

GRD. Grupos relacionados con el diagnóstico

Ni panacea ni sofisticación

Vicente Ortún Rubio *

QUÉ PROBLEMA PRETENDEN RESOLVER

Medicare y Medicaid, agencias federales estadounidenses para la atención sanitaria a personas de edad y pobres respectivamente, están implantando, desde el 1 de octubre de 1983, un sistema de precios, según el cual el hospital es reembolsado en función de las 467 categorías —GRD— establecidas a partir de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Este sistema sustituye al tradicional reembolso según costes «razonables» y ha supuesto una notable conmoción en los incentivos que operan en el sector hospitalario, con efectos ya apreciables en la estructura del mismo. Así se ha reducido el gasto hospitalario y la estancia media y la ocupación han bajado ostensiblemente; es todavía prematuro evaluar la contrapartida de estas reducciones en términos de calidad de la asistencia e impacto en la salud.

El problema cuya solución mejoran los GRD es el de la medida de la eficiencia hospitalaria. La *eficiencia* puede definirse como la provisión al menor coste de los bienes y servicios que más valora la sociedad. Dejando de lado, en este contexto, *cómo* se determina «lo que más valora la sociedad» y *quién* lo hace, debemos mencionar el problema específico que plantea esta definición cuando se aplica al campo sanitario: El que el producto «final» sea la recuperación o mejora de la salud/bienestar de sociedades e individuos, que *sin* intervención del sistema sanitario no se hubiera producido, y el que los productos «intermedios» sean los que el sistema sanitario ofrece (endoscopias, cloraciones, colecistectomías, sesiones de rehabilitación, etc.) hacen al producto «final» difícil de medir y a los productos «intermedios» no adecuados a la definición de eficiencia. El concepto de eficien-

Resumen

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) constituyen la forma de clasificación de los productos intermedios hospitalarios, que más ha ayudado a avanzar en la medida de la eficiencia en los hospitales. Con este artículo se dan a conocer cuáles son los problemas que los GRD pretenden resolver, en qué consisten estos grupos, cuáles son las limitaciones y conflictos que pueden derivarse de su implantación y de qué forma se pueden aplicar en nuestro país.

cia puede, no obstante, hacerse más económica o de asignación e introduciendo la noción de eficiencia de gestión que definiríamos como la maximización de los productos «intermedios» (inmunizaciones, cribajes, placas, consultas, etc.) de una unidad sanitaria —servicio, hospital, ambulatorio, programa— con unos recursos dados. Esta definición es de sentido común pero, como decía Einstein, el sentido común recoge el cúmulo de prejuicios adquiridos antes de los 16 años. Nosotros utilizaremos esta definición señalando previamente tres de sus principales deficiencias lógicas:

1. Antes de perseguir la eficiencia de gestión debe establecerse la efectividad del producto «intermedio» (estancia en unidad coronaria, histerectomía, sesión de psicoterapia) que se pretende maximizar.
2. Los «recursos de una unidad» constituyen sólo una parte de los costes sociales. Quedan fuera los costes en que incurren pacientes, familiares y otros, de consideración imprescindible en la definición correcta de eficiencia económica.
3. La suma de eficiencias de gestión no garantiza la eficiencia económica. A modo de ilustración, consideremos un sistema sanitario, financiado públicamente, con dos unidades: una muy eficiente «cortando orejas» y otra muy ineficiente vacunando. Si la sociedad valora más un estado de inmunidad, los recursos deberían ir a la unidad con menor eficiencia de gestión

para poder, así, aumentar la eficiencia económica.

Tradicionalmente, estancias e ingresos han sido las medidas más empleadas de producción hospitalaria y en España se han utilizado como unidad de pago de los contratos de compra de servicios hospitalarios —«conciertos»— establecidos por las gestoras de la Seguridad Social. La estancia, como unidad de pago, incentiva la prolongación de la misma y estimula a elegir la patología más rentable. El ingreso, o admisión, también depende de la composición de la patología y ni coste por día de estancia ni coste por ingreso proporcionan criterios válidos de eficiencia de gestión, salvo en situaciones muy rudimentarias. El diagnóstico inicial aproxima la composición de los casos pero tiene el inconveniente de que un mismo diagnóstico inicial recibirá una cantidad de servicios muy variable en función de las características del paciente y del tratamiento que se indique. Así, una úlcera péptica sin cirugía ni diagnóstico secundario puede suponer 6 días de estancia, con endoscopia 12 y con intervención quirúrgica y diagnóstico secundario más de 21 días de estancia media. Debemos, por tanto, considerar simultáneamente los tres grupos de variables —paciente, diagnósticas y de tratamiento— e intentar establecer categorías homogéneas que permitan predecir la cantidad de servicios que una persona recibirá en el hospital. Y esto es lo que los Grupos Relacionados con el Diagnóstico consiguen.

* Candidato Doctoral de la John Hopkins University (EE.UU.)

QUÉ SON LOS GRD

Todo paciente es único pero tiene ciertas características demográficas, diagnósticas y terapéuticas comunes con otros pacientes que determinan el tipo y nivel de servicios que recibirá. Si pueden establecerse clases con los mismos atributos clínicos y procesos de atención similares, que cubran todas las admisiones, ya tenemos un sistema de clasificación.

La variable a explicar —los servicios que un paciente recibía durante su estancia en el hospital— fue medida, de forma aproximada, a través de los días totales de estancia, dato de clara definición y fácilmente obtenible. El coste total de los servicios prestados a un paciente hubiera constituido una mejor aproximación a la variable a explicar, pero ofrece problemas de estandarización y cálculo. Por otra parte, las variables explicativas fueron cinco: diagnóstico principal, diagnóstico secundario, procedimiento quirúrgico principal, procedimiento quirúrgico secundario y edad. El proceso de clasificación combinó la técnica estadística con el juicio clínico. La técnica estadística consistió en la aplicación de un método de clasificación —una variante del *Automatic Interaction Detector* de Sonquist y Morgan— que actúa según el criterio del atributo significativo.

Es atributo significativo aquella variable, de las cinco potencialmente explicativas, que maximiza la reducción de la varianza de la variable a explicar (los días totales de estancia de cada caso). Así, por ejemplo, la edad era un atributo significativo de la hernia de la cavidad abdominal, pero no de la úlcera péptica. Además de buscar la máxima reducción de la varianza en la variable a explicar, se exigía, estadísticamente, que los grupos resultantes de la aplicación del atributo significativo no fuesen excesivos, que la cantidad de historias dentro de cada grupo no fuese pequeña y que la estancia media fuese significativamente diferente entre los grupos resultantes. El juicio clínico se utilizaba, durante el proceso de clasificación, para evitar grupos con sentido estadístico pero clínicamente heterogéneos (hemorroides con falsos partos), para decidir acerca de una segunda o tercera subdivisión dentro de los grupos resultantes en primera instancia, etc.

La clasificación resultante, con 467 GRD, tiene las siguientes propiedades:

1. Las variables utilizadas para definir un caso son de las que habitualmente recogen los sistemas de información hospitalarios.
2. El número de GRD es manejable, los

grupos son exhaustivos y se excluyen mutuamente.

3. Cada GRD tiene significado clínico.
4. Los pacientes dentro de cada GRD tienen pautas de utilización similares, medidas éstas por la estancia total.

LIMITACIONES DE LOS GRD

Las limitaciones más importantes de los GRD derivan de la exclusión de los ambulatorios (a donde se desvían actividades anteriormente hospitalarias) y de la no consideración de los gastos de inversión, docencia e investigación. Los hospitales universitarios alegan atraer los

casos más graves y, por tanto, más costosos de cada GRD. Una posible solución pasa a través de la financiación, independiente de la asistencia, de todo lo que constituyen costes de docencia —directos e indirectos— e investigación. Otra propuesta de solución, desarrolla medidas de gravedad de los casos que permitan reducir la varianza dentro de cada GRD; ello supondrá incorporar otro dígito al resumen de alta y es posible que su inclusión se prevea ya en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades que actualmente se está elaborando.





BANCO DE UNICO DE EMIS

MIL PESETAS

El incentivo a la economía, que supone el hecho de que el hospital perciba como beneficio la parte de la tarifa por cada GRD que no ha constituido un coste, podría originar problemas de subprovisión o subindicación si los controles de calidad, los juicios por mala práctica profesional y la deontología médicas no actúan como fuerzas compensadoras.

Recordemos finalmente que el gasto hospitalario en una comunidad resulta de multiplicar las admisiones hospitalarias por el gasto medio por admisión. Los GRD influyen en el segundo factor en la medida que presionen las estancias me-

dias a la baja. Ahora bien, esto podría provocar un aumento en la tasa de frecuentación hospitalaria (más ingresos por ejemplo) e incluso un mayor gasto sanitario total.

CONFLICTO FACULTATIVOS-GESTORES Y GRD

Los facultativos indican aquellos servicios que son necesarios desde el punto de vista médico (siempre puede reducirse la incertidumbre sin que intervengan para nada consideraciones sobre uso alternativo de recursos), servicios que son demandados por el paciente ya que

el coste para él es pequeño en el momento del consumo, y que son suministrados debido a que el proveedor es totalmente reembolsado. Pese a ellos, los gestores son formalmente responsables del buen uso de los recursos sobre cuya utilización tienen una potestad limitada. Este divorcio responsabilidad administrativa-responsabilidad clínica plantea uno de los mayores problemas de organización hospitalaria. Los GRD, en esta perspectiva, aportan un lenguaje común a un problema común, el de la eficiencia hospitalaria, y son un paso más en el abordaje correcto de la trilogía autoridad-responsabilidad-incentivos. Resta:

- a) tener muy claro qué variables de las explicativas del funcionamiento hospitalario son responsabilidad de los facultativos (servicios indicados por caso, por ejemplo) y cuáles competen a los gestores (precio de los recursos utilizados, por ejemplo), para poder delegar la autoridad consecuentemente.
- b) diseñar incentivos que correspondan a tal autoridad-responsabilidad, sean inductores de eficiencia —lo que es tanto un problema sanitario como económico— y sean coherentes con el sistema sanitario y social.

LOS GRD EN ESPAÑA

Un país que financia públicamente el 74 % del gasto sanitario y que dispone de una importante red de propiedad pública debe utilizar, por razones de coherencia, eficiencia y equidad, criterios de necesidad sanitaria (demografía, mortalidad estandarizada según edad y sexo, morbilidad, incapacidad, etc.) a la hora de asignar recursos sanitarios. El conocimiento de cuáles son estas necesidades —y cuál su vulnerabilidad— comparado con el actual empleo de los recursos sanitarios (lo que supone utilizar y desarrollar, si hace falta, los sistemas de información sanitaria) permite la determinación de objetivos sanitarios sobre los cuales evaluar una gestión sanitaria. Todo ello precede y tiene mayor importancia que la consideración de la diferente composición de las admisiones hospitalarias, pero no elude el problema que la diferente composición plantea. Tanto la adecuada comparación propiedad/gestión pública-propiedad/gestión privada, como las consideraciones de equidad horizontal (tratar igual a los iguales) o un funcionamiento que incentive la eficiencia hospitalaria, pasa por tener en cuenta la composición de la patología atendida; en presupuestos y en «concertos». Los GRD son una forma viable de hacerlo.