

Unidad 1

Conceptos básicos de Grupos Relacionados al Diagnóstico.

GRD.

GRD para la gestión clínica.



Índice

Índice	2
Introducción.....	3
1.- Conceptos básicos de GRD.....	4
1.1 Así nacen los GRDs.....	4
1.2 Conceptos básicos.....	5
1.3 Algoritmo GRD.....	7
1.4 CMBD Conjunto Mínimo Básico de Datos.....	7
1.5 Diagnóstico.....	9
1.6 Procedimiento.....	9
1.7 Ejemplos de agrupador.....	10
Conclusión	13
Referencias bibliográficas	14

1. Introducción:

En noviembre del año 2009 los hospitales de alta complejidad del país inician un camino donde es posible establecer estándares de eficiencia en la actividad hospitalaria. Proporcionando información propia y comparable. Para este trabajo fueron reclutados enfermeros, matrones y médicos, que recibieron capacitación con dedicación exclusiva por un mes. Este trabajo estuvo a cargo de profesionales que ya tenían experiencia en la implementación de Sistema de Grupos Relacionados al Diagnóstico debido a la participación en un Proyecto FONDEF en el año 2002.

Para llevar a cabo el proyecto de “Implementación de Sistema de Grupos Relacionados al Diagnóstico en Hospitales de Alta Complejidad”, fue necesario considerar el número de egresos hospitalarios de cada una de las 16 instituciones participantes, con esta información estimar el recurso profesional codificador para alcanzar de manera progresiva el 100% de los egresos hospitalarios y realizar los primeros análisis de casuística hospitalaria. Esta iniciativa fue instruida por el Ministerio de Salud y necesitó la voluntad de los equipos Directivos para prescindir de profesionales clave en sus hospitales, con formación y experiencia en servicios clínicos como Urgencias, Unidades de Paciente Crítico, Pabellones, etcétera. Al regreso de la capacitación en los hospitales donde debían formarse las Unidades de Registro y Análisis de la Casuística Hospitalaria, las tareas de reclutar codificadores, establecer espacio físico y desarrollar flujos para la recopilación de información fueron los desafíos.

Hasta ese momento la extracción de datos se realizaba en todos los hospitales desde el registro clínico de papel, solamente un porcentaje de la información demográfica y administrativa era posible importar al sistema de codificación.

Lo que pretendía esta importante decisión era un cambio progresivo en el mecanismo de pago, estandarización en la actividad hospitalaria, benchmarking entre instituciones y levantar un conjunto de indicadores que permitieran monitorear el desempeño de la institución desde nivel central, acercando al gestor y al clínico. Por estas razones mencionadas y observando la experiencia internacional que significaba la implementación de este Sistema de Clasificación de Paciente como herramienta para la Gestión clínica es que se realizó la inversión y creación de las Unidades GRD en las instituciones.

La incorporación de hospitales fue progresiva y estuvo a cargo del Departamento de Desarrollo Estratégico y Programa Clínico Financiero del Ministerio de Salud. En el año 2011 se integran 23 instituciones y en el año 2012 otros 18 hospitales. Si bien en los inicios el sistema de clasificación a utilizar era la versión AP-GRD (All Patient), la decisión de comité de expertos es que desde el año 2010 sea el Sistema IR-GRD (Internacionales Refinados) el seleccionado para el país.

El sistema de clasificación actual IR-GRD permite codificar tanto actividad hospitalaria producto de los egresos asociados a cama, como también la actividad ambulatoria, siendo su eje principal el Procedimiento. Los GRDs llegaron a Chile para quedarse.

1. Conceptos Básicos GRD

1.1 Así nacen los GRDs

Revisando la historia y orígenes de los GRDs en Estados Unidos, es posible tener una idea de cuáles fueron las inquietudes y problemas que hicieron buscar esta solución como herramienta de gestión clínica a un grupo de expertos de la Universidad de Yale.

Los GRDs no se crearon con fines de pago, sino más bien como una herramienta de gestión que permite que las actividades en un hospital se midan, evalúen y hasta cierto punto se "controlen".

A principios de 1900, Eugene Codman, un **cirujano** del Hospital General de Massachusetts en Boston, tenía ya la idea de centrarse en los procesos de atención al paciente en lugar de los servicios de apoyo. En uno de sus discursos en Filadelfia en el año 1913 ya hacía referencia a que la problemática hospitalaria estaba en responder ¿Qué ocurre con los casos?, para esto encontraba necesario desarrollar informes que fueran públicos y estandarizados, permitiendo la comparación entre instituciones. En el año 1916 fue solicitada su renuncia al Departamento de Cirugía, por esta razón decidió formar **su propio hospital** y desarrollar su proyecto de "Sistema de Resultados Finales". La recopilación y registro estaba en manos de médicos, describir detalladamente cada uno de los procedimientos, incluir los errores, dar seguimiento a aquellos pacientes que abandonaban el hospital y consignar costos eran las actividades necesarias para establecer algo muy parecido a los GRDs.

Escribió un libro sobre dolencias del hombro cuya matriz de clasificación es similar a la de los GRDs. En 1920 no pudo concluir su trabajo, faltaba un sistema de medición para analizar gran volumen de datos. En el año 1969 Yale realizó un trabajo similar, pero debieron esperar dos años para desarrollar un analizador estadístico. El trabajo consistió en llamar a un **grupo de médicos que pudieran señalar ciertas similitudes en cuanto a los procesos de atención, procedimientos y elementos relevantes para un grupo de pacientes, había que establecer patrones y luego diferencia en los tratamientos.**

Ya en el año 1983 la Administración de los Estados Unidos adopta el empleo generalizado de los GRD como base para un nuevo sistema de pago hospitalario por parte de Medicare (Seguro federal que presta asistencia sanitaria).

Establecer la homogeneidad de los casos era lo más difícil, ya que sabemos que la producción de un hospital es: **cada paciente = un caso.**

Por eso crear y unificar los criterios de medición del producto hospitalario constituye un desafío, midiendo la actividad es posible gestionar y mejorar.

Para dar sentido a esta diversidad de casos de pacientes con consumo de recursos, nace el concepto de **isoclinica e isoconsumo**, es decir grupos de pacientes clínicamente similares con una intensidad de recursos similar. De esta manera se integra el juicio clínico con el análisis estadístico, se acercan así la medicina y la gestión.

1.2 Conceptos Básicos

Los GRD se basaron en cuatro características que se consideraron necesarias para cumplir con los requisitos de practicidad y significado:

- **Información recopilada rutinariamente:** considerando la información que se concentra en la historia clínica y datos demográficos del paciente, presentes en repositorio de datos en el hospital.
- **Números manejables:** Se logra al agrupar miles de egresos en un número acotado de GRDs, se realiza agrupación por sistema de órganos, considerando las Categorías Diagnosticas Mayores. (CDM).
- **Similitud en la intensidad de los recursos:** Existen procedimientos y tratamientos transversales para cada grupo de casos de determinada patología, por ejemplo, el TAC de cerebro para diagnosticar un Accidente Cerebro Vascular.
- **Coherencia clínica:** Comportamiento similar durante el proceso de atención, con una alta frecuencia, para ser considerado una clase de agrupación.

Complejidad del Case-Mix y consumo de recursos.

El **Case-Mix**, es un término cada vez más utilizado en ambientes de gestión hospitalaria y hace referencia a los distintos tipos de pacientes que consultan en un hospital. El uso de los GRDs permite conocer la casuística hospitalaria, facilitando la gestión y mejorando así sus resultados. La mayor complejidad de los casos es la afirmación de clínicos al justificar el incremento en uso de recursos, si mis casos son más complejos necesito más recursos para tratarlos. Por esta razón se hace necesaria una herramienta de gestión que permita comparar grupo de pacientes y determinar complejidad asociada al consumo de recursos.

En el libro DRGs Their Design and Development editado por Robert B Fetter, se hace referencia a la dificultad que tiene este concepto para ser definido, ya que: *“médicos, administradores y reguladores a menudo le atribuyen diferentes significados al concepto según sus antecedentes y propósitos. El término complejidad de mezcla de casos se refiere a un conjunto de atributos del paciente interrelacionados pero distintos, que incluyen severidad de enfermedades, pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de intervención e intensidad de recursos.*

Un caso cuya complejidad es mayor, se interpreta como que la gravedad de la enfermedad es mayor, tiene un mal pronóstico y por lo tanto la dificultad de tratamiento aumenta.

Conocer cada uno de estos atributos y sus definiciones permite al gestor y al clínico llegar a un punto de encuentro y lenguaje común.

Los conceptos que determinan complejidad son:

- **La gravedad de la enfermedad** se refiere a los niveles relativos de pérdida de función y mortalidad que pueden experimentar los pacientes con una enfermedad particular.

- **El pronóstico** se refiere al resultado probable de una enfermedad, incluida la probabilidad de mejoría o deterioro en la gravedad de la enfermedad, la probabilidad de recurrencia y la vida probable.

- **La dificultad del tratamiento** se refiere a los problemas de manejo del paciente que una enfermedad en particular presenta al proveedor de atención médica. Dichos problemas de gestión están asociados a enfermedades sin un patrón claro de síntomas, enfermedades que requieren procedimientos sofisticados y técnicamente difíciles, y enfermedades que requieren un monitoreo y supervisión rigurosos.

- **La necesidad de intervención** se relaciona con la gravedad de la enfermedad que produciría la falta de atención inmediata o continua.

- **La intensidad de los recursos** se refiere al volumen relativo y los tipos de servicios diagnósticos, terapéuticos y de cama utilizados en el tratamiento de una enfermedad en particular.

Debido a la incorporación de los GRDs en nuestro Sistema de Salud se introduce un nuevo concepto que es el **“Peso Relativo”** expresión numérica o medida que es asociada al consumo de recursos que tiene un GRD, Pesos Relativos elevados representan GRDs más complejos con mayor consumo de recursos.

Siguiendo esta lógica, el **IMC (Índice de Case-Mix) del hospital**, es el promedio de Pesos Relativos de su “Mezcla de Casos”. A nivel nacional ya es posible a establecer un Case-Mix global para hospitales públicos.

Considerando el total de GRDs que son parte de la cartera de servicios de una institución y teniendo disponible información para comparar, podemos decir que en Chile el establecimiento público más complejo es el Instituto Nacional de E. Respiratorias y Cirugía Torácica con un Peso Medio GRD entorno al 1,7 y el Instituto de Neurocirugía con Peso Medio GRD de 1,6.

Por lo tanto, el Índice de Case-Mix es un indicador que se obtiene de la suma de todos los Pesos Relativos de los GRDs, dividido por el número de egresos. Si el Índice de Case-Mix es alto, el hospital tiene casos más graves, más complejos y con un mayor consumo de recursos lo que puede justificar un mayor costo en la atención de sus pacientes.

Cuando los clínicos utilizan el concepto de complejidad de la casuística se refieren a aspectos de la complejidad clínica, es decir, los atributos mencionados anteriormente tienen una connotación negativa, como mayor gravedad, peor pronóstico, mayor dificultad en el tratamiento, esto es para ellos una mayor complejidad del case-mix.

Desde la mirada de los directivos y responsables de la administración, se utiliza el concepto mayor complejidad del case-mix para indicar que los pacientes atendidos requirieron más recursos y mayor costo para ser tratados.

Generalmente estas dos interpretaciones de la complejidad del case-mix están muy relacionadas, sin embargo, hay casos donde el pronóstico es malo, el paciente está gravemente enfermo, pero el requerimiento de recursos es bajo por ejemplo debido a la limitación del esfuerzo terapéutico. Entonces, ningún sistema de medición del case-mix es absolutamente infalible, al considerar todos los elementos de la complejidad de la casuística.

1.3 Algoritmo GRD

Particularidades del IR- GRD (Internacionales Refinados)

El IR-GRD es el sistema utilizado en Chile, tanto en el ámbito público como privado, logra la agrupación o clasificación de casos y su particularidad es que permite la codificación de pacientes provenientes como egresos de la **actividad ambulatoria y la actividad hospitalizados**, procedimientos de cirugía mayor y menor ambulatoria, por lo tanto, se puede codificar, medir y analizar toda la actividad del hospital.

Al egresar un paciente desde un servicio clínico, se realiza la lectura del episodio hospitalario, el profesional codificador utilizando nomenclatura CIE digita diagnósticos y procedimientos. La codificación **CIE-10 es para registro de diagnósticos y CIE-9-MC para procedimientos** y prestaciones. Con esta actividad ya se da inicio a la estandarización. Toda esta información es capturada por un agrupador que por medio de algoritmo va clasificando en grupos similares cada uno de los casos.

Importante es mencionar que mucha de la literatura disponible es en base a la agrupación AP-GRD donde el eje principal es el diagnóstico, **para el IR-GRD el eje de agrupación está centrado en el procedimiento**, pero no cualquiera, sino el que consuma mayor recurso o que esté más asociado con la CDM.

1.4 CMBD Conjunto Mínimo Básico de Datos

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), está conformado por una serie de variables, es una base de datos clínicos y administrativos que proceden de la historia clínica o del informe de alta (epicrisis) y se obtienen al egreso del paciente.

*“Se define como Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) a los registros de información que incluye los datos clínicos, demográficos y administrativos de los egresos en cada hospitalización y que proporciona información básica sobre el usuario, sobre el centro, servicio o unidad que lo atiende y sobre su proceso asistencial. La fuente básica de información para la captura y validación del CMBD es la ficha clínica y todos los registros que la componen ya sea en papel y/o electrónico”. **Manual de orientación para la captura y procesamiento de los egresos hospitalarios en el Sistema de Clasificación de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) MINSAL 2019.***

La importancia del CMBD, está determinada por la necesidad de contar con una fuente de datos uniforme y suficiente, que ayude a los procesos de gestión hospitalaria, la implantación de nuevos sistemas de financiamiento, la elaboración de indicadores de producción y utilización, la mejora de la calidad asistencial y la disponibilidad de información para la investigación clínica y epidemiológica.

Los datos básicos o variables del C.M.B.D. necesarios para GRD son:

El número de Historia Clínica debe ser único para cada paciente, evitando la duplicidad de información y saber el número de reingresos que se producen en un hospital. El número de reingreso en un tiempo determinado (normalmente no más allá de 72 horas por el mismo GRD) da idea de una mala praxis.

La Fecha de Nacimiento deberá ir con día, mes, año; y esta nunca puede ser mayor que la fecha de alta. Es relevante para la agrupación de casos neonatales.

El Sexo se indicará como masculino, femenino o indeterminado. Se torna relevante en la agrupación, ya que puede dar GRD de error en casos donde el diagnóstico va asociado solamente a hombres o mujeres, por ejemplo, Cáncer de próstata y Parto respectivamente. (considerar esta explicación solamente para aprender algoritmo de agrupador, es contradictorio con la evolución en base a identidad de género)

La Fecha de Ingreso para la agrupación de GRD es importante en que se indique día, mes y año que lógicamente nunca podrá ser mayor que la fecha de nacimiento.

Las Circunstancias del Ingreso se refieren a si el paciente ingresó de forma urgente o de forma programada.

Los Diagnósticos se pueden codificar con la CIE-10.

La CIE **Clasificación Internacional de Enfermedades**, no es únicamente una lista de términos, sino que además la CIE trata también de establecer una relación coherente entre todos esos términos. La CIE hasta llegar a su número 10, que es la clasificación en vigor, ha tenido diferentes actualizaciones y mejoras para definir mejor la morbilidad. En Europa se utiliza en la mayoría de los países una “hija” de la CIE-9 que denominada CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica) tanto para los diagnósticos como para los procedimientos, y es la utilizada para la agrupación de pacientes GRD. Actualmente existe una versión para poder ser utilizada con la CIE-10,

pero **los procedimientos tienen que ser codificados con la CIE-9-MC** sino es imposible asignar un GRD a un paciente.

Los Procedimientos y otros procedimientos, se deben codificar con la CIE-9-MC

Ya sean estos tanto diagnósticos como quirúrgicos, como ginecológicos o terapéuticos, es el único sistema que en este momento puede leer el agrupador para definir el GRD.

Fecha de Egreso es suficiente para la agrupación de GRD en que se indique día, mes y año que lógicamente nunca podrá ser mayor que la fecha de nacimiento ni que la fecha de ingreso.

Circunstancias del Egreso esta variable quiere expresar como ha sido el egreso de paciente, para el sistema GRD es suficiente con dos variables. Pero en realidad existen más opciones, fallecimiento (el paciente ha fallecido antes del egreso o en el momento del egreso), alta a su domicilio, egreso voluntario del paciente, alta y traslado a otro centro, etc.

1.5 Diagnóstico

Diagnóstico principal: Afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos.

Diagnósticos secundarios: Todas las afecciones que coexisten en el momento de la admisión, las que se desarrollan posteriormente o las que afectan el tratamiento recibido y/o la internación. Se excluyen los diagnósticos que se relacionan con un episodio de hospitalización anterior y que no tienen ninguna relación con la actual estadía en el hospital. *Manual de orientación para la captura y procesamiento de los egresos hospitalarios en el Sistema de Clasificación de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) MINSAL 2019.*

1.6 Procedimiento

Procedimiento principal Es el procedimiento clasificado en la categoría de mayor consumo de recursos, es el que determina la asignación del GRD. Toda vez que se realice una intervención quirúrgica, esta debe ir siempre como procedimiento principal, es decir en primer lugar.

Procedimientos secundarios Son todos aquellos procedimientos realizados durante el episodio de hospitalización, tanto diagnósticos, terapéuticos, médicos y quirúrgicos.

1.7 Ejemplos de agrupador.

Paciente masculino de 13 años hospitalizado en servicio clínico del 1 al 8 de abril, con alta al domicilio, consulta por fiebre. Trae examen de Orina completa y urocultivo de institución privada (+) para E. Coli. Durante la hospitalización se administra antibiótico e.v., suero fisiológico e.v., se toma ecografía vías urinarias. Diagnóstico de egreso en epicrisis ITU por E. Coli, tratamiento Antibiótico y eco- vías urinarias.

Al realizar la codificación de este caso se procede a revisar y completar datos administrativos y demográficos. Al leer toda la historia del episodio de hospitalización es posible establecer lo siguiente:

Datos administrativos									
Estado	N.Historia	Egreso N°	Edad (días)	Sexo	Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Condición de Egreso	Servicio Egreso	Tipo de Actividad
Sin codificar	1234	1234		Hombre	01/04/2023 00:00	08/04/2023 00:00	Domicilio	Medicina	Hospitalización

Diagnósticos CIE-10-OMS (2013)			Procedimientos CIE-9-MC 32.0 (2014)			
Código	Descripción	POA	Código	Descripción	Lateralidad	Externo
1 N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	No	1 99.21	INYECCION ANTIBIOTICO		☐
2 B96.2	Escherichia coli [E. coli] como causa de enfermedades c...	No	2 99.29	INYECCION SUSTANCIA TERAPEUTICA O PRO...		☐
			3 88.75	ECOGRAFIA APARATO URINARIO		☐

IMAGEN para referencia CODER empresa SIGESA. Solo para uso de capacitación.

El agrupador realizará las siguientes preguntas en su algoritmo:

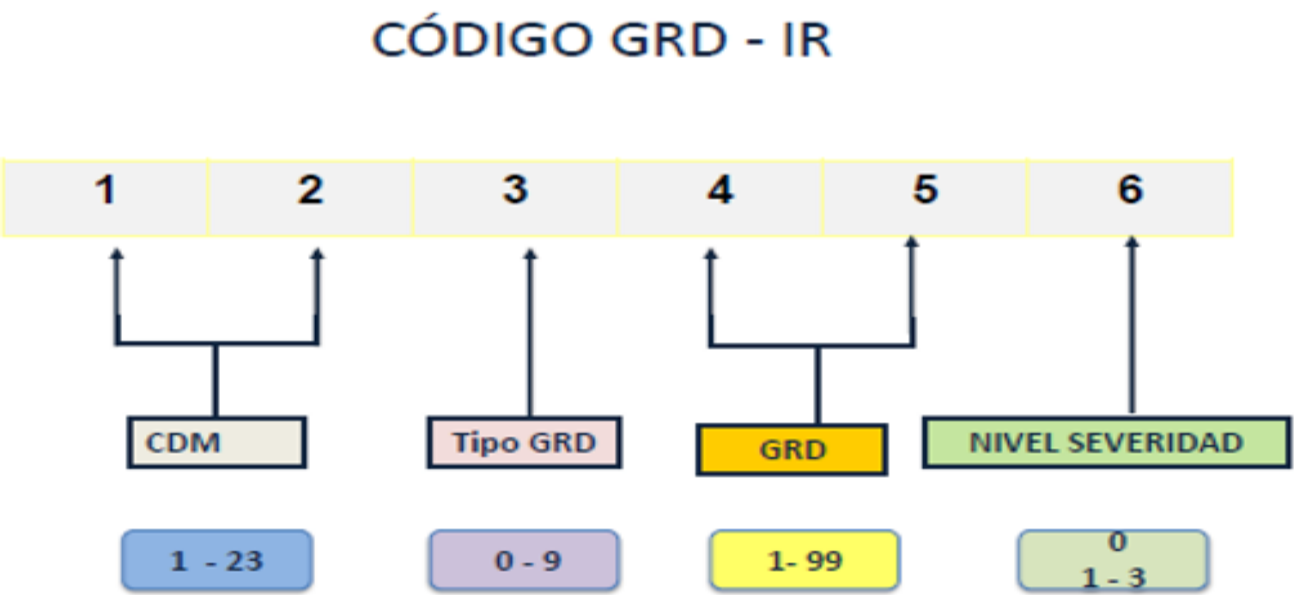
1. ¿El evento hospitalario corresponde a un parto? NO
2. ¿El episodio Hospitalario corresponde a un caso de un paciente menor a 7 días de edad? NO
3. El Procedimiento principal corresponde a un procedimiento clase A (por ejemplo, una Cirugía, un Procedimiento invasivo relevante) NO
4. ¿El Procedimiento principal corresponde a un procedimiento clase B? NO
5. ¿El Paciente está hospitalizado? **SI**, entonces **asígnese GRD tipo 4 y como es un paciente con patología urinaria se asignará la CDM o categoría diagnóstica mayor N°11**
6. Con esta información ya podrá conocer el origen de los primeros tres números del GRD.

GRD ALTA		GRD INGRESO		CALCULAR GRD		COMBINACIONES	
Familia	IR	Versión	3.0	Norma			

Familia GRD	Versión GRD	GRD	CDM	Tipo GRD	Peso	Gravedad	Mortalidad E
IR	3.0	114121 - MH INFECCIONES DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO, MENOR	11 - ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL APARATO URINARIO	4 - GRD-IR Médicos para Pacientes Hospitalizados	0,4258	1 - Menor	1 - Menor

IMAGEN para referencia CODER empresa SIGESA. Solo para uso de capacitación.

Figura 1: Esquema Código IRGRD que acompaña a Glosa.



Lectura Complementaria



“La importancia del CMBD está determinada por la necesidad de disponer de una fuente de datos uniforme y suficiente, que posibilite los procesos de gestión hospitalaria, la implantación de nuevos sistemas de financiación, la elaboración de indicadores de rendimiento y utilización, el control de la calidad asistencial y la disponibilidad de información para la investigación clínica y epidemiológica”

Experiencia en el desarrollo e implementación de la metodología de grupos relacionados por diagnóstico en un hospital universitario chileno. Evaluación a diez años de funcionamiento.

Conclusión

¿De qué forma se pueden aplicar estos contenidos en la realidad laboral?

Cada actividad realizada en la atención clínica tiene un impacto en el área administrativa, el olvidar registrar algún dato en la ficha clínica puede traer consecuencias incluso en la ocurrencia de eventos adversos. Lo que pretende esta capacitación es mostrar las implicancias del registro completo y en este caso la oportunidad que nos brinda la tecnología con un sistema de gestión clínica ya implementado y robusto, para evaluar el desempeño de la institución.

El poder monitorear con indicadores que mas del 85% de las instituciones de salud publica tienen implementado y bajo la estandarización de un sistema de medición sirve para establecer en que aspectos estamos funcionando de manera ejemplar y que puede servir a otros como también nos puede mostrar que debemos mejorar para llegar antes y mejor a la atención de nuestros usuarios.

Sin duda el GRD no es la solución a todas las problemáticas, pero aún no alcanzamos la máxima explotación de sus datos y atributos.

Referencias bibliográficas

- Experiencia en el desarrollo e implementación de la metodología de grupos relacionados por diagnóstico en un hospital universitario chileno. Evaluación a diez años de funcionamiento. **Lectura complementaria.**
- Manual de orientación para la captura y procesamiento de los egresos hospitalarios en el Sistema de Clasificación de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) MINSAL 2019.



Reservados todos los derechos de VASPER CAPACITA. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de VASPER CAPACITA. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.