



# *Los mecanismos en de gestión la Sanidad Pública*

## **Los Grupos de Diagnóstico Relacionados**

*Silvia Fresneda Fuentes*

*Profesora del Departamento de Contabilidad y Economía Financiera de la  
Universidad de Sevilla*

La necesidad de arbitrar instrumentos que sirvan de soporte para realizar presupuestos en base a las necesidades reales de nuestros hospitales públicos, junto con la posibilidad de poder evaluar la eficacia y la eficiencia de la actividad desarrollada por éstos, hace imprescindible la introducción de una lógica de gestión y de técnicas asociadas a ella.

En el siguiente artículo, se mencionan y analizan tanto las ventajas como los inconvenientes de uno de los posibles mecanismos, los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR), que pueden satisfacer esas necesidades informativas tanto de los gestores de los hospitales y de los gerentes de los servicios de salud autonómicos, como de los órganos externos encargados de auditarlos.

**D**entro del sector público español, la sanidad posee un gran peso específico en cuanto al volumen de recursos que consume (en los últimos años el gasto sanitario público representa

casi un 7% del PIB). Sistemáticamente, la actividad desarrollada por las distintas figuras encargadas de la prestación de la asistencia sanitaria pública (hospitales, ambulatorios, centros de salud...) ha sido conside-

rada como ineficiente en el uso de los recursos e ineficaz en el cumplimiento de sus objetivos, calificativos que encuentran, básicamente, su razón de ser en las desviaciones producidas entre los presupuestos iniciales y liquidados de cada año. Frente a esta idea, los agentes internos al sistema de salud, argumentan que si los presupuestos iniciales son insuficientes desde su aprobación, difícilmente se pueden cumplir. Por ello, hacen notar la necesidad de establecer un mecanismo de fijación de presupuesto más acorde con las necesidades reales de cada centro.

Por otro lado, no se debe olvidar que el sector sanitario público, ha funcionado bajo una lógica burocrática propia de la administración pública, enfocada hacia el cumplimiento de la legalidad, que deja a un lado

aspectos relacionados con la gestión, los cuales deben considerarse tan o más importantes que los anteriores.

El hospital es una empresa que produce y presta servicios (Tejeiro, 1993. Bueno Campos 1994). Al ser de carácter público, y por tanto sin ánimo de lucro, no podemos hablar de resultado (beneficio o pérdida) en el mismo sentido que en las empresas privado-lucrativas. Pero esto no significa, que no se puedan introducir mecanismos con los que se intente evaluar de forma analítica y no financiero/presupuestaria la actividad llevada a cabo por la organización en un período determinado.

*Resultado* en un hospital engloba a una serie de conceptos muy amplios, y en la mayoría de los casos de difícil cuantificación, tales como la calidad del servicio prestado, la equidad y la mejora de la salud de los pacientes. Pero también hace referencia a la eficacia (grado de cumplimiento de los obje-

tivos fijados), y a la eficiencia (relación entre los *inputs* y los *outputs*). Para evaluar unos y otros es necesario la utilización de técnicas nuevas de gestión, algunas de ellas similares a las de las empresas privadas y otras diseñadas *ad hoc* para los hospitales.

En esta línea de introducir mecanismos de gestión en la sanidad pública, y enlazando con la necesidad de realizar una presupuestación más acorde con las necesidades reales, surge la idea de aplicar los denominados GDR (Grupos de Diagnóstico Relacionado) en los hospitales, como una herramienta puesta a disposición de los gestores y profesionales de la sanidad que resulta útil para la determinación de los costes, la evaluación del resultado y el control de la actividad desarrollada; así como para establecer un estándar de consumo en base al cual determinar los recursos que previsiblemente necesitarán cada una de las divisiones del hospital.

Si uno de los principales retos a los que nos enfrentamos actualmente es la determinación de la eficiencia y eficacia de los hospitales, y teniendo en cuenta que en ambos conceptos está presente el denominado *output* o *producto hospitalario*, la primera tarea que se debe emprender es su delimitación.

## ***El producto hospitalario***

El hospital es hoy día una organización muy compleja en la que prima la función de producción y distribución de los servicios de diagnóstico, terapéutica y asistenciales (Baraldi, 1990). Esta función no es homogénea, puesto que las actividades que la componen, sobre todo las de carácter médico, son de muy diversa naturaleza y de carácter imprevisible (en tanto en cuanto no se conoce en el momento de la planificación y asignación de recursos





cuáles van a ser las demandas de los posibles pacientes), y por ello de difícil estandarización.

El resultado final de los procesos desarrollados es el denominado *producto hospitalario*, entendido como el conjunto de servicios -productos intermedios- <sup>(1)</sup> prescritos por el cuerpo facultativo que recibe cada paciente según el cuadro clínico que presenta.

Asociado a cada producto hay, como ya se ha mencionado, una función de producción que combina los factores productivos y los productos intermedios, en la que el consumo de recursos depende, entre otras causas, del número de días de ingreso, del cuadro clínico propio del paciente y del diagnóstico hecho por el médico. El conjunto de los distintos casos que trata un hospital es el denominado *case-mix* <sup>(2)</sup>.

En esta situación compleja, asumen especial importancia los aspectos económicos ligados no solo a los costes financieros y sociales, sino también a la cantidad de los recursos a usar por los profesionales médicos y de enfermería consumidos en la prestación del "producto hospitalario".

(1) Aquellos que producen algunas divisiones o unidades del hospital (por ejemplo: análisis clínicos, radiografías, resonancias magnéticas...), y que actúan como soporte para el desarrollo de la actividad de diagnóstico y cura.

(2) Entre otras, se pueden citar: **Multi-level care groups**, en la que se considera que la variable que mejor explica las necesidades de recursos por parte de los pacientes es la gravedad de la enfermedad y no el diagnóstico. **Patient management categories**, en esta técnica o modelo las variables son tres: el motivo de admisión, el diagnóstico de alta y los componentes del cuidado. **As-score** y una actualización del mismo, **Severity of illness index**, que toman en consideración variables representativas del grado de la enfermedad, de las complicaciones que se pueden presentar y de la gravedad de la enfermedad. (González, 1990)

## Los Grupos de Diagnóstico Relacionados

En este contexto, es en donde cobran especial relevancia las distintas técnicas de evaluación del *case-mix*, entre las que destacan por su mayor difusión los GDR, ya que los indicadores basados solamente en los días de hospitalización que han sido usados de forma general por los hospitales para medir el producto hospitalario no son lo suficientemente representativos, puesto que no tienen en cuenta los distintos tipos de patologías y, *por ende*, los diferentes grados en el consumo de recursos. Así, los GRD superan los inconvenientes anteriores y de forma implícita se constituyen como descriptores de la eficiencia y la calidad, (Taroni, 1988).

Los GDR o grupos de *iso-recursos*, permiten clasificar los pacientes tratados en unos grupos homogéneos en base a las características clínicas y sociodemográficas que presentan, posibilitando definir así el perfil de la asistencia o conjunto de procesos a aplicar para resolver el caso y determinar consiguientemente, el consumo de recursos que se producirán.

La introducción de esta técnica en los hospitales no requiere excesivas inversiones en sistemas de información y en infraestructura, ya que el punto de partida es la "ficha clínica de admisión" <sup>(3)</sup>. La codificación se realiza en base a las categorías fijadas por el sistema internacional de clasificación del *case-mix hospitalario* (ICD-9-CM), y da lugar a 467

(3) Para que los datos arrojados por el sistema de los GDR sean útiles, un factor muy importante es precisamente la claridad de la ficha clínica, de cara a que contenga toda la información necesaria y su cumplimentación no requiera grandes esfuerzos por parte del personal médico.

grupos finales diferentes. Este es el objetivo del sistema, llegar a construir grupos finales de pacientes no demasiado numerosos, exclusivos entre sí, homogéneos en relación a la cantidad de recursos consumidos, y que sean significativos y coherentes en base la información clínica y sociodemográfica contenida en la ficha de admisión.

El proceso que se sigue es el siguiente: los pacientes se asignan inicialmente a una de los 23 categorías de diagnóstico principal (*Major Diagnostic Categories*), posteriormente se determina si el paciente va a sufrir alguna intervención quirúrgica o no, una vez que se tienen estos dos grandes grupos, dentro de cada uno de ellos, se vuelve a reali-



zar una escisión en base a la edad de los pacientes, el sexo y la existencia de complicaciones considerables, surgiendo así los 467 grupos finales. A cada uno de ellos le corresponde una función de producción concreta (conjunto de servicios, días de estancia, productos intermedios...) de la que se conoce el coste.

## **El uso de los GDR en los hospitales**

Esta técnica tuvo su origen en los Estados Unidos. Los GDR se usan en los hospitales de este país, para determinar el coste de la asis-



tencia prestada a cada paciente y así fijar el precio del servicio dando lugar al denominado *Sistema Prospectivo de Pagos* (Pps). Este no es nuestro caso, ya que en el sistema público español, no hay pago directo por parte del paciente, puesto que la financiación es vía presupuestos públicos.

A raíz del uso de los GDR llegamos a determinar un *estándar* de consumo de recursos o costes, que sirve de *input* o datos a un sistema de información orientado hacia la gestión del que se pueden obtener tres productos finales muy concretos:

- X Información para elaborar unos presupuestos de carácter financiero que tengan en cuenta las verdaderas necesidades del centro, basados sobre la estimación de los casos a tratar por el hospital en un período de tiempo determinado.
- X Diseñar, en base a los costes reales de los casos tratados determinados de forma retrospectiva, un sistema de contabilidad analítica cuyos resultados se comparen con el estándar para poder evaluar la actividad hospitalaria de forma oportuna en el tiempo y a medida que se va desarrollando la gestión para corregir las desviaciones que aparezcan llegando así a implementar un verdadero y eficaz sistema de control interno.
- X Derivado de lo anterior se obtendría una información básica para el desarrollo de auditorías operativas de carácter externo.

No obstante, aunque la aplicación de los GDR supone un gran paso hacia adelante en los aspectos relativos a la gestión de los hospitales, no es una panacea y se debe

**Tienen especial importancia los aspectos económicos ligados a los costes financieros y sociales, y a los recursos utilizados por los profesionales médicos y de enfermería**

hacer uso de esta técnica teniendo en cuenta las limitaciones a las que está sometida, entre ellas se pueden citar las siguientes:

- ▼ Dado que una de las variables que se tienen en cuenta en el establecimiento de los grupos finales es el número de días que los pacientes permanecen ingresados, quedan fuera de tales grupos aquellos que no han sido hospitalizados. Por tanto, el consumo de recursos que se deriva de la asistencia que reciben no forma parte de los costes de cada GDR.
- ▼ Existe en los hospitales, por parte del personal médico y de enfermería, un elevado grado de autonomía profesional fruto de la propia naturaleza del trabajo que desempeñan, y que puede llevar a una discrecionalidad tanto en las etapas de diagnóstico, como de tratamientos y demanda de productos intermedios, rompiéndose así la homogeneidad del caso tratado con respecto al grupo de pertenencia y quebrándose el consumo de recursos previamente establecido.



***La aplicación de los GDR supone un gran paso adelante en la gestión de los hospitales, pero no es una panacea***

▼ No se tienen en cuenta determinadas complicaciones que deriven en más consumos de recursos que surgen fuera del desarrollo normal de la patología del caso tratado. Por ejemplo, una infección por mal sutura de una herida o una intoxicación alimenticia.

Por todo ello, una vez que se ha diseñado e implementado un sistema de contabilidad analítica en base a los GDR, se puede intuir la existencia de problemas pero no la actividad concreta en donde estos surgen (Ruta, 1993), ya que este sistema no informa, entre otros aspectos: si los exámenes prescritos han sido o no excesivos en número; si hay una infrautilización de los recursos tecnológicos; si han existido complicaciones externas; del grado de discrecionalidad en el diagnóstico y en la fijación de los días de ingreso, etc. Esto ha dado lugar al diseño de los denominados Grupos de Procesos Relacionados (GPR), que en parte vienen a superar las deficiencias de los GDR, puesto que ofrecen "una representación más actual y precisa de los procesos sanitarios, permitiendo describir mejor el nivel de recursos usados, los posibles cuellos de botella, las actividades que son redundantes, las que son escasas, etc." (Ruta, 1993).

Con este artículo se ha querido poner de manifiesto la necesidad que tienen los gestores de las organizaciones hospitalarias públicas de disponer de instrumentos que les permitan evaluar la actividad llevada a cabo desde una óptica propia de la gestión. Los más usados, tanto en el Estado español como en otros países (Italia, Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Nueva Zelanda) son los GDR que, a pesar de las limitaciones que presentan, son de gran utilidad tanto para evaluar el producto hospitalario como para hacer responsables directos del consumo de recursos a los profesionales médicos.

Por último señalar que, quizás la verdadera importancia de la aplicación de los GDR en los hospitales no venga por su total utilidad y bondad, sino porque es uno de los primeros intentos que se han realizado de cara a la introducción en estas organizaciones de la lógica de la gestión, dejando a un lado la legalista y burocrática que hasta épocas recientes se tenían en cuenta. ■

## ***Bibliografía***

- Barea Tejeiro, J.: "El hospital, empresa de servicios", en Jornadas de gestión y evaluación de costes hospitalarios. Hellín, 1993.
- Baraldi, R.: "Il concetto di prodotto dell'ospedale applicato allo strumento DRG". Milano, 1990.
- Bueno Campos, E.: "La planificación estratégica en hospitales: problemas y enfoques principales". Monografía nº1 de Economía y gestión de la salud. Marzo, 1994.
- González Carbonell, J.F.: "Análisis económico-contable del output hospitalario". Universidad de Alicante, 1990.
- Ruta, C.: "Sanità e management". Etas libri. Milano, 1993.
- Taroni, F. y Bevan, G.: "I gruppi di diagnosi iso-risorse per la valutazione dell'attività ospedaliera". L'Azienda Sanità. Franco Angeli. Milano, 1988.

