



Historia de los GRDs

El diseño y desarrollo de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (**GRDs**), comenzó en Yale a fines de los años sesenta. Los primeros "Grupos de Pacientes" fueron documentados en 1973, y constaban de 54 Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) y 333 grupos (GRDs) finales. Posterior a esta hubo otras versiones, y fue hasta 1983, cuando el Congreso de EE.UU. realizó una enmienda al Acta del Seguro Social para que incluyera un sistema de pagos nacional basado en los GRDs para todos los pacientes con Medicare.

Existen sistemas de GRDs con diferentes características. A continuación está una breve descripción de dos de estos. Se eligieron estos ya que el primero, HCFA-GRDs, es el más utilizado en EEUU. El segundo, IR-GRDs, es la versión más avanzada en GRDs, con un enfoque y objetivos específicos, **adaptarse al país donde se implementen sin perder sus características de:**

- Comparabilidad Internacional
- Facilidad de Adaptación a los Sistemas Locales de Codificación
- Tres Niveles de Severidad Consistentes

Medicare GRDs

Los beneficiarios de Medicare son personas con edad mayor a los 65 años, y ésta es la principal razón por la que estos **GRDs** se enfocan a una población con características específicas, y que se basa en un sistema de codificación fijo (CIE9MC para Diagnósticos y Procedimientos). En caso de que un país que no utiliza la CIE9MC tanto para Diagnósticos como para Procedimientos decidiera adoptar este sistema de clasificación de pacientes, forzosamente tendría que recurrir al proceso de "mapeo", que es "traducir" el sistema de codificación del país, a la CIE9MC, lo cual aumenta la probabilidad de errores en asignación de los pacientes a un GRD, además de perder la precisión clínica.

Internacional Refinados / IR-GRD's

Anteriormente los sistemas de clasificación utilizados en otros países eran sistemas específicos de EEUU "adoptados". Con la rápida adopción de la CIE-10 fuera de EEUU, se hizo evidente que los sistemas de clasificación de pacientes (GRDs) "estándar" que se basaban en la CIE-9-CM, no se podían adaptar a los todos diferentes sistemas de codificación de los países sin tener que recurrir al proceso de "mapeo o transcodificación" de códigos. Este último lleva a una pérdida de precisión clínica y por consecuencia, pérdida en la precisión en cálculo de costos, además de aumentar las probabilidades de tener errores en la asignación del GRD al paciente. El equipo de investigación clínica de 3M HIS dentro de su experiencia implementando **GRDs** en diversos países, encontró la necesidad de crear un nuevo sistema de clasificación de pacientes que se adoptara de manera directa a las necesidades de cada país. Los objetivos en la creación de los **IR-GRDs** fueron desarrollar un sistema de clasificación que constituya una mejor base para:

- Análisis Comparativo Ajustado por Casuística
- Administración de Recursos
- Elaboración de Presupuestos
- Sistemas de Pago
- Gestión Clínica
- Benchmarking
- Investigación Clínica
- Informes de Calidad

Los criterios para la asignación a un nivel de severidad dependen de la interacción entre el diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios, los procedimientos dentro y fuera del quirófano, la edad, el sexo,



el peso del recién nacido y la estancia hospitalaria. Finalmente, cada GRD base se asignó a uno de tres niveles de severidad.

- Nivel 1 = Sin Complicaciones ó Comorbilidades (CC)
- Nivel 2 = Con CC
- Nivel 3 = Con CC Mayores

Finalmente se desarrolló el sistema con una numeración de **GRD** de cinco dígitos más lógico e intuitivo:

- Los dos primeros indican la CDM (Categoría Diagnóstica Mayor)
- Los segundos dos dígitos identifican el GRD Base
- El último dígito identifica el nivel de severidad de la enfermedad (sin CC, con CC y con CC Mayores)

Preguntas y Respuestas

¿Cómo podríamos definir los DRGs?

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (DRG's), son un modelo de clasificación de pacientes que agrupa los pacientes que atiende un hospital basado en sus características clínicas y en su consumo de recursos. Estos grupos son mutuamente excluyentes, además de ser homogéneos tanto clínica como financieramente. Únicamente clasifica pacientes admitidos u hospitalizados, asignando así un GRD por paciente por admisión.

¿Por qué y para qué fueron diseñados?

El objetivo al crear los GRDs fue el diseñar un método para poder separar los productos hospitalarios o casos atendidos, para el estudio y gestión hospitalaria; mismo que apoyaría un esquema de distribución de recursos basado en la casuística real que atiende el hospital. Otros objetivos logrados con su implementación han sido los de comunicación entre áreas financieras y áreas hospitalarias; además de establecer un lenguaje común para la comunicación y comparación entre diferentes hospitales dentro y fuera de un país.

¿Qué ofrecen los DRGs frente a otros tipos de clasificaciones de pacientes, Ej.: CIE 9 - CIE 10?

Los sistemas de codificación describen las características de los pacientes como la diabetes, embarazo o procedimientos como la apendicectomía. Los GRDs son un modelo categórico que utiliza una combinación de características individuales de los pacientes y procedimientos y los clasifica en grupos clínica y financieramente homogéneos.

¿Cuál es la interacción entre DRGs y estos tipos de clasificaciones?

Los GRDs requieren una infraestructura de datos sobre los cuales se formula un algoritmo estandarizado que lleva a cabo la agrupación a categorías predeterminadas, misma que se denomina Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB). Entre los datos requeridos están: Edad, Sexo, Circunstancia de Alta, Días de Estancia, Peso del Recién Nacido, Diagnóstico Principal, Diagnósticos Secundarios (Complicaciones y Comorbilidades), y el Procedimiento Principal y Secundarios en caso de haberse realizado alguno. Como ya se mencionó, estos Diagnósticos y Procedimientos están codificados en base a la CIE.

¿Que tipos de agrupaciones de DRGs existen y por qué?

Aún cuando existen diferentes tipo de agrupadores, todos provienen de los mismos agrupadores base, que son los de HCFA-GRDs (Health Care Finance Administration DRGs) creados en 1983, los AP-GRDs (All Patient DRGs) creados en 1988, los APR-GRDs (All Patient Refined DRGs) creados en 1994 y los IR-GRDs (International Refined DRGs) creados en el 2000. El motivo de que existan diferentes tecnologías se basa en la evolución y los objetivos que se han tratado de cubrir con estos agrupadores. La iniciativa en el diseño de los HCFA-GRDs está explicada en la primera pregunta, lo cual nos lleva a la pregunta de porqué diseñar los AP-GRDs?



Sin entrar a detalles de diseño y de historia, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York realizó un estudio para verificar la veracidad de utilizar los HCFA-GRDS para cubrir la población de su Estado, y no solo los pacientes Estadounidenses mayores a 65 años. Los resultados indicaron que no estaba describiendo clínica ni en costos la población, motivo por el cual se emprendió a crear los AP-GRDs. Con este paso, se incluyeron categorías para los pacientes con VIH y Trauma Múltiple, se introdujeron GRDs basados en el peso del Recién Nacido como grupos diferentes, y por último, y la innovación más importante, se incluyeron niveles de severidad de la enfermedad basado en los diagnósticos secundarios, edad, sexo, y la existencia de procedimientos fuera de quirófano, lo anterior basado en la interacción de cada uno con el diagnóstico principal. Los APR-GRDS utilizaron los AP-GRDs como base para su desarrollo, y agregaron niveles de severidad y el concepto de riesgo de mortalidad. Su descripción de severidad de enfermedad se refiere a la extensión en pérdida de funcionamiento de los sistemas de órganos ó descompensación fisiológica, y el riesgo de mortalidad es descrito como la probabilidad de que el paciente muera.

Con lo anterior, los APR-GRDs se dividen en tres categorías: GRDs base, severidad de la enfermedad y riesgo de mortalidad. Tanto los HCFA-GRDs, los AP-GRDs, como los APR-GRDs fueron diseñados para agrupar únicamente con códigos CIE9MC. Hacia finales de la década de los 90's, se planteó diseñar un sistema de clasificación basado en los AP-GRDs y APR-GRDs que facilitara la adopción a cualquier país independientemente del sistema de codificación de diagnósticos y de procedimientos (CIE10, CIE9MC, CPT4, etc.) que este utilice. Lo anterior además de introducir la estructura lógica y no consecutiva manteniendo una estructura consistente en los 3 niveles de severidad. Con base a las necesidades de hacer "nativos" a estos sistemas, los países han modificado o solicitado el que se modifiquen los agrupadores ya mencionados. Se han desarrollado varios agrupadores nativos al país en los últimos 10 años, cuyas raíces se encuentran en los agrupadores de HCFA, AP ó IR (Ej. CMGs en Canadá, HRGs en UK, GHM en France, ARs en Australia). En cada caso la adaptación no ha sido una tarea fácil.

3M HIS reconoce la necesidad de desarrollar un agrupador que fuese fácil de adaptar a las necesidades específicas de cada país, a lo cuál diseño los GRDs Internacional Refinados. En el corto tiempo desde que se introdujeron los IR-GRDs, ya se han creado diversas versiones específicas a los países, lo anterior a una fracción del costo y tiempo a los desarrollos anteriores de agrupadores específicos al país. Existen hoy la versión específica de la Rep. Checa, Sudáfrica, México, Singapur y Bulgaria.

¿Qué no son los DRGs?

Paquetes Quirúrgicos - Los GRDs clasifican los casos por severidad de la enfermedad de todos los pacientes hospitalizados. Los casos quirúrgicos están separados por severidad y no por el procedimiento realizado.

Método para Recortar el Presupuesto de Salud - El concepto de Casuística puede Asegurar que estarán Disponibles Suficientes Fondos y se Distribuirán Racionalmente

Herramienta para Controlar Médicos - El concepto de Casuística puede ser utilizada para Comparar Clases de Tratamientos que dan los Médicos a los Pacientes

Método para Cambiar las Prácticas Laborales de los Hospitales - Hospitales pueden emplear la información para Examinar Prácticas e Identificar la Necesidad de Cambios

Una forma de Quitar Poder en la Administración de Salud de Doctores y Enfermeras - El concepto de Casuística promueve en los Médicos y Enfermeras mejoras en la Administración del Cuidado de la Salud

¿Por qué el creciente interés a nivel mundial en utilizar sistemas de clasificación de pacientes basados en DRGs?

Les provee un método científico que tiene relevancia clínica y financiera en la metodología de control estadístico de los procesos tales como la Mejora Continua de la Calidad y Six Sigma. Es importante entender que los GRDs apoyan la descripción de la Complejidad de Casuística que tratan los hospitales por medio del Índice de Complejidad de Casuística (ICC), ó CaseMix Index (CMI). La asignación de recursos basada en el ICC es una manera de asignar recursos con base a la casuística tratada y no en el histórico, y que a la vez apoye la Gestión Clínica.

¿Qué factores deben ser tenidos en cuenta a la hora de ser usados como herramientas de pago, por ejemplo, si es un hospital de enseñanza, la distribución geográfica, etc?



Existen muchos ajustes en este para este tema: desarrollo del sistema de pagos en sí, lineamientos en pagos, desarrollo de pesos en costos relativos, ajustes basados en ubicación geográfica, en las características de los hospitales, etc.

¿Qué tipo de evidencia se tiene (de gestión o económicos) de los beneficios de los DRGs?

Reducción en los tiempos de estancia en Italia, Portugal y EEUU, lo cual está bien documentado desde la implementación de los GRDs. Transferencia de hospitalización al escenario ambulatorio documentado en EEUU, por medio de proveer incentivo o una motivación hacia el uso más eficiente de recursos.

¿Qué beneficios traen los DRGs a nivel intrahospitalario para un Director Médico y un Director Administrativo?

Sus principales beneficios se refieren al establecer un medio de comunicación entre las áreas Médicas y las Financieras / Administrativas, apoyan el control estadístico de los procesos, además de mejorar el conocimiento del aprovechamiento de los recursos en cada centro de costo por paciente.

¿Cómo podrían los DRGs ayudar en las relaciones entre los pagadores y prestadores (auditoría, ahorros, etc)?

Algunas de las ventajas son:

- Calendarización de los Pagos
- Aseguramiento que los pagos sean adecuados basado en las necesidades de los pacientes y el esfuerzo del proveedor (Médico)
- Análisis eficiente del presupuesto
- Gastos Predecibles
- Mayor entendimiento de los Servicios u Atención proveída
- Facilita los Reportes Comparativos

Bibliografía

- Thompson, JD, Averill, RF, Fetter, RB
"Planning, Budgeting, and Controlling - One Look at the Future: Case-Mix Cost Accounting", Health Services Research - Summer 1979
- Pettengill, J., Vertrees, J.
"Reliability and Validity in Hospital Case-Mix Measurement", Health Care Financing Review/December 1982/Vol 4, No 2

Artículos de Investigación

- The Evolution of Casemix Measurement Using DRG's
- Public Dissemination of Provider Performance Comparisons Comparing Hospital Performance Across Time Periods
- Comparing Hospital Performance Across Time Periods
- Development of a Prospective Payment System for Hospital-Based Outpatient Care
- Development and Evaluation of Clinical Risk Groups (CRGs)
- Development of the ICD-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS)
- Monitoring Coding Compliance
- Development and Evaluation of Clinical Risk Groups (CRGs) (Final Report)
- Bibliography of all articles

Fuente: <http://cms.3m.com/cms/MX/es/0-253/kRFzcFS/view.jhtml>