, siendo el estado actual del proyecto:

Desarrollo informático finalizado

Prueba del aplicativo informático en España finalizada con éxito

Puesta en prueba piloto en la Argentina

¹⁸ Sánchez de León, A. Los GRD. Experiencia de su aplicación en hospitales públicos Argentinos. 2000

¹⁹ Vitali FD, Ríos JF, Fort C, Novarini R, SolulagesGB, Ares LJ. Evaluación de la utilización hospitalaria en un hospital publico de la republica Argentina.

"La clasificación del producto hospitalario es el eje de las reformas de segunda generación, tener conocimiento del case mix, de la utilización de recursos, del desempeño en la gestión y la modalidad de pago que premie resultados y subsidie la demanda. La definición y el costo del producto sanitario resultan estratégicos, fundamentales y es necesario clasificar los egresos. Un paso necesario para identificar la efectividad y la eficiencia. **Se hicieron varios intentos parciales, no ordenados, tomando la reforma del hospital de autogestión como eje, el proyecto náufrago en el conocimiento ilustrado.** Es importante generar experiencia, volcar las historias clínicas, hacer una base de datos segura."²⁰

vi. PLAN FEDERAL DE SALUD

El poder de rectoría ejercido por el Ministerio de Salud de la Nación es de vital importancia para el desarrollo de sistema de información que permitan obtener la información necesaria para el desarrollo de sistemas de medición del producto Hospitalario que aporten datos para mejorar la calidad de los servicios asistenciales y mejorar la asignación equitativa de recursos.

Las jurisdicciones provinciales deberían adoptar estos criterios con igual sintonía siendo que en muchos años es la primera vez que se propone el desarrollo de un sistema integrado de información sumando a ello las características de distribución de la población en nuestro país, la densidad dispar de recursos sanitarios según las jurisdicciones, la autonomía ejercida por las provincias federales en la administración.

Cada provincia tiene, entonces, su propia decisión respecto a la gestión de sus servicios de salud, ello abona aun más al déficit de información existente no solo alcanza la cualidad a la disponibilidad de los mismos sino a la factibilidad de poder obtenerlos, y si se obtienen a la confiabilidad de los mismos. Consideramos importante reafirmar lo dicho en el marco del Plan Federal de Salud.

²⁰ Díaz C. El pequeño Gestión Ilustrado. Pág. 30. Ed. ISALUD 2006

"...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.

La reformulación de los subsistemas de información supone la redefinición de contenidos temáticos y aspectos metodológicos de los mismos y contempla los requerimientos de información estadística vinculados a las transformaciones de las modalidades de atención de la salud, particularmente las emergentes a partir de la década de los '80.

El trabajo está orientado teniendo en cuenta las políticas del presente plan, demandas jurisdiccionales, las opiniones de los usuarios principales (sectoriales y extrasectoriales), y los antecedentes internacionales.

Esta propuesta de reformulación consta de dos partes:

- **2004 - 2005:** Una propuesta de **Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB)** 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 (CMDDB)** 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..."

Lo dicho está considerado como Reformas de Segunda Generación ²¹ considerando el eje de las mismas a la clasificación del producto sanitario, resultando la definición y el costo del producto sanitario como estratégicos.

d. Grupos Relacionados con el Diagnóstico

Se define a los sistemas de calificación de pacientes como la combinación de tipos de pacientes tratados por un hospital, un servicio, un médico o cualquier unidad, clasificados según categorías o clases pre-definidas, que describe 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.

Se define a los Grupos Relacionados con el Diagnóstico como un sistema de clasificación de pacientes que proveen medios para relacionar el tipo de pacientes que un hospital trata, con los costos en que ese hospital incurre.

²¹ Díaz C. El pequeño gestión ilustrado 28-39. Ed. ISALUD 2006

La utilización de estos sistemas permiten el monitoreo epidemiológico, la gestión clínica, la comparación entre la producción de distintos hospitales, la presupuestación y planeamiento hospitalario y el desarrollo e implementación de pagos prospectivos.

i. CONJUNTO MÍNIMO BASICO DE DATOS

Es el listado mas corto posible de datos de la actividad de atención de la salud, sobre los cuales se construye toda la información necesaria para sustentar la adopción de decisiones en el marco de una gestión sanitaria profesional, es la información mínima para poder adoptar tecnologías informáticas que requieren de potentes bases de datos tales como los sistemas de agrupación de pacientes mencionados.

Ellos son:

- I. Datos de identificación del paciente
 - a. Identificación del paciente (nº de historia clínica)
 - b. Fecha de nacimiento
 - c. Sexo
 - d. Municipio
 - e. Área y zona sanitaria
- II. Datos de identificación del episodio
 - a. Financiador (tipo y entidad responsable de la cobertura)
 - b. Fecha de ingreso
 - c. Tipo de ingreso (urgente o programado)
 - d. Servicio responsable del alta
 - e. Sección
 - f. Área clínica
 - g. Fecha de alta
 - h. Medico
 - i. Tipo de alta (domicilio, fallecimiento, otro hospital, etc.)
 - j. Fecha de la intervención
- III. Variables clínicas
 - a. Diagnostico principal
 - b. Diagnósticos secundarios (12)
 - c. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos (21)
 - d. Morfología de las neoplasias (7)

Como se observa estos datos son fundamentales para que una vez procesados se puedan utilizar los resultados, dentro de estos grupos también se observa que hay datos de fácil obtención y transcripción tales como los datos correspondientes a filiación, domicilio, servicios responsables etc, pero otros presentan mayor dificultad como los referidos a diagnostico clínico y procedimientos, por otra parte la obtención de los datos responden y están correlacionados a distintos procesos e involucran a distintas personas, por ejemplo los datos de identificación responde a procesos de índole administrativa e involucra a personal no medico, las variables clínicas son expresión de procesos netamente referidos al pacientes y su

enfermedad e involucra netamente a profesionales y el grupo de identificación de episodio, diríamos que se encuentra en una posición intermedia.

Pero una vez completa la planilla de epicrisis con este CMBD esta debe ser leída e interpretada por personal, ahora si experto, para poder codificar y "cargar" la información en el sistema, utilizando guías tales como la CIE -9- MC (Clasificación Internacional de las Enfermedades 9º revisión, modificación clínica) ²²

Esto significa que un paciente que ingresa a una institución hospitalaria es sometido a distintos procedimientos debido a una condición patológica principal y otras secundarias que están identificadas con un código, a modo de ejemplo el nomenclador nacional es un manual codificado de procedimientos muy utilizado por las instituciones privadas y publicas de nuestro país para la facturación de las prestaciones, es de similares características operacionales.

Una vez que se cuenta con la historia clínica completa se selecciona la información de relevancia (indización) y obteniendo el **CMBD**, se procede a codificar utilizando la **CIE 9 MC**, por el diagnostico principal o por el diagnostico de egreso se incluye al paciente en una Categoría Diagnostica Mayor o Principal, (existen 25) luego se define si hubo alguna intervención quirúrgica o no, entonces la clasificación se divide en dos categorías Quirúrgica o Medica, luego de ello según la Edad, el Tipo de Alta y las complicaciones o comorbilidad se agrupa a los pacientes en un determinado **Grupo Relacionado por el Diagnostico**, que según la **versión 14.1 (AP-DRG)** son **641** grupos, **359** son médicos, **277** son quirúrgicos y **5** inespecíficos, **87** corresponden a pediatría, del total **126** incluyen complicaciones y comorbilidades, **59** con complicaciones mayores. ²³

En primer lugar, el sistema identifica pacientes de gran consumo de recursos a los que asigna GRD'S específicos como por ejemplo: transplante de hígado, médula ósea, pacientes traqueostomizados por su mal estado general.

El diagnóstico principal determina la asignación a una Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) de las 25 posibles:

²² www.madrid.org/sanidad/planificacion/cmbd/codigo

²³ Lopez Arbeola, P. Los Grupos Relacionados por el Diagnostico como sistema de medida del producto hospitalario. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

CDM Descripción

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 conectivo.
9. Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama.
10. Trastornos endocrinos, de la nutrición y del metabolismo.
11. Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinario.
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 condiciones 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 (sistemáticas o afección no especificada).
19. Enfermedades y trastornos mentales.
20. Uso de drogas y trastornos mentales orgánicos inducidos por drogas.
21. Heridas, envenenamiento y efectos tóxicos de drogas.
22. Quemaduras.
23. Factores que influyen en el estado de salud y otros contactos con los servicios de salud.
24. Traumatismos múltiples.
25. Infecciones por HIV.

Hay dos excepciones en la jerarquía del diagnóstico principal en el proceso de clasificación: Los GRD'S de infarto agudo de miocardio (IAM) y los GRD'S de SIDA.

ii. Criterios de agrupación

Las siguientes variables están comprendidas en el proceso de agrupación: categoría de Diagnóstico mayor(CDM), diagnósticos principales, diagnósticos secundarios (comorbilidades y complicaciones), procedimientos principales y secundarios de la sala de operaciones, edad y sexo del paciente, condición de egreso y peso al nacer (para recién nacidos).

El algoritmo de clasificación de pacientes depende en gran medida de los criterios clínicos e incluye las siguientes variables y pasos:

1. En cada categoría de diagnóstico mayor, los casos se subdividen en casos clínicos y quirúrgicos. La distinción entre clínico y quirúrgico se debe al supuesto de un uso significativamente más alto de recursos en los casos quirúrgicos a causa del costo de la sala de operaciones, anestesiología, unidad de tratamiento intensivo y médicos cirujanos, si éstos forman parte del personal del hospital. Los pacientes quirúrgicos se someten a un procedimiento quirúrgico que requiere la utilización de la sala de operaciones. Todos los demás casos son clínicos. De los 641 GRD que abarca a todos los pacientes, 359 son clínicos y 280 son quirúrgicos.

2. Los pacientes clínicos se agrupan en GRD por diagnóstico principal en el momento de la admisión. Los diagnósticos definen alguna de las tres categorías siguientes: (i) enfermedad, (ii) causa externa de lesión e intoxicación, (iii) contacto médico en circunstancias distintas a enfermedad o lesión, por ejemplo en el caso de un tratamiento planificado o de rutina, como diálisis renal. (ver tabla 1 y 2 de ejemplo)

TABLA N° 1: DIAGNOSTICOS CODIFICACIÓN CIE-9

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	SEXO	EDADMINI	EDADMAXI
001.0	CÓLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAEE		-1	-1
001.1	CÓLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAEE EL TOR		-1	-1
001.9	CÓLERA, SIN ESPECIFICAR		-1	-1
002.0	FIEBRE TIFOIDEA		-1	-1
002.1	FIEBRE PARATIFOIDEA A		-1	-1
002.2	FIEBRE PARATIFOIDEA B		-1	-1
002.3	FIEBRE PARATIFOIDEA C		-1	-1
002.9	FIEBRE PARATIFOIDEA SIN ESPECIFICAR		-1	-1
003.0	GASTROENTERITIS POR SALMONELLA		-1	-1
003.1	SEPTICEMIA POR SALMONELLA		-1	-1
003.20	INFECCION POR SALMONELLA LOCALIZADA, SIN ESPECIFICAR		-1	-1
003.21	MENINGITIS POR SALMONELLA		-1	-1

Tablan° 2

098.49	OTRAS INFECCIONES GONOCOCICAS DEL OJO	sexo	Edadmini-1	Edadmaxi-1
098.50	ARTRITIS GONOCOCICA		-1	-1
098.51	SINOVITIS Y TENOSINOVITIS GONOCOCICAS		-1	-1
098.52	BURSITIS GONOCOCICA		-1	-1
098.53	ESFONDILITIS GONOCOCICA		-1	-1

Fuente de datos: www.madrid.org/sanidad/

Elaboración: Christian Gorriti

3. Los pacientes quirúrgicos se asignan a los GRD por procedimiento principal de sala de operaciones. Cuando se realizan cirugías múltiples, el procedimiento principal corresponde a la clase quirúrgica más alta, es decir, al grupo de procedimientos que tiene el promedio más alto de uso de recursos en una CDM determinada. Las clases quirúrgicas se forman dentro de cada CDM para procedimientos relacionados con el mismo órgano, técnica quirúrgica, patología o etiología. La manera en que se forman las clases quirúrgicas varía según la CDM. (Ver Tabla 3 de Ejemplo)

Tabla nº 3 CODIGOS DE PROCEDIMIENTOS CIE-9

51.1	Procedimientos Diagnósticos Sobre La Vía Biliar Principal
51.10	Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (Cpre) (
51.11	Colangiografía Retrógrada Endoscópica [Ore]
51.12	Biopsia Percutánea De Vesícula Biliar O Vías Biliares
51.13	Biopsia Abierta De Vesícula Biliar O Conductos Biliares
51.14	Otra Biopsia Cerrada [Endoscópica] De Vías Biliares O Esfínter De Oddi
51.15	Medición De La Presión Del Esfínter De Oddi
51.19	Otros Procedimientos Diagnósticos Sobre La Vía Biliar
51.2	Colecistectomía
51.22	Colecistectomía Abierta
51.23	Colecistectomía Laparoscópica
51.3	Anastomosis De Vesícula Biliar O Vía Biliar
51.31	Anastomosis De Vesícula Biliar A Conductos Hepáticos
51.32	Anastomosis De Vesícula Biliar A Intestino
51.33	Anastomosis De Vesícula Biliar A Páncreas
51.34	Anastomosis De Vesícula Biliar A Estómago
Fuente de datos: www.madrid.org/sanidad/	
Elaboración: Christian Gorriti	

4. Una vez que los casos fueron asignados a los GRD sobre la base del diagnóstico primario y los procedimientos principales, se subdividen de acuerdo con la presencia de comorbilidades y complicaciones, esto es, diagnósticos secundarios. Las condiciones secundarias se reconocen como comorbilidades y complicaciones si aumentan la estancia en un número mínimo de días en al menos un cierto porcentaje de casos (para los GRD, en 3 días en el 75% de los casos). Es posible que algunos diagnósticos secundarios no constituyan comorbilidades ni complicaciones de un diagnóstico principal determinado en el aspecto clínico; por ejemplo, si se trata de manifestaciones crónicas de la misma enfermedad, diagnósticos específicos y no específicos, diagnósticos incompatibles (benignos /malignos) o condiciones estrechamente relacionadas. De los 641 GRD de todos los pacientes, en 299 grupos se usan comorbilidades y complicaciones (esto es, diagnósticos secundarios) como variable de agrupación.

5. Otra subdivisión se podría basar en el sexo y la edad. El sexo es importante para verificar diagnósticos que son específicos de hombres o mujeres. Se usan diversos límites de edad para la clasificación de pacientes; por ejemplo, 29 días (recién nacidos), 1 año (asistencia postoperatoria terciaria), 17 años (pacientes pediátricos con asma), 35 años (para pacientes con diabetes) y 69 años (ancianos). La edad se usa en la asignación de casos de 169 All-patient GRD.

6. La condición de egreso del paciente también se usa como una variable de agrupación de GRD. Junto con definiciones genéricas como "autorizado para regresar a casa", "fallecido", "transferido a otro establecimiento", el sistema de GRD además distingue motivos más específicos para el egreso; por ejemplo, "abandonó el hospital contra las recomendaciones médicas" o "pacientes quemados transferidos a otro establecimiento de cuidado intensivo".

La mayoría de las circunstancias antes indicadas supone la interrupción de la estancia en el hospital y, por consiguiente, afecta en forma significativa la cantidad de recursos requerida para tratar los casos correspondientes.

7. El peso al nacer sirve como el criterio inicial de asignación de pacientes a uno de los 47 GRD de recién nacidos. El peso al nacer no se codifica en forma separada, sino mediante un quinto dígito de códigos de diagnóstico aplicable a los recién nacidos. Se distinguen los siguientes seis niveles de peso: <750 g, 750-999 g, 1-1,5 Kg., 1,5-2 Kg., 2-2,5 Kg., >2,5 Kg.

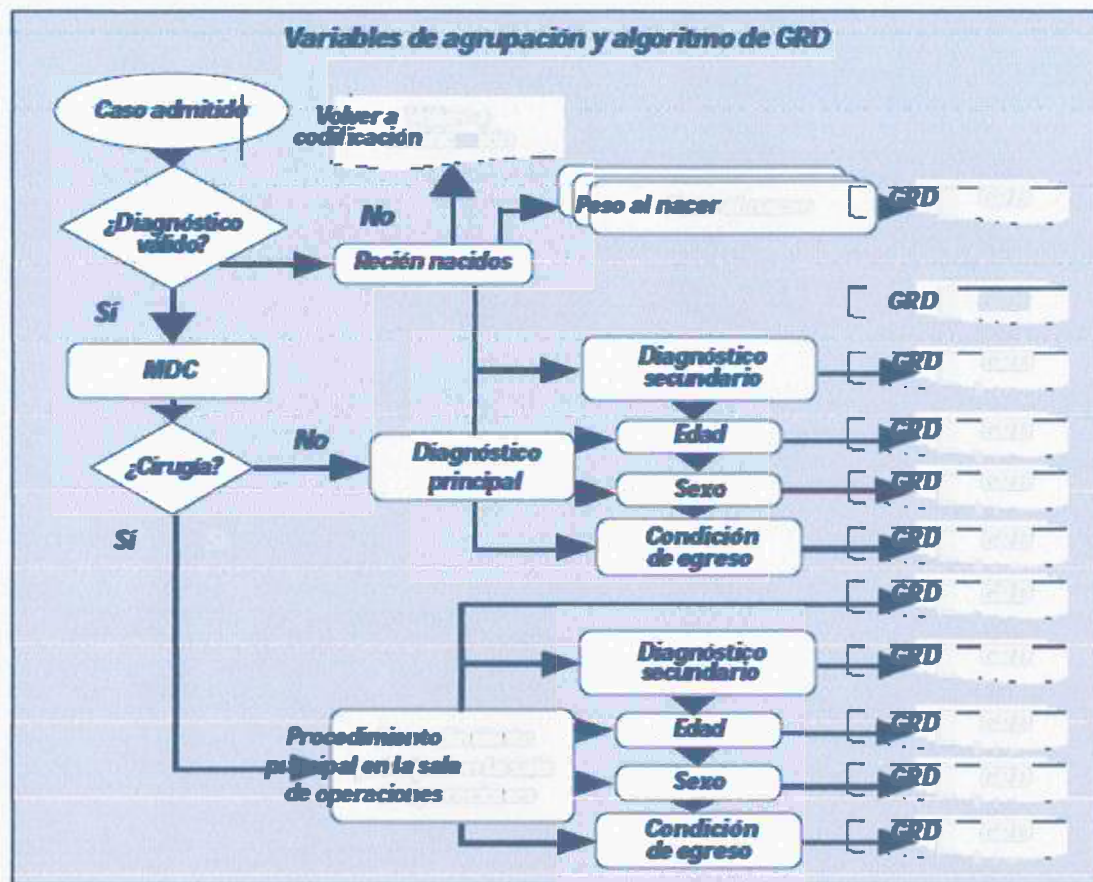
8. Una información clínica incoherente generalmente origina la asignación de un caso a uno de varios GRD residuales.

El sistema de GRD emplea códigos de diagnóstico de ICD-9- CM (Modificación clínica de ICD-9 o ICD-10-CM (Modificación clínica de ICD-10)

9. De forma similar a los GRD, las mismas variables de agrupación intervienen en la formación de los grupos de recursos de salud (GRS) británicos. Sin embargo, estas variables se interconectan de manera algo diferente en el algoritmo de agrupación de GRS. Hay 572 GRS, incluyendo 314 grupos basados en diagnóstico y 251 basados en procedimiento. Los GRS se basan en ICD-9 e ICD-10 para la codificación de diagnósticos y en OPCS-4 (cuarta modificación de los códigos de servicios de la Oficina de Censos de Población y Encuestas) para la codificación de procedimientos.²⁴

²⁴ Telyukov, A PhD. El pago prospectivo por caso hospitalario en América Latina: Una guía metodológica. 2001 Abt Associates Inc.

Figura N° 1: Algoritmo de agrupación de pacientes



Elaboración: Christian Gorriti

Fuente: Telyukov, A PhD. El pago prospectivo por caso hospitalario en América Latina: Una guía metodológica. 2001 Abt Associates Inc.

iii. Indicadores

"Con la utilización de los GRD'S se pueden establecer comparaciones más equitativas entre servicios médicos similares y determinar si las diferencias halladas se deben a que realmente se tratan distintos tipos de pacientes o bien existen diferencias en el manejo clínico.

Será posible describir cuál es la casuística de un determinado período para un determinado hospital o servicio médico y consecuentemente, se determinarán los indicadores funcionales, de calidad o costo, para cada tipo de paciente.

La mayor ventaja de la información basada en los tipos de pacientes tratados, es la posibilidad de obtener comparaciones eliminando el factor de confusión que supone la comparación a nivel de hospital o servicio, cuando no se consideran las diferencias entre los tipos de pacientes tratados.

La comparación con períodos anteriores permite conocer las variaciones del *case mix* y la evolución de estancias medias, la mortalidad, los reingresos, etc.

La comparación con un **gold estándar** serviría para emprender acciones de mejora, pero como no se dispone del mismo, las únicas comparaciones posibles son aquellas que se realizan con un conjunto amplio de hospitales del entorno o de otros países."²⁵

Tasas de mortalidad estandarizadas

La tasa de mortalidad representa el cociente entre fallecidos y altas

Índice de mortalidad estandarizada indirecta

Relaciona la tasa observada en el hospital, con la mortalidad que se podría esperar en el hospital, se trata de poder comparar nuestra institución con cualquier otro centro o núcleo de centros elegido como referencia.

$$\text{IMEi} = \frac{\text{Mortalidad Observada Hospital}}{((\text{Altas Hosp.1} \times \text{Tasa Ref.1}) + \dots + (\text{Altas Hosp. n} \times \text{Tasa Ref. n})) / \text{nº de Altas Hospital}}$$

la mortalidad observada de nuestro hospital, que surge del cociente entre fallecidos y altas, es dividida por la suma del resultado de multiplicar las altas hospitalarias por la tasa de referencia, correspondiente a ese GRD obviamente y dividir esta suma por el total de altas de nuestro hospital. En definitiva es poder decir que mortalidad tendría nuestro centro si a nuestras altas se les aplicase las tasas de mortalidad del Hospital de referencia.

Índice de mortalidad estandarizada directa

Este índice compara lo contrario, es decir, que mortalidad hubiera tenido el hospital de referencia si le aplicamos las tasas de nuestro hospital. El cálculo se realiza con el mismo criterio solo que en el denominador.

²⁵ Vitali FD. Tesina. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria Universidad de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra

IMEd= Mortalidad Esperada Referencia Mortalidad Observada Referencia

$$\frac{(\text{Altas Ref.1} \times \text{Tasa Hosp.1}) + \dots + (\text{Altas Ref. n} \times \text{Tasa Hosp. n})}{\text{nº de Total Altas Referencia}}$$
Mortalidad Observada Referencia

Promedio de días de estada ajustada por GRD Promedio de días de estada ajustado por el funcionamiento estándar

Resulta de calcular, el tiempo promedio de días que han permanecido internados los pacientes para cada uno de los GRD, se denomina también **Estancia Media**. (PDE)

Se puede calcular el promedio de días de estada o estancia media y ajustarlo por el **Funcionamiento del Estándar**, es decir, la estancia media que hubiese tenido nuestro hospital si hubiera tenido el mismo funcionamiento que el centro tomado como referencia.

Utilizamos el mismo modelo matemático que se comento antes, si a la sumatoria de multiplicar las altas de nuestro hospital por la estancia media del centro de referencia lo dividimos por el Total de Altas de nuestro hospital, nos da una tasa que nos indica que estancia media o promedio de días de estada tendríamos si hubiésemos funcionado como el hospital de referencia.

El calculo inverso, es decir, el resultado de dividir la sumatoria de las altas del hospital de referencia por las estancias medias del nuestro con el total de altas del centro u hospital de referencia, determina que promedio de días de estada hubiera tenido nuestro hospital si hubiésemos atendido los mismos pacientes agrupados que atendieron en el estándar. (Mas adelante se detallan las formulas.)

La estancia media (EM) es ampliamente utilizada como indicador del consumo por su disponibilidad y por la buena relación demostrada con los costos incurridos.

Siempre que se utilizan medidas de centralización como la estancia media, es recomendable utilizar estimaciones robustas de la misma, es decir que no estén influidas por unas pocas observaciones muy alejadas del comportamiento del conjunto. Excluyendo los casos extremos o outliers de la curva de utilización logramos ese objetivo, además la sumatoria de casos extremos y su comparación es una medida en si misma pues permite suponer alguna dificultad.

Indicadores ajustados por Casuística y Funcionamiento

Una vez ajustada la Estancia Media de un centro por dos factores independientes, casuística y patrón funcional del mismo (días que el hospital usa para tratar a sus pacientes, como estimación del consumo de recursos) es posible obtener dos indicadores sintéticos de la complejidad de la casuística, **índice case mix y peso**

relativo del centro; y dos indicadores de eficiencia, índice funcional y razón de funcionamiento estándar.

Estancia Media Ajustada por Funcionamiento (EMF).

Estancia Media del Hospital x tratando los pacientes que efectivamente trató, pero con la estancia media por GRD propia del estándar (patrón funcional del estándar).

$$EMF_x = \frac{\sum (N_{ix} * EM_{is})}{\sum N_{ix}}$$

i: GRDi

x: Hospital x

Nix: Número de altas en el GRD i en el hospital x

EMis: Estancia Media del GRD i en el estándar.

Si el valor es superior al de la EM del estándar, dicho hospital tiene una mayor proporción de pacientes en GRD de larga EM en el estándar, es decir una casuística más compleja, valorando ésta según los días de hospitalización.

Estancia Media Ajustada por Casuística (EMAC)

Es la Estancia Media que habría tenido el hospital tratando los pacientes del estándar con la Estancia Media por GRD propia del hospital.

$$EMAC_x = \frac{\sum (N_{is} * EM_{ix})}{\sum N_{is}}$$

i: GRDi

x: Hospital x

Nis: Número de casos en el GRDi en el estándar.

EMix: Estancia Media del GRDi en el hospital.

Una vez obtenida la EMAC **podremos comparar directamente** con la EM del estándar habiendo eliminado las diferencias de casuística como factor de confusión.

Al comparar la EMAC de dos hospitales estaremos comparando la EM que habrían tenido ambos hospitales tratando los mismos pacientes, los del estándar, pero cada uno con su respectiva EM con lo que estaremos comparando los patrones de funcionamiento de ambos hospitales.

La contribución de cada factor, casuística y patrón funcional, a la diferencia observada entre EM bruta de un hospital y la del estándar puede analizarse mediante razones (índices) o diferencias.

Indicadores de complejidad

Índice de case mix

Surge del cociente entre la estancia media ajustada por funcionamiento de nuestro hospital y la estancia media de la institución u hospital de referencia, da una idea acerca de la complejidad comparativa.

$$ICM_x = \frac{EMF_x}{EM_s}$$

Permite la comparación relativa de la complejidad de la casuística de un hospital respecto al estandar. Si es mayor que 1 significa que el hospital trata mayor una proporción de pacientes de larga estancia media en el estándar, que el propio estándar, por lo que se concluye que su casuística tiene mayor complejidad, tomada esta como días de cama en grandes bases de datos.

Peso Medio del Hospital (PM).

El peso medio de los pacientes de un hospital x será:

$$PM_x = \frac{\sum (Nix * PRI)}{\sum Nix}$$

i: GRDi

x: Hospital x

Nix: Número de altas en el GRD i en el hospital x

PRI: Peso Relativo GRDi

El peso relativo de cada GRD representa el peso de ese GRD respecto al consumo de recursos en relación al consumo promedio de internación de agudos. Se calculan anualmente en lo EEUU con cada versión de los GRD'S. Estos podrían variar de un entorno a otro pero en tanto estimación relativa del costo de tratamiento de cada tipo de paciente cabe esperar que los más costosos en EEUU lo sean también en entornos de similar desarrollo. (ver tabla de ejemplo mas abajo.)

El infarto agudo de miocardio sin complicación (GRD 122) PR 1,16, tiene un costo aproximadamente mayor en un 16% respecto del paciente medio de EEUU y la craneotomía a mayores de 17 años (GRD 001) PR 3,09, es tres veces el costo del paciente promedio.

Peso relativo del hospital.

Es la razón entre el peso medio del hospital y el peso medio del estándar.

$$PR_x = \frac{PM_x}{PM_s}$$

Un Peso Relativo (PRx) superior a 1 significa una casuística más costosa en el hospital que en el estándar.

Si bien el Índice Case Mix y el Peso Relativo generalmente coinciden podría darse el caso de diferencias en hospitales que atienden patologías muy costosas que no requieren un importante consumo de camas.

"En los países donde no existen estudios de costos por caso, el PR de cada GD calculado en Estados Unidos puede ser utilizado sea para el costeo como en la determinación de la complejidad de la casuística. Aunque los pesos relativos por GRD podrían variar de un entorno (país) a otro, al tratarse de una estimación relativa del costo de tratamiento de cada tipo de paciente, cabe esperar que los más costosos en EEUU lo sean también en entornos de similar desarrollo, y viceversa, los menos costosos lo sean también en los dos ámbitos."²⁶

²⁶ Spadafora S. Producción Hospitalaria y GRD. ISALUD. Junio 2006

Tablan° 4

PESOS ESPAÑOLES Y COSTE - AÑO 2003

Agrupador GRD-AP
v.18.0

GDR	DESCRIPCION	Peso relativo	Coste(€)
	1CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA	3.5831	11,305.67
	2CRANEOTOMIA POR TRAUMA EDAD>17	2.9447	9,291.46
	4PROCEDIMIENTOS ESPINALES	2.9418	9,282.09
	5PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES	1.7668	5,574.88
	6LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	0.4435	1,399.41
	195COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	2.1291	6,717.94
	196COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	2.0838	6,574.91
	197COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	3.9314	12,404.63
	198COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	1.1880	3,748.73
	199PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	2.3015	7,261.91
	370CESAREA, CON COMPLICACIONES	0.7796	2,459.93
	371CESAREA SIN COMPLICACIONES	0.6727	2,122.68
	372PARTO CON COMPLICACIONES	0.4547	1,434.88
	373PARTO SIN COMPLICACIONES	0.3813	1,203.20
	374PARTO CON ESTERILIZACION Y/O DILATACION & LEGRADO	0.6044	1,907.03
	375PARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXCEPTO D & L Y/O ESTERILIZACION	0.4060	1,281.10
	376DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	0.5107	1,611.65
	377DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	0.6771	2,136.47
	378EMBARAZO ECTOPICO	0.3567	1,125.67
	379AMENAZA DE ABORTO	0.5656	1,784.81
	493COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR CON CC	1.3354	4,213.50
	494COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	1.0973	3,462.25
	607NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN QUIRÚRGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	5.6876	17,945.91
	608NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, EXITUS	2.5385	8,009.68
	609NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	8.6381	27,255.42

Fuente de datos: www.madrid.org/sanidad/

Elaboración: Christian Gorriti

Indicadores de Eficiencia

Índice Funcional (Ifx)

Es la razón entre la Estancia Media Ajustada por Case Mix (EMACx) y la Estancia Media del Estándar (Ems).

$$\text{IFx} = \frac{\text{EMACx}}{\text{Ems}}$$

Un IFx superior a 1 indica que el hospital x, necesita mayor cantidad de camas (en esa proporción) para atender la misma casuística que el estándar.

Razón de Funcionamiento Estándar (RFE).

Es la razón entre la Estancia Media observada del hospital (Emx) y la Estancia Media esperada del hospital si tratara los pacientes que trató pero con las estancias medias del estándar (EMFx).

$$\text{RFE}x = \frac{\text{EMx}}{\text{EMFx}}$$

Cuando el RFE_x es mayor que 1 indica que el hospital requiere más días de cama que el estándar por tanto es menos eficiente.

Este indicador a diferencia del Índice Funcional no permite comparar entre distintos hospitales ya que no existe una base común ya que para cada hospital su base es su propia casuística.

Otras consideraciones respecto de la Estancia Media ²⁷

Los sistemas de clasificación de pacientes en grupos homogéneos de consumos de recursos utilizan la estancia media (EM) como principal variable predictora de este consumo. Su medición siempre refleja en forma directa los días en que los paciente utilizaron una cama de hospital pero no infiere sobre si era necesaria esa internación. La utilización inapropiada en el empleo de tecnología sanitaria no es evaluado por este sistema de clasificación, la metodología da por entendido que la estancia evaluada es la reflejada mezclando tanto aquellas que son necesarias como aquellas que no, esto hace que los datos comparativos entre hospitales a veces sean tan dispares. Algunos estudios estiman que casi un tercio de la hospitalización es innecesaria por ello se están utilizando en España Protocolos de Evaluación del Uso Apropiado para hacer revisiones de la utilización hospitalaria. Aplicando estos protocolos se pueden "corregir" las estancias medias que se desvíen de lo normado.

Protocolo de evaluación del uso apropiado

Criterios de evaluación de la admisión

Situación clínica del paciente

- 1) Pérdida brusca de la conciencia o desorientación
- 2) Pulso: < 50 pulsaciones o > de 140 pulsaciones por minuto
- 3) Presión arterial sistólica < de 90 o > 200 mmHg; diastólica < 60 o > 120 mmHg.
- 4) Pérdida brusca de la visión o la audición
- 5) Pérdida brusca de la capacidad para mover cualquier parte del cuerpo
- 6) Fiebre persistente: > 38 ° C tomada en la boca durante mas de 5 días.
- 7) Hemorragia activa
- 8) Alteraciones graves de los electrolitos o gases sanguíneos: Na < 123 mEq/l, K < 2,5 mEq/l o > 6 mEq/l, poder de combinación del CO₂ en agudo < 20 mEq/l CO₂ > 36 mEq/l CO₂; pH arterial < 7.30 o > 7.45
- 9) Evidencia ECG de isquemia aguda.
- 10) Dehiscencia de sutura o evisceración

Servicios clínicos

- 1) Administración de medicación intravenosa y/o reemplazamiento de fluidos
- 2) Cirugía o procedimiento programado /urgente que requiera: a) anestesia general o regional, o b) equipamiento o materiales disponible solo para pacientes ingresados
- 3) Monitorización de signos vitales cada 2 hs. O mas a menudo.
- 4) Quimioterapia que requiera observación continua para el tratamiento de reacciones toxicas que amenacen la vida.
- 5) Administración de antibióticos IM al menos cada 8 hs.
- 6) Utilización de respirador intermitente o continuo al menos cada 8 hs.

²⁷ Peiro, S., Meneu de Guillerna, R., Rosello Perez, ML., Martinez E., Portella E. ¿Qué mide la EM de los GRD? Med Clin (Barc) 1994; 103: 413-47

Lista de razones de admisión inapropiada

- 1) Todas las necesidades diagnosticas o terapéuticas podían ser realizadas en pacientes ambulatorios
- 2) El paciente fue admitido para una prueba diagnostica o tratamiento porque vive demasiado lejos del hospital para realizar la prueba o tratamiento ambulatoriamente.
- 3) El paciente fue admitido para una prueba diagnostica o tratamiento porque no era posible su programación como paciente externo.
- 4) El paciente necesita cuidados institucionales pero de un nivel menor que el proporcionado por los hospitales de agudos.
- 5) El paciente necesita cuidados propios de un hospital de enfermedades crónicas
- 6) El paciente necesita cuidados propios de una residencia asistida con enfermería especializada.
- 7) El paciente necesita cuidados de una residencia de cuidados mínimos
- 8) Admisión prematura (p.ej: entra el viernes para un procedimiento del lunes)

Criterios de evaluación de la necesidad de las estancias sucesivas

Cuidados médicos

- 1) Intervención realizada en quirófano ese mismo día
- 2) Programación quirúrgica para el día siguiente siempre y cuando se requiera consulta o evaluación preoperatoria en el hospital.
- 3) Cateterización cardiaca en el mismo día
- 4) Angiografía en el mismo día
- 5) Biopsia de órgano interno ese mismo día
- 6) Toracocentesis o paracentesis ese mismo día
- 7) Procedimientos invasivos del sistema nervioso central ese mismo día
- 8) Cualquier examen medico que requiera estricto control dietético
- 9) Tratamiento nuevo o experimental que requiera frecuentes ajustes de dosis bajo supervisión medica directa.
- 10) Monitorización, por un medico, por lo menos tres veces al día.
- 11) Día inmediatamente posterior a la intervención quirúrgica o cualquier procedimiento del 3 al 7.

Cuidados de enfermería

- 1) Terapia respiratoria y/o ventilación mecánica por inhalación al menos tres veces al día
- 2) Terapia parenteral: administración endovenosa de líquidos intermitente o continua.
- 3) Monitorizaciones constantes, al menos de 30 en 30 minutos, durante un mínimo de 4 horas.
- 4) Inyecciones intramuscular o subcutáneas, al menos dos veces por día.
- 5) Medición del balance hídrico.
- 6) Tratamiento de heridas quirúrgicas, mayores y drenajes por una enfermera al menos tres veces al día bajo orientación del medico.

Condición clínica del paciente

Durante el día que se revisa o en las 24 hs. Anteriores

- 1) Incapacidad de orinar/ defecar en las ultimas 24 hs. No atribuible a desordenes neurológicos,

Dentro de las 48 hs. antes del día que se revisa.

- 2) Transfusión debida a perdida de sangre
- 3) Fibrilación ventricular o evidencia electrocardiografica de isquemia aguda
- 4) Fiebre de al menos 38 ° C rectal no relacionada con el motivo de admisión.
- 5) Coma
- 6) Estado confusional agudo, excluido el debido a la abstinencia
- 7) Signos y síntomas debido a problemas hematológicos agudos
- 8) Dificultades neurológicas agudas progresivas

Dentro de los 14 días precedentes al día que se revisa

Ocurrencia de infarto agudo de miocardio o ACV.

Lista de motivos de estancias inapropiadas

- ✓ Para pacientes que necesitan continuar ingresados en el hospital por causas medicas
 - 1) Problemas en la programación de la intervención
 - 2) Problemas en la programación de pruebas o procedimientos no operatorios
 - 3) Admisión prematura
 - 4) No-disponibilidad del quirófano
 - 5) Procedimientos que no se realizan al fin de semana
 - 6) Retraso en la recepción de pruebas diagnosticas o consultas necesarias para la posterior evaluación o tratamiento.
- ✓ Para pacientes que no necesitaban continuar ingresados en el hospital por causas medicas
 - 1) Atribuibles al medico
 - a. Retraso en prescribir la orden de alta
 - b. Retraso en iniciar la planificación del alta
 - c. Manejo medico del paciente excesivamente conservador
 - d. No existe un plan documentado para el tratamiento o la evaluación del paciente.
 - 2) Atribuible al medio social o familiar del paciente
 - a. No existe familia para prestar cuidados en el hogar
 - b. Familia no preparada para cuidar el paciente en el hogar
 - c. El paciente o la familia rechazan una alternativa disponible o apropiada de cuidados alternativos.
 - 3) Atribuible a la falta de recursos en la red asistencial.
 - a. El paciente proviene de un entorno no saludable y debe quedarse hasta que el entorno se vuelva aceptable o se encuentre en un lugar alternativo
 - b. El paciente esta convaleciente de una enfermedad y se prevé que su estancia bajo cuidados alternativos podría ser menor a 72 hs.
 - c. No hay instituciones o modalidades de cuidados alternativos.

Este tipo de protocolos han sido aplicados en algunas experiencias de Hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tomando como base la experiencia de North en 1976 con las normas de hospitalización para pacientes pediátricos y la experiencia, (Protocolos de Adecuación Hospitalaria), española validada en 1998 por la Escuela Valenciana para Estudios de la Salud. Desde en 1988 se ha utilizado estos instrumentos que han demostrado un 25% de admisiones innecesarias y un 35% de estancias sucesivas innecesarias.²⁸

Se presentan los datos tal como los pone a disposición el Ministerio de Sanidad y Consumo Español en su pagina de Internet, la portada y un ejemplo de una de sus paginas interiores de se observa el desarrollo de la información elaborada correspondiente al **GRD 197 "Colecistectomía sin exploración de la vía biliar"**

²⁸ Ares L., Mondadas S., Núñez M., Soulanges G., Vitali F. Utilización inadecuada de los recursos hospitalarios en internación de agudos. Hospital General de Agudos Ignacio Pirovano.
www.aes.org.ar/documentos/aes2005_taller_vitali.swf

GRD 197 Colecticolectomia sin en el drenaje vía biliar con CC
CMB 7 Enfermedades y sus secuelas de hígado, a litiasis biliar y pancreas
FESO 2,152 Tipo quirúrgico

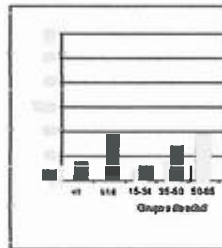
DATOS GENERALES

Altas totales
Porcentaje sobre el total de altas
Diagnóstico principal
Estandarización de edad
Coeficiente de variación
Puntaje de calidad
Porcentaje de casos extremos
Estandarización de edad

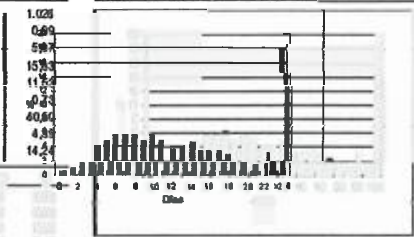
DISTRIBUCIÓN POR EDAD

	Altas	%
< 1 año	0	0,00
1-14 años	0	0,00
15-34 años	39	3,80
35-44 años	73	7,12
45-54 años	198	19,10
55-64 años	678	64,14
> 65 años	142	13,84

80
60
40
20
0



DISTRIBUCIÓN POR DÍAS DE ESTANCIA



DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ALTA

	Altas	%
Domicilio	1.002	97,88
Traslado a otro hospital	2	0,19
Alta voluntaria	2	0,19
Fallecidos	20	1,95
Transferidos a otro establecimiento	0	0,00

DISTRIBUCIÓN SEGÚN FIN ANCIADOR

	Altas	%
Financiamiento público	1.002	99,42
Financiamiento privado	2	0,19
Financiamiento copagos	0	0,00
Financiamiento seguro y en el perfil	0	0,00
Compensación económica	1	0,10
Muertes y Partos	0	0,00
Convenios de colaboración	0	0,00
Instituciones, parientes	0,19	2
Financiamiento privado	0,10	1

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Asistencia Sanitaria
Subdirección General de Desarrollo

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

	Altas	%
Hombres	482	46,18
Mujeres	544	51,92

DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE ATENCIÓN

	Altas	%
Urgente	830	84,23
Programado	308	35,97

INFORMACIÓN POR GRUPO DE HOSPITALES

	Altas	%	EM
Grupo 1	115	11,21	12,24
Grupo 2	382	35,28	15,18
Grupo 3	188	18,30	18,71
Grupo 4	333	32,48	16,59
Grupo 5	15	1,48	5,73

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

	Altas	%
574.10 CALCULO VESICULA BILIAR CON OTRA COLECCISTITIS SIN OBST.	240	23,39
574.00 CALCULO VESICULA BILIAR CON COLECCISTITIS AGUDA SIN OBST.	230	22,42
574.20 CALCULO VESICULA BILIAR SIN COLECCISTITIS SIN OBST.	180	18,52
575.0 COLECCISTITIS AGUDA	90	8,77
577.0 PANCREATITIS AGUDA	76	7,41

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO QUE AFECTA A LA AGRUPACIÓN

	Altas	%
51.22 COLECCISTECTOMIA	1.018	99,22
51.21 OTRA COLECCISTECTOMIA PARCIAL	8	0,78

CMBD Insalud.
Análisis de los
GRDs.

Año 2001

Consecuencias de la medición del producto hospitalario mediante la utilización de la metodología GRD.

- ✓ **Monitoreo epidemiológico de la demanda**
- ✓ **Desarrollo de acciones de Gestión Clínica**
- ✓ **Comparación estandarizada de la actividad del hospital con otros hospitales o grupos de estos, por casuística y por funcionamiento.**
- ✓ **Mejora en las actividades de planeamiento y presupuestación**
- ✓ **Desarrollo e implementación de sistemas de pago prospectivo**

4. Análisis del caso

a. Breve descripción de la zona a analizar.

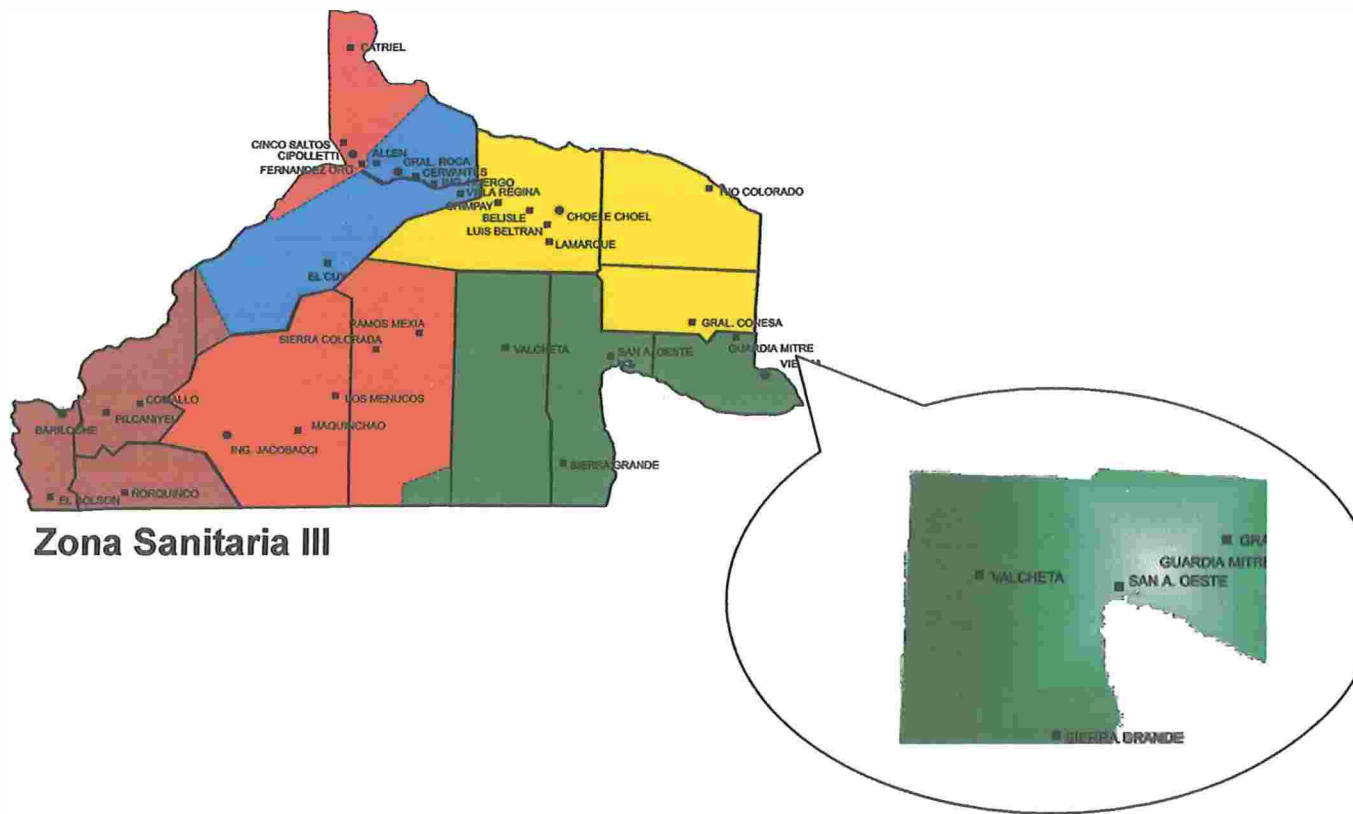
La zona geográfica motivo del análisis tienen de características demográficas similares a la media de la provincia de referencia, comprende a los departamentos Adolfo Alsina, Gral. Conesa, Valcheta y San Antonio, la población total del área es de 101.072 habitantes con una densidad poblacional de 1.9hab/km², es decir por debajo de la media provincial. Limita al este con el océano atlántico y al oeste (200 Km. aproximadamente de la línea costera) el límite de la zona coincide con la típica geografía patagónica a excepción del corredor enmarcado por el valle del río Negro donde se ubican, Viedma, Guardia Mitre y Gral. Conesa, también denominado Valle inferior del Río Negro.

El límite norte linda con la provincia de Buenos Aires, siendo Bahía Blanca la población mas próxima (280 Km.) con servicios de alta complejidad. El límite sur limita con la provincia de Chubut y el centro mas próximo de alta densidad poblacional y con servicios de salud de cierta complejidad es Puerto Madryn, lugar natural de derivaciones de Sierra Grande por su cercanía (100 Km.).

Las localidades están unidas entre si por buenos caminos asfaltados, con la excepción de Guardia Mitre que para acceder por asfalto debe cruzarse el Río Negro mediante una balsa accionada por la corriente fluvial.

Localidades como Valcheta y Sierra Grande tienen áreas de influencia (meseta de Somuncurá) de muy baja densidad poblacional, con habitantes de origen mapuche en su mayoría, dedicados a la ganadería (lanar o caprina) en forma artesanal, a las cuales es difícil llegar pues el acceso se realiza a veces solo con tracción a sangre o lomo de caballo, o bien utilizando vehiculos de tracción múltiple, ya sea por cuestiones de índole vial o climática. San Antonio Oeste, lindera al litoral marítimo, ubicada en el extremo oeste de Golfo de San Matías, cuenta con buenos caminos, área de influencia de fácil acceso y puerto de aguas profundas. La zona del Valle inferior del Río Negro es de fácil accesibilidad, de amplia vegetación y clima ligeramente mas húmedo por un régimen mayor de lluvias. La temperatura media anual es de 14.6° centígrados, con picos de hasta 42° grados en verano y -15° en invierno, lo cual dificulta la movilidad fundamentalmente en la zona de Valcheta. SAO, Valcheta y Sierra Grande cuentan con pista de aterrizajes apta para aviones de pequeño porte. Viedma cuenta con aeropuerto apto para aviones comerciales y militares de gran tonelaje. La vía férrea une Viedma, SAO y Valcheta con la ciudad de San Carlos de Bariloche con una frecuencia de dos veces a la semana.

PROVINCIA DE RIO NEGRO. División por Zonas Sanitarias. Grafico nº1



Tablan° 5
Infraestructura para la Asistencia Sanitaria sector publico – sector privado)

A. Programa	Complejidad	Total Egresos ²⁹	Camas Subsector publico	Camas Subsector privado
Viedma	VI	3959	109	60
Sierra Grande	IV	1304	62	-
Conesa	IV	889	47	-
San Antonio Oeste	IV	1492	53	15
Valcheta	IV	509	30	-
Guardia Mitre	III	18	5	-
Total Zona		8171	306	75

Fuente: Ministerio Salud
Elaboración: Christian Gorriti

²⁹ los datos están referidos solo al sector publico.

Tabla N° 6: Distribución de la Población y distribución relativa entre población asegurada y no asegurada.

Localidad	No Asegurados	Total Población	PORCENTAJE
General Conesa	2675	6371	41.99%
Guardia Mitre	586	1301	45.04%
San Antonio Oeste	11393	23253	49.00%
Sierra Grande	3871	7821	49.49%
Valcheta	2021	4125	48.99%
Viedma	20370	58201	35.00%
TOTAL	40916	101072	40.48%

Elaboración: Propia

Datos: INDEC 2001

b. El sistema de salud en Río Negro

El sistema de salud en la provincia de Río Negro tiene la impronta característica del resto de las provincias patagónicas y en definitiva de aquellas del resto del país con escasa población y con un amplio y variado territorio, el ente rector de las políticas en salud es el Ministerio de Salud que esta organizado de la siguiente manera:

i. Descripción del sistema - Marco Legal

El sistema de salud de la provincia de Río Negro esta regido por el Ministerio de Salud cuyas obligaciones se desprenden del texto de la ley 3779:

Competencia del Ministerio de Salud: Compete al Ministerio de Salud asistir al Gobernador en todo lo atinente a la salud de la población y, en particular:

1. Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia;
2. Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Provincial;
3. Entender en el desarrollo, administración y control de programas integrales de salud;
4. Entender en todo lo concerniente a la planificación y control de la prestación de servicios de atención de la salud en todo el ámbito de la provincia;
5. Entender en la regulación de las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad;
6. Entender en la promoción de instancias de participación de los sectores interesados en la solución de la problemática de la salud e incorporación de nuevas tecnologías para el mejoramiento en la prestación de servicios;
7. Entender en la promoción del sistema de autogestión en los establecimientos hospitalarios de la provincia;
8. Entender en todos los aspectos relativos a la función de policía sanitaria y realización de investigaciones en materia de salud;
9. Entender en la elaboración de estudios, diagnósticos y series estadísticas para un mejor conocimiento de la problemática del sector;
10. Entender en todos los aspectos inherentes a la regulación, registro y control del funcionamiento de las obras sociales;
11. Entender en todos los aspectos inherentes al control de medicamentos, control de

drogas y alimentos en coordinación con otras organizaciones del Poder Ejecutivo, Municipios, Organizaciones no Gubernamentales y entidades del sector salud;

12. Entender en la gestión del Programa Zonal de Medicamentos;

13. Entender en todo lo referido al otorgamiento y fiscalización de permisos, habilitaciones y categorizaciones de los establecimientos sanitarios y regulación del ejercicio profesional en el sector salud;

14. Del Ministerio de Salud dependen funcionalmente y son fiscalizados en su gestión los siguientes organismos y programas: Consejo Provincial de Salud Pública (C.P.S.P.) (ley 2570), Programa Zonal de Medicamentos (PROZOME) y el Instituto Provincial del Seguro de Salud (I.PRO.S.S.) (ley 2753).

c. EL SISTEMA PUBLICO

Marco legal

El **marco legal** que hace al funcionamiento y financiación de los hospitales esta determinado fundamentalmente por la ley 2570 Consejo Provincial de Salud Publica, la ley 2753 del I.PRO.S.S y la adhesión al decreto nacional 578/ 93 de Hospitales Públicos de Autogestión. Otras normas que a nuestra consideración son importantes:

Ley de Administración Financiera y Control Interno del Sector Público Provincial Ley nº 3186 (BO 12/01/98), la Ley nº 847 de Contabilidad, en las partes en las que no fue reglamentada la Ley nº 3186 (Reglamento de contrataciones), la Resolución nº 111/1999 de la Contaduría General de la Provincia y, resoluciones anexas a la ley 3186 mencionada precedentemente y las normas que regulan la aplicación de incentivos al personal de el estado tales como la Ley nº 3052 de la función Publica, la Ley nº 3074 de Reforma Estructural del Estado y Ley nº 3135 del Régimen de Desvinculación del Estado. Respecto de las normas legales que involucran tanto a Hospitales Públicos como al sector privado, podemos mencionar la ley de Obras Sociales 23.360 y 23.661 y la ley que regula el funcionamiento de las Aseguradoras del Riesgos del Trabajo.

i. Perfiles de producción

El instrumento de aplicación de las políticas de salud y la asistencia sanitaria tiene como epicentros los Hospitales públicos y los perfiles de producción son los siguientes:

Internación

✓ Camas estatales por 1000 habitantes:

La Zona Sanitaria III tiene en promedio 2.5 camas estatales por cada 1000 habitantes.

✓ Porcentaje de ocupación:

El porcentaje de ocupación de camas que para la Zona Sanitaria III es de 47.34 % muy por debajo de la óptima (75%), presenta variaciones desde 29.5 para el hospital de Sierra Grande a 73.1 % para el hospital de Guardia Mitre.

Estas variaciones pueden ser atribuidas al alto promedio de permanencia en el hospital de Guardia Mitre (30.4) y a la cantidad de camas por habitante en el hospital de Sierra Grande (4.23).

✓ Tasa de mortalidad hospitalaria:
La tasa de mortalidad hospitalaria para la Zona Sanitaria III, es de 2.9 %.

✓ Egresos estatales por 100 habitantes: En la Zona Sanitaria se produjeron en promedio 9 egresos estatales cada 100 habitantes.

Tabla N° 7: EGRESOS CADA 100 HABITANTES, SEGUN AREAS PROGRAMAS

PROVINCIA DE RIO NEGRO- AÑO 1999.-

AREAS PROGRAMAS	TOTAL DE EGRESOS	POBLACION ESTIMADA	EGRESOS CADA 100 HABITANTES
TOTAL PROVINCIA	46.629	616,739	7.6
ZONA ESTE	13.847	183,208	7.6
GENERAL ROCA	6,768	92,792	7.3
VILLA REGINA	4,321	45,583	9.5
ALLEN	1,879	30,514	6.2
INGENIERO HUERGO	879	10,880	8.1
EL CUY	-	3,001	0.0
POBLAC. DISEM.		438	
ZONA OESTE	8,016	147,567	5.4
CIPOLLETTI	4,690	84,351	5.6
CINCO SALTOS	2,409	34,953	6.9
CATRIEL	917	20,509	4.5
FERNANDEZ ORO	-	7,316	0.0
POBLAC. DISEM.		438	
ZONA SUR	5,519	50,085	11.0
CHOELE CHOEL	2,582	12,193	21.2
RIO COLORADO	1,412	16,445	8.6
LAMARQUE	554	8,879	6.2
LUIS BELTRAN	472	7,128	6.6
CHIMPAY	499	4,627	10.8
POBLAC. DISEM.		813	
ZONA NOROCCIDENTAL	8,171	90,125	9.1
VIDEIRA	3,959	54,150	7.3
SIERRA GRANDE	1,304	6,087	21.4
SAN A. OESTE	1,492	15,695	9.5
GENERAL CONESA	889	7,628	11.7
VALCHETA	509	5,815	8.8
GUARDIA MITRE	18	750	2.4
ZONA SUD-OCCIDENTAL	8,520	125,620	6.8
BARIOLOCHE	5,773	101,171	5.7
EL BOLSON	1,861	16,820	11.1
COMALLO	477	2,939	16.2
ÑORQUINCO	229	2,564	8.9
PILCANIYEU	180	2,126	8.5
ZONA SUD-ORIENTAL	2,556	20,134	12.7
NG. JACOBACCI	1,314	7,441	17.7
LOS MENCUCOS	446	2,876	15.5
MAQUINCHAO	442	2,814	15.7
SIERRA COLORADA	354	4,314	8.2
POBLAC. DISEM.		2689	

Fuente: Elaboración Area Estadísticas de Salud C.P.S.P. - Año 2.000.-

**Tabla N° 8: DATOS DE LA DEMANDA HOSPITALARIA EN ZONA SANITARIA III.
 Cabecera: Viedma**

III Zona Sanitaria	
INTERNACION	
Egresos	8171
Porcentaje de Ocupación	43.60%
Mortalidad Hospitalaria	1.90%
Promedio días de estada	4.7
Giro Cama	34.1
Promedio Pacientes día	104
Cirugías	1810
Partos Normales	888
Cesáreas	162
Porcentaje cesáreas	18.20%
Relación consulta Egreso	32.1
Tasa Quirúrgica	0.22

Datos correspondientes a 1999.

Fuente: CPSP

Elaboración propia. C. Gorriti

ii. Financiamiento hospitalario

El financiamiento de los hospitales públicos se realiza a través del mecanismo de presupuesto, los hospitales públicos son los efectores del sistema provincial del asistencia sanitaria están abiertos a la demanda espontánea de todos los habitantes de la provincia, son financiados a través del financiamiento publico y por la facturación de las prestaciones a las obras sociales y ART.

Se describe como los hospitales públicos facturan las prestaciones a los financiadores del sistema.

A partir del Decreto 939/00 del ministerio de la Nación, en el cual posibilita a los HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA, facturar las prestaciones brindadas a la seguridad social.

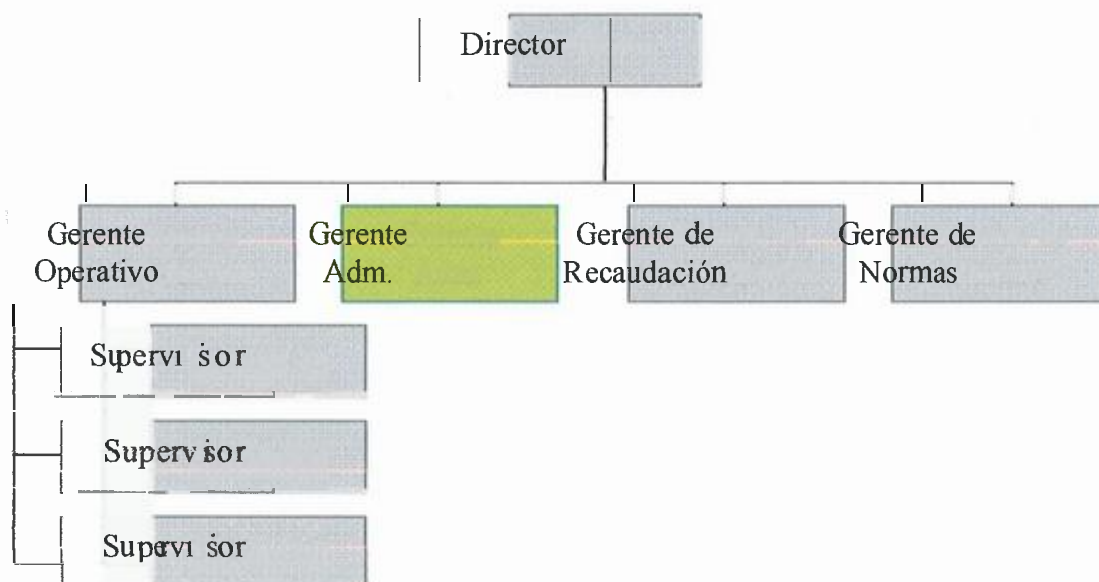
La Superintendencia reglamenta a través del la resolución 487, las normas para realizar las prestaciones en los PDG (hospitales públicos de gestión descentralizada) a las obras sociales nacionales.

El nomenclador utilizado para las O. S. Nacionales es el normado por el decreto 855³⁰, el ministerio de Salud de la provincia de Río Negro, teniendo como marco legal la ley 2570 (pagina de Río Negro) firma un convenio marco entre UPCN (sindicato de empleados del estado) y Salud Pública, en el año 2003 y por el termino de 5 años para llevar a cabo la tarea de facturación y cobranza de los HPGD.

Como responsable de la tarea se forma la Unidad de Gestión FOS (Fondo de Obras Sociales) lo recaudado va directamente de el financiador a una cuenta al hospital correspondiente. Del 100% recaudado, el 60% es para compra de bienes capital y el resto se distribuye entre los trabajadores según dispongan los Consejos Locales de Salud (Ley 2570).

³⁰ www.sssalud.org

Organización del Proyecto Facturación de las Obras Sociales (FOS) ORGANIGRAMA



UNIDAD DE GESTIÓN FOS

Misión:

- Conducir e intervenir en todas las cuestiones vinculadas con el logro de los objetivos del proyecto de Facturación de las Obras Sociales

Funciones:

- Intervenir en la Administración de sistemas de facturación de Prestaciones Médico Asistenciales
- Intervenir la administración de recursos económico asignados mediante fondo específico.
- Intervenir en las negociaciones referidas a los anexos de facturación y cobranzas de las prestaciones Médico Asistenciales
- Negociar y administrar los contratos internos y externos
- Desarrollar Procedimientos y Normas de facturación
- Administrar Nomencladores para Prestaciones Médico asistenciales
- Desarrollar Registros e Instrumentos
- Intervenir en el desarrollo de nuevas modalidades de Arancelamiento de Prestaciones
- Desarrollar sistemas computados
- Desarrollar Sistemas Estadísticos a los fines del Seguimiento y Evaluación del sistema
- Intervenir en la administración de las auditorías médicas del sistema de Administración, Facturación y Cobranzas
- Intervenir en la gestión de cobranzas
- Supervisar y controlar el Sistema de Facturación y Cobranzas

- Capacitar el recurso humano afectado a actividades de facturación y cobranzas de Prestaciones Médico Asistenciales.
- Intervenir en la relación con la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Realizar el control de gestión y la evaluación de la marcha del proceso.
- Realizar informes.
- Ejercer la representación de la Unidad de Gestión FOS ante autoridades nacionales, provinciales y municipales.

El presupuesto hospitalario

El presupuesto esencialmente es una predicción, un pronóstico, una proyección, un presupuesto de:

Los ingresos

La actividad

Los gastos de una institución

Es un documento en el cual se expresa la valorización financiera de los recursos necesarios para la realización de las actividades de una organización a lo largo de un determinado período.

El presupuesto expresa en términos monetarios el plan de acción del Hospital para alcanzar su objetivo, reflejando las acciones que en ella realiza cada centro responsable de una determinada producción, así como los recursos que se le adscriben a esa unidad productiva, denominada también centro de responsabilidad o centro de costos. **Las unidades productivas de los hospitales son los servicios.**

"En la actualidad se considera el presupuesto operativo de las instituciones de salud como un instrumento de gestión, una guía para planificar y controlar los ingresos y los gastos a través de predecir la performance financiera esperada. Los presupuestos actuales son utilizados para comparar el comportamiento financiero predicho contra el comportamiento financiero real actual y poder establecer así un control de gestión.

Sin embargo, no siempre fue así, ni en el sector salud, ni en otros sectores. El presupuesto fue acompañando las transformaciones que sufrieron las organizaciones productivas particularmente con la incorporación de la gestión moderna, y con el fin de permitir a los niveles de conducción y decisión discernir qué se hace, quién lo hace y cómo lo hace.

Primero evolucionaron los presupuestos de las organizaciones industriales. Luego, a través de la necesidad de contener los costos del sector salud, permanentemente crecientes por encima del aumento del PBI de cada país, fue asumiendo el presupuesto de los hospitales, la misma importancia que este tiene en otros sectores productivos. Igual evolución ha ido sufriendo el presupuesto en el ámbito estatal. Debe pasar de ser un procedimiento burocrático y un mero trámite, a

una programación del ingreso y la asignación de los recursos financieros para mejorar la eficiencia de estos.

Los presupuestos generalmente cubren el período de un año denominado año fiscal. Períodos más prolongados no son utilizados debido a las imprecisiones en las que se podría incurrir por cuanto las predicciones presupuestarias se basan no sólo en el análisis del comportamiento de la institución, sino también en el de factores externos, esencialmente económicos, que no son fáciles de predecir.

El presupuesto final de un hospital debe ser elaborado por el sector de gestión económico financiera del área administrativa, a través de una unidad funcional especial, cuya responsabilidad es armonizar lo recibido desde cada unidad funcional/ sector/ área, para luego ser elevado al director ejecutivo, según corresponda, para finalmente ser aprobado por las máximas autoridades.³¹

No obstante lo comentado se presenta en forma de tabulada el presupuesto del organismo rector, tal información es la que se puede obtener del denominado Sistema de Administración Financiera y Control del Ministerio de Economía y Hacienda, se presentan los dos últimos años y el actual, y de los datos que se pueden obtener ninguno hace estricta referencia al financiamiento hospitalario tampoco se puede encontrar alguna relación entre lo que realmente produce el hospital como eje del sistema de atención sanitaria y el financiamiento del mismo, las consideraciones respecto de la utilización de la metodología presupuestaria no se reflejan en los resultados obtenidos, el crecimiento del presupuesto esta relacionado en forma directa con los gastos de personal, el resto de los ítems muestran una curva mucho mas suave a pesar de los aumentos debidos a la inflación, la producción hospitalaria no tiene relación entonces con esta suba, es por lo menos difícil explicar en este contexto los fundamentos para el aumento del presupuesto.

³¹ Consideraciones de informante clave. Ministerio de Salud de la Pcia. Río Negro

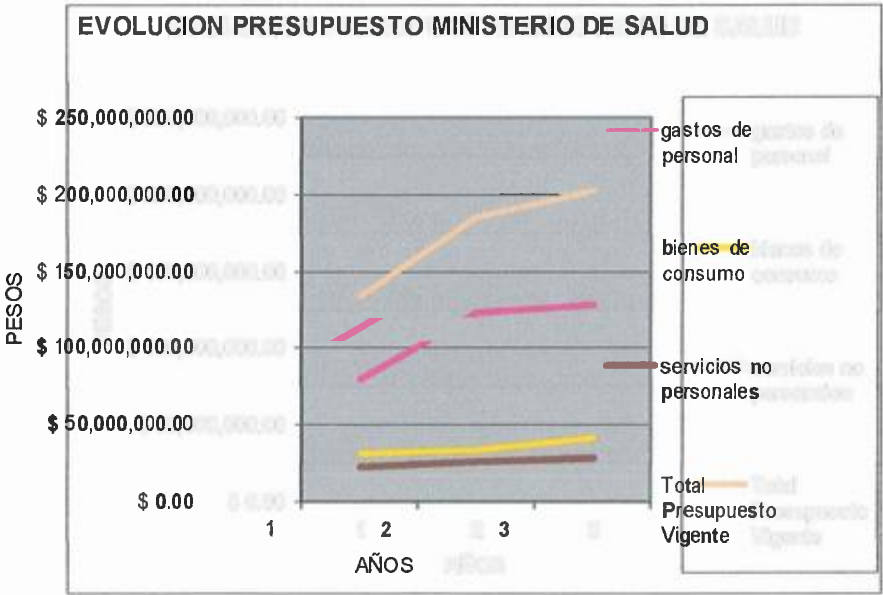
Tabla n° 9: Presupuesto Consejo Provincial de Salud Publica

ítem	2006	2005	2004
gastos de personal	\$ 127,770,018.00	\$ 122,513,699.70	\$ 79,985,900.81
bienes de consumo	\$ 41,315,973.00	\$ 33,795,831.15	\$ 31,008,336.37
prótesis y ortesis	\$ 6,724,908.20	\$ 3,838,488.83	\$ 2,071,595.39
útiles medico-quirúrgico y de laboratorio	\$ 8,850,627.53	\$ 6,349,555.69	\$ 5,582,740.92
servicios no personales	\$ 28,394,475.05	\$ 25,981,428.67	\$ 22,694,421.86
estudios, investigaciones y proyectos de factibilidad	\$ 700.00	\$ 2,200.00	\$ 200.00
médicos y sanitarios	\$ 15,945,726.00	\$ 17,460,289.19	\$ 15,157,540.63
administración y auditoría	\$ 92,960.00	\$ 118,793.00	\$ 72,822.77
capacitación	\$ 549,681.00	\$ 303,074.00	\$ 162,475.00
informática y sistemas computarizados	\$ 31,300.00	\$ 19,830.00	\$ 16,191.27
bienes de uso	\$ 3,267,723.27	\$ 2,359,342.29	\$ 745,630.77
equipos para computación	\$ 273,085.74	\$ 296,333.36	\$ 189,287.87
transferencias	\$ 230,000.00	\$ 126,484.00	\$ 42,800.00
servicios de deuda y disminución de pasivos	\$ 1,668,284.27	\$ 0.00	\$ 0.00
Total Presupuesto Vigente	\$ 202,646,473.59	\$ 184,776,785.81	\$ 134,477,089.81

Fuente: Sistema de Administración Financiera y Control

Elaboración: C. Gorriti

Grafico N° 2: Evolución del Presupuesto del Ministerio de Salud. Provincia de Rio Negro.



Fuente: Sistema de Administración Financiera y Control

Elaboración: C. Gorriti

III. Consideraciones sobre los datos disponibles

Los datos tienen distintos orígenes, aquellos que brinda la facturación de prestaciones financiadas por las Obras Sociales, datos obtenidos por registro de prestaciones que realiza cada hospital, y por último datos estadísticos que registra el organismo rector en base a información brindada por cada hospital según normas establecidas por este último. Las fuentes de información son de variado origen y no tienen relación con los motivos de estancia hospitalaria, no tienen correlato con lo que

realmente le ocurre al paciente que ingresa al hospital, son datos que registran intervenciones varias sobre los pacientes pero sin relación entre si.

De acuerdo a los datos obtenidos se observa que el sector publico con el 80 % de las camas tiene el 66% de los Egresos, la pirámide de distribución poblacional entre asegurados y no asegurados es similar, el porcentaje de asegurados que se atienden en los hospitales es menor al 10 %, con los datos que se tienen no es posible explicar la diferencia observada. No es posible tampoco determinar el peso de la complejidad de los hospitales ni públicos o privados relacionado a la producción sanitaria o tipo de egreso.

Tabla N° 10: Comparativo Camas Egresos/ Publico Privado

	Egresos	Camas	Egresos	Camas
sector Público	8171	306	66%	80%
sector Privado	4295	75	34%	20%
	12466	381	100%	100%

Elaboración: C. Gorriti

Fuente: CAPRESA Estadística Salud Publica

Las historia clínica hospitalaria es única, cada paciente tiene su numero de historia clínica y se registran en ella todos los eventos que se le realizan al paciente, no se registra la epicrisis con nomenclatura internacional y no se cuenta con información que cumpla con los requisitos del Conjunto Mínimo Básico de Datos, no se registran comorbilidades y el numero de diagnósticos es escaso.

2. SECTOR PRIVADO

ii. Marco Legal

La actividad del sector privado, respecto de su activo mas específico es decir la asistencia sanitaria, esta normado fundamentalmente por la leyes que regulan la actividad de las Obras Sociales (ley 23361 y 23361) y las normas vertidas por la autoridad de control, la Superintendencia de Seguro de Salud y las leyes que regulan a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo

iii. Características, complejidad

El sector prestador privado de la zona descripta cuenta con tres instituciones privadas que brindan servicios de internación para toda la zona, dos ellas se encuentran en la Ciudad de Viedma, y la otra en la ciudad de San Antonio Oeste, son instituciones sanatoriales polivalentes categorizadas según el ministerio de salud como instituciones de complejidad 6 y 4 las mismas cuentan con las siguientes características:

Tabla N° 11: CUADRO COMPARATIVO DE COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
Sector Privado Zona Atlántica Pcia. de Río Negro

SERVICIOS	Clínica Viedma	Sanatorio Austral	Policlínico Privado
Camas sala	29	31	15
UTI	5	5	
TAC	SI	SI	NO
RMN	SI	NO	NO
MEDICINA NUCLEAR	SI	NO	NO
ECOGRAFIA	SI	SI	SI
CIRUGÍA GENERAL	SI	SI	SI
GINECOBISTETRICIA	SI	SI	SI
CIR. UROLOGICA	SI	SI	NO
NEUROCIRUGÍA	SI	SI	NO
CATEGORÍA	6	6	4

Fuente: Cámara de Prestadores de Salud

Elaboración: C. Gorriti

*Según normas del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro

El sector esta organizado a partir de la creación de una Institución colegiada "non profit" denominada **Cámara de Prestadores de Salud de la Zona Atlántica**, esta entidad fue creada en el año 1996 a partir de una severa puja distribucional generada por el convenio capitado del INSSJP-PAMI, esta puja estaba dada con quienes para ese entonces gerenciaban el convenio, la Federación de Clínicas y Sanatorios a quien estas instituciones adherían.

La unión de las instituciones de la Zona Atlántica permitió una suerte de "regionalización" del convenio que luego también se extendió a otro convenio mas importante que el anterior, el convenio capitado con la obra social provincial I.PRO.S.S, el proceso estuvo caracterizado por grandes conflictos por varias razones.

La principal es que el 33% de los afiliados de la Obra Social Provincial se encuentran en la Zona Atlántica por lo tanto la Obra Social Provincial es el principal financiador de las instituciones sanatorias, tal es así que casi el 46% de sus presupuestos operativos dependen de la facturación a la obra social provincial, **cuadro n° 4**, este porcentaje es mas acentuado aun si solo tomamos como referencia a la Ciudad de Viedma. El resto esta determinado por la facturación a Obras Sociales y ART. Esta entidad actualmente centraliza la gestión de los convenios con financiadores y se encarga de la facturación centralizada de todas las prestaciones realizadas en las entidades Sanatorias.

Los siguientes gráficos muestran la evolución de la facturación, **cuadro n° 1**, con una tendencia creciente dada por varios motivos, por un lado la regularización de las Obras Sociales, por el otro la organización en la oferta de servicios por parte de las Instituciones y finalmente el aumento en los precios operado en el 2005.

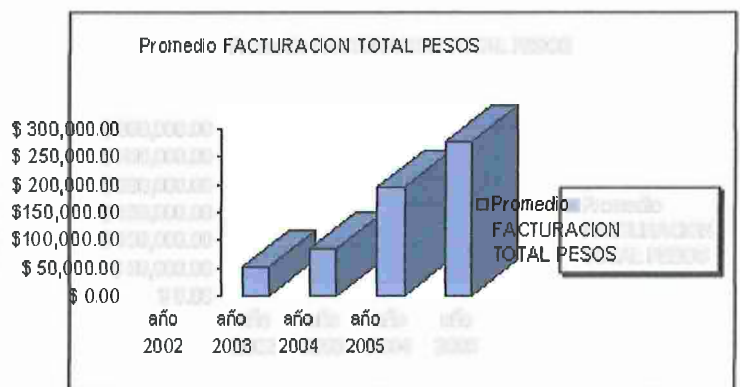
A estas cifras hay que agregar lo aportado por la atención a los afiliados de la Obra Social provincial, **cuadro n° 2**, el siguiente **cuadro (n° 3)** muestra las prestaciones valorizadas brindadas en los últimos 12 meses a financiadores (Obras Sociales, Prepagas y ART).

El cuadro n° 5 muestra la distribución relativa por tipo de egreso para toda la zona, se puede observar la disparidad hallada en algunas relaciones según la institución de la que se trate.

Cuadro n° 1 Comparativo Anual de Facturación para todos los Financiadores. (excepto la Obra Social Provincial)

Promedio FACTURACION TOTAL

PERIODO	PESOS
año 2002	\$ 52,427.00
año 2003	\$ 85,970.00
año 2004	\$ 194,415.00
año 2005	\$ 277,017.00



Fuente datos: CAPRESA
 Elaboración: C. Gorriti

Cuadro n° 2 Prestaciones Internación Obra Social Provincial. (2005)

prestaciones	n°
línica	1367
Quirúrgicas	1233
Partos	170
Cesáreas	182
total internaciones	2952
total facturado	\$ 1,413,621.00

Fuente datos: CAPRESA
 Elaboración: C. Gorriti

Cuadro nº 3
Prestaciones Valorizadas Todos los Financiadores (excepto Obra Social Provincial). Últimos 12 meses.

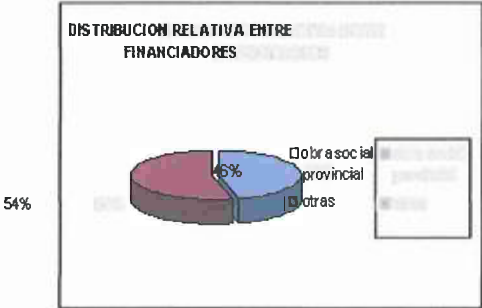
PRESTACIONES	FRECUENCIA	VALOR
CONSULTAS	26405	\$ 473,067.00
RADIOLOGIA	6845	\$ 172,150.00
ECOGRAFIA	2449	\$ 180,788.00
MAMOGRAFIA	3951	\$ 104,522.00
TAC	192	\$ 81,873.00
OPA	9044	\$ 307,230.00
INTERNACION	1343	\$ 1,660,918.00
CLINICA	619	
QUIRURGICA	466	
PARTO	120	
CESAREA	138	
TOTALES	50229	\$ 2,980,548.00

Fuente datos: CAPRESA
Elaboración: C. Gorriti

Cuadro nº 4
Distribución de la Facturación en relación con la Obra Social Provincial

Financiador	Internación	Dist. Relativa
obra social provincial	\$1,413,621.00	46.0%
otras	\$1,660,918.00	54.0%
total	\$ 3,074,539.00	100.0%

Fuente: Ca.pre.sa.
Elaboración: C. Gorriti



Cuadro nº 5
Distribución relativa por tipo de egreso para toda la zona. Año 2000

	EGRESOS				
	CLINICO	QUIRURGICO	PARTO	CESAREA	
SANATORIO AUSTRAL	19.48%	56.33%	10.09%	14.10%	100.00%
CLINICA VIEDMA	26.00%	61.03%	5.68%	7.29%	100.00%
POLICLINICO PRIVADO	16.38%	52.52%	19.83%	11.26%	100.00%
TOTALES	21.97%	57.99%	9.02%	11.02%	100.00%

Fuente: Ca.pre.sa.
Elaboración: C. Gorriti

Actualmente la mayor parte de los convenios con financiadores son de pago por prestación, con excepción de la Obra Social Provincial que paga los servicios en forma capitada al igual que el INSSPJ.

En las Instituciones Sanatorias no existe, a diferencia del sector público, historia clínica única, cada internación genera una historia clínica nueva, pero el formato papel de la misma es uniforme para las tres instituciones, consta de diversas secciones donde se destaca la primera y segunda paginas que son las hojas de ingreso y la de epicrisis, cada sección tiene un color distinto.

El formato de la Historia Clínica es la siguiente:

- I. DENUNCIA DE INTERNACION**
- II. PARTE GENERAL**
 - a. anamnesis
 - b. antecedentes personales y familiares
 - c. plan diagnostico terapéutico
 - d. evolución
 - e. interconsultas con especialistas
- III. EPICRISIS**
- IV. FOJA QUIRURGICA**
- V. FOJA ANESTESICA**
- VI. NEONATOLOGIA**
- VII. ENFERMERIA**
 - a. controles
 - b. report
- VIII. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
 - a. hoja de ingreso
 - b. hojas de evolución
- IX. HOJAS DE PRACTICAS**
- X. CONSUMOS DE MEDICACION Y DESCARTABLES**
 - a. en sala común
 - b. en quirófanos
 - c. en UTI

En la siguiente figura se presenta el formato de la primer hoja de la historia clínica, reverso y anverso, donde se puede observar que los datos a consignar no completan el Conjunto Mínimo Básico de Datos necesarios para la implementación de un sistema de medición del producto sanitario.

Figuranº 1

FORMATOS DE HISTORIA CLINICA UTILIZADOS EN EL SECTOR PRIVADO

(portada: anverso y reverso)

El diagrama muestra dos formatos de historia clínica. El formato superior (anverso) incluye:

- 1 HC** (Logo)
- HISTORIA CLINICA** (Título principal)
- DE INSTRUCCIÓN SANATORIAL** (Subtítulo)
- HISTORIA CLINICA Nº** (Campo para el número de historia)
- 7 - HISTORIA CLINICA Y ATENDIMIENTO** (Sección principal)
- RESUMEN DEL PLAN TERAPÉUTICO Y ESTADO ALTA** (Sección para el resumen)
- 8 - TIPO DE EGRESO** (Sección para el tipo de egreso, con opciones: 8.1 ALTA, 8.2 TRASLADO, 8.3 FALLECIMIENTO, 8.4 OTRO).
- 9 - DIAGNOSTICO ALEGRESO** (Sección para el diagnóstico)
- FECHA Y HORA** (Campo para la fecha y hora)
- MEDICO TRATANTE/ ACUSADO/FAMILIAR** (Campo para el médico tratante)
- ESPACIO RESERVADO PARA AUDITORIA (Códigos, Médicos, Cargos, etc.)** (Espacio para auditoría)

El formato inferior (reverso) incluye:

- DIAGNOSTICO DE INGRESO** (Sección para el diagnóstico de ingreso)
- PROCESO DE INGRESO** (Sección para el proceso de ingreso)
- UTINEO** (Sección para el utineo)
- CLINICA** (Sección para la clínica)
- QUIRURGICA** (Sección para la cirugía)
- ESPACIO RESERVADO PARA AUDITORIA (Códigos, Médicos, Cargos, etc.)** (Espacio para auditoría)

Como se puede observar de la ilustración, no se cuenta con los datos necesarios requeridos para formalizar el Conjunto Mínimo Básico de Datos, respecto de las variables clínicas no hay espacios para especificar Comorbilidades, complicaciones y procedimientos realizados.

iii. Consideraciones sobre los datos disponibles.

Las instituciones sanatorias tienen datos estadísticos disponibles sobre la producción hospitalaria, que esta focalizada al registro de prestaciones en relación a un periodo de tiempo determinado y valorizadas de acuerdo al precio unitario pactado por convenio con el financiador correspondiente.

No se obtienen registros relacionados a las patologías resueltas y/ o relacionadas con los pacientes atendidos. No obstante el hecho de contar con un formato único de historia clínica para todas las Instituciones Sanatorias y normas de facturación centralizadas otorga una fortaleza interesante ya que se cuenta con documentación uniforme con datos completos (de otra manera no se podría facturar).

Paradójicamente el no contar con historia clínica única ha permitido manejar con mas eficiencia la información en soporte papel, ya que la necesidad de facturar en modelos de pago por prestación hace que el detalle de carga de datos sea mas eficiente (es el mecanismo natural de financiamiento) ello sumado a la permanencia en el tiempo de normas permiten que se cuente con una gran base de datos potencialmente utilizable para la aplicación de tecnología de medición de producto hospitalario.

CUADRO N° 6 COMPARATIVO PUBLICO PRIVADO. Pertinencia y oportunidad de nformación.

Origen : Origen disponibilidad confiabilidad Origen Confiabilidad

Tipo de Información	Servicios		Médicos			
	Sector Público	Facturación por F.O.S.	factibilidad	Sector Privado	disponibilidad	factibilidad
Historia clínica	Única	Alta	Media	Por evento	Baja	Alta
Registro de prestaciones	< al 10%	Alta	Alta	100%	Alta	Alta
Facturación	En cada hospital	Alta	Alta	Facturación a financiadores	Alta	Alta
Salida estadística	Altas	Alta	Alta	Ca.pre.sa (centralizada)	Alta	Alta
	defunciones	Alta	Alta	Historia Clínica / Facturación	Alta	Alta
	Paciente día	Alta	Alta	Historia Clínica / Facturación	Alta	Alta
	Porcentaje ocupación	Alta	baja	Paciente día	Media	Alta
	Tasa de mortalidad	Alta	Alta	Porcentaje ocupación	Media	Alta
	Estancia media	Alta	Alta	Tasa de mortalidad	Media	Alta
	Giro cama	Alta	Alta	Estancia media	Media	Alta
	Intervenciones quirúrgicas	Alta	Alta	Giro cama	Media	Alta
	Prácticas	Alta	Alta	Intervenciones quirúrgicas	Media	Alta
Base de datos codificada de prestaciones	< 10 %	Alta	Alta	Prácticas	Media	Alta
Utilización de CIE	No	Baja	Alta	No	Alta	Alta
Centro de costos	No	Baja	Alta	Ca.pre.sa (centralizada)	Alta	Alta
Fuente: Investigación propia	Elaboración: Propia. C. Gorriti					

Puede investigar por el diagnóstico

5.- CONCLUSION

Hemos desarrollado en extensión las características actuales de los servicios de salud en la Zona Atlántica de la Provincia de Río Negro, una zona bien definida en sus aspectos geográficos con baja densidad de población, con centros de relativa complejidad medica, donde los efectores públicos y privados coexisten sin normas claras de funcionamiento integral. No se observa una red conexas de servicios y tampoco organización relacionada con la complejidad.

La definición del producto hospitalario no es prioridad en la gestión de los servicios de salud por distintos motivos, no se utilizan los normales criterios de administración para llevar adelante los servicios sanitarios tanto públicos como privados, las características que definen a cada uno de ellos y que en alguna medida se pueden clasificar como fortalezas obedecen a características marcadas por las modalidades de financiamiento y a no una estrategia definida. En el sector privado se observa, por ejemplo, la existencia de gran cantidad de datos cargados con aceptable precisión, archivos de historias clínicas completas y legibles, nucleados en una organización única que nuclea a todas las instituciones prestadoras de servicios conformando un esbozo de red de servicios, el motivo de su existencia son las normas existentes para poder elevar la facturación a los financiadores. Los datos están referidos a la ocurrencia de los mismos en cada internación y no están relacionados con el evento sanitario que motiva la internación.

En el sector público, en cambio, el registro de intervenciones se realiza en una historia clínica única que si esta relacionada con lo que le sucede al paciente pero esto no tiene incentivos de ningún tipo por lo tanto la confiabilidad de los datos es muy baja e insuficiente, el subregistro de las intervenciones es muy alto, este hecho no tiene relación con el presupuesto hospitalario, un hospital no va a recibir ni mas ni menos fondos por el hecho de tener sus historias clínicas con los registros actualizados.

Es poco probable que con los datos que se pueden obtener en el sistema de salud sea posible la medición del producto hospitalario, en un intento por simplificar el concepto anterior enumeraremos las condiciones encontradas que permiten dar sustento a lo expresado.

Enumeraremos las condiciones que dificultan la utilización de sistemas de medición del producto hospitalario y en ese sentido podemos clasificar a estas condiciones adversas de la siguiente manera:

Condiciones relacionadas con la Política Sanitaria Gubernamental

- ☐ Inexistencia de marco legal adecuado.
- ☐ Ausencia de políticas de incentivos a la búsqueda de consensos básicos.
- ☐ Deficiente aplicación del organismo rector de normas de acreditación y categorización de instituciones efectoras públicas y/ o privadas.
- ☐ Inobservancia por parte del Organismo rector de experiencias exitosas en otros países.
- ☐ Discontinuidad en la aplicación de políticas sanitarias.
- ☐ Gran porcentaje de población no nominada.
- ☐ Inexistencia de una red de complejidad creciente público-privada.

Condiciones relacionadas con Gestión Hospitalaria Público Privada.

- ☐ Déficit de recurso humano técnicamente capacitado en herramientas de Gestión Hospitalaria.
- ☐ Carencia de registro unificado de datos.
- ☐ Carencia de estadísticas completas de las intervenciones sanitarias de todos los efectores.
- ☐ Inexistencia de criterios unificados para la definición de centros de costos en las instituciones de servicios de salud.
- ☐ Imposibilidad de acceder a información de costeo de las instituciones sanitarias efectoras de servicios.
- ☐ Diversos formatos de historias clínicas en las entidades efectoras.

Condiciones relacionadas con los Organismos de Financiación del Sistema de Salud.

- ☐ Formas de pago no relacionadas con el nivel de calidad de los servicios.
- ☐ Inexistencia de incentivos para el control de la calidad de los servicios.
- ☐ En el sector estatal, roles de financiador y proveedor de servicios no definidos.
- ☐ Variedad de entidades financiadoras sin modelo integrador.

Debemos contar con un alto grado de conciencia sobre la necesidad de definir un modelo y mejorar el sistema, la sociedad requiere de respuestas concretas a sus necesidades con el máximo de calidad en los servicios de atención sanitaria, es una obligación moral de la administración manejar los escasos recursos de la economía para obtener el mayor beneficio posible de una manera equitativa y universal.

Es por ello que dadas las condiciones descriptas es imprescindible emprender un camino metodológico que tome como base inicial lo conceptuado en el Plan Federal de Salud y se generen los espacios necesarios para dar comienzo a una ronda amplia de consenso que culmine en un modelo de salud en un marco legal apropiado y ese sea el inicio de un camino que como hemos visto, por experiencias previas, será: largo, difícil y provechoso.

6.- Bibliografía

- 1) Establecimientos de salud – año 2000, MINISTERIO DE SALUD-OPS
- 2) Gines Gonzáles García, Tobar Federico. Salud para los Argentinos. ISALUD 2004
- 3) Torres Rubén H., Rossi Saúl, Sieda Julio, Becerra Jorge. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y medición de producto sanitario. 2006
- 4) Gines Gonzáles García, Tobar Federico. Salud para los Argentinos. ISALUD 2004
- 5) Torres, R. Mitos y Realidades de las Obras Sociales. ISALUD. 2004
- 6) Asenjo, MA. "Gestión Hospitalaria e incentivación del personal" Todo Hospital 100:25-30. Octubre. 1993
- 7) Cetrangolo O. y Otros. Introducción de ajustes por riesgos en el subsidio automático nominativo a las obras sociales. (SANO). CEPAL. 2004.
- 8) www.madrid.org/sanidad/
- 9) Lopez Arbeola, P. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico como sistema de medida del producto hospitalario. Hospital de Basurto. Bilbao. España.
- 10) Telyukov, A PhD. El pago prospectivo por caso hospitalario en América Latina: Una guía metodológica. 2001 Abt Associates Inc.
- 11) Peiro, S., Meneu de Guillerma, R., Rosello Perez, ML., Martinez E., Portella E. ¿Qué mide la EM de los GRD?. Med.Clin. (Barc) 1994; 103: 413-47
- 12) Guide to the Robert B. Fetter Papers. Yale University Library, Manuscripts and Archives, Copyright© Yale University Library, New Haven, Connecticut, July 1998.
- 13) Fetter, RB, et al. Case Mix definition by Diagnostic-Related Groups. Medical Care 1980; 18:s1-s39
- 14) Rivero, A. Evaluación y Desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud. XVIII jornadas de Economía de la Salud.
- 15) Sánchez de León, A. Los GRD. Experiencia de su aplicación en hospitales públicos Argentinos. 2000
- 16) Ares L., Mondadas S., Núñez M., Soulanges G., Vitali FD. Utilización inadecuada de los recursos hospitalarios en internación de agudos. Hospital General de Agudos Ignacio Pirovano.
www.aes.org.ar/documentos/aes2005_taller_vitali.swf
- 17) Vitali FD. Tesina. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria Universidad de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra
- 18) Díaz C. El pequeño gestión ilustrado 28-39. Ed. ISALUD 2006
- 19) Vitali FD, Ríos JF, Fort C, Novarini R, SolulagesGB, Ares LJ. Evaluación de la utilización hospitalaria en un hospital publico de la republica Argentina.
- 20) Spadafora S. Producción Hospitalaria y GRD. ISALUD. Junio 2006