

Grupos Relacionados al Diagnóstico

Generalidades

04/05/2022



Sigesa | info@sigesa.com | www.sigesa.com

Índice

1.	Introducción	2
2.	Historia de los GRD	2
3.	Desarrollo de los GRD	3
4.	Características básicas de los GRD	4
5.	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	5
6.	3M™ IR-GRD (International Refind)	6
6.1	Definición y Desarrollo	6
6.2	Lógica de agrupación	7
6.3	Conceptos de Severidad y Mortalidad.....	9
6.4	Código 3M™ IR-GRD.....	10
7.	Peso GRD	10
8.	Gestión Sanitaria por GRD	11
8.1	Norma GRD.....	12
8.2	Indicadores de Gestión GRD	12
8.2.1	Outlier	12
8.2.2	Estancias Evitables	13
8.2.3	Estadía Media Ajustada a la Casuística (EMAC).....	13
8.2.4	Estadía Media Ajustada al Funcionamiento (EMAF)	13
8.2.5	Índice de Complejidad (IC).....	13
8.2.6	Índice Funcional (IF).....	14
8.2.7	IEMA (Índice de Estadía Media Ajustada)	14
8.2.8	Riesgo de Mortalidad Ajustado (RMA).....	14
9.	GRD como mecanismo de pago	14

1. Introducción

Los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) son un sistema de clasificación de pacientes que se agrupan homogéneamente, basándose en el análisis de grandes bases de datos que combina diagnósticos, procedimientos y otras variables relevantes, con el objetivo de valorar y por tanto predecir el consumo de recursos de cada paciente.

Los GRD se constituyen en una herramienta de gestión normalizadora, en la que mediante un software, alimentado con los datos de los pacientes dados de alta de un hospital, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), podemos clasificar a los pacientes en grupos clínicamente similares, cuyo consumo de recursos es parecido.

En base al isoconsumo de recursos, los GRD son un sistema de clasificación basado en un ajuste de riesgos, lo que permite hacer gestión hospitalaria en distintos ámbitos, tanto clínicos como financieros.

2. Historia de los GRD

Los GRD fueron desarrollados por el Health Systems Management Group en la Universidad de Yale con un acuerdo de cooperación con la Health Care Financing Administration (HCFA) a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale. El motivo inicial por el cual se desarrollaron los GRD era la creación de una estructura adecuada para analizar la calidad de la asistencia médica y la utilización de los servicios en el entorno hospitalario en contexto de un sistema de salud que mantenía un alza continua de sus costos.

Regularmente los Hospitales atribuían el gasto elevado en el tratamiento y manejo de sus pacientes a variados elementos, que iban desde el número de camas disponible en la institución, el nivel de instrucción de los profesionales adscritos y la complejidad de los pacientes que atendían. El problema asociado a este último punto es que hasta ese momento no existían mecanismos objetivos que permitieran determinar que un determinado Hospital atendiera a pacientes más complejos (y por ende gastara más dinero) que otro.

Así es como esta primera forma de agrupación dio el puntapié inicial a la hora de objetivar a través de un mecanismo relativamente sencillo la carga de enfermedad de un paciente y por lo tanto su complejidad respecto de otro paciente.

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 prospectivo en el cual se reembolsaba a los hospitales una cantidad fija específica para cada GRD y por cada paciente tratado.

En 1982 la Tax Equity and Fiscal Responsibility Act modificó la sección 223 sobre los límites de reembolso de gastos hospitalarios de Medicare para incluir una corrección según la casuística de los hospitales y basada en los GRD. En 1983 el Congreso modificó la Social Security Act (Ley de Seguridad Social) para dar cabida a un sistema nacional de pago prospectivo a los hospitales, basado en los GRD y para todos los pacientes de Medicare.

3. Desarrollo de los GRD

Para que el sistema funcione es necesario clasificar a los pacientes de acuerdo con ciertas características, pero ¿cuáles?. Cada vez que queremos desarrollar una clasificación (cualquiera) es necesario establecer ciertas reglas y estas no están dadas en forma espontánea, alguien tiene que crearlas. Por ejemplo, si queremos donar ropa a una institución, debemos clasificarla de acuerdo con ciertos criterios, como estación del año para la cual es propicia, sexo, si es para niños o adultos, talla, estado en la que se encuentra, etc.

En el caso de los GRD la regla básica de clasificación es a través de la cantidad de recursos que consumió o gastó el paciente, basado en sus características clínicas. Este consumo dependerá de diversos factores, como son sus diagnósticos y los procedimientos que haya recibido a lo largo de su hospitalización, la edad, el tipo de contacto con la institución, entre otros.

La clasificación básica de los primeros GRD fue a través de la agrupación de todos los diagnósticos principales posibles en 23 categorías diagnósticas, llamadas Categorías Diagnósticas Mayores (CDM). Estas CDM se corresponden a un único sistema del organismo (sistema circulatorio, sistema digestivo, sistema respiratorio) o etiología general (neoplasias, infecciones), lo que permite mantener la coherencia clínica de los casos agrupados.

Una vez establecidas estas categorías se determinó qué otras características podrían determinar un aumento en el consumo de recursos de un paciente y en esa línea se acordó que uno de los elementos decisivos era el requerimiento de un procedimiento quirúrgico, ya que el sólo uso de un pabellón quirúrgico lleva consigo un aumento considerable de utilización de recursos, tanto en insumos, personal calificado y otros. Dado que es la utilización del pabellón lo que determina el aumento en el consumo de recursos, paneles de expertos revisaron cada uno de los procedimientos y determinaron si estos habitualmente eran desarrollados en un pabellón o fuera de este, estableciendo así los procedimientos quirúrgicos y los médicos y a partir de esta clasificación, la mayoría de las CDM quedaron subdivididas en dos grandes grupos, médicos y quirúrgicos. Una vez que cada CDM se había dividido en grupos médicos y quirúrgicos, los pacientes quirúrgicos se definían de forma más precisa basándose en el procedimiento quirúrgico concreto practicado, mientras que los pacientes médicos se definían con más exactitud según el diagnóstico principal por el que se les había ingresado en el hospital.

Posterior a esta clasificación inicial fue necesario establecer jerarquías de procedimientos quirúrgicos, ya que para un mismo diagnóstico principal un paciente puede requerir más de un procedimientos quirúrgico y la lógica inicial del GRD es que cada caso se agrupa en una única categoría, por lo tanto si un paciente es sometido a más de una intervención será necesario determinar cuál de ellas consume más recursos para asignar a ese paciente al grupo que mejor refleje su consumo de recursos real, a través de agruparlo de acuerdo al procedimiento que se encuentre más alto en la jerarquía.

Teniendo ya definidas las distintas CDM y los subgrupos médicos y quirúrgicos fue necesario determinar qué otras características del paciente pudieran influir en la cantidad de recursos consumidos. Se establecieron entonces los diagnósticos del paciente que al estar presentes en calidad de adicionales al principal impactaran directamente en la cantidad de días de estancia de la hospitalización, aumentándola al menos en un día para más del 75% de los casos.

Finalmente, algunas variables adicionales se fueron incorporando en el algoritmo, como la edad del paciente, el motivo del alta y la condición de alta del paciente (vivo o fallecido).

Las definiciones iniciales de los GRD buscaban describir a todos los pacientes tratados en un hospital, por lo que englobaban a pacientes de todo tipo (adultos mayores,

recién nacidos, pacientes pediátricos y adultos), pero el año 1983 inició el pago prospectivo de Medicare, lo que requirió establecer un equipo que revisara y se dedicara a la mantención y actualización constante del algoritmo de agrupación. Esta tarea quedó a cargo de la Health Care Financing Administration (HCFA) y posteriormente la tarea la tomó la división de Health Information Systems (HIS) de 3M™ en vinculación con la HCFA. Desde ese momento en adelante, los GRD iniciales han sufrido una gran cantidad de modificaciones y se han generado distintos algoritmos de agrupación, los más conocidos son:

- AP-GRD
- APR-GRD
- IR-GRD
- MS-GRD

Existen además modificaciones propias de algunos países, algunos de ellos son los:

- GRD australianos
- GRD alemanes
- GRD de países nórdicos

4. Características básicas de los GRD

- **Accesibilidad a la información:** Para poder trabajar con GRD y agrupar correctamente un caso, toda la información necesaria para conseguirlo debe ser fácilmente accesible por el personal a cargo de la codificación. El codificador deberá poder consultar distintas fuentes de información clínica y administrativa para extraer la información requerida, pero estas consultas deben estar al alcance de sus facultades y de sus posibilidades técnicas de acceso.
- **Número manejable de GRD's:** La cantidad total de grupos finales en los cuales los pacientes quedarán asignados deben ser limitados a una cantidad razonable, que permita a los hospitales obtener información relevante relativa a cada grupo para apoyar la toma de decisiones. Si tuviésemos un número inmanejable de grupos, cada uno de ellos estaría compuesto por un número muy precario de pacientes, lo que impediría tomar decisiones de gestión de cualquier tipo.
- **Coherencia Clínica:** Los distintos pacientes asignados a un determinado GRD deben ser clínicamente coherentes, es decir, deben ser lo suficientemente parecidos entre sí en términos de sistemas orgánicos, especialidad médica del tratante, etiología básica de su enfermedad, procedimientos efectuados, comorbilidades, etc. Todas estas características vinculadas al consumo de recursos de dichos pacientes, de modo que tengamos pacientes cuyas características clínicas sean similares y gasten recursos en una magnitud parecida.
- **Consumo de recursos:** Este concepto se refiere a la magnitud de dinero que gasta un paciente. En cada GRD la cantidad de recursos que consumen los pacientes que lo componen debe ser parecida. Si graficáramos el consumo de recursos de cada paciente perteneciente a un GRD determinado encontraríamos una campana de GAUSS, es decir, la mayor parte de los pacientes consumiría más o menos la misma cantidad de recursos, algunos pocos consumirían considerablemente menos y otros pocos considerablemente más. Esto significa que el conocer el GRD de un único paciente no me permitirá determinar con precisión la cantidad de recursos que efectivamente consumió (sólo por el hecho de conocer su GRD), pero si podré conocer con un margen de error muy discreto, el promedio del consumo de recursos de la totalidad de los pacientes del grupo.

5. Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

El CMBD corresponde al listado mínimo de variables relativas a la actividad de atención de salud del episodio de hospitalización, sobre la cual se construye la información necesaria para sustentar la toma de decisiones en el marco de la gestión sanitaria.

Podemos dividir el CMBD en áreas, donde tendremos:

- Datos Generales del paciente: Información demográfica del usuario del sistema de salud. Algunos ejemplos habituales son:
 - Nombre
 - Número de identificación nacional
 - Número de ficha clínica
 - Edad
 - Sexo
 - Nacionalidad
- Datos Generales del episodio: Información administrativa relativa al episodio de hospitalización, por ejemplo:
 - Número de episodio
 - Fecha de ingreso
 - Fecha de alta
 - Servicio de alta
 - Motivo de alta
- Datos Clínicos del episodio: La mayor cantidad de información posible y relevante de diagnósticos y procedimientos efectuados durante el proceso de hospitalización ingresada en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que el agrupador en uso utilice en su algoritmo.

En la práctica el CMBD será toda la información administrativa y clínica del episodio de hospitalización que sea relevante y fácilmente obtenible a partir de los datos físicos y tecnológicos de los que dispone un centro sanitario. La cantidad de información que un hospital genere dependerá de las capacidades técnicas que tengan de obtener dicha información y no tiene porque limitarse al mínimo necesario exigido por el algoritmo de agrupación, pero sí es fundamental contar con los datos básicos para conseguir dicha agrupación, estos son:

- Episodio
- Historia
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Fecha de nacimiento
- Hospital
- Sexo
- Tipo de alta
- Servicio de alta
- Tipo de actividad
- Diagnóstico principal
- Procedimiento significativo

6. 3M™ IR-GRD (International Refind)

6.1 Definición y Desarrollo

Los IR-GRD de 3M™ son un sistema de clasificación de pacientes que contempla toda la actividad desarrollada por un centro hospitalario, tanto la hospitalización como la actividad ambulatoria. La clasificación los GRD Internacionales Refinados fue diseñada para adaptarse a diferentes países y diferentes niveles de atención sanitaria siendo a la vez muy efectiva y fácil de usar.

La primera versión de 3M™ GRD-IR fue desarrollada para proveer un sistema de clasificación de pacientes muy adaptable, que generase los mismos resultados independientemente del sistema de codificación usado. Por tanto, esta clasificación engloba una amplia variedad de sistemas de codificación, permitiendo así comparar la utilización hospitalaria y ambulatoria entre diferentes países con precisión.

El nivel ambulatorio ha ido ganando volumen de pacientes en todo el mundo e incluso en ciertos países no hay una distinción clara entre atención hospitalaria y ambulatoria. Por ello la segunda versión de 3M™ GRD-IR tenía como objetivo ser útil para todo tipo de pacientes y niveles asistenciales. Desde entonces y excepto niveles de atención a largo plazo o institucionalizados, GRD-IR incluye todos los niveles asistenciales:

- Hospital
- Clínicas/ambulatorios
- Hospital de día
- Consultorio
- Consultas hospitalarias
- Rehabilitación
- Urgencias/Emergencias
- Quimioterapia y Radioterapia

En la primera versión de 3M™ IR-GRD el principal eje de clasificación era la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) del diagnóstico principal, algo compartido por otros esquemas de clasificación. Agrupar encuentros usando la CDM como eje de clasificación conllevó a tener encuentros con similares procedimientos pero diferentes diagnósticos, agrupados en una media de tres o cuatro 3M™ GRD-IR distintos. Un ejemplo claro eran los encuentros con el procedimiento 50.12 (biopsia abierta del hígado), los cuales podían ser agrupados en grupos asociados con 14 CDM distintas. Sin embargo, la inclusión de la atención ambulatoria en la segunda versión de los 3M™ GRD-IR generó una clasificación más orientada a procedimientos. Por tanto, cuando en un encuentro se da un solo procedimiento, es asociado con un único GRD. La tercera versión de 3M™ IR-GRD (en uso) cuenta con avances como la definición de un sexo indeterminado, mejoras en las subclases de Severidad y Riesgo de Mortalidad, mejoras en la distinción de ciertos procedimientos, entre otras.

Al utilizar principalmente procedimientos para su eje de clasificación quirúrgica, permite una mejor alineación para los componentes ambulatorios y menos redundancia. El componente de pacientes hospitalizados incluye tres niveles de ajuste, según la gravedad de la enfermedad, que reflejan la complejidad de la atención sanitaria de los hospitales modernos y permite describir esta complejidad utilizando menos categorías que los otros sistemas GRD.

6.2 Lógica de agrupación

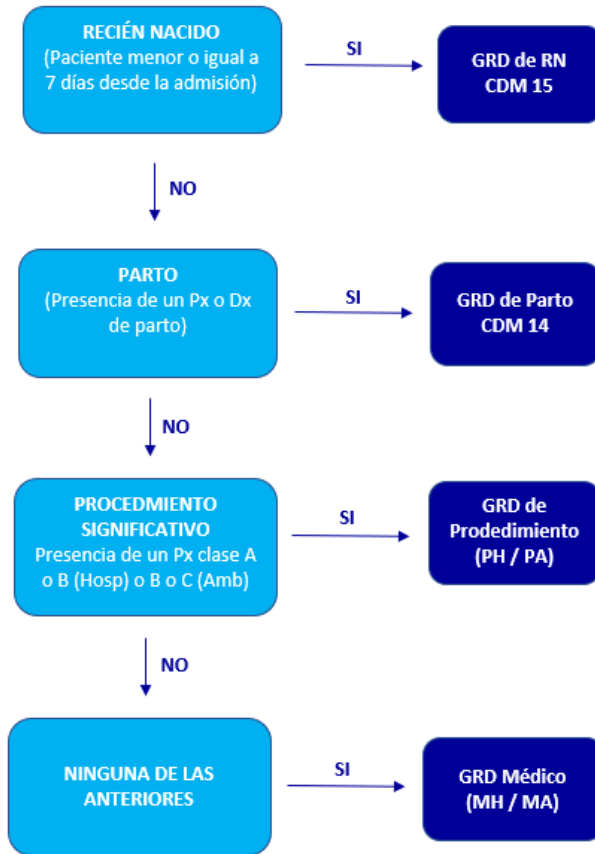
La clasificación 3M™ GRD-IR considera diferentes características de cada episodio de atención o encuentro. Inicialmente se identifican los casos relativos al parto y recién nacidos. Seguidamente se considera la localización del encuentro, hospitalaria o ambulatoria, la cual puede venir determinada en el informe médico o definirse a partir de la duración de la estancia. Así mismo el encuentro podrá ser definido como médico o quirúrgico dependiendo de los procedimientos realizados. Por último, cada encuentro agrupado en un 3M™ GRD-IR recibe una de las tres categorías, tanto de la subclase Gravedad de la Enfermedad como de la subclase Riesgo de Mortalidad.

La clasificación 3M™ GRD-IR se estructura en torno a la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM), al igual que otros sistemas de GRD. La inclusión en las CDM 14 y 15 (parto y recién nacidos) está acotada a determinados diagnósticos, procedimientos o edad en días del paciente. En el resto de los casos la CDM estará dada por el procedimiento principal (si son casos quirúrgicos) y por el diagnóstico principal si no hay un procedimiento significativo codificado.

El 3M™ IR-GRD está compuesto por 23 Categorías Diagnósticas Mayores:

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MAYOR IR-GRD
CDM 01 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO
CDM 02 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL OJO
CDM 03 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA
CDM 04 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL APARATO RESPIRATORIO
CDM 05 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL APARATO CIRCULATORIO
CDM 06 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO
CDM 07 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DE HÍGADO, SISTEMA BILIAR Y PÁNCREAS
CDM 08 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL SISTEMA MÚSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONJUNTIVO
CDM 09 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA
CDM 10 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL SISTEMA ENDOCRINO, NUTRICIONAL Y METABÓLICO
CDM 11 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DE RIÑÓN Y VÍAS URINARIAS
CDM 12 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO
CDM 13 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO
CDM 14 PARTO
CDM 15 RECIÉN NACIDOS Y NEONATOS CON CONDICIÓN ORIG. EN PERIODO PERINATAL
CDM 16 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DE SANGRE, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y SISTEMAS INMUNITARIOS
CDM 17 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS Y NEOPLASIAS MAL DIFERENCIADAS
CDM 18 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, SISTÉMICAS O NO LOCALIZADAS
CDM 19 ENFERMEDADES Y TRASTORNOS MENTALES
CDM 20 ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS Y ALCOHOL
CDM 21 LESIONES, ENVENENAMIENTOS Y EFECTOS TÓXICOS DE FÁRMACOS
CDM 22 OTRAS CAUSAS DE ATENCIÓN SANITARIA
CDM 23 VISITAS MÉDICAS AMBULATORIAS

La agrupación de un caso en una u otra está determinada por una lógica muy sencilla, que podemos esquematizar de la siguiente manera:



Como vemos en la imagen, una vez que hemos identificado a los pacientes que se asignan a un GRD de Recién Nacido o de Parto, el siguiente paso es identificar la presencia de un procedimiento significativo. Para ello, los procedimientos se organizan en siete clases, teniendo en cuenta la posible localización del procedimiento, el tipo de procedimiento y la intensidad de recursos que consume.

CLASE	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
A	Exclusivos para pacientes hospitalizados	Sólo se puede realizar en pacientes hospitalizados. Los pacientes ambulatorios con un procedimiento clase A se asignan a un GRD de error.
B	Hospitalizado o ambulatorio	Se puede realizar a nivel hospitalario o ambulatorio.
C	Ambulatorio significativo	Produce una asignación de tipo GRD 3 para los encuentros ambulatorios.
D	Salud mental ambulatoria	Utilizado únicamente para asignar un GRD-IR médico ambulatorio en una CDM 19 (Enfermedades y Trastornos Mentales).
E	Ambulatorios menores complementarios	Utilizado únicamente para asignar una GRD-IR médico ambulatorio en CDM 23 (Visitas Médicas Ambulatorias) para pacientes ambulatorios con un motivo de visita que no relacionado con un diagnóstico específico, como por ejemplo, un examen médico general.
F	Intensidad de la visita ambulatoria	Se puede usar para subdividir los GRD-IR Ambulatorios Médicos en tres subclases basadas en la duración de la cita médica.
G	Procedimiento incidental	No se utiliza en la asignación de GRD-IR.

Dependiendo de la clase de procedimiento y el tipo de actividad (Hospitalizado o Ambulatorio) que tenga un paciente se agrupará en un tipo de GRD determinado. Existen nueve tipos principales de 3M™ GRD-IR. Los cinco primeros son hospitalarios y ambulatorios y se subdividen en médicos o de procedimiento. Los cuatro 3M™ GRD-IR restantes están específicamente dedicados al parto y recién nacidos. El décimo tipo de 3M™ GRD-IR (tipo 0) recoge los GRD erróneos.

Tipo de GRD	Descripción
1	GRD-IR procedimientos en pacientes hospitalizados
2	GRD-IR para procedimientos mayores en pacientes ambulatorios
3	GRD-IR para procedimiento significativo Ambulatorio
4	GRD-IR Médicos para Pacientes Hospitalizados
5	GRD-IR Médicos para Pacientes Ambulatorios
6	GRD-IR Partos Pacientes Hospitalizados
7	GRD-IR Partos Ambulatorios
8	GRD-IR Recién Nacidos Hospitalizados
9	GRD-IR Recién Nacidos Ambulatorios
0	ERROR EN GRD-IR

Veremos entonces que existe una relación entre el tipo de GRD y la clase de procedimiento que se realizó al paciente. El elemento principal a la hora de asignar un 3M™ GRD-IR ambulatorio u hospitalario es la presencia de un procedimiento de clase A o B. Los procedimientos de clase C se usan para asignar un encuentro exclusivamente ambulatorio, siempre y cuando en el encuentro no se realicen procedimientos clase B. Las siguientes clases de procedimientos, desde D a F, únicamente influyen en la clasificación de encuentros ambulatorios ya que no tienen en cuenta encuentros hospitalarios. Los procedimientos G nunca se consideran al asignar el 3M™ GRD-IR.

Tipo GRD	Descripción	Clase de procedimiento
1	GRD-IR para pacientes hospitalizados	Procedimientos clase A o B
2	GRD-IR para Procedimiento Mayor Ambulatorio	Procedimientos clase B
3	GRD-IR para Procedimiento Significativo Ambulatorio	Procedimientos clase C y procedimientos clase no B
4	GRD-IR Médicos para Pacientes Hospitalizados	Procedimientos clase no A o B
5	GRD-IR Médicos para Pacientes Ambulatorios	No son procedimientos o solamente procedimientos clase D, E o F

6.3 Conceptos de Severidad y Mortalidad

Nivel de Severidad: Todos los 3M™ GRD-IR para pacientes hospitalizados (los médicos y los de procedimiento) se subdividen en tres subclases de Gravedad o Severidad de la Enfermedad en base a los diagnósticos secundarios. Cada encuentro sólo cuenta con un nivel de gravedad.

A todos y cada uno de los diagnósticos secundarios de un encuentro se les asigna un nivel de gravedad:

- 1: Menor (p.ej. Hipertrofia de riñón)
- 2: Moderado (p.ej. Insuficiencia renal crónica)
- 3: Mayor (p.ej. Insuficiencia renal aguda)

Generalmente el nivel de Gravedad de la Enfermedad del encuentro se determina por el diagnóstico secundario con la mayor gravedad. Sin embargo, algunas combinaciones específicas de diagnósticos principales y secundarios muy relacionados entre sí conllevan la omisión del diagnóstico secundario en el cálculo de la gravedad de la enfermedad.

Los GRD's ambulatorios no cuentan con niveles de gravedad de la enfermedad en base a los diagnósticos secundarios presentes, por lo que cualquier caso agrupado de esta forma tendrá un nivel de gravedad o severidad cero.

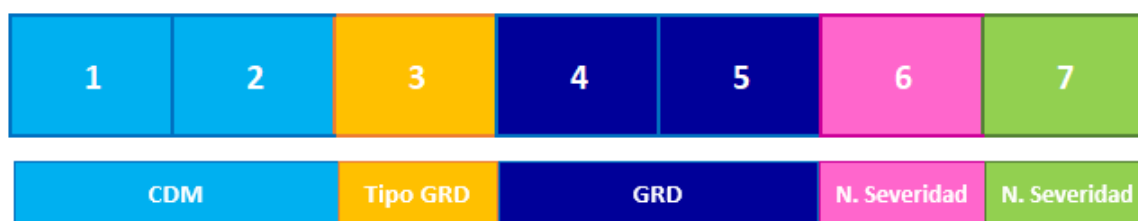
Riesgo de Mortalidad: La clasificación 3M™ IR-GRD incluye de forma opcional la determinación de un riesgo de mortalidad (RoM: Rate of Mortality). El RoM se refiere a la probabilidad de morir durante el episodio de atención sanitaria o encuentro. Los niveles de RoM son tres:

- 1: Menor
- 2: Moderado
- 3: Mayor

El riesgo de morir es un parámetro importante en el campo de la calidad de la atención sanitaria. Las subclases de ROM se desarrollaron de la misma forma que las de la Gravedad de la Enfermedad, esto es, a cada diagnóstico secundario se le atribuye un RoM. Cuando se dan determinadas combinaciones de diagnósticos principales y secundarios muy relacionados entre sí, al igual que en la Gravedad de la Enfermedad, los diagnósticos secundarios no se tienen en cuenta para calcular el RoM porque no añaden información significativa. Generalmente el nivel de riesgo de mortalidad se calcula usando el de mayor nivel presente entre todos los diagnósticos.

6.4 Código 3M™ IR-GRD

Los 3M™ GRD-IR están numerados utilizando un número de seis dígitos (siete dígitos en caso de que la opción de Riesgo de Mortalidad este activa). Los primeros dos dígitos del número GRD-IR representan la CDM. El tercer dígito es el tipo de 3M™ GRD-IR. El cuarto y el quinto dígitos son los números únicos de GRD para la CDM y el tipo de GRD. El sexto dígito del número es la subclase de gravedad para cada 3M™ GRD-IR y el séptimo dígito corresponde al riesgo de mortalidad (opcional).



7. Peso GRD

El Peso Relativo (PR) es un número que acompaña a cada uno de los GRD y corresponde a una equivalencia del costo promedio de atender a un paciente.

El PR es fijo para cada GRD y se obtiene a través de promediar el costo total de atención de un gran volumen de pacientes (de un país, una ciudad, un grupo de hospitales, etc). Una vez establecido el promedio total será necesario determinar el promedio de costo de atención de los casos que componen cada GRD, tendremos entonces la forma de contrastar cuanto gasta un determinado GRD respecto del promedio total. Para simplificar esta relación se establece una equivalencia a números enteros y pequeños, es decir, al promedio total del costo de atención se le asigna el valor 1 y a partir de este valor podemos establecer cuánto se aleja cada GRD del promedio. Nos encontraremos con grupos que consumen muchos más recursos que el promedio, por lo que su PR será mayor a 1, casos que consumen prácticamente lo mismo que el promedio, así que su PR será muy cercano a 1 y otros que consumen menos que el promedio, donde su PR será inferior a 1. El Peso Relativo entonces, no es otra cosa que un indicador de la cantidad de recursos que consume un GRD respecto del promedio, donde un PR de 2 significa que consume el doble de recursos que el promedio y uno de 0.5 consume la mitad.

Entendemos que el consumo de recursos de un paciente está por completo relacionado a cuán compleja resulta su atención, entre más comorbilidades tenga, más grave sea su condición y más dificultosos e invasivos sean los procedimientos requeridos más recursos consumirá. En este sentido, podemos subentender que un PR más alto es equivalente a un caso más complejo y uno más bajo menos complejo respecto del promedio.

Para calcular los PR es necesario conocer el costo de atender a un paciente en forma precisa. Debemos distinguir para este efecto la diferencia entre costo y facturación. En la gran mayoría de las instituciones existe un sistema bastante preciso para determinar la facturación de cada paciente, ya que cada insumo y prestación tiene un precio claramente establecido y los sistemas informáticos permiten cargar a la cuenta del paciente cada uno de ellos, pero cuando hablamos de cálculo de PR no es este dato el que requerido, porque la facturación entre una institución y otra puede variar en porcentajes relevantes ya que la facturación es un monto de dinero arbitrario que cada prescriptor establece de acuerdo al comportamiento del mercado. Lamentablemente la determinación del costo de atención de un paciente es un proceso muy difícil de obtener, ya que los costos indirectos son muy amplios y las instituciones de salud son entidades particularmente complejas en términos administrativos. Esta es la razón por la que en la mayoría de los países no se conocen los costos de atención y resulta imposible calcular pesos a nivel local, por lo que la única alternativa es adoptar Pesos Relativos extranjeros. Se utiliza, por esta razón, Pesos Relativos estadounidenses, ya que tienen un sistema de determinación de costeo que permite establecerlos.

Utilizar Pesos Relativos de otro país es una práctica válida y razonable, entendiendo que el tipo de pacientes y morbilidades entre EEUU y Latinoamérica es muy similar, pero es necesario tener en cuenta que hay elementos que jugarán un papel en cuanto se ajusten o no a la realidad local. Elementos tales como diferencias en los costos de los insumos, requerimiento de un mayor número de importaciones, variaciones y diferencias en el tipo de cambio, entre muchos otros, pueden impactar en el grado de coincidencia de los PR con el consumo de recursos real a nivel local.

8. Gestión Sanitaria por GRD

Los GRD son una herramienta que se constituye en un mecanismo de apoyo para la toma de decisión en salud y la gestión clínica y financiera de las instituciones gracias a la estandarización y producción de información clínicamente relevante. Desde el punto de vista más clínico los GRD favorecen:

- La ejecución de un monitoreo epidemiológico
- La generación de estudios clínicos

- La evaluación de problemas de calidad y seguridad asistencial y el establecimiento de medidas correctivas
- La construcción de vías clínicas
- El Benchmarking

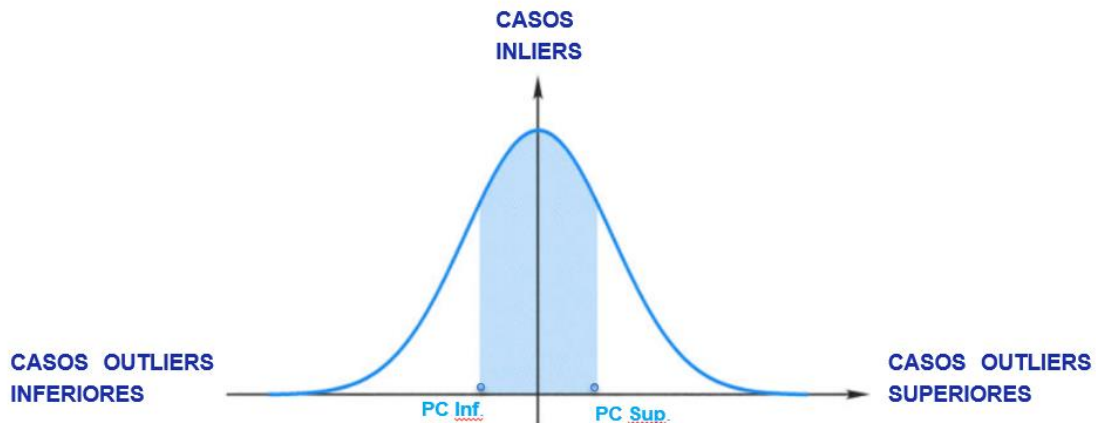
En términos financieros permiten:

- La presupuestación hospitalaria
- El desarrollo e implementación de pago prospectivo

8.1 Norma GRD

A través de la agrupación por GRD es posible obtener una serie de indicadores de gestión, que permitirá a los tomadores de decisiones evaluar el comportamiento de un hospital determinado respecto de un estándar de comparación. Este estándar es conocido habitualmente bajo el nombre de "Norma" y no es otra cosa que la estancia esperada para cada GRD.

Para generar una norma necesitamos conocer la estancia real de un volumen importante de pacientes (entre más mejor) agrupados por GRD. A partir de esto podremos obtener un rango de días de estancia esperados para cada grupo (inlier) y todo lo que quede fuera de ese rango esperado será considerado un caso outlier.



8.2 Indicadores de Gestión GRD

8.2.1 Outlier

Casos que quedan fuera de los puntos de corte inferior y superior. Los pacientes cuya estancia es inferior a mínimo esperado son **outlier inferiores** y los que sobrepasan la estancia máxima esperada para su GRD serán **outliers superiores**.

$$\text{Percentil 75} + 1.5 \times (\text{Percentil 75} - \text{Percentil 25})$$

8.2.2 Estancias Evitables

Corresponde al número total de días que un hospital podría haberse ahorrada si la Estadía Media (EM) de sus casos para un determinado GRD hubiese sido igual a la del estándar.

Números positivos: El hospital consumió más estancias que el estándar en tratar al mismo tipo de pacientes (Estancias Evitables)

Números negativos: El hospital consumió menos estancias que el estándar en tratar al mismo tipo de pacientes (Estancias Ahorradas)

8.2.3 Estadía Media Ajustada a la Casuística (EMAC)

Refleja la Estadía Media que hubiese tenido el hospital si en lugar de atender a sus pacientes, hubiera atendido a los pacientes de la norma. Se calcula aplicando la EM del Hospital a los GRD del Estándar, en base a la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum (\text{Estadía Media del Hospital} \times \text{Altas del Estándar})}{\text{Total de altas del Estándar}}$$

8.2.4 Estadía Media Ajustada al Funcionamiento (EMAF)

Refleja la Estadía Media que hubiese tenido el hospital al atender a sus pacientes tardando lo que tarda el Estándar. Se calcula aplicando la EM del Estándar a los GRD del Hospital en base a la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum (\text{Estadía Media del Estándar} \times \text{Altas del Hospital})}{\text{Total de altas del Hospital}}$$

8.2.5 Índice de Complejidad (IC)

Es una comparación entre la casuística del hospital y la casuística del Estándar. Se calcula así:

$$\frac{\text{EMAF}}{\text{EM Estándar}}$$

Valor < 1: Indica que el hospital es menos complejo que el Estándar

Valor > 1: Indica que el hospital es más complejo que el Estándar

8.2.6 Índice Funcional (IF)

Es una comparación entre el funcionamiento del hospital y el del Estándar. Se calcula así:

$$\frac{\text{EMAC}}{\text{EM Estándar}}$$

Valor < 1: Indica que el hospital es más eficiente que el Estándar

Valor > 1: Indica que el hospital es menos eficiente que el Estándar

8.2.7 IEMA (Índice de Estadía Media Ajustada)

Compara, para la casuística del hospital, su funcionamiento con respecto del estándar. Se calcula así:

$$\frac{\text{EM Depurada}}{\text{EMAF}}$$

Valor < 1: Indica que el hospital es más eficiente que el Estándar

Valor > 1: Indica que el hospital es menos eficiente que el Estándar

8.2.8 Riesgo de Mortalidad Ajustado (RMA)

Índice que establece la relación entre la mortalidad real del hospital y la esperada según el riesgo de mortalidad de cada GRD. Se calcula en base a la siguiente fórmula:

Valor < 1: Indica que los pacientes fallecen menos en el hospital respecto del Estándar.

Valor > 1: Indica que los pacientes fallecen más en el hospital respecto del Estándar.

Para cada indicador existen valores brutos y depurados, entendiendo que los brutos corresponden a la totalidad de las altas y los depurados a las altas excluyendo los casos extremos u Outliers.

9. GRD como mecanismo de pago

Dado que cada GRD está acompañado de un Peso Relativo y que este valor indica el consumo de recursos esperado para un caso que forme parte de ese grupo, es factible estimar un precio promedio para el valor 1 de PR y luego directamente multiplicar ese precio promedio, al que llamaremos Precio Base por el PR del GRD del paciente.

El pago utilizando el GRD será entonces un pago prospectivo, ya que conocemos exactamente el monto que recibirá un Hospital para cada GRD, ya que ambas variables que componen la fórmula son valores fijos y conocidos.

El país latinoamericano pionero en la utilización de GRD como mecanismo de pago es Chile, que a través del Asegurador Público (Fonasa) ha utilizado este mecanismo como una forma de contener el aumento exagerado del gasto en salud con buenos resultados, a través del pago de la casuística total de los tipos de actividad Hospitalización y CMA y a través de convenios licitados con prestadores del sector privado.

El pago basal efectuado por Fonasa es el ya descrito, es decir, el producto del PR y el precio base del Hospital, pero a lo largo del tiempo se han ido haciendo ciertos ajustes de modo que el pago real al paciente se correlacione con el consumo de recursos local. En función de aquello es que han establecido elementos tales como:

- Incorporación de Ajustes de Tecnología (AT): Se ha determinado que hay ciertas prestaciones o insumos que un paciente puede requerir cuyo costo es muy elevado y que el pago base por GRD no refleja, por lo que se adiciona un monto fijo y conocido al pago base a cada caso que haya requerido dicho AT.
- Establecimiento de Bandas de Precio: Dentro de los diversos estudios y ajustes, Fonasa determinó que un precio único no reflejaba correctamente el consumo de recursos en una cantidad importante de GRD, lo que implicaba principalmente un sobrepago de grupos cuyo GRD era muy bajo. Para ello estableció tres bandas de pesos y un precio base máximo para cada una de ellas.
- Ajuste según tipo de Establecimiento: En el caso de los hospitales públicos el ajuste está dado por el tipo de hospital al que corresponde el establecimiento, con precios bases diferenciados dependientes de la casuística que tratan y del lugar geográfico en el que se ubican.

www.sigesa.com

Info@sigesa.com

Calle Almirante Pastene 185,

Providencia, Santiago, Chile

Copyright© Sigesa S.A. 2021