



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

# Temas de Coyuntura

## Grupos de Diagnósticos Relacionados (GRD)

*Un problema relevante en la eficiente asignación de recursos en salud es que, por la naturaleza de las patologías, la complejidad y la forma de abordar el tratamiento hace que se generen diferencias significativas en los costos. Ante esta situación, se ha buscado crear herramientas que permitan objetivar la asignación de recursos, considerando múltiples variables que inciden en el consumo de recursos. Los GRD son la herramienta más difundida que apunta a ese objetivo.*

### ASPECTOS GENERALES

*Los GRD nacieron en la Universidad de Yale en la década de los sesenta en Estados Unidos como una herramienta de gestión hospitalaria y un mecanismo de asignación de recursos.*

La finalidad de los GRD es relacionar los tipos de casos atendidos por un establecimiento hospitalario con la demanda de recursos y costos. Por lo tanto, un establecimiento que tenga una casuística más compleja, desde el punto de vista de los GRD, significa que el hospital trata a pacientes que precisan de más recursos hospitalarios.

La primera aplicación a gran escala de los GRD fue a finales de los años setenta en el Estado de Nueva Jersey. El Departamento de Sanidad del Estado de Nueva Jersey utilizó los GRD como base para un sistema de pago en el cual se reembolsaba a los hospitales una cantidad fija específica para cada GRD y por cada paciente tratado.

La evolución de los GRD y su uso como unidad básica de pago en el sistema de financiación hospitalaria de Medicare de USA es el reconocimiento del papel fundamental que juega el *case mix* o la casuística de un establecimiento hospitalario a la hora de determinar sus costos. Anteriormente se habían utilizado otras características del hospital tales como su acreditación docente o el número de camas para intentar explicar las importantes diferencias de costo observadas entre distintos establecimientos. Sin embargo, dichas características no explicaban adecuadamente las diferencias de recursos consumidos.

A pesar de que se aceptaba que un *case mix* más complejo se acompañaba de mayores costos, el concepto de complejidad nunca había tenido una definición precisa. El desarrollo de los GRD proporcionó el primer sistema operativo para definir y medir la complejidad del *case mix* de un establecimiento hospitalario.

Número 23  
Noviembre 2009

## EN QUE CONSISTEN LOS GRD

Esta herramienta de administración constituye un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un establecimiento de salud (es decir, su casuística), con el costo que representa su tratamiento. Esta herramienta se ha ido sofisticando con el objeto de capturar la mayor diversidad de variables incidentes, lo que ha llevado a que en la actualidad se utilicen tres versiones principales de GRD.

- GRD básicos los utiliza la Health Care Financing Administration (HCFA) de los Estados Unidos para el pago de la atención hospitalaria de los beneficiarios de Medicare.
- Los “All Patient” GRD (AP-GRD) son una ampliación de los GRD básicos, que permite describir a grupos de pacientes más amplios que los incluidos en Medicare, como por ejemplo a los pacientes pediátricos.
- Grupos Relacionados por el Diagnóstico-Refinados (GRDR) incorporan a los AP-GRD distintos grados de severidad, basándose en las complicaciones y comorbilidades.

El término de complejidad del *case mix* se ha utilizado para referirse a un conjunto de atributos de los pacientes que incluyen los siguientes aspectos:

- **La gravedad de la enfermedad** se refiere al nivel relativo de pérdida de función y/o índice de mortalidad de los pacientes con una enfermedad determinada.
- **El pronóstico** se refiere a la evolución probable de una enfermedad, incluyendo la posibilidad de mejoría o deterioro de la gravedad de la misma, las posibilidades de recaída y la estimación del tiempo de supervivencia.
- **La dificultad de tratamiento** hace referencia a los problemas de atención médica que representan los pacientes que padecen una enfermedad en particular. Dichos problemas de tratamiento se asocian a enfermedades sin un patrón sintomático claro, enfermedades que requieren procedimientos sofisticados y técnicamente difíciles, y enfermedades que necesitan de un seguimiento y supervisión continuados.
- **Necesidad de actuación médica** se refiere a las consecuencias en términos de gravedad de la enfermedad que podrían derivarse de la falta de una atención médica inmediata o continuada.
- **Intensidad de los recursos** se refiere al número y tipos de servicios diagnósticos, terapéuticos y de enfermería utilizados en el tratamiento de una enfermedad determinada.

Cuando los médicos utilizan el concepto “complejidad de la casuística”, se están refiriendo a uno o a varios aspectos de la complejidad clínica. Para los médicos, una mayor complejidad del *case mix* significa una mayor gravedad de la enfermedad, mayor dificultad de tratamiento, peor pronóstico o una mayor necesidad de actuación asistencial. Por lo tanto, desde un punto de vista médico, la complejidad del *case mix* hace referencia a la situación de los pacientes tratados y a la dificultad del tratamiento asociada a la asistencia médica.

Por otro lado, los directivos de hospitales utilizan el concepto de complejidad del *case mix* para indicar que los pacientes tratados precisan de más recursos, lo que se traduce en un costo más alto de los tratamientos. Por lo tanto, desde el punto de vista de los directivos y administradores, la complejidad del *case mix* refleja la demanda de consumo de recursos que el paciente hace a una institución.

## COMO SE GENERAN LOS GRUPOS

Como la finalidad de los GRD es relacionar el tipo de casos que atiende un hospital con el consumo de recursos, esto requiere desarrollar un sistema operativo que determine el tipo de pacientes tratados y que relacione cada tipo de pacientes con los recursos que consumen.

La base teórica de esta herramienta es que, a pesar de la naturaleza particular de cada paciente, es posible generar grupos que tienen atributos comunes de tipo demográfico, diagnóstico y terapéutico que determinan la intensidad de consumo de recursos.

Dadas las limitaciones de los sistemas previos de clasificación de pacientes y la experiencia fallida de intentar desarrollar GRD con paneles de médicos y análisis estadísticos, se concluyó que para que un sistema de clasificación de pacientes por GRD fuera práctico y lógico, debería tener las siguientes características:

- Las características del paciente utilizadas en la definición de los GRD deberían limitarse a la información recopilada de forma habitual en los informes del hospital ya que así se aseguraría la difusión de su aplicación. La información sobre el paciente que se recopila de forma habitual incluye la edad, el diagnóstico principal, el diagnóstico secundario y los procedimientos quirúrgicos aplicados.
- Debería llegarse a un número manejable de GRD que englobara a todos los pacientes en hospitalización.
- Cada GRD debería contener pacientes con un patrón similar de consumo de recursos.
- Cada GRD debería contener pacientes que fueran similares desde un punto de vista clínico (es decir, que cada grupo debería ser clínicamente coherente. Por ejemplo, los pacientes que son ingresados para una “amigdalectomía” o para una “dilatación y legrado” son similares tanto en los términos de intensidad de recursos consumidos, como en la duración del ingreso, estancia pre-operatoria, tiempo en el quirófano y uso de servicios auxiliares. Sin embargo, se trata de distintos sistemas orgánicos y diferentes especialidades médicas. Por lo tanto, el requisito de que los GRD sean clínicamente coherentes impide que dichos pacientes pertenezcan al mismo GRD.

El proceso de formación de los GRD es muy iterativo, en él entran en juego una combinación de los resultados estadísticos de análisis numéricos junto con juicios clínicos. El proceso de formación de los GRD originales comenzó con la agrupación de todos los diagnósticos principales posibles en 23 categorías diagnósticas mutuamente excluyentes, llamadas Categorías Diagnósticas Mayores, CDM (Major Diagnostic Categories - MDC).

Las Categorías Diagnósticas Mayores fueron establecidas por paneles de médicos y cada CDM fue concebida para que se correspondiera con un aparato o sistema orgánico principal (sistema respiratorio, sistema circulatorio, sistema digestivo). Se utilizó este enfoque puesto que la asistencia médica se organiza generalmente de acuerdo con el sistema orgánico afectado, más que por la etiología de la enfermedad (las enfermedades que implicaban a un sistema orgánico determinado y a una etiología concreta (por ejemplo, neoplasia maligna del riñón) se asignaban a la CDM correspondiente al órgano afectado).

Sin embargo, no todas las enfermedades o trastornos pueden ser asignados a una CDM relacionada con un sistema orgánico, por lo que se crearon varias CDM residuales (por ejemplo, enfermedades infecciosas sistémicas, enfermedades mieloproliferativas y neoplasias mal diferenciadas).

Como la existencia de procedimientos quirúrgicos que precisaran el uso del pabellón tiene un efecto significativo sobre los recursos hospitalarios utilizados, la mayoría de las CDM se dividieron inicialmente en grupos *médicos* y *quirúrgicos*.

Otro aspecto que se consideró en cada Grupo es si la existencia de *complicaciones*, *comorbilidades* o la *edad* del paciente podrían afectar de forma consistente al consumo de recursos hospitalarios. Se consideró que una complicación o comorbilidad es incidente cuando, al aparecer junto a un diagnóstico principal específico, podían prolongar al menos un día la estancia en el hospital en más del 75% de los casos.

La lista de complicaciones y comorbilidades que se determinaron incidentes es prácticamente la misma para todos los GRD. Sin embargo, dependiendo del diagnóstico principal del paciente, algunos diagnósticos de la lista básica de complicaciones y comorbilidades pueden ser excluidos si están estrechamente relacionados con el diagnóstico principal.

La *edad* del paciente también se utilizó en ocasiones para definir algunos GRD. Los pacientes pediátricos (de 17 años o menos) se asignaron con frecuencia a GRD distintos. Por ejemplo, los pacientes pediátricos con asma se clasificaron en un GRD específico.

La variable final utilizada en la definición de los GRD fue la *situación* del paciente *al alta*.

Adicionalmente, se crearon cinco GRD para pacientes cuyo registro médico contiene información clínicamente atípica o inválida.

## APLICACIÓN DE LOS GRD

En Estados Unidos, que es el país con mayor experiencia práctica en la utilización de esta herramienta, se ha utilizado para una gran variedad de aplicaciones. Los hospitales han utilizado los GRD como base de sus sistemas de gestión internos. Programas de asistencia médica como Medicaid y Blue Cross han utilizado los GRD como base de sus sistemas de pago a los prestadores de salud.

## VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS GRD

Si bien es cierto que todos los expertos coinciden en que este sistema de pago ha significado un avance, también tiene algunas desventajas importantes que han impedido su difusión masiva. Entre las **ventajas del sistema**, destacan las siguientes:

- Permite definir y medir la complejidad de la casuística de un hospital o clínica.
- Permite clasificar los egresos hospitalarios en un número aceptable de categorías, de manera tal que pueden ser interpretados coherentemente por los directivos.
- Con el uso de los indicadores 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.
- Los indicadores que nos brinda, permite comparar el desempeño de un hospital o clínica con un estándar ideal, lo que facilita el establecer brechas de eficiencias para trabajar sobre ellas.



- Brinda valiosa información sobre un determinado centro que les permite a los directivos tener una visión integral del funcionamiento del hospital o clínica, en aspectos tan importantes como calidad y costo-efectividad.
- Se constituye como una herramienta muy útil para el financiamiento de hospitales y clínicas.

Entre las **desventajas**, están:

- El sistema es muy complejo.
- Requiere de recursos y personal capacitado para su adecuada implementación.
- Errores en la gestión previa de la declaración de un caso, por falta de gestor clínico y contraloría técnica.
- Sistemas informáticos inadecuados, que no permiten hacer seguimiento ni control de la gestión clínica de cada caso.
- Utilización de Guías Clínicas que no son sujetas a discusión ni validadas por el equipo de salud.
- Surgimiento de incentivos perversos a la hora de clasificar al paciente dentro de un “determinado caso”.

## EXPERIENCIA EN CHILE

En Chile, la experiencia con GRD está presente incipientemente en el sector prestador privado y público de salud, donde destaca la iniciativa que han desarrollado la Clínica Dávila, el Hospital del Trabajador, el Hospital Clínico de la Universidad Católica y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. En el ámbito público, en tanto, existen experiencias radicadas en hospitales auto gestionados, como el Hospital Luis Calvo Mackenna (área de Pediatría) y el Hospital del Salvador.

**Nota:** Este resumen se basó en un trabajo sobre “GRD” elaborado por el consultor Javier Cabo Salvador, SIGESA, S.A. (Medical Technology Consulting S.L.) [www.gestion-sanitaria.com](http://www.gestion-sanitaria.com)

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