UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS

ESCUELA DE POSGRADO

Carrera de Especialización en Farmacia Hospitalaria

Desarrollo de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en un Hospital Público:
Implementación de un modelo de Gestión Clínica.

Trabajo integrador final para acceder al
Título de Especialista en Farmacia Hospitalaria

Farm. Patricia Graciela Sierra

CÓRDOBA
REPÚBLICA ARGENTINA

-2014-

TRIBUNAL EVALUADOR

Coordinador/a:

Dra. Sonia A. N. Uema

Integrantes:

Dr. Ruben H. Manzo

Mag. Ángela C. Ortega

A Sara y a Pancho,
ellos hicieron de mí
la persona que soy.
Me enseñaron a luchar por
lo que quiero,
por lo que considero justo
y no darme por vencida.

AGRADECIMIENTOS

"El milagro no es que haya terminado.
El milagro es que tuve el valor de comenzar."
John A. Bingham

Mi agradecimiento a la Directora de la Carrera de Especialización en Farmacia Hospitalaria, a los Integrantes de la Comisión Asesora de la Especialidad y al equipo docente, por habernos brindado la posibilidad de acceder a esta instancia de capacitación tan importante para nuestra profesión. En lo personal, gracias por todo el apoyo recibido, que me permitió llegar hasta este día.

A mis compañeros de especialidad, a las que llegaron a la meta y a los que decidieron no seguir, a cada uno… ¡¡Gracias!!: por compartir, por ser parte de este equipo, por luchar cada día, para el reconocimiento de nuestra profesión.

Agradezco a mis colegas y compañeros de trabajo, por el aguante y el aliento a seguir cuando, en más de una oportunidad quise bajar los brazos. Por aceptar los cambios y las propuestas que surgieron, a lo largo del cursado, y por sumarse a la aventura de proyectos quijotescos, innovaciones y desafíos que hoy les propongo, con las herramientas que me brindó la carrera.

A ellas… Lili, Kari, Mely, incondicionales, mis respaldos, gracias, por estar siempre, para escucharme, retarme, alentarme o para unos simples mates, sin necesidad de que lo pida.

A mis hijos… Aldana y Martín: crecieron con una mamá farmacéutica hospitalaria, 24 horas al día, los 365 días del año, que atiende el teléfono a cualquier hora y que se le ocurrió volver a la facultad con casi 50 años ¡¡¡Gracias mis soles!!! ¡Gracias por apoyarme en tantas cosas!

Por último y resaltado quiero agradecer muy especialmente a Sonia, por su invalorable apoyo, por el aguante, su perseverancia, su insistencia y, sobre todo, su interminable paciencia para lograr que terminara el TIF. Gracias por las citas Vancouver, por las comas y los acentos, por acortar los párrafos, por las charlas, los mates y el: …"y, de nuevo desaparecida",… "Vamos que ya falta poco" No tengo palabras para agradecer su actitud. ¡¡¡Gracias Sonia!!! ¡Vamos por más!

Patri

ÍNDICE

RESUMEN ..... *vi*

SUMMARY ..... *vii*

ABREVIATURAS Y SIGLAS ..... *viii*

GLOSARIO ..... *viii*

INTRODUCCIÓN 1

De la administración a la gestión clínica 1

Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) 3

OBJETIVOS 6

MATERIALES Y MÉTODOS 7

RESULTADOS Y DISCUSIÓN 11

CONCLUSIONES 22

REFLEXIONES FINALES 23

BIBLIOGRAFÍA 24

ANEXO 29

APÉNDICE I 34

APÉNDICE II 37

RESUMEN

La clasificación de los pacientes mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), constituye un sistema que agrupa episodios de internación por patologías, asociados al consumo de recursos.

El objetivo del presente trabajo es determinar la disponibilidad de información confiable y suficiente en la Historia Clínica al momento del alta hospitalaria de los pacientes en un Hospital Público Provincial de alta complejidad y desarrollar los GRD para la Institución a partir de las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) seleccionadas.

Se realizó un diagnóstico de situación inicial, en el Hospital Córdoba, acerca de la disponibilidad de datos a través del análisis de las HC del segundo semestre del 2010 y se determinaron las variables a incluir en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de hospitalización.

El análisis de situación del hospital permitió verificar la falta de una política única en términos de información, que incluyen la producción de informes y reportes estadísticos, provistos a los niveles de conducción de manera tardía.

Se codificaron los diagnósticos al egreso del paciente según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10, se ubicaron en la CDM y se le asignó al GRD correspondiente.

Se revisaron 2.500 HC, en las cuales, una de las principales dificultades fue la falta de información médica. El 30% de las altas evaluadas no contaban con la información suficiente para conformar el CMBD y, por lo tanto, no se pudieron ubicar en las CDM ni asignar a un GRD.

Se desarrollaron 20 GRD, 9 médicos y 11 quirúrgicos. La consideración de estos GRD pone de manifiesto la diversidad de la casuística de la Institución. El análisis de los resultados se realizó, fundamentalmente, en función del valor de costos obtenidos.

El GRD 05-110 fue el de mayor costo ($ 27.229,59), de cirugías cardiovasculares, que representó el 5 % de total de cirugías. Es una de las patologías de mayor complejidad asistidas en la Institución.

El 20% de cirugías correspondió a los GRD 06-146 y 06-148, procedimiento quirúrgico del aparato digestivo. Las neurocirugías en el GRD 01-002 ocuparon el cuarto lugar en costo, siendo cirugías de alta complejidad con alto impacto en los días de estancia.

El GRD 18-472, patologías por quemaduras, ocupó el sexto lugar por costo y correspondió al 30% de las intervenciones realizadas.

Se concluye que la información disponible es escasa al momento del alta hospitalaria, no obstante, es posible desarrollar los GRD en la Institución, a pesar de las limitaciones encontradas y las adaptaciones requeridas.

PALABRAS CLAVES:

Grupos Relacionados por el Diagnóstico - Administración Hospitalaria - Costos de Hospital - Registros Médicos - Gestión de la Información.

Development of Diagnosis Related Groups (DRG) at a public hospital: Implementing a Clinical Management model.

SUMMARY

The classification of patients by using Diagnosis Related Groups (DRG) constitutes a system that groups episodes of hospitalization by pathologies, associated to resources consumption.
The aim of this work is to determine the availability of reliable and sufficient information in the medical record at patient discharge, in a high complexity Public Provincial Hospital, and to develop the DRG for the Institution based on the main diagnostic categories (MDC) selected.
An initial situational diagnosis at the Hospital Córdoba about the data availability through the medical records analysis during the 2nd semester of 2010 was carried out. The variables to include in the minimum basic conjunction of hospitalization data were determined.
The hospital situational analysis let verify the lack of a unique policy in terms of information, that include the production of documents and statistical reports provided to the decisional levels, in a delayed way.
The diagnosis at patient discharge were coded according to International Classification of Diseases 10, and then placed in the MDC, and the corresponding DRG was assigned.
Two thousands and five hundred medical records were revised and one of the main difficulties was the lack of medical information. The 30% of patient discharges evaluated had insufficient information to establish the minimum basic conjunction of data. Therefore, neither the MDC nor a DRG were located or assigned.
Twenty DRG, 9 medical and 11 surgical ones, were developed. The consideration of those DRG shows up the diversity of case-mix at the Institution. The analysis of the results was fundamentally made based on the obtained cost value.
DRG 05-110 belonging to cardiovascular surgeries was the most expensive with $ 27,229.59 and represented the 5% of all surgeries. It is one of the most complex pathologies attended at the Institution.
Twenty percent of surgeries corresponded to the DRG 06-146 and 06-148, related to surgical procedure of alimentary tract. Neurosurgeries from DRG 01-002 were situated on the 4th place by cost. They are high complexity surgeries with high impact in bed days for inpatients.
DRG 18-472 associated to burns were located on the 6th place by cost, but corresponded to 30% of all the surgeries done.
The insufficiency of available information at hospital discharge was concluded. However, it is possible to develop the DRG at the hospital, in spite of the founded constraints and the required adjustments.

KEY WORDS:

Diagnosis Related Groups - Hospital Administration - Hospital Costs - Medical Records – Information Management.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

CDM: Categorías Diagnósticas Mayores.

CEMIC: Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión.

CIE 9 MC: Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, Modificaciones Clínicas.

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.

GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

HC: Historia Clínica.

IR-GRD: Internacionales Refinados – Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

SCP: Sistemas de Clasificación de Pacientes.

TIC: Tecnologías de la Información y Comunicaciones

GLOSARIO

Gestión Clínica: es una forma de gestionar las unidades asistenciales, basada fundamentalmente en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos.

Producto Hospitalario: es la producción final del proceso de atención hospitalaria, fruto de las distintas actividades ejecutadas por la organización en la atención de un determinado paciente, desde su ingreso hasta el alta.

Grupos Relacionados por el Diagnóstico: son un sistema de clasificación de pacientes que egresan de un hospital, se basa en la agrupación de los mismos, a partir de la información contenida en la hoja de cierre de la historia clínica (CMDB), conformando grupos homogéneos en cuanto a consumo de recursos y con coherencia.

Categorías Diagnósticas mayores: es la agrupación de todos los diagnósticos principales posibles en 25 categorías diagnósticas principales mutuamente excluyentes, corresponden a un único sistema orgánico o etiología y se asocian a una especialidad médica determinada.

Conjunto Mínimo Básico de Datos: es un conjunto de variables, clínicas y administrativas, obtenidas en el momento del ingreso y del alta, que proporcionan datos del paciente, su entorno, proceso asistencial y los resultados del mismo.

Casuística o Case mix: se refiere a un conjunto interrelacionado, pero bien distinto, de atributos de los pacientes que incluyen la gravedad de la enfermedad, su pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de actuación médica e intensidad de consumo de recursos.

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. Si no se hizo ningún diagnóstico debe seleccionarse como afección principal, el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante.

Proceso: es un grupo de actividades interrelacionadas y que están caracterizadas por un número de tareas específicas que dan valor añadido al mismo, para producir un resultado óptimo.

Sistemas de información: es el conjunto de procedimientos encaminados a proporcionar los elementos de juicios necesarios en el proceso de dirección, planificación, control y toma de decisiones, de una gestión.

Capítulo 1
INTRODUCCIÓN

De la administración a la gestión clínica

La medición de la calidad de la atención médica es uno de los desafíos más importantes de los últimos años. El cambio tecnológico y sociocultural producido en las últimas décadas ha generado nuevos sistemas de control y los factores del éxito no sólo están ligados a la eficacia y la disminución de los costos, sino también a aspectos como la satisfacción del cliente y la mejora continua de la calidad. (1)

La nueva gestión pública implica pasar del concepto de administrar, vinculado a seguir instrucciones, al de gestionar, orientado a obtener resultados.

El creciente número de las intervenciones y los costos elevados de los procesos han llevado al análisis y a la búsqueda de posibles soluciones para la producción, la distribución y el consumo de servicios de salud, así como a la equidad y a la mejora, tanto de la eficiencia como de la calidad de los mismos. (1)

Existen numerosas razones por las cuales es importante mejorar la calidad de atención, entre ellas se destacan: el aumento de la eficiencia en la utilización de recursos, la identificación y la disminución de errores de procedimiento, la optimización de la efectividad en la atención y las mejoras en los resultados. (2)

En el marco del replanteamiento del sistema de financiación de la salud, del control de gasto sanitario y de las administraciones públicas, es necesario el desarrollo de sistemas de gestión de costo y actividad que permitan disponer, en todo momento, de una información precisa y de alta calidad combinando actividad clínica y asistencial. El objetivo es obtener una herramienta útil de apoyo a la toma de decisiones, a la mejora de la eficiencia de la organización, al control presupuestario y a la financiación ligada a actividad. (3)

Un modelo de gestión es un esquema conceptual y una propuesta funcional-operativa que representa la articulación de todos los procesos que conducen al logro de la misión y los objetivos de las instituciones de salud.

La gestión Clínica debe entenderse como un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales de la salud en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. El mismo está orientado a conseguir el máximo beneficio para

el paciente, mejorando la calidad del servicio sanitario e involucrando a todos los que participan en su realización. (1)

La toma de decisiones, en una institución, se debe apoyar en un sistema de información cuya primera función sea la de aportar datos fiables sobre el producto hospitalario y el funcionamiento de los servicios asistenciales. Para poder realizar modificaciones en cualquier sistema productivo hay que conocer: qué se produce, cómo, a qué costo y con qué calidad. Por ende, un esquema de dirección por procesos debe estar acorde a la infraestructura física y los recursos materiales, tecnológicos, financieros y humanos necesarios para un desempeño óptimo de los servicios de alta especialidad. Lo anterior implica la integración de los procesos clínicos, quirúrgicos, auxiliares de diagnóstico y terapéuticos, de provisión de servicios hospitalarios a personas internadas o en tratamiento ambulatorio. (4)

Desde la segunda mitad del siglo XX, los marcados avances científicos-tecnológicos, tales como el desarrollo de nuevas moléculas y los nuevos procedimientos diagnósticos, han hecho cada vez más complejo y costoso el proceso asistencial. El incremento de los costos y la variabilidad de los resultados obtenidos, relacionados con el gran número de recursos implicados, generó interés por conocer la producción de los servicios hospitalarios. (5)

Durante mucho tiempo, en el ámbito hospitalario, la actividad se ha medido a través de indicadores cuantitativos, como la estancia o el número de consultas, sin considerar componentes clínicos. Al final de la década de 1970, se incorporaron herramientas de medición basadas en parámetros clínicos, como el concepto de casuística que representa la respuesta del hospital a los distintos tipos de pacientes que atiende, midiendo los requerimientos de cada uno y pudiendo prever las necesidades asistenciales de un servicio o de un hospital. La casuística hospitalaria puede ser medida mediante índices, como por ejemplo la gravedad, o mediante clasificación de pacientes, que miden el consumo de recursos, como ocurre con los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). (6)

Los Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) son, esencialmente, sistemas de medida y de descripción del producto de la actividad médica y, por lo tanto, una base a la cual referir todos los datos de: resultados, consumos y costos, permitiendo la comparación objetiva de y entre proveedores de atención sanitaria. La implementación de un SCP requiere de un análisis de factibilidad de la implementación, así como de

una validación de la capacidad del sistema de información para determinar y analizar la actividad hospitalaria. (7)

En un hospital cada paciente recibe, individualmente en función de su estado particular y del tipo de proceso terapéutico seguido durante su estancia, una cierta cantidad de prestaciones. Para hallar el producto hospitalario habrá que considerar que el hospital trata una variedad de casos correspondientes a diferentes niveles de complejidad. Es decir, hay que tener en cuenta las proporciones relativas de los diferentes tipos de casos tratados, la casuística hospitalaria. Pero hay muchas formas de clasificar pacientes, lo que origina distintos SCP. (8)

Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)

El concepto de GRD se origina en Estados Unidos, a mediados de la década de los sesenta, en la Universidad de Yale. El objetivo era crear un marco de referencia, a través de un sistema de clasificación de pacientes, que permitiera el tratamiento informático de datos y el desarrollo de indicadores para evaluar la calidad de la asistencia a los pacientes y la utilización de recursos en los hospitales. (9)

Se utilizó por primera vez a fines de los setenta y, poco después, se adoptó como herramienta de gestión para establecer un sistema de pago por parte de las administraciones sanitarias a los hospitales. (10)

La clasificación de los pacientes atendidos en las instituciones de salud mediante GRD, constituye un sistema que agrupa episodios de internación por patologías, asociados al consumo de recursos. Esto permite identificar la tipología de pacientes y el proceso de atención, aproximándose a la complejidad de la casuística o “case-mix”, tanto en términos de complejidad clínica como de intensidad de recursos consumidos. (11)

En síntesis, los GRD constituyen un SCP que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con la demanda de recursos y costes asociados que representa su asistencia.

Por lo tanto, un hospital que tenga una casuística más compleja, desde el punto de vista de los GRD, significa que el mismo trata a pacientes que precisan de más recursos hospitalarios, pero no necesariamente pacientes con enfermedades más graves, con mayor dificultad de tratamiento, de peor pronóstico o con una mayor necesidad de actuación médica. (12)

Para relacionar la casuística de un hospital con el consumo de recursos, ha sido necesario desarrollar un sistema operativo que determine el tipo de pacientes tratados y que vincule cada uno con los recursos que consumen. Si bien, cada paciente es único, los grupos de pacientes tienen sin embargo, atributos comunes demográficos, diagnósticos y terapéuticos que determinan su intensidad de consumo de recursos.

El desarrollo de la gestión clínica, mediante la implementación de los GRD, tiende a garantizar la participación de los médicos en la administración de los recursos utilizados y la planificación presupuestaria. A la vez, permite la comparación de recursos utilizados versus resultados obtenidos, el desempeño hospitalario, a través de indicadores de calidad. (12)

Dadas las limitaciones de los SCP previos y la experiencia de intentar desarrollar GRD con paneles de médicos y análisis estadísticos, se concluyó que para que un SCP por GRD fuera práctico y lógico, debería tener las siguientes características (13):

- Los GRD deberían limitarse a la información recopilada de forma habitual en los informes del hospital.
- 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).

El proceso de formación de los GRD originales comenzó con la agrupación de todos los diagnósticos principales posibles en 25 categorías diagnósticas principales mutuamente excluyentes, llamadas Categorías Diagnósticas Mayores (CDM). (13)

Las CDM fueron establecidas por paneles de médicos, de la Universidad de Yale, a principios de los años setenta, como un primer paso para asegurar la coherencia clínica de los GRD. Los diagnósticos de cada CDM corresponden a un único sistema orgánico o etiología y, en general, se asocian a una especialidad médica determinada. Por tanto, para mantener el requisito de la coherencia clínica, ningún GRD final podría contener pacientes de diferentes CDM. (14)

La mayoría de las CDM se dividieron inicialmente en grupos *médicos* y *quirúrgicos*. La distinción médico-quirúrgica también es útil para definir la especialidad clínica implicada.

De forma general, para los pacientes *médicos* se definieron grupos específicos de diagnósticos principales que incluyen síntomas y cuadros específicos relativos al sistema orgánico correspondiente. Los pacientes se consideraban como *quirúrgicos* si se les practicaba un procedimiento en el cual era necesario el uso del quirófano. (14)

Los GRD son un sistema con definiciones clínicamente reconocibles y en el que se espera que los pacientes de cada clase consuman una cantidad similar de recursos, como resultado de procesos hospitalarios parecidos. Los dos pilares fundamentales para agrupación de pacientes en un esquema de GRD son los diagnósticos y los procedimientos. El análisis de los primeros refleja la complejidad clínica del paciente; a partir de los procedimientos, se puede estimar el consumo de recursos para su atención. (11)

Para realizar la agrupación se utiliza el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que es un "conjunto de variables obtenidas en el momento del ingreso y del alta, que proporcionan datos del paciente, su entorno y su proceso asistencial". (15)

El fundamento principal de la definición del CMBD, fue la obtención de bases de datos normalizados capaces de proporcionar una información asistencial válida, fiable, comparable y oportuna. (6)

A comienzos de los años setenta, el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y Sanitarias de Estados Unidos, desarrolló el Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS), como el conjunto de datos básicos extraídos de la información de las historias clínicas de los pacientes ingresados. Entre estos datos básicos se encontraban unos de tipo clínico y otros de carácter administrativo. En 1981 la Comunidad Económica Europea desarrolló como copia del modelo americano el European Minimum Basic Data Set (MBDS). definiendo, con el apoyo de la OMS y el Comité Hospitalario de las Comunidades Europeas, el CMBD al alta hospitalaria como un núcleo de información mínimo y común sobre los episodios de hospitalización. El CMBD, diseñado por el sistema de salud de España, es utilizado en el *benchmarking* (o comparabilidad de datos entre diferentes países) por algunas instituciones en la implementación de modelos similares de gestión. (14)

El CMBD es, actualmente, el sistema de registro de información clínica y administrativa de mayor implantación en los hospitales y la base para identificar y analizar la casuística atendida en régimen de hospitalización. Durante las últimas décadas, se ha consolidado como un elemento básico de los sistemas de información de la actividad asistencial hospitalaria. (7,12,15)

De la revisión de las historias clínicas (HC), a partir de los datos del CMBD de los pacientes dados de alta, se clasifican según el diagnóstico principal en una de las CDM. Luego, se dividen en médicos o quirúrgicos y, en función de otros parámetros, tales como edad, sexo, comorbilidades o complicaciones se asigna a un GRD concreto. (14)

El agrupamiento de los diagnósticos de los egresos hospitalarios en conjuntos homogéneos desde el punto de vista clínico, respecto a la demanda de recursos necesarios para su tratamiento, ha mostrado ser una herramienta útil para la gestión de los servicios de hospitalización. (14)

A nivel hospitalario, los principales beneficios del establecimiento de los GRD se refieren a la implantación de un medio de comunicación entre las áreas clínicas y las administrativas, un mayor control estadístico de los procesos, además de una mejora del aprovechamiento de los recursos en cada centro, lo que se refleja en el costo por paciente. (16)

En el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (17), se mencionan los GRD como instrumento de gestión clínica y, en algunos trabajos publicados en el ámbito del país, como herramientas para la estimación de costos hospitalarios o desarrollo de indicadores de procesos. (1, 18)

Motivados por la necesidad de afrontar reformas en el sistema sanitario que permitan alcanzar las metas propuestas a través de la gestión clínica administrativa, las autoridades sanitarias provinciales propusieron, a fines del 2010, la capacitación de un equipo interdisciplinario en los conceptos de GRD, su desarrollo y cálculo de costos.

Participaron de la actividad personal del equipo de salud y administrativos de dos hospitales públicos provinciales, con el propósito de optimizar los sistemas de atención, proporcionar el más alto nivel de calidad de atención al menor costo, de la manera más equitativa y al mayor número de personas, considerando al paciente como el eje alrededor del cual se desarrolla todo el proceso asistencial. (9)

OBJETIVOS

- Determinar la disponibilidad de información confiable y suficiente en la HC al momento del alta hospitalaria de los pacientes en un Hospital Público Provincial de alta complejidad.
- Desarrollar los GRD para la Institución a partir de las CDM seleccionadas.

Capítulo 2
MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo se desarrolló en etapas, metodológicamente diferentes, en el ámbito del Hospital Córdoba, de la ciudad de Córdoba. El mismo es una institución pública que depende, administrativa y económicamente, del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Es un establecimiento asistencial polivalente para pacientes adultos, de tercer nivel de atención y referencia, es decir de máxima complejidad. Su perfil de atención es quirúrgico, posee 110 camas para hospitalización de agudos e imparte docencia de pre y postgrado.

La máxima complejidad asistencial se refleja, entre otros, en los servicios de: trasplante renal, cirugías cardíacas, implante de lentes intraoculares y trasplante de córneas, atención a pacientes quemados (ex Instituto del Quemado), diagnóstico por imágenes (resonancia magnética, cámara gamma) y centro de diálisis para pacientes crónicos. En estas prestaciones, es referente de las instituciones públicas provinciales.

A solicitud de las autoridades ministeriales, en el marco del Programa Fortalecimiento de la Gestión de la Red Provincial de Hospitales, la dirección del Hospital convocó a un grupo multidisciplinario de agentes con el fin de capacitarlos sobre el SCP, utilizando los GRD. La actividad estuvo a cargo de la consultora CEMIC/Consenso.

El proceso de capacitación, diagnóstico de situación y desarrollo de los GRD abarcó un período de 7 meses, que comenzó en noviembre de 2010 y concluyó en mayo de 2011. La modalidad de trabajo fue modular y cada módulo estuvo coordinado por uno o más docentes, de acuerdo a la temática del mismo.

En la primera etapa, se realizó la capacitación sobre GRD: origen, objetivos, utilidad, información necesaria, desarrollo y cálculo de costos.

Definidos los elementos necesarios para desarrollar el proyecto, se realizó un diagnóstico de situación respecto de la información disponible en la Institución utilizando una guía de priorización de tópicos, elaborada por la consultora. (Ver Apéndice)

La segunda etapa se llevó a cabo, metodológicamente, en talleres grupales en los que se realizaron: análisis de la información en las HC, definición del CMBD, asignación de las CDM, desarrollo de los GRD.

A través de la observación de los datos registrados en las HC, en un estudio retrospectivo del segundo semestre del año 2010, se determinaron las variables administrativas y clínicas a incluir en el CMBD, codificaciones diagnósticas y procedimientos utilizados.

Se codificaron los diagnósticos al egreso del paciente según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE 10) y los procedimientos con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, Modificaciones Clínicas (CIE 9 MC). (19, 20)

Con las patologías y el CMBD se ubicó la CDM del caso (Ver tabla1) y, finalmente, se asignó al GRD correspondiente. (11)

Tabla 1: Categorías Diagnósticas Mayores. (14)

1.-	Enfermedades del sistema nervioso
2.-	Enfermedades del ojo
3.-	Enfermedades del oído, nariz, boca y garganta
4.-	Enfermedades del sistema respiratorio
5.-	Enfermedades del sistema circulatorio
6.-	Enfermedades del sistema digestivo
7.-	Enfermedades del sistema hepatobiliar y páncreas
8.-	Enfermedades del sistema musculoesquelético y tejido conectivo
9.-	Enfermedades de la piel, tejido subcutáneo y de la mama
10.-	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas
11.-	Enfermedades del riñón y vías urinarias
12.-	Enfermedades del sistema reproductor masculino
13.-	Enfermedades del sistema reproductor femenino
14.-	Embarazo, parto y puerperio
15.-	Recién nacido y período perinatal
16.-	Enfermedades de la sangre, sist. hematopoyético y sist. Inmunológico
17.-	Enfermedades mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas
18.-	Enfermedades infecciosas y parasitarias
19.-	Enfermedades mentales
20.-	Consumo de o trastornos mentales por drogas/alcohol
21.-	Heridas, envenenamientos y efectos tóxicos de drogas
22.-	Quemaduras
23.-	Factores que influyen en el estado de salud
24.-	Infección por VIH
25.-	Politraumatismos importantes

Para el cálculo del valor económico de los GRD, se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo. En esta etapa, fue necesario cumplimentar un cuestionario diseñado por los docentes de la capacitación, lo que permitió conocer qué información disponía la institución acerca de cómo se desglosan las partidas presupuestarias respecto de: recursos humanos, servicios (luz, gas, teléfonos, agua, etc.) servicios tercerizados

(limpieza, residuos patógenos, etc.), medicamentos, productos médicos e insumos varios (librería, mobiliario, etc.). (Ver Apéndice)

Se le asignó un costo, en pesos, (dólar valor referencial U$S 4,07) a cada uno de los elementos involucrados, de acuerdo a los valores reales facturados al primer semestre de 2011, los cuales fueron prorrateados de diversas maneras pudiendo usarse uno o varios de estos mecanismos de prorrateo simultáneamente, por ejemplo: por camas, por días, por horas, tamaño de los envases, por metros, por otras unidades, respetando el mismo procedimiento en todos los grupos. No se consideraron aquellos costos que no eran imputados al presupuesto del hospital, por ejemplo el operativo de asignación y traslado de un órgano para trasplante.

Con la información obtenida y mediante el uso de planillas de cálculos interrelacionadas, se desarrolló la versión 2.0 de 3M del sistema IR-GRD (Internacionales refinados -GRD). (21)

En la figura se presenta esquemáticamente la metodología empleada en este trabajo.

Figura 1: Esquema gráfico metodológico

Capítulo 3

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con el fin de llevar a cabo este proyecto, se creó un grupo de trabajo integrado por representantes de las áreas técnico administrativas, en conjunto con médicos y farmacéuticos, como referentes de los sectores asistenciales. La diversidad de los sectores involucrados permitió que, con sus distintas visiones y experiencias, se conformara un equipo de estudio, discusión y definiciones.
El grupo de trabajo estaba conformado por las siguientes áreas:

Técnico administrativas	**Asistenciales**
Servicio de Estadística	Grupo Médico
Recursos Humanos	Farmacéutico
Administración y Contaduría	
Servicio de Cómputos e Informática	

Al finalizar el proyecto, se elaboró un informe en el que se puntualizaron las actividades realizadas en cada módulo y la conclusión grupal respecto a la capacitación recibida, sin consignar los resultados detallados en el presente trabajo. El mismo se elevó a la Secretaría de Atención Médica, del Ministerio de Salud, de la Provincia de Córdoba.
Cabe destacar la presencia del farmacéutico en el equipo de trabajo, ya que en publicaciones similares de países de Latinoamérica, se hace referencia sólo a médicos como representantes asistenciales. No obstante esto, son numerosas las publicaciones en las que se utilizan los GRD para calcular el gasto de medicamentos por patologías. España, desde el año 2000, constituyó un grupo de trabajo, denominado EPIMED, conformado por los servicios de farmacias de hospitales, con el objetivo de optimizar el uso de medicamentos, a través de indicadores, utilizando GRD. (22, 23, 24)
El presente trabajo integró un proyecto de docencia e investigación de las autoridades sanitarias, motivados por el interés de aumentar el conocimiento y la comprensión de la actividad que realizan los hospitales. La capacitación estuvo a cargo del personal de una

consultora, contratada por el Ministerio de Salud y permitió la incorporación de conceptos necesarios para comprender y desarrollar los GRD. (11)

La modalidad de talleres de trabajo ofreció oportunidades de interacción, estrategias de enseñanza y aprendizaje entre los integrantes del grupo y los docentes. No se utilizó bibliografía específica de GRD, sólo las clasificaciones diagnósticas internacionales y los conocimientos expuestos por los expertos, quienes tomaron como referencia la experiencia de España en el desarrollo del tema.

Los integrantes del equipo no habían participado en experiencias similares ni tenían conocimientos previos del tema, por lo que se consideró que tanto la capacitación como el proceso de desarrollo deberían haber abarcado un período más prolongado, que permitiera un análisis más minucioso del tema y de la información disponible.

El modelo de gestión en instituciones de salud se basa en la incorporación del pensamiento estratégico, de una nueva cultura, que permita así modelos y enfoques implícitos en la calidad. Los SCP son uno de los resultados de la investigación, en los servicios sanitarios, para la estandarización de datos destinados a obtener mejoras en el funcionamiento y eficacia de los mismos. (7)

Una experiencia similar se realizó en Uruguay, en el año 2006, en una institución privada, donde se creó una unidad de codificación y estadística multidisciplinaria, con el objetivo de implementar un SCP utilizando GRD. (10). El Gobierno de España, para el análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud, conformó diferentes grupos de trabajo. Los que realizaron una discusión conjunta para la evaluación del CMBD, la clasificación diagnóstica y la imputación de costos. (13). Experiencias similares se desarrollaron en otros países de Europa (25) y de América como Méjico, Costa Rica, entre otros. (4, 26).

En Chile, en el año 2010, se desarrolló una experiencia que incorporó instituciones públicas y privadas, de la cual surgieron conclusiones conjuntas para la implementación de los GRD a distintos niveles. Con posterioridad se llevaron a cabo talleres de prácticas de gestión clínica basados en el uso intensivo de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC). (27)

La gestión del conocimiento sobre el producto hospitalario, colocar la información a disposición de los profesionales, debe ser el centro de la problemática al momento de innovar en herramientas clínicas. La mayor capacidad de innovación de un centro va a depender de las posibilidades que tengan los profesionales de la salud de traducir las necesidades de la población en la construcción y perfeccionamiento de sus acciones

asistenciales. Los sistemas de salud con mayor predisposición a innovar, en la transición científico-tecnológica de las últimas décadas, tendrán más posibilidades de producir mejores resultados. (28)

En nuestro país, frente al volumen de recursos involucrados en la producción de los servicios sanitarios, la información publicada es escasa. Se mencionan los GRD cómo herramienta para definir indicadores de gestión. (1)

Considerando que el punto de partida para el desarrollo de los GRD es la HC, en el trabajo grupal se definieron los elementos que esta debía contener: hoja de hospitalización, registro de procedimientos, hoja de alta o epicrisis y las variables clínicas y administrativas requeridas para el CMBD.

Variables administrativas	**Variables clínicas**
Identificación del hospital	Diagnóstico principal
Número de HC	Diagnóstico secundario
Apellido y nombre	Procedimiento principal
Sexo	Procedimientos secundarios
Fecha de nacimiento	
Edad	
Nº de documento	
Población de residencia y población de origen	
Fecha de ingreso y de alta	
Circunstancias de ingreso y de alta	
Médico/servicio de ingreso	
Servicio de alta	

A partir de este punto, se realizó el diagnóstico de situación acerca de la información disponible, para lo cual se revisaron 2.500 HC.

La imposibilidad de cumplir con los plazos, en algunas oportunidades resultó desalentadora para el grupo, ya que la falta de soporte informático de datos, insumió un esfuerzo adicional para cumplimentar la tarea de recopilación de los mismos.

La gestión moderna de cualquier organización de servicios requiere como insumo esencial una determinada calidad y cantidad de datos que, transformada en información, permiten un proceso racional en la toma de decisión. La estructura, el flujo, el procesamiento, el archivo, la seguridad y la confiabilidad de los datos de una institución se basan en la estabilidad de su sistema de información. (12)

El análisis de situación del hospital llevó a verificar la falta de una política única en términos de información, con la producción de informes y reportes estadísticos, provistos a los niveles de conducción de manera tardía. La falta de disponibilidad de tecnología de sistemas lleva, en muchos casos, a procesar los datos sólo si se los solicita con algún fin y no de manera sistemática y periódica, debido a la demanda de recurso humano y tiempo.

La arquitectura informativa es un elemento estratégico que condiciona el alcance real de los procesos de gestión y debe basarse en la utilización de las TIC. (29)

Durante la revisión, fue necesario redefinir las variables para el CMBD y consensuar algunos puntos como indispensables, debido a la falta de identificación de hojas de internación y otros documentos en la HC, la falta de informes o imágenes de procedimientos realizados para justificar el diagnóstico, la ausencia de hoja de alta.

Dentro de las variables administrativas indispensables se consideró: número de HC, apellido del paciente, sexo, edad o fecha de nacimiento, fecha de ingreso y de alta, circunstancia de ingreso y de alta. En las variables clínicas, el diagnóstico principal y los procedimientos principales y secundarios, ya que al momento del análisis de los mismos se podía, en algunos casos, deducir los diagnósticos secundarios. Como puntos determinantes se consensuó:

- Considerar, de los procedimientos realizados, sólo los informes que tuviesen como mínimo apellido y nombre y/o número de HC del paciente.
- No evaluar las HC con diagnóstico quirúrgico que no tuvieran foja quirúrgica.

Asumiendo que el punto de partida del proceso de obtención de los GRD es la HC complementado con la definición del CMBD, una de las principales dificultades fue la falta de información médica disponible para determinar: cuáles fueron las patologías más frecuentes, los tratamientos o procedimientos realizados en los pacientes, al momento de su egreso, en forma homogénea y manejable.

Aproximadamente, el 30% de las altas evaluadas no contaban con la información suficiente para conformar el CMBD y, por lo tanto, no se pudieron ubicar en las CDM ni asignar a un GRD.

Considerando que las HC son la principal fuente de datos que se utiliza para obtener medidas de la casuística hospitalaria, el análisis de las mismas evidenció la necesidad de contar con un sistema informático que permita disponer de información uniforme y confiable pudiendo así establecer criterios homogéneos en la selección y el registro de la información, necesarios para garantizar la calidad y la comparabilidad de los datos. (12)

Un estudio realizado en un hospital de Valencia, donde se analizó la calidad de la información del CMBD por un período de 6 años, evidenció una importante variabilidad en la calidad de los diagnósticos en función del tipo de patología y el consumo de recursos en episodios de hospitalización similares. (15)

La versión actual del CMBD, utilizada en España y algunos países occidentales, permite disponer de un estándar internacional homologable, que contiene un conjunto de datos clínicos y administrativos de cada episodio de hospitalización, que se toma como referencia para hospitales similares en cuanto a complejidad, número de camas, perfil de atención, etc. (30)

En el Hospital Córdoba, para determinar los diagnósticos a desarrollar en los GRD, se trabajó en base a las 10 patologías consideradas más frecuentes en la institución, de acuerdo a la información referida por el Servicio de Estadísticas, las 10 patologías más costosas y las 5 patologías que representan estadías hospitalarias más prolongadas teniendo en cuenta los siguientes criterios del grupo:

-Magnitud o frecuencia de los diagnósticos (prevalencia/incidencia).

- Impacto en los costos.

- Impacto en los días de estadía.

- Otras condiciones consideradas relevantes. Por ejemplo ser Institución de referencia en Pacientes quemados o único hospital público de adultos, en la provincia, que realiza trasplantes.

En el período evaluado se realizaron 2.372 cirugías de las cuales 5% correspondió a cirugías cardiovasculares, 20% a patologías de aparato digestivo, 10% neurocirugías, 2% trasplante renal, 30% quemaduras extensas y 33% otras cirugías. Es importante destacar que no se debe relacionar el número total de cirugías con el número total de HC, ya que, por ejemplo, en los pacientes quemados internados cada ingreso a quirófano, para curación, se considera estadísticamente una intervención.

Se seleccionaron las patologías consideradas de mayor complejidad clínica y que podrían causar un impacto importante en el consumo de recursos hospitalarios, utilizando un enfoque clínico, en el que los médicos realizaron la selección considerando los procedimientos requeridos para sus tratamientos, asociando esta información a los datos estadísticos de frecuencia.

Una vez obtenido y validado el CMBD, asignados los diagnósticos, se ubicó la CDM de cada caso y se definieron 9 GRD médicos y 11 GRD quirúrgicos o con procedimientos, denominados tipo 1 y 2, respectivamente. (14)

A partir del cuestionario realizado para determinar el grado de información disponible en la institución, respecto de los costos y las partidas presupuestarias, se analizaron los siguientes aspectos:

- Sistema de costos utilizado por área.
- Cómo se desglosan las partidas presupuestarias en las distintas áreas.
- Sistema de seguimiento de insumos por pacientes.
- Sistema de facturación administrativo relacionado con los gastos en los servicios asistenciales.
- Sistema de seguimiento que relaciona días de internación con patologías y tipo de salas de internación.
- Porcentaje de gastos de servicios públicos, servicios institucionales, servicios asistenciales, respecto del presupuesto total de la institución.
- Sistema informático disponible. Áreas informatizadas. Redes internas y externas disponibles. Bases de datos.

Una vez conocidos los recursos empleados, se procedió a imputar los valores para así obtener el costo por proceso, para esto se desarrolló un sistema de registro utilizando planillas de cálculo interrelacionadas, que permitió calcular el costo de GRD considerando los aspectos mencionados (servicios generales, profesionales, diagnósticos, tratamientos, etc.) (14)

La ausencia de registro de las prácticas y procedimientos de los servicios complementarios realizados (anatomía patológica, radiología, laboratorio, etc.), necesarios para imputar el costo al servicio responsable del paciente, generó inconvenientes para determinar el valor final GRD. Los mismos se seleccionaron considerando el mayor impacto en consumo de recursos o el grado de complejidad. (4, 31)

La falta de protocolos o patrones de tratamiento para algunas patologías, evidenció que el número de prácticas complementarias realizadas, por paciente, variaba considerablemente, lo que se vio reflejado en el costo final del proceso y llevó a que, en algunos casos, fuera necesario determinar el costo promedio.

Considerando que la estimación de costos individuales de los GRD permite analizar los costos derivados de la atención, identificando el volumen y tipos de procesos que generan más gasto al sistema, es fundamental el desarrollo de protocolos o guías clínicas. Esto permitiría unificar criterios de registros de datos y tratamientos por patologías, y la disponibilidad de los mismos, para realizar su análisis en el alta hospitalaria. (32)

Se ha documentado y demostrado claramente, en algunos trabajos, que personas con el mismo problema de salud reciben a menudo diferentes evaluaciones y tratamientos. Estas diferencias en el proceso de atención pueden conducir a diferencias en los resultados clínicos y en el consumo de recursos. La estimación de costos individuales de los GRD permite analizar los gastos derivados de dicha atención, identificando el volumen y tipos de procesos cuya atención genera mayor erogación al sistema. Teniendo en cuenta el volumen de datos que genera la asistencia sanitaria es imprescindible disponer de información sistematizada y actualizada para poder identificar esos puntos de intervención. (2)

La utilización de las TIC es un elemento estratégico que condiciona el alcance real de los procesos de gestión. Si bien para poder desarrollar los GRD se requiere disponer de sistemas de información que nos brinden el detalle de todos los procesos realizados y los resultados obtenidos en la atención de un paciente, en nuestra realidad hospitalaria, esto no necesariamente significa tecnología cara o sofisticada, sino más bien una adecuada metodología de recolección y registro de datos en forma objetiva que permita su manipulación estadística, codificación y análisis. (2)

Se desarrollaron los IR-GRD considerando que este sistema es el de elección en varios países europeos, en Estados Unidos y también en Latinoamérica en la última década (10, 16, 18).

Esta versión permite el uso de CIE 10 como clasificación diagnóstica, con tres niveles de severidad en cada GRD y la inclusión de pacientes con tratamientos en hospital de día o de cirugías ambulatorias. El diagnóstico principal determina la asignación a una CMD, de las 25 posibles, de allí la importancia de la correcta selección del mismo. (21)

Un atributo importante de los IR-GRD es que permite clasificar no sólo pacientes hospitalizados, sino que también pacientes ambulatorios de urgencia y de atención primaria, pero con la limitante que el paciente debe haber recibido un procedimiento de cierta envergadura, si no queda asignado a una categoría muy general que no permite mayores análisis. Esto es por que los IR-GRD hacen un giro respecto a los GRD tradicionales, en los cuales lo que comandaba la clasificación era el diagnóstico principal; en esta versión refinada son los procedimientos. Se incorporan distintos grados de severidad, basándose en las complicaciones y comorbilidades. (33)

En la Tabla 2 se muestran los costos de los 20 GRD desarrollados. El número de orden está consignado en función decreciente de costo. La consideración de estos GRD pone de manifiesto la diversidad de la casuística de la Institución y el análisis de los resultados se realizó, fundamentalmente, en función del valor de costos obtenidos.

Tabla 2: Descripción y costo en pesos de los GRD desarrollados

GRD		Tipo*	DESCRIPCIÓN	Orden	COSTO ($)
01	002	02	Craneotomía por traumatismo edad superior 17 años	4º	23909,21
01	014	01	Trastornos específicos cerebrovasculares, excepto ictus transitorio	12º	4327,62
01	035	01	Otros trastornos del sistema nervioso sin comorbilidades y/o complicaciones	14º	3078,07
04	088	01	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9º	5279,52
04	89	01	Neumonía simple edad superior a 17 años	16º	2811,94
05	121	01	Trastornos circulatorios con infarto agudo de miocardio con complicaciones	11º	4977,25
05	110	02	Procedimientos cardiovasculares mayores con comorbilidades y/o complicaciones	1º	27229,59
05	114	02	Amputación extremidades superiores y dedos del pie por trastornos circulatorios	20º	858,21
06	146	02	Resección rectal con morbilidades y/o complicaciones	3º	23923,32
06	148	02	Intervención sobre intestino delgado y grueso con morbilidades y complicaciones	2º	25050,79
06	162	02	Hernia inguinal y femoral edad superior a 17 años sin comomorbilidades o complicaciones	13º	3627,68
06	167	02	Apendicectomía sin diagnóstico	19º	871,10
06	174	01	Hemorragia gastrointestinal con comorbilidades y complicaciones	15º	3034,04
07	195	02	Colecistectomía con exploración de ductus biliar con comorbilidades y/o complicaciones	8º	5365,86
07	198	02	Colecistectomía simple sin exploración de ductus biliar sin comorbilidades y/o complicaciones	17º	2800,71
07	202	01	Cirrosis y hepatitis	10º	5264,69
07	204	01	Alteraciones pancreáticas no neoplásicas	7º	6985,82
10	294	01	Diabetes edad superior a 17 años	18º	2068,00
11	302	02	Trasplante renal	5º	19735,10
18	472	02	Quemaduras extensas con intervención	6º	12262,87

* Tipo: 01 médicos, 02: quirúrgicos.

El GRD de mayor costo fue el 05 -110 tipo 2, correspondiendo a cirugías cardiovasculares con procedimientos mayores, si bien sólo representó el 5% del total de las cirugías del año 2010, es una de las patologías de mayor complejidad asistidas en la Institución.

Los GRD 06-146 y 06-148 tipos 2, patologías del sistema digestivo con procedimiento quirúrgico, ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente, en la tabla 1. No obstante son los procedimientos que mayor gasto generan si consideramos que representan el 20% de los procedimientos realizados.

Los procedimientos neuroquirúrgicos en el GRD 01-002 tipo 2 ocuparon el cuarto por orden de costo, siendo cirugías de alta complejidad con alto impacto en los días de estancia.

El quinto lugar le correspondió al GRD 11-302 tipo 2, trasplante renal. Si bien representa un bajo porcentaje en el número de cirugías, el Hospital es la unidad de referencia en trasplante renal dentro de los centros del ámbito público, lo que conlleva un alto compromiso y valor social.

El GRD 18-472 tipo 2, patologías por quemaduras, si bien ocupó el sexto lugar en orden decreciente por costo, representó el 30% de las intervenciones realizadas y es una de las principales patologías con mayor cantidad de estancia en Unidades de Terapia Intensiva.

Es importante destacar que, la utilidad de estos resultados, dependerá de la oportunidad y calidad de los datos en que se basó, cómo así también del conocimiento y recursos con que contó el personal para transcribir y codificar la masa de datos. (26)

Un estudio de consumo de recursos según complejidad de los pacientes atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español en el año 2003, mostró que, si bien, los GRD con mayor costo individual, representan sólo el seis por mil del total de altas hospitalarias, son los responsables del mayor porcentaje del gasto del presupuesto. Se trata de procesos poco frecuentes pero muy costosos, caracterizados por requerir alta tecnológica en la atención, internaciones muy prolongadas, o con gran consumo de recursos. Entre estos se encuentran todos los trasplantes, las intervenciones cardíacas, neurocirugías, o que precisan atención en unidades de alta especialización, como en el caso de grandes quemados. (12)

Contar con programas informáticos, que procesen datos clínico-económicos, permite disponer de elementos para optimizar los procesos asistenciales, acceder a información fiable, precisa y compartida entre los profesionales clínicos y de la gestión económica, eliminar duplicidad de datos y operaciones innecesarias, reducir tiempos y costos de los procesos asistenciales y, fundamentalmente, medir la actividad hospitalaria. (29)

La medición sistemática de procesos y resultados clínicos, así como las repercusiones económicas que éstos generan, y las intervenciones en las organizaciones para mejorarlos, surgen como nuevas áreas de desarrollo en los equipos de salud. (2)

El presente proyecto se desarrolló como parte de un programa de capacitación, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, con el objetivo de interiorizar a los profesionales en el manejo de los elementos básicos de la gestión clínica, como herramienta para introducir mejoras en la Institución. Los datos emergentes de este trabajo suponen el primer paso para generar los cambios clínico-administrativos necesarios y pone de manifiesto la necesidad de contar con el apoyo de las autoridades para la continuidad del mismo.

Los GRD suponen un puente de comunicación y relación entre la descripción clínica y la gestión económica de los recursos utilizados para atender una patología pero, como sistema contable, puede no considerar en el proceso de atención determinados elementos relacionados con la calidad del servicio (idiosincrasia de un paciente en función de sus características clínicas o demográficas, comorbilidades, satisfacción del propio paciente) como así también los bienes intangibles relacionados con el paciente y su entorno. (13)

Un documento de investigación bibliográfica, publicado en agosto de 2013 por la organización Mundial de la Salud, ofrece una visión global de los problemas de diseño y ejecución, así como los desafíos relacionados, para la implementación de GRD, a los que se enfrentan los países de ingresos bajos y medianos a nivel mundial. Los países han realizado una selección de entre un amplio abanico de modelos de GRD importados y de desarrollo propio y la mayoría han adaptado estos modelos a sus contextos locales.

En general, se pusieron a prueba los sistemas antes de su aplicación y la misma se vio dificultada por la necesidad de cumplir con ciertos requisitos en términos de la normalización de la codificación, la disponibilidad, la información y la tecnología de la información. Argentina es mencionada cómo uno de los países en fase exploratoria. (34)

Del proceso de trabajo se desprende que algunas de las principales debilidades con que cuenta la institución para llevar a cabo la implementación de los GRD son: sistemas informáticos inadecuados, que no permiten hacer seguimiento ni control de la gestión clínica de cada caso, falta de integración de las partes involucradas, recursos y personal capacitado insuficientes para su adecuada implementación. Dentro de las fortalezas podemos mencionar la posibilidad de definir y medir la complejidad de la casuística de la población hospitalaria, el uso de indicadores para establecer comparaciones más equitativas entre servicios médicos similares, determinar la variabilidad en el manejo clínico de los pacientes.

Las últimas novedades farmacoterapéuticas han contribuido a aumentar la supervivencia y a mejorar la calidad de vida, pero también han supuesto un rápido incremento del gasto sanitario en fármacos.

En atención especializada, el gasto en farmacia constituye un alto porcentaje del presupuesto institucional con una clara tendencia al alza debido a la aparición de fármacos de alto costo y a la mayor prevalencia de patologías crónicas. Es necesario contar con un aplicativo que identifique correctamente los fármacos consumidos por servicios. (3)

Desde el punto de vista farmacéutico, sería un desafío a considerar obtener indicadores de utilización de medicamentos en función de la casuística, a partir de algunos de los GRD desarrollados. El uso de los GRD como estándares, en el control de las prescripciones, podría subsanar la falta de protocolos permitiendo evaluar si la utilización de los medicamentos es correcta.

Para el Servicio de farmacia, los GRD que resultan más interesantes de analizar son aquellos que presentan un elevado costo de medicamentos y los que ofrezcan una potencial intervención del farmacéutico en la prescripción.

Este sistema de clasificación sería factible de implementar en aquellos servicios de internación que cuentan con el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU). Esto permitirá llevar a cabo, de forma ágil y sistematizada, los perfiles de utilización de medicamentos, conocer los costos de medicación por GRD, la variabilidad de los hábitos de prescripción en un mismo GRD. (22)

Capítulo 4

CONCLUSIONES

En base a lo expuesto se concluye que la información disponible, respecto del volumen de recursos implicados en la producción de servicios sanitarios, es escasa al momento del alta hospitalaria. Un tercio de las HC evaluadas, no pudo ser incluido en el análisis, por no cumplimentar las variables requeridas.

La falta de datos clínicos y de protocolos (o guías de práctica clínica) dificultó la posibilidad de establecer criterios homogéneos en la selección y registro de los procedimientos, no permitiendo la comparación de los datos. Se remarca así la necesidad de validar la capacidad del sistema de información, para describir y analizar la actividad hospitalaria.

No obstante lo expuesto, es factible desarrollar los GRD en un Hospital Público Provincial, subsanando las limitaciones encontradas y realizando las adaptaciones requeridas.

El análisis de los GRD desarrollados puso en evidencia, que la máxima complejidad lleva consigo el mayor gasto de recursos sanitarios y tecnológicos, pero no necesariamente de recursos humanos. Las cirugías cardíacas y las cirugías de aparato digestivo ocupan, respectivamente, el primer y el segundo lugar en función del costo produciendo un alto impacto en consumo de recursos hospitalarios.

La experiencia fue enriquecedora, ya que permitió realizar una revisión del desempeño de las distintas disciplinas, conocer la información disponible, la faltante, además de posibilitar la proyección de mejoras en el sistema y la implementación de nuevas herramientas de gestión clínica.

REFLEXIONES FINALES

La metodología aquí expuesta contribuye, de manera efectiva y concreta, como punto de partida para la implementación de un SCP que permita el tratamiento digitalizado de la información y la obtención de indicadores de calidad.

De contar con la decisión política por parte de las autoridades sanitarias, respecto de innovar los sistemas de gestión, sería necesario una importante inversión económica en capacitación del recurso humano, elaboración de protocolos de tratamiento y adquisición de nuevas TIC.

La implementación permitiría (35, 36):

- Diseñar estrategias de reducción de los componentes evitables en cada GRD.

- Mejorar el manejo de la información clínica y económica al agrupar toda la casuística en un número reducido de GRD.

- Incorporar patrones de grado de utilización e intensidad de la misma en el consumo de recursos hospitalarios de diferente tipología (tecnología, medicamentos, procedimientos, tiempos de permanencia, complicaciones del proceso).

- los costos de tratamientos recibidos y la proyección de aumento en el gasto y de las consecuencias que resulten de los tratamientos no recibidos.

Capítulo 5

BIBLIOGRAFÍA

1- Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente. Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria. Aspectos sobre Gestión Hospitalaria. Tablero de Comando de un Hospital Público. [en línea]. 2005 p.11–81 [accesado 23 Nov 2013]; Disponible en: http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/libros/2005/Rodriguez-Brangold.pdf

2- Martinez Sagasta C. Estandarización de procesos asistenciales. Calidad en la gestión Clínica. 1ª ed. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación. [en línea]. 2007 [accesado 20 Abr 2014]; Disponible en: http://www.msal.gov.ar/pngcam/pdf/EPA.pdf

3- Gonzalez JG. Sistema de Gestión de Costos. Beneficios y Oportunidades de Desarrollo con las TIC. En: Carnicero J. Coordinador. La Gestión del Medicamento en los Servicios de Salud. Informe seis. [en línea] Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud; 2008: p. 253–71. [accesado 25 Nov 2013]; Disponible en: http://www.seis.es/documentos/informes/secciones/adjunto1/09%20-%20SISTEMAS%20DE%20GESTION.pdf

4- Innovaciones en gestión hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. 1ª ed. México: Secretaría de Salud México. 2006 [accesado 26 Nov 2013]; Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf

5- Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Rev Calidad Asistencial. [en línea] 2001 [accesado 25 Nov 2013]; 16: p.64-6. Disponible en: http://fad.onmedic.net/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf

6- Oliván JAS. Sistemas de Información Hospitalarios: el CMBD. Scire. [en línea]. 1997 [accesado 23 Nov 2013]; 3: p.115-130. Disponible en: http://ibersid.eu/ojs/index.php/scire/article/download/1081/1063

7- Casas M. Los sistemas de clasificación de pacientes, conceptos básicos. En: Jiménez Jiménez J. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. 2ª ed Madrid: Diaz de Santos. 2000: p.429-41. [accesado 31 Mar 2014]; Disponible en: http://books.google.com.ar/books?id=JL2mrkc88lQC&pg=PA429&lpg=PA429&dq=los+sistemas+de+clasificacion+de+pacientes+casas&source=bl&ots=FhEVzVUBZM&sig=h6GLA3iS-

n4fwJWYLguDfEBEvOQ&hl=es-419&sa=X&ei=2N45U56EBMiw0QHFhoDgDw&ved=0CCcQ6AEwAA#v=onepage&q=los%20sistemas%20de%20clasificacion%20de%20pacientes%20casas&f=false

8- Rivero Cuadrado A. Guía pedagógica para la implementación de los sistemas de clasificación de pacientes (GRD) en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Ministerio de la Protección Social. Gesaworld [en línea].Colombia [accesado 19 abril 2014]; Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20implementaci%C3%B3n%20de%20los%20sistemas%20de%20clasificaci%C3%B3n%20de%20pacientes%20en%20IPS.pdf

9- Casas M. GRD una guía práctica para médicos. 1ra ed.. Barcelona (España): Hores extraordinàres; 1995.

10- Paolillo E, Russi U, Cabrera D, Martins L, ScassoA, Constantin M, et al. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Experiencia con IR-GRD en el Sanatorio Americano, Sistema Femi. Rev. Med. Urug. [en línea]. 2008 [accesado 25 Nov 2013]; 24: p. 257–65 Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-

11- Cabo Salvador J. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) [en línea]. Madrid: Centro de Estudios Financieros; 2013; [accesado 26 Nov 2013]; Disponible en: http://www.gestion-sanitaria.com/grupos-relacionados-diagnostico-GRD.html

12- Schiavone M, Ríos J, Corral J. Grupos Relacionados por el Diagnóstico como Instrumento para la Gestión Clínica. En: Ríos J. Economía y Financiamiento de la Salud. 1ª ed Argentina: Dunken. 2013: p.109-23. [accesado 14 Mar 2014]; Disponible en: http://books.google.com.ar/books?id=mjdFAgAAQBAJ&pg=PA109&lpg=PA109&dq=grupos+relacionados+por+el+diagnostico+jorge+rios&source=bl&ots=-54Cp0PCvE&sig=Rl2DBn8UbStMF0aKCAdai2u4osM&hl=es-419&sa=X&ei=b3ArU7C4C8Ob0AHku4HoDQ&ved=0CCYQ6AEw

13- Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999 [accesado 25 Nov 2013]; Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf

14- Cabo salvador J, Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. 1ª ed. Madrid: Centros de estudios Financieros. 2010. [accesado 23 Nov 2013]; Disponible en: http://www.gestion-sanitaria.com/gestion-sanitaria-integral-publica-privada.html

15- Sanz Lacruz JC, Peiró S, Moreno Vernis M, Librero López J. La calidad de la información del Conjunto Mínimo de Datos Básicos del Hospital General de Soria (1993-1999). Papeles Médicos [en línea]. 2002 [accesado 03 May 2014]; 11(1):p. 6-12. Disponible en: http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc6ef2b4c1apm-11-1-002.pdf

16- Giraldo A. Gestión Clínica: un modelo integrador para la administración. Ecos de grado y posgrado. [en línea]. 2004 [accesado 24 Nov 2013]; 1 (3): p. 43–8 Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/11308

17- Argentina. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. [en línea]. 2007 [accesado 14 Nov 2013]; Disponible en: www.Msal.gov.ar/pngcam/

18- Moscoso NS, Clark MM. Relevancia de la estimación de costos para la gestión hospitalaria. Doc. aportes adm. pública gest. Estatal. [en línea]. 2010 15: p. 29-41 [accesado 24 Nov 2013]; Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37272010000200002&lng=es&nrm=iso

19- OPS/OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª CIE 10ª Rev ed. [en línea]. Washington: OPS/OMS; 2009 [accesado 23 Nov 2013]; Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/cie10/cie10.pdf

20- Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª CIE 9ª Rev Mod.Clí [en línea]. 7ªed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [accesado 26 Nov 2013]; Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Manual_de_codificacion.pdf

21- Health Information Systems 3M. Grupos Relacionados por el Diagnóstico. 3ª ed. Madrid: 3M – SIGESA; 2009 [accesado 25 Nov 2013]; Disponible en: http://www.sigesa.com/wp-content/uploads/2013/04/LIBRO-GRD..pdf

22- Monterde Junyent J, Tomás Guillén E, Del Llano Señarís J, Ibern Regàs P, Alerany Pardo C, Arias Fernández L, et al. EPIMED: Optimización del uso del medicamento. Lib. Virt. Gest. Sanit. [en línea]. 2008 [accesado 13 Mar 2014]; p.149-56 Disponible en: http://bazar.fundacionsigno.com/documentos/gestion-de-la-logistica-aprovisionamiento-y-suministros/epimed-optimizacion-del-uso-del-medicamento

23- Monereo S, Pavón I, Vega B, Elviro R, Durán M. Complicaciones de la diabetes mellitus: impacto sobre los costes hospitalarios. Endocrinol Nutr. [en línea]. 1999 [accesado 14 Nov 2013]; 46 (2): p. 46-55

Disponible en: http://www.elsevier.es/es/revistas/endocrinologia-nutricion-12/complicaciones-diabetes-mellitus-impacto-los-costes-hospitalarios-8569-originales-1999

24- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guías Integradas Asistenciales. Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD. Madrid: INSALUD Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2001 [accesado 20 Abr 2014]; Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/guiasIntegradas.pdf

25- Carnero Gómez R, Rodríguez Barrios JM. Impacto de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) en los medical devices. Artículos de análisis. Economía de la Salud [en línea]. 2008 [accesado 25 Nov 2013]; 5 (4): p. 215–22. Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/ediciones/54/08_pdf/diagnostico.pdf

26- Moya de Madrigal L. Aplicación de los grupos de diagnósticos relacionados a la gestión del sistema nacional de servicios de hospitalización de la CCSS. Rev. Cienc.adm.financ.segur.soc. [en línea]. 1998 [accesado 14 Nov 2013]; 6(2): p.13-33 Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591998000200002&lng=es.

27- Clínicas de Chile AG. Medir para Evaluar. Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). Temas de Coyuntura [en línea]. 2013 [accesado 19 Abr 2014]; 58: p.1-7. Disponible en: http://www.clinicasdechile.cl/Coyuntura_58.pdf

28- Giovanella L, Feo O; Farias M, Tobar S. Sistemas de salud en Suramérica. Desafios para universalidad, integralidad y la equidad.1ª ed. Río de Janeiro. ISAGS [en línea]. 2012 [accesado19 Abr 2014]; Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/unasur/archivos/Sistemas_de_Salud_en_suramerica_2012.pdf

29- Bataller Alonso E, Serra Salvador V. La empresa hospitalaria y los sistemas sanitarios: sistemas de información asistencial y económico financiero.RIGC [en línea] 2012 [accesado 19 Abr 2014]; 10(19). Disponible en: http://www.observatorio-iberoamericano.org/RICG/N%C2%BA_19/Ernesto_Bataller_Alonso_y_Vicente_Serra_Salvador.pdf

30- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo de recursos según complejidad de los pacientes atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud año 2003. Plan de calidad para el Sistema nacional de Salud. Madrid: Instituto de Información Sanitaria. 2006. [accesado 25 Nov 2013]; Disponible en: http://www.cuidadoenfermero.com/documentos/h42_GRD_2003.pdf

31- García Cornejo B. La experiencia en contabilidad de costes y en benchmarking en el Sistema Nacional de Salud español. Balance de una década. Rev de Adm. San. [en línea]. 2004 2: 103–23 [accesado 25 Nov 2013]; 2: 103-23. Disponible en: http://hospitalia.wordpress.com/docs/produccion-y-costes/

32- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Salud Pública de México. [en línea]. 1990 [accesado 23 Nov 2013]; 32: p. 248-49. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632217

33- Torres Hinestroza A, López Orozco GM. Metodología de costos para instituciones prestadoras de servicios de salud: aplicación de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico–GRD. El Hombre y La Máquina. [en línea] 2012 [accesado 9 Mar 2014]; p. 32-43. Disponible en: http://ingenieria.uao.edu.co/hombreymaquina/revistas/40%202012-3/art%2003%20Metodologia%20de%20costos%20para%20instituciones%20prestadoras%20de%20servicios%20de%20salud.pdf

34- Mathauer I, Wittenbecher F, Sistemas de pago hospitalario basados en grupos relacionados por el diagnóstico: experiencias en países de ingresos bajos y medianos. Switzerland: Boletín de la Organización Mundial de la Salud; 2013. [accesado 19 Abr 2014]; 91(10): p.717-96. Disponible en: http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/12-115931-ab/es/

35- Riano D, Prado S. The study of medical costs with intelligent information systems. CBMS. [en línea]. 2002. [accesado 14 Nov 2013]; p. 343-6. Disponible en: http://ieeexplore.ieee.org/xpl/freeabs_all.jsp?arnumber=1011402

36- Clínicas de Chile AG. Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD): Marco Teórico y Experiencias Prácticas. Temas de Coyuntura [en línea]. 2010 [accesado 19 Abr 2014]; 34: p.1-12. Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/patricia/Mis%20documentos/Downloads/34%20(4).pdf

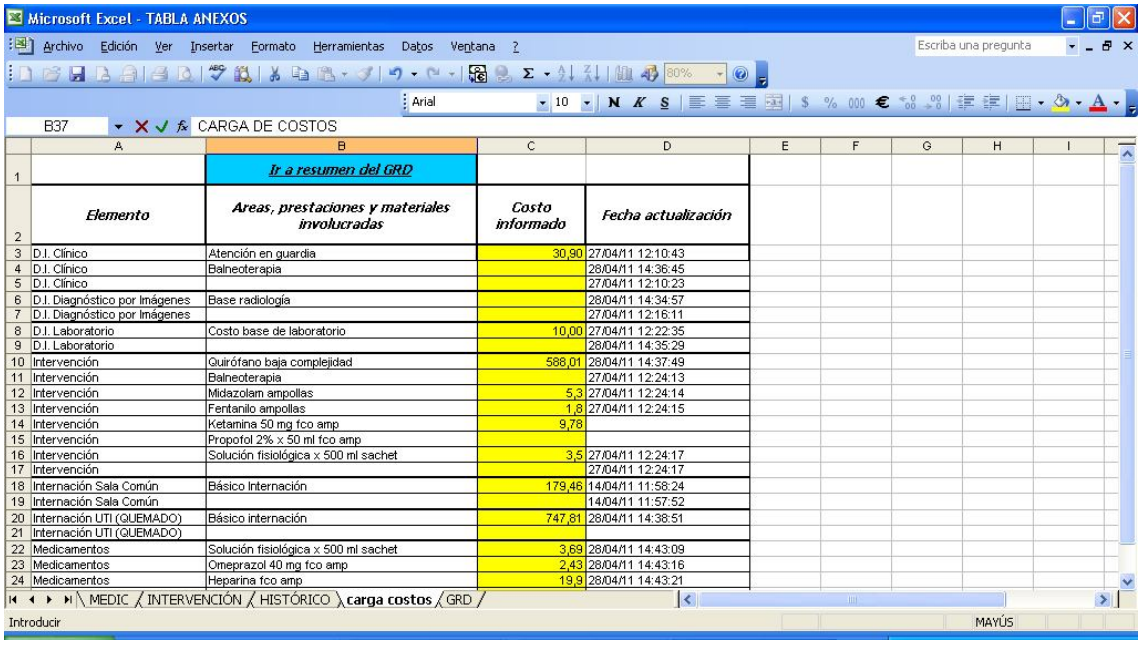
ANEXO

COSTO DE GRD: CONSTRUCCIÓN PASO A PASO

Para la implementación de este mecanismo de cálculo se utilizó una planilla de cálculos (Excel) con macros, herramienta ampliamente difundida que no requiere de un programa informático sofisticado.

El sistema está formado por las carpetas: Carga de costos, costos históricos, conceptos y descripción de GRD. Las pantallas se muestran en las figuras 1-5.

Estas cuatro carpetas ya contienen las fórmulas y los vínculos correspondientes para actualizarse automáticamente. Las mismas se encuentran protegidas en las celdas que no deben modificarse, para evitar errores.

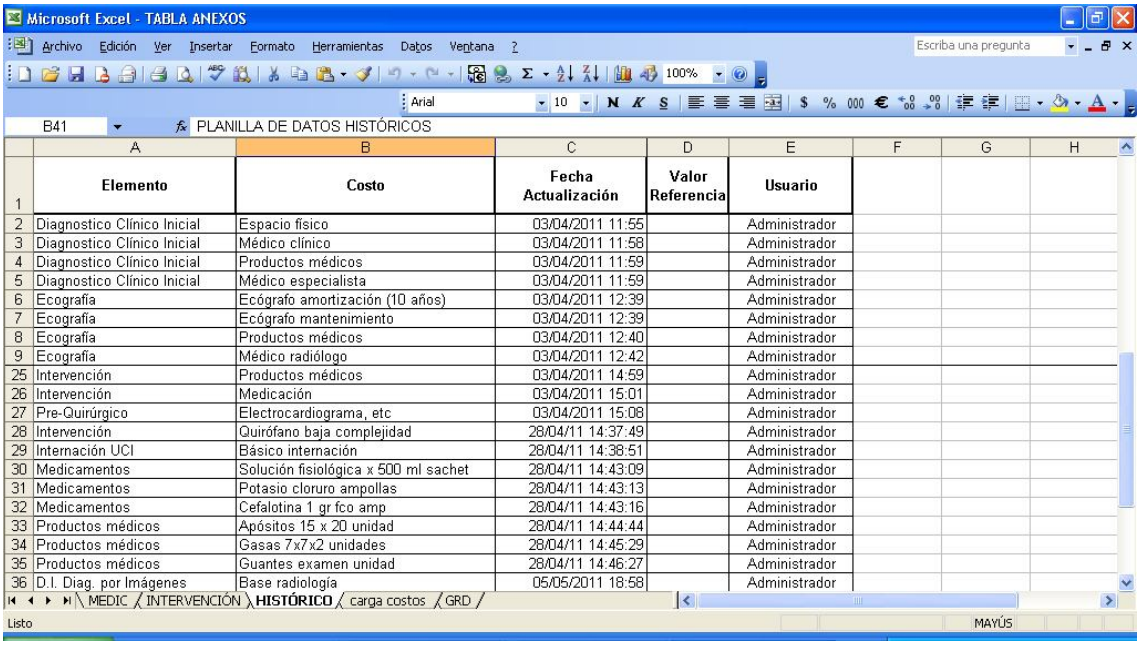


	A	B	C	D
1		Ir a resumen del GRD		
2	Elemento	Areas, prestaciones y materiales involucradas	Costo informado	Fecha actualización
3	D.I. Clínico	Atención en guardia	30,90	27/04/11 12:10:43
4	D.I. Clínico	Balneoterapia		28/04/11 14:36:45
5	D.I. Clínico			27/04/11 12:10:23
6	D.I. Diagnóstico por Imágenes	Base radiología		28/04/11 14:34:57
7	D.I. Diagnóstico por Imágenes			27/04/11 12:16:11
8	D.I. Laboratorio	Costo base de laboratorio	10,00	27/04/11 12:22:35
9	D.I. Laboratorio			28/04/11 14:35:29
10	Intervención	Quirófano baja complejidad	588,01	28/04/11 14:37:49
11	Intervención	Balneoterapia		27/04/11 12:24:13
12	Intervención	Midazolam ampollas	5,3	27/04/11 12:24:14
13	Intervención	Fentanilo ampollas	1,8	27/04/11 12:24:15
14	Intervención	Ketamina 50 mg fco amp	9,78	
15	Intervención	Propofol 2% x 50 ml fco amp		
16	Intervención	Solución fisiológica x 500 ml sachet	3,5	27/04/11 12:24:17
17	Intervención			27/04/11 12:24:17
18	Internación Sala Común	Básico Internación	179,46	14/04/11 11:58:24
19	Internación Sala Común			14/04/11 11:57:52
20	Internación UTI (QUEMADO)	Básico internación	747,81	28/04/11 14:38:51
21	Internación UTI (QUEMADO)			
22	Medicamentos	Solución fisiológica x 500 ml sachet	3,69	28/04/11 14:43:09
23	Medicamentos	Omeprazol 40 mg fco amp	2,43	28/04/11 14:43:16
24	Medicamentos	Heparina fco amp	19,9	28/04/11 14:43:21

Figura 1: planilla de “CARGA DE COSTOS”

Los valores a utilizar en el costeo de todos los elementos se ingresan previamente en una planilla “Carga de Costos”. En la misma estarán listados todos los elementos que componen los costos, según se hayan indicado en las hojas de componentes de cada elemento. Al cargar la información en la columna “valor”, la planilla automáticamente registrará la fecha y hora del procedimiento, de manera de disponer la fecha a la que corresponde ese costo y recalcular el GRD, si se considera que dicho valor debe ser actualizado. Para

dicha actualización, la planilla de costos, irá completando en la hoja “Histórico” el registro de todos los cambios de valores que se realicen, indicando el componente y dentro de él al elemento informado, el valor introducido y el nombre del usuario del equipo que realizó el cambio.

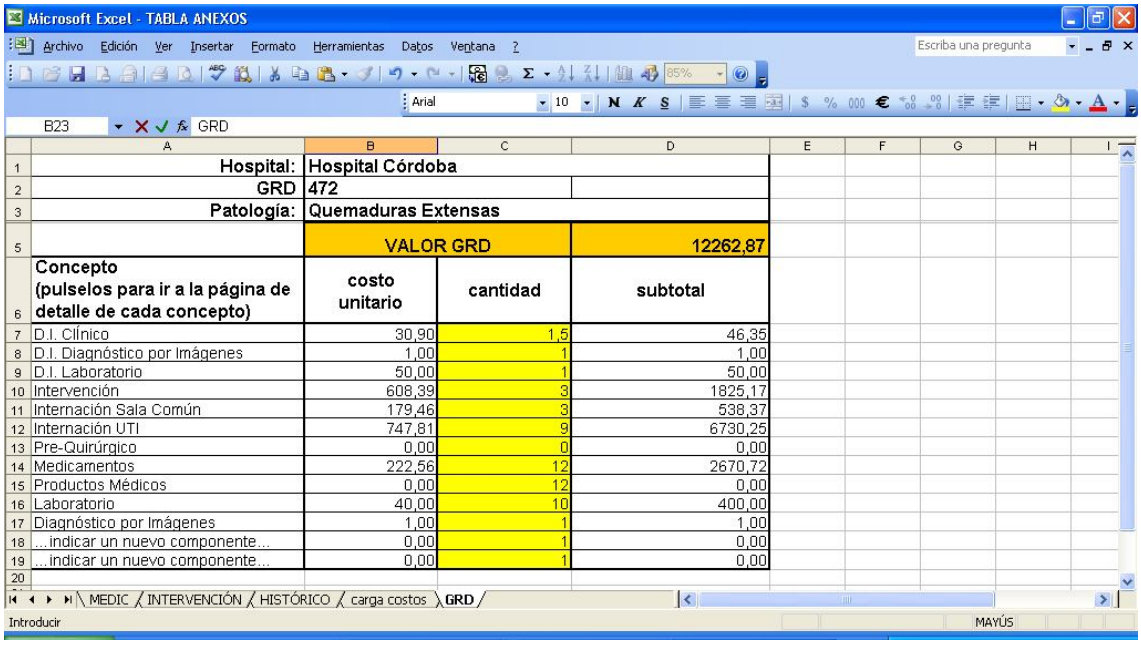


	Elemento	Costo	Fecha Actualización	Valor Referencia	Usuario
2	Diagnostico Clínico Inicial	Espacio físico	03/04/2011 11:55		Administrador
3	Diagnostico Clínico Inicial	Médico clínico	03/04/2011 11:58		Administrador
4	Diagnostico Clínico Inicial	Productos médicos	03/04/2011 11:59		Administrador
5	Diagnostico Clínico Inicial	Médico especialista	03/04/2011 11:59		Administrador
6	Ecografía	Ecógrafo amortización (10 años)	03/04/2011 12:39		Administrador
7	Ecografía	Ecógrafo mantenimiento	03/04/2011 12:39		Administrador
8	Ecografía	Productos médicos	03/04/2011 12:40		Administrador
9	Ecografía	Médico radiólogo	03/04/2011 12:42		Administrador
25	Intervención	Productos médicos	03/04/2011 14:59		Administrador
26	Intervención	Medicación	03/04/2011 15:01		Administrador
27	Pre-Quirúrgico	Electrocardiograma, etc	03/04/2011 15:08		Administrador
28	Intervención	Quirófano baja complejidad	28/04/11 14:37:49		Administrador
29	Internación UCI	Básico internación	28/04/11 14:38:51		Administrador
30	Medicamentos	Solución fisiológica x 500 ml sachet	28/04/11 14:43:09		Administrador
31	Medicamentos	Potasio cloruro ampollas	28/04/11 14:43:13		Administrador
32	Medicamentos	Cefalotina 1 gr fco amp	28/04/11 14:43:16		Administrador
33	Productos médicos	Apósitos 15 x 20 unidad	28/04/11 14:44:44		Administrador
34	Productos médicos	Gasas 7x7x2 unidades	28/04/11 14:45:29		Administrador
35	Productos médicos	Guantes examen unidad	28/04/11 14:46:27		Administrador
36	D.I. Diag. por Imágenes	Base radiología	05/05/2011 18:58		Administrador

Figura 2: planilla de “DATOS HISTÓRICOS”

La planilla Macro posee una hoja llamada GRD, la cual indica cada uno de los componentes globales que conforman el costo total de la atención por paciente. Cada GRD tiene una hoja independiente.

En la misma se deberá completar el código del GRD, las patologías asociadas y los componentes del costo.



Hospital:	Hospital Córdoba		
GRD	472		
Patología:	Quemaduras Extensas		
	VALOR GRD		12262,87
Concepto (pulselos para ir a la página de detalle de cada concepto)	costo unitario	cantidad	subtotal
D.I. Clínico	30,90	1,5	46,35
D.I. Diagnóstico por Imágenes	1,00	1	1,00
D.I. Laboratorio	50,00	1	50,00
Intervención	608,39	3	1825,17
Internación Sala Común	179,46	3	538,37
Internación UTI	747,81	9	6730,25
Pre-Quirúrgico	0,00	0	0,00
Medicamentos	222,56	12	2670,72
Productos Médicos	0,00	12	0,00
Laboratorio	40,00	10	400,00
Diagnóstico por Imágenes	1,00	1	1,00
...indicar un nuevo componente...	0,00	1	0,00
...indicar un nuevo componente...	0,00	1	0,00

DI: Diagnóstico Inicial; UTI: Unidad de Terapia Intensiva; SPQ: Servicio de Pacientes Quemados.

Figura 3: detalle global del GRD.

El desglose de costos de cada concepto está en su propia hoja. Acá se toma el costo unitario obtenido del análisis de costos específico.

Como cada componente del costo es en sí mismo un desglose, al pulsar sobre cada elemento de las lista de conceptos, el sistema se posicionará sobre una hoja independiente, para poder introducir allí los elementos correspondiente a su detalle y su forma de costeo.

Por ejemplo: si se posiciona sobre el concepto “Intervención”, y presiona Enter o clic con el botón izquierdo del mouse, automáticamente se abrirá una planilla, en la que se deberán cargar todos los elementos descriptivos de la Intervención.

Microsoft Excel - TABLA ANEXOS

C35 INTERVENCIÓN

1	Concepto :	Intervención											=>	608,39
2				Cálculo										IR A GRD
3	Áreas, prestaciones y materiales involucradas	ir a la hoja de		metros		camas	unidades			días		horas		Resultado
4		Costo informado	Fecha actualización	metros usados	metros totales	camas totales	unidades usadas	unidades Totales	unidad	días usados	días totales	horas usadas	horas totales	Costo Unitario
5	Quirófano baja complejidad	588	28/04/11 14:37:49											588
6	Balneoterapia	0	27/04/11 12:24:13											0
7	Midazolam ampollas	5,3	27/04/11 12:24:14											5,3
8	Fentanilo ampollas	1,8	27/04/11 12:24:15											1,8
9	Ketamina 50 mg fco amp													9,78
10	Propofol 2% 50 ml fco amp													0
11	Solución fisiológica x 500 ml													3,5
12														0

Figura 4: planilla de concepto, INTERVENCIÓN

-El mismo procedimiento en el concepto Medicamentos". Cada elemento se detallará de acuerdo a la unidad de prorrateo asignada.

Microsoft Excel - TABLA ANEXOS

C21 MEDICAMENTOS

1	Concepto :	Medicamentos											=>	222,56
2				Cálculo										IR A GRD
3	Áreas, prestaciones y materiales involucradas	ir a la hoja de		metros		camas	unidades			días		horas		Resultado
4		Costo informado	Fecha actualización	metros usados	metros totales	camas totales	unidades usadas	unidades Totales	unidad	días usados	días totales	horas usadas	horas totales	Costo Unitario
5	Solución fisiológica x 500 ml	3,69	28/04/11 14:43:09											3,69
6	Omeprazol 40 mg fco amp	2,43	28/04/11 14:43:16											2,43
7	Heparina sódica fco amp	19,9	28/04/11 14:43:21											19,9
8	Eritropoyetina 2000 UI fco amp	43	28/04/11 14:43:13											43
9	Fentanilo ampollas	7,5	28/04/11 14:43:30											7,5
10	Solución Ringer c/ Lactato 500 ml	22	28/04/11 14:43:27											22
11	Solución Dextrosa 5% x 500 ml	3,7	00/01/1900											3,7
12	Albúmina fco ampolla	118	00/01/1900											118
13	Nalbufina ampollas	2,34	00/01/1900											2,34

Figura 5: planilla de concepto, MEDICAMENTOS.

En estas hojas específicas de cada concepto se deberá indicar cada una de las áreas, prestaciones y/o materiales involucrados en al atención y se deberá completar la forma de prorrateo del valor de ese elemento.
Por ejemplo: si el costo a ingresar será el sueldo mensual de un profesional, deberá indicarse cantidad de días y horas laborables totales y cantidad de días y horas aplicadas a esta atención.

En resumen, para completar un nuevo GRD:

1– Ir a la hoja GRD, completar los datos descriptivos del GRD.

2– Ingresar los componentes que configuran la atención (Ej: quirófano, cirujano y equipo, material descartable, camilleros, anatomía patológica, etc). Para ello deberá ir pulsando en los conceptos "…indicar un nuevo componente..." que seleccionará a diferentes hojas para detallar allí a todos los elementos a tomar en cuenta en el costo de dicho componente.

3- En la columna para elementos ("Áreas, prestaciones y materiales involucrados") deberá completarse en renglones por separados cada elemento del cual posean datos de costo en forma independiente. Como ese valor puede corresponder a una unidad de medida mayor que la que debe aplicarse a esta atención, podrá completar en las columnas correspondientes el criterio a utilizar para calcular el costo usado (por cama, por día, metro cuadrado de superficie, dosis unitaria y presentación, etc). En este punto no deberá informar el costo, dato que luego completará en la hoja "Carga de Costos".

4- Si así lo desea podrá seleccionar entre los títulos de la cuadrícula el campo "ir a la hoja de Carga de Costos". Y agregar o actualizar los costos que considere necesario.

5- Para indicar otro concepto posee otro casillero en los títulos que puede seleccionar "ir a GRD". Ambos campos están identificados en la planilla en color celeste.

En la hoja GRD si un concepto se utiliza varias veces se puede indicar la cantidad de veces en la grilla (ej: un estudio se hace varias veces).

En forma dinámica se irá calculando el GRD en la hoja "GRD".

APÉNDICE I

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA: GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNOSTICO.
Material de Estudio

Documento de recolección inicial de información.

Por favor responda a las siguientes preguntas, con la información con la que cuenta actualmente.
El objetivo de este cuestionario es realizar un diagnóstico de situación inicial acerca de la información con la que cuenta cada uno de los hospitales.
Puede responder de manera grupal o individual según lo considere.

1. Determine de qué manera se desglosan las partidas del presupuesto en las siguientes áreas:

Recursos Humanos

- o Profesional
  - ▪ Médicos
    - • Anestesistas.
    - • Cirujanos.
    - • Cardiólogos.
    - • Emergentólogos.
    - • Otras especialidades.
  - ▪ Otros profesionales
    - • Farmacéuticos.
    - • Bioquímicos.
    - • Asistentes sociales.
    - • Especialistas en imágenes (radiografía, tomografía, resonancia, etc.).
- o No profesional
  - ▪ Enfermeras.
  - ▪ Camilleros.
  - ▪ Mucamas.

❖ Medicamentos.

❖ Descartables y prótesis

- Gastos relacionados con internaciones.
- Gastos administrativos.
- Hotelería.
- Servicios Generales.

Si se da otra forma de apertura u otros detalles, por favor, modifique lo expuesto de manera que se adapte a su establecimiento.

2. ¿Tienen un sistema de costos por área?

3. ¿Tienen un sistema de seguimiento de los insumos por paciente? (Detallar)

4. ¿Cómo se encara la facturación de los servicios? ¿Sobre qué bases?

5. ¿Qué sistema administrativo y de documentación de respaldo tienen como soporte de la facturación de los servicios?

6. ¿Qué plazo media entre la prestación de los servicios y la fecha de la facturación?

7. ¿Existen estándares de costos por área o servicio? (Detallar)

8. ¿Existe algún sistema de seguimiento que permita determinar el tiempo promedio de internación de cada patología? (Detallar)

9. ¿Existe un sistema de seguimiento que permita determinar el uso de las salas de internación normales, de terapia intermedia y de terapia intensiva en su relación con las patologías? (Detallar).

10. ¿De qué manera se lleva el alta, seguimiento y baja de los pacientes internados? ¿Hay estadísticas por área, por servicio?

11. ¿De qué manera se relaciona el uso de servicios de soporte en el diagnóstico y tratamiento?
(Laboratorio, imágenes, terapia física, asistencia social, etc.)

12. ¿Qué porcentaje representan en el presupuesto anual los gastos generales en los gastos totales?

13. ¿Qué porcentaje representan en el presupuesto anual los gastos de servicios públicos (Electricidad, luz, gas, telefonía), dentro de los gastos generales?

14. ¿Qué porcentaje representan en el presupuesto anual los servicios de limpieza, lavandería, vigilancia y catering?

15. ¿Qué porcentaje representan en el presupuesto anual los gastos administrativos?

Sistemas Informáticos

16. ¿Se registran digitalmente los informes de egresos (Altas) de internación en estos hospitales? (Detallar).

17. ¿Se registran digitalmente los ingresos? (Detallar).

18. ¿Poseen un sistema informático para el seguimiento de las prestaciones y diagnósticos durante la internación? (Detallar).

19. ¿Utilizan bases de datos para la registración? En caso positivo, ¿Cuál?

20. ¿Si no utilizan bases de datos, dónde se registran (Aplicación/Tipo de archivo)?

21. ¿Están los datos accesibles para consultar en forma directa (Sin utilizar los programas informáticos del hospital)?

22. ¿Son programas informáticos desarrollados internamente en el hospital o son programas provistos por terceros?

23. ¿Están disponibles los datos para conformar el CMBD «Conjunto mínimo básico de datos» que se precisa? (Edad, Sexo, Circunstancia de Alta, Días de estancia, Peso del recién nacido, Diagnostico principal, Diagnósticos secundarios (Complicaciones y comorbilidades), y Procedimiento principal y secundario).

24 ¿Plataforma de sistemas: Windows, Linux, otra?

APÉNDICE II

Publicación vinculada a este Trabajo Integrador Final:

Sierra PG, Uema SAN. **Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Análisis y desarrollo en un hospital público.** *Revista Bitácora Digital*. Abril-mayo 2014;2(1).