

Puntos de Referencia

Edición online
N° 417, octubre 2015

Mejorando la salud hospitalaria: Alternativas para el financiamiento y la gestión*

PRESENTACIÓN XIMENA RIESCO

Resumen

Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) son un sistema de clasificación de egresos hospitalarios que los estandariza en base a la categorización de actividad hospitalaria de acuerdo a su complejidad e intensidad de uso de los recursos.

La Clínica Dávila tiene una extensa casuística y vasta experiencia en el uso de los GRD, principalmente como instrumento de gestión, lo cual permite mejorar la eficiencia y la gestión clínica, así como también en el uso de los GRD como mecanismo de pago. En este documento se presenta una selección de lo más relevante de dicha experiencia, desde el punto de vista de un prestador.

En cuanto al uso de los GRD como mecanismo de pago, La Clínica Dávila ha participado tanto en un piloto con una aseguradora privada, iniciativa que partió desde la clínica, como en la licitación de camas críticas del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). De esta experiencia se concluye que el uso de los GRD permite distribuir de mejor manera el riesgo entre asegurador y proveedor, mejorando la confianza entre ellos, lo que a su vez reduce los costos y mejora la atención de los usuarios. Sin embargo, para su implementación exitosa es fundamental adaptar los procedimientos administrativos y particularmente disponer de un sistema informático adecuado, a lo que se suma el compromiso médico. En cuanto a la licitación del Fonasa se realizan sugerencias relativas a avanzar en una mayor desagregación de los pagos en base al tipo de camas y a considerar la casuística y oferta de cada establecimiento a la hora de derivar a los pacientes.

En relación con el uso de los GRD como *Benchmarking* y eficiencia, Clínica Dávila utiliza indicadores de gestión que facultan para compararse con otras entidades y con el promedio del país, así como también entre servicios específicos dentro de la clínica, lo que permite hacer intervenciones mucho más específicas, llegando a desagregar por GRD y así entender cuál es el que está afectando el resultado respecto del estándar.

Finalmente, en lo relativo a la gestión clínica propiamente tal, los GRD se han usado para desagregar la información a nivel de cada facultativo y, en conjunto con ellos, estudiar los hallazgos. Esto ha permitido entender por qué algunos son más o menos eficientes, información que es utilizada para ir afinando protocolos y prácticas en las reuniones clínicas y otras instancias.

Los GRD abren una alternativa a un modo de relación distinto entre la institución de salud y el médico. Hasta ahora se han utilizado en mayor medida como mecanismo de pago macro a hospitales, pero está pendiente el desafío de abordar el mecanismo de pago a los doctores, donde el uso de los GRD puede ayudar a alinear los objetivos del establecimiento con los de los trabajadores de la salud.

Ximena Riesco. Directora de Estudios Médicos de Clínica Dávila. Agradezco a Paula Arpón, del Área de Estudios de Clínica Dávila, por su colaboración en la elaboración de este documento.

* Este seminario se realizó el 1 de julio en el Centro de Estudios Públicos (CEP). Las presentaciones de cada expositor se pueden encontrar en la página web del CEP, www.cepchile.cl.

I. Introducción

Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) son un sistema de clasificación de egresos hospitalarios que los estandariza en base a la categorización de actividad hospitalaria de acuerdo a su complejidad e intensidad de uso de los recursos, utilizando los diagnósticos, las características de las personas y los procedimientos realizados.

En Chile existen varias experiencias con el uso de los GRD, siendo la primera el proyecto Fondef (Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico) liderado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica con el Dr. Gabriel Bastías en el año 2004. En éste participaron dos establecimientos de salud públicos, el hospital del Salvador y Barros Luco, y dos establecimientos privados, el hospital clínico de la Universidad Católica y la Clínica Dávila. Posteriormente, en 2009 el Ministerio de Salud comenzó a implementar GRD en un grupo de hospitales públicos. A partir del año 2010 la implementación de los GRD se extiende a todos los recintos hospitalarios complejos del país.

El primer uso de GRDs como política pública se desarrolla por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) con la licitación de camas críticas para el año 2015 y, posteriormente, un piloto para pagar a 14 hospitales públicos mediante dicho mecanismo (GRD).

La Clínica Dávila tiene una extensa casuística, y vasta experiencia en el uso de los GRD, bajo el Área de Proyectos y Gestión Clínica que ha estado a cargo del Dr. Francisco Olivari y la Unidad de Registros Clínicos, con la enfermera universitaria Elizabeth Munster. En los dos últimos años se ha incorporado al equipo la Unidad de Estudios Médicos, ampliándose el uso de los GRD como mecanismo de pago.

Existen tres usos principales de los GRD: (i) mecanismo de pago (ii) *Benchmarking* (o referencia), que sirve para evaluar y comparar los desempeños

hospitalarios y de sistemas, y (iii) gestión Clínica y control gerencial, que permite, como en el caso de Clínica Dávila, evaluar y comparar entre los servicios clínicos aproximándose a la variabilidad de la práctica médica, promoviendo la eficiencia.

En este documento se presenta una selección de lo más relevante de dicha experiencia, desde el punto de vista de un prestador. Para ello se describen algunas de las aplicaciones de los usos de los GRD a través de la experiencia de la clínica, en primer lugar, como mecanismo de pago y, en segundo lugar, como instrumento de gestión, lo que permite mejorar la eficiencia y la gestión clínica.

II. La Clínica Dávila

La Clínica Dávila es el segundo establecimiento del país con más egresos hospitalarios (más de 39.000 al año), con días de estancia promedio similares al promedio del país de 3,6 días¹.

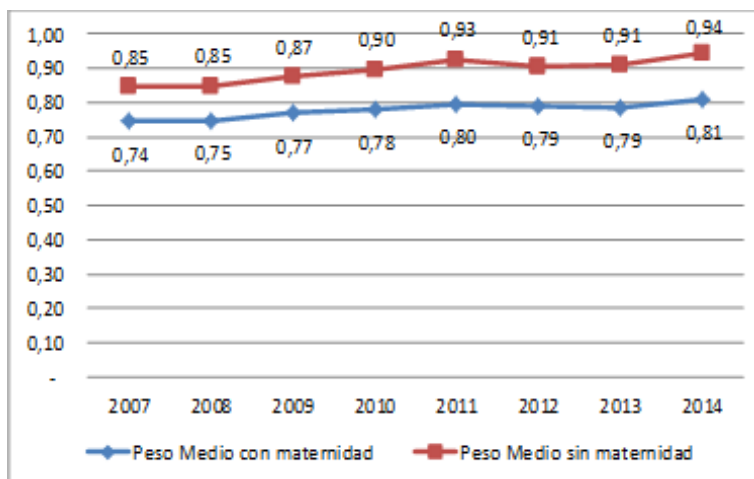
Respecto al *case mix* o casuística del establecimiento², se aprecia que la complejidad de los casos atendidos en la clínica ha ido creciendo desde 2007. En el Gráfico 1 se observa que en 2007 la complejidad de los casos atendidos para el total de pacientes, reflejados en el peso promedio de los GRD³, fue de 0,74. Dicha cifra llegó a 0,81 en 2014. Al excluir la maternidad, la complejidad del hospital sube a 0,94 en 2014, siendo 1 la complejidad promedio del país.

¹ Para la maternidad el promedio de días de estada es de 3,27 y, en general, para los análisis se trabaja en forma separada de la casuística total de la clínica.

² Desde el año 2010, la Clínica Dávila utiliza la clasificación internacional de los GRD (IR GRD). Anteriormente, se utilizaba la *all patient* o grupo amplio de pacientes ambulatorios (AP GRD).

³ El peso relativo de cada GRD es el costo del caso dividido por el costo promedio de hospitalización de dicho GRD. El peso promedio del *case mix* del establecimiento (índice de complejidad) es el promedio de todos los pesos relativos, por lo tanto, compara la casuística del establecimiento con el estándar.

GRÁFICO 1: Complejidad promedio de los casos atendidos de la clínica y de la maternidad (2007-2014)



Fuente: Área de Información y Estudios Médicos, Clínica Dávila.

de pago, tanto para el asegurador (financiador), como para el proveedor (clínica, hospital) haciéndose hincapié en que los GRD son un mecanismo que distribuye los riesgos entre ambos. Por ejemplo, como muestra la Figura 1, el pago por servicio (*fee for service*) tiene un alto riesgo para el financiador y un muy bajo riesgo para el proveedor. Por el contrario, un sistema de capitación tiene un alto riesgo para el proveedor y un muy bajo riesgo para el financiador. Los GRD, al ser un mecanismo de pago institucional, tienen un riesgo compartido entre el proveedor y el financiador.

III. Uso de los GRD como mecanismo de pago a la Clínica Dávila

1. Piloto con aseguradora privada

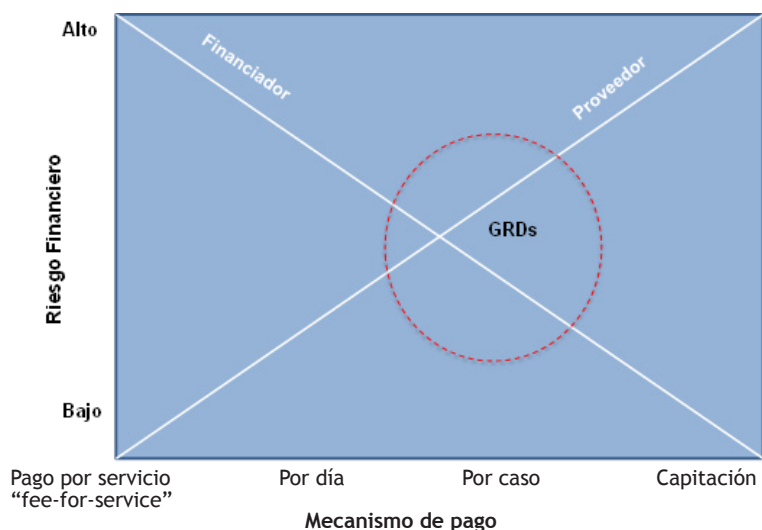
La primera experiencia de uso de los GRD como mecanismo de pago en la Clínica Dávila fue un piloto que se realizó con una aseguradora privada. Fue un ejercicio interesante, porque la iniciativa partió desde la clínica, por lo tanto, fue el prestador quien usó el mecanismo de GRD como un mecanismo “de venta” con una aseguradora, para la resolución de una patología de alta frecuencia y baja complejidad, la colecistectomía laparoscópica.

a) Etapas del piloto:

El primer paso fue dar a conocer y generar confianza hacia el mecanismo de GRD en el asegurador o financiador. Para ello se le explicó los riesgos financieros que conllevan los diferentes métodos

El segundo paso fue socializar y generar confianza por parte del asegurador en la herramienta específica para clasificar los casos, que fue el IR-GRD, para lo cual se les mostró en la práctica cómo se codificaba en la clínica. El asegurador pudo apreciar los insumos, cómo estos se procesan y cómo se determina

FIGURA 1: Riesgo financiero para el proveedor y financiador asociado a los diferentes métodos de pago



Fuente: Elaboración propia en base a presentación conjunta con C. Cid en 2013.

el peso específico (o nivel de complejidad) de cada caso. Se les presentó el software utilizado para que comprendieran que las estimaciones se basan en una metodología concreta y común, que corresponde a un proceso estandarizado y transparente.

El tercer paso fue construir y tarificar el programa piloto, para lo cual se tomó una serie de decisiones. La primera fue definir el tipo de problema de salud o intervención a financiar mediante este método de pago, resolviéndose que fuese uno de alta frecuencia y bajo costo (la alternativa era uno de baja frecuencia y alto costo). La segunda decisión fue determinar si el GRD a elegir sería un problema de salud (por ejemplo, la patología de la vesícula biliar) o una intervención. Como se señalara, se adoptó la segunda alternativa, eligiéndose la colecistectomía laparoscópica, que es más bien un paquete con tres GRD, donde una misma intervención se clasifica en tres grupos según el nivel de severidad.

La clínica contaba en el año 2013 con una casuística de 4 mil casos de colecistectomía laparoscópica que fueron clasificados en 3 subgrupos en base a la severidad, encontrándose casos extremos (*outliers*) en cada grupo, cuyos costos escapaban muy por sobre el promedio. Para dichos casos se aplicó un mecanismo distinto y más sencillo, en donde aquellos que superaran los 10 millones de pesos, se mantendría este monto como cobro al asegurador.

Para la definición del precio, se realizó un análisis estadístico de los casos de colecistectomía laparoscópica tratados en la clínica, considerando frecuencia, severidad, costos y las distribuciones asociadas, donde, por ejemplo, se vio que la dispersión de la mayor severidad era bastante alta, pero dentro del rango aceptable. Los costos fueron presentados de manera transparente al asegurador, junto con el cual se trabajó la tarificación. Al monto propuesto se le aplicó un 3% para absorción de riesgo.

El paso siguiente fue la operacionalización administrativo-financiera del piloto, en la cual destaca la

relevancia de involucrar a todas las unidades de la clínica y la definición de flujos y procedimientos. Asimismo, se trató caso a caso, siendo esto una sugerencia al menos para el principio, dado que es un proceso de aprendizaje. Dos aspectos relevantes que surgieron de la implementación fueron, por una parte, la necesidad de adaptar los procesos administrativos, tanto del asegurador, como del proveedor (por ejemplo, el cierre de cuentas por persona es fundamental). En ese sentido es muy probable que el Fonasa requiera cambios en este aspecto para la aplicación del mecanismo. Por otra parte, es también necesario adaptar el sistema informático, puesto que en el caso de la clínica éste no estaba diseñado para el uso de esta nueva metodología (por ejemplo, en Admisión de la clínica no se sabía cómo ingresar el GRD). En consecuencia, hay que preocuparse de adaptar los sistemas antes de iniciar un programa piloto.

b) Resultados y conclusiones del piloto

Luego de nueve meses de la implementación del programa se observó un total de 77 casos de pacientes resueltos para colecistectomía laparoscópica pagada vía GRD. La distribución por severidad fue muy similar a la proyectada según el estudio de la casuística: cerca de 4,5% de los casos con severidad 2, aproximadamente 2,7% de los casos con severidad 3 y un caso *outlier* de pancreatitis aguda (el resto fueron casos con severidad 1).

Se concluyó que:

1. Hubo una evaluación positiva tanto por parte del prestador como del asegurador.
2. Es clave la adaptación planificada de procedimientos administrativos y particularmente la disponibilidad de un sistema informático adecuado al modelo.
3. Es de suma importancia el compromiso médico con la innovación en las formas de financiación

para una implementación exitosa de GRD. Por ello se conversó previamente con los equipos médicos, porque si ellos consideraban que la metodología de pago anterior funcionaba bien, podrían haber rechazado este nuevo mecanismo.

Esta experiencia muestra además la importancia de avanzar en un cuarto nivel dentro del proceso de pagos, la relación entre el prestador y el médico, para lo cual pareciera útil moverse a estos mecanismos de pago por episodio (*bundled payments*), que en el contexto de un proveedor se traduce en compartir el riesgo financiero y el beneficio entre los médicos y el prestador (clínica). En otras palabras, si el asegurador paga un monto determinado por cada GRD, en la medida que el proveedor y el médico logren mejorar la eficiencia, la ganancia se comparte (así como el riesgo).

2. Participación en la licitación de camas críticas del Fonasa

El año 2014, el Fonasa realizó una licitación para la adquisición de camas críticas a proveedores privados mediante el sistema de pago basado en GRD. Debido a la mayor experiencia con el uso de esta metodología con la que Clínica Dávila contaba, la participación en el proceso fue menos compleja en comparación con el resto de los oferentes, para quienes era algo desconocido.

En efecto, gracias a la experiencia piloto con la aseguradora, descrita anteriormente, se tuvo oportunidad de estimar y ofrecer un precio con un alto grado de certeza.

Las condiciones del Fonasa señalaban que:

- Se debía ofrecer un único precio para el conjunto de los 6 tipos de camas: adulto médica, adulto médico-quirúrgica, neonatología médica, neonatología médico-quirúrgica, pediatría médica y pediatría médico-quirúrgica.

- El precio no debía superar en más de 3,5 veces al precio base sectorial⁴ de \$1.592.541 por GRD.

a) Determinación del precio:

Se analizó la casuística (de los casos que el Fonasa estaba licitando) en la Clínica Dávila entre los años 2010 y 2013 y, de acuerdo a ello se definió un precio base del establecimiento. Se tomaron los datos más recientes y completos, lo que correspondió a los de 2012, puesto que en 2013 se había codificado sólo una muestra y en 2014 se tenían los datos para la mitad del año.

Con esta información se calculó el promedio ponderado del costo anual de todos los pacientes que fueron atendidos en las camas críticas consideradas en la licitación del Fonasa, que fue de 4 millones 647 mil pesos en 2012. Con ese valor se realizó una simulación cuyo objetivo era analizar qué ocurriría si se cobraba exactamente ese promedio. Dicho cálculo arrojó un déficit de 11% respecto a lo que efectivamente se había facturado en 2012 (Cuadro 1).

Dado lo anterior se hicieron nuevas simulaciones subiendo este valor hasta cumplir con la definición adoptada por la clínica de alcanzar entre 0 y 3% de absorción de riesgo, replicando lo que se había realizado en el piloto con el asegurador. Con esta metodología se calculó un precio final levemente mayor al promedio calculado inicialmente: 4 millones 800 mil pesos aproximadamente, sobrepasando en poco más de 2,5 veces el precio base sectorial del Fonasa y cumpliendo así con la condición de que no fuera más de 3,5 veces. Dada la condición del Fonasa de cobrar el mismo precio para los diferentes tipos de cama, en algunos tipos se generaban más beneficios que en otros.

⁴ El precio base sectorial es el precio promedio de los casos codificados por GRD del sector (todos los establecimientos que codifican GRD) dividido por su peso promedio.

CUADRO 1: Simulación de recaudación con precio base promedio Clínica Dávila (2010-2013), según reglas del Fonasa, sobre la facturación de cada año

Cuenta facturada	2010	2011	2012	2013
Adulto - Médico	-9%	11%	-11%	-6%
Adulto - Médico Quirúrgico	-10%	-14%	-11%	-4%
Pediatría - Médico	0%	-5%	-15%	-21%
Pediatría - Médico Quirúrgico	22%	26%	-5%	-8%
Neonatología - Médico	-18%	-5%	-17%	-27%
Neonatología - Médico Quirúrgico	-21%	-16%	-17%	-93%
Utilidad	-8%	-4%	-11%	-7%

Fuente: Área de Información y Estudios Médicos, Clínica Dávila.

b) Conclusiones

- La casuística o *case mix* de cada establecimiento es esencial en la determinación de sus costos, lo que se demuestra en la aplicación práctica presentada para la Clínica Dávila.
- El uso de GRD permite transparencia en las estimaciones y, por lo tanto, genera confianza.
- Asimismo, se permite un mayor conocimiento del riesgo financiero que en otros mecanismos.

c) Consideraciones y sugerencias

- Dada la dificultad en la estimación de un precio único para 6 tipos de camas con diversidad inherente, se sugiere el uso de precios diferentes al menos en 3 categorías: neonato, pediatría y adulto.
- La incertidumbre para la estimación de la capacidad de oferta real de cada tipo de cama durante los distintos períodos del año genera un riesgo importante. En primer lugar, en la Clínica Dávila se analizó la casuística de los 2.000 casos atendidos, lo que representa un porcentaje relevante y probablemente bastante representativo del comportamiento de los pacientes en la Región Metropolitana. Sin embargo, se desconoce cómo se va a derivar de la UGCC (Unidad de Gestión Centralizada de

Camas) del Fonasa, puesto que podría ocurrir que se deriven justo los pacientes que resultan más caros. En segundo lugar, está la capacidad real de ofertar en cada periodo del año, puesto que aunque se quiera ofertar las camas de adulto, en invierno prácticamente no hay disponibilidad de éstas, por lo que probablemente se oferte una mayor cantidad de camas de neonato u otras, lo que podría afectar las estimaciones.

De modo que son dos variables que plantean incertidumbre y que se podrían ajustar según la experiencia del programa.

- Finalmente, la importancia del compromiso médico con la innovación en las formas de financiación. La práctica médica es la que determina en gran medida cuánto cuestan los procedimientos.

IV. Uso de GRD para *benchmark* y eficiencia en la Clínica Dávila

El segundo gran uso de los GRD es en términos de la gestión de la calidad y eficiencia. Los GRD permiten generar indicadores de gestión, que facultan para comparar (por eso el término *benchmark* o referencia) entre entidades y con el promedio del país. Entre estos indicadores están la estadía media, los días ahorrados, los días evitables, así como los índices funcionales, tales como el Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA)⁵, que ayudan a evaluar y monitorear la eficiencia (impacto en los costos).

En el caso de la Clínica Dávila se puede analizar la gestión con los indicadores asociados al uso de

⁵ El IEMA es calculado dividiendo la estancia media del caso por la estancia media ajustada por el funcionamiento estándar o EMAF (ver nota del Cuadro 2), siendo el estándar el nivel nacional.

GRD entre los años 2007 y 2014. El IEMA muestra la eficiencia en la estadía respecto del estándar nacional que es el 1. Un IEMA menor que 1 indica mayor eficiencia en el manejo de los días de estada en relación al estándar nacional y mayor que 1, una eficiencia menor. Al observar la casuística completa de la clínica (Cuadro 2) se aprecia una mejora del IEMA en el tiempo, pasando de 0,75 en 2007 a 0,67

en 2014, lo que podría interpretarse como mejoras en la gestión de los días de estancia.

El uso de GRD brinda también la posibilidad de analizar los servicios específicos dentro de la clínica. Es decir, evaluar cómo está el servicio médico quirúrgico norte, sur, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la Unidad de Tratamientos

CUADRO 2: Indicadores GRD (incluye maternidad) para los años 2007 a 2014

Indicadores	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Altas Depuradas	27.182	28.661	30.110	31.963	15.573	37.481	16.067	15.804
EM Depurada	3,26	3,17	3,13	3,15	3,10	3,06	2,85	3,02
PM Depurado	0,74	0,74	0,76	0,78	0,79	0,79	0,78	0,81
EM Norma Depurada	5,95	5,89	5,89	5,93	5,83	5,88	5,79	5,84
Diferencia Norma	- 2,69	- 2,72	- 2,76	- 2,78	- 2,74	- 2,82	- 2,94	- 2,82
EMAC	4,57	4,49	4,30	4,29	4,18	4,36	3,97	4,21
EMAF	4,36	4,40	4,53	4,56	4,52	4,43	4,35	4,47
IEMA	0,75	0,72	0,69	0,69	0,69	0,69	0,66	0,67
Índice Casuístico	0,73	0,75	0,77	0,77	0,78	0,75	0,75	0,77
Índice Funcional	0,77	0,76	0,73	0,72	0,72	0,74	0,69	0,72
Impacto (Est. Evitables)	- 29.772	- 35.202	- 42.221	- 45.061	- 22.172	- 51.413	- 24.040	- 22.966

Nota: EMAC: estancia media (EM) ajustada por la casuística del estándar nacional. Se calcula dividiendo la EM del hospital sobre GRDs del Estándar. EMAF: EM ajustada por el funcionamiento del estándar. Se calcula aplicando la EM del estándar a los GRDs del hospital.

El Índice Casuístico indica el nivel de complejidad de los casos atendidos por el establecimiento en relación al estándar nacional, que es 1. Se calcula dividiendo la EMAF por la EM estándar.

El Índice Funcional relaciona el funcionamiento del Hospital respecto del estándar, que es 1. Se calcula dividiendo el EMAC por la EM estándar nacional, donde un IF > 1 indica una menor eficiencia respecto del estándar.

Estancias Evitables (impacto): estancias mayores o menores respecto del estándar. Se calcula multiplicando las altas por la diferencia en la EM.

















Fuente: Área de Información y Estudios Médicos, Clínica Dávila.

CUADRO 3: Indicadores por servicio para el año 2014 (incluye maternidad)

Servicio Alta	Altas Depuradas	E. Media Depurada	Peso Medio Depurado	E. Media Norma	Diferencia Norma	EMAC	EMAF	IEMA
Médico Quirúrgico 3° Norte D	958	3,86	0,9738	5,7	-1,84	4,05	5,55	0,6961
Médico Quirúrgico 5° Norte D	1.152	3,12	0,9767	5,66	-2,54	4,15	5,11	0,6109
Médico Quirúrgico 1° Norte D	904	3,55	0,97	5,56	-2,02	4,28	5,22	0,6792
Médico Quirúrgico 4° Norte D	1.064	3,1	0,9784	5,58	-2,48	4,42	5,13	0,6039
Médico Quirúrgico 2° Sur D	1.064	3,08	0,9257	5,56	-2,48	3,79	4,84	0,6364
Médico Quirúrgico 3° Sur D	1.211	3,24	0,933	5,73	-2,48	4,53	5,01	0,6478
Médico Quirúrgico 5° Sur D	1.157	3,08	0,935	5,45	-2,37	4	5,03	0,6119
Médico Quirúrgico 4° Sur D	1.034	3,23	0,9401	5,47	-2,24	4,01	5,06	0,6381
Adulto 2° Norte F (Intensivo)	15	24,27	4,67	16,6	7,66	14,34	23,87	1,0166
Adulto 2° Sur F (Intermedio)	81	5,37	1,0484	6,94	-1,57	7,76	7,2	0,7454
Adulto 2° Norte F (Intermedio)	64	8,03	1,3689	7,68	0,35	6,11	9,11	0,8818
Adulto 4° Sur F (Intermedio)	63	6,89	1,3745	8,6	-1,72	6,48	9,87	0,6983
Adulto 4° Norte F (Intermedio)	61	8,92	1,4174	7,47	1,45	6,71	9,9	0,9005

Fuente: Área de Información y Estudios Médicos, Clínica Dávila.

CUADRO 4: Indicadores para los GRD más frecuentes en 2014 (incluye maternidad)

GRD	Altas Depuradas	E. Media Depurada	Peso Medio Depurado	E. Media Norma	Diferencia Norma	IEMA
PH cesárea	1.575	2,37	0,5118	3,12	-0,75	 0,7597
MH parto vaginal	1.010	2,27	0,295	2,43	-0,16	 0,9347
PH colecistectomía laparoscópica	739	1,42	0,852	2,39	-0,97	 0,5942
PH otros procedimientos en el aparato musculo-esquelético y de tejido conjuntivo	453	1,43	1,1252	3,82	-2,38	 0,3753
MH trastornos del anteparto	440	2,36	0,272	2,43	-0,06	 0,9743
PH procedimientos del apéndice	395	2,18	0,784	2,2	-0,02	 0,9924
PH procedimientos de amígdalas y adenoides	364	0,63	0,4127	1,33	-0,69	 0,4782
MH otros factores que influyen en el estado de la salud	346	1,23	0,9933	2,42	-1,2	 0,5067
PH procedimientos de hernia inguinal y femoral	283	1,13	0,6344	1,39	-0,25	 0,8158
PH cesárea	280	2,68	0,5766	3,73	-1,06	 0,7164
PH procedimientos en útero y anexos	243	1,85	0,7105	3,12	-1,27	 0,593
PH procedimientos en la vagina, cuello del útero y la vulva	223	2,06	0,6182	2,37	-0,31	 0,8693
MH otros factores que influyen en el estado de la salud	203	1,2	0,4078	1,71	-0,51	 0,7013
PH procedimientos en las extremidades superiores	201	1,39	0,8377	3,45	-2,06	 0,4028
MH otras gastroenteritis y dolor abdominal	199	2,45	0,4102	1,85	0,6	 1,3263
PH Procedimientos en el tracto urinario superior	191	1,79	1,0914	5,76	-3,97	 0,3108

Fuente: Área de Información y Estudios Médicos, Clínica Dávila.

Intensivos (UTI), etc. En la Clínica Dávila se utiliza un sistema de banderas para revisar si están peor o mejor (rojo y verde, respectivamente) que la norma nacional. Como se aprecia en el Cuadro 3, casi todos los servicios están mejor que la norma (bandera verde), excepto la UCI de adultos 2 Norte (bandera roja).

Lo anterior permite entonces hacer una intervención mucho más específica. Se puede desagregar por GRD y ver cuál es el que está afectando el resultado respecto del estándar. Para ello en el Cuadro 4 se presenta otro ejemplo, donde se muestran los diferentes GRD (tipo de tratamiento). Se aprecia que hay ineficiencias en el tratamiento médico de las gastroenteritis y dolor abdominal (bandera roja). Este hallazgo no es menor, en cuanto es la segunda causa de ingreso a la Urgencia de la clínica, por lo que tiene un impacto importante en los costos. A su vez, se pueden desagregar aún más los GRD y analizar qué ocurre con cada profesional médico, lo que se refiere a la gestión clínica propiamente tal y que se explica en la siguiente sección.

V. Uso de GRD para la gestión clínica en la Clínica Dávila

El Área de Gestión Clínica de la Dirección Médica de la clínica inició un trabajo muy innovador en Chile con el uso de GRD y la gestión clínica. El sistema consiste en que se toma un problema de salud y se estudia y analiza en profundidad en conjunto con los especialistas respectivos, quienes, a su vez, tienen luego la posibilidad de ir afinando protocolos y prácticas en las reuniones clínicas y otras instancias.

El ejemplo presentado a continuación es el de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. En primer lugar, se toman los diagnósticos de egreso relativos a neumonías y se reúnen todos los GRD asociados a dichos egresos, 20 en este caso. En el Cuadro 5 se aprecia que los más recurrentes son tres, y por ello, estos fueron analizados en mayor detalle.

Al desagregar por cada GRD es posible identificar el total de la cuenta promedio de cada médico. Por ejemplo, si se toma el caso de las neumonías con

CUADRO 5: Evolución número de casos para los GRD asociados a egresos por neumonía adquirida en la comunidad

GRD	Descripción GRD	2010	2011	2012	2013	2014	total
21302	PH procedimientos intraoculares y del cristalino				1		1
41013	PH vent. mecánica de largo plazo con traqueostomía	3	1	3	1	1	9
41023	PH vent. mecánica de largo plazo sin traqueostomía	20	13	25	11	2	71
41103	PH proc. complejos del aparato respiratorio	3	2	8	2	2	17
41202	PH proc. no complejos del aparato resp.	1		1	2		4
41203	PH proc. no complejos del aparato resp.	6	2	14	3	2	27
41301	PH proc. moderadamente complejos del aparato resp.	2	2	4	2		10
41302	PH proc. moderadamente complejos del aparato resp.	7		6			13
41303	PH proc. moderadamente complejos del aparato resp.	5	2	5	4		16
44151	MH infecciones e inflamaciones del tracto resp.	5	3	5	5	4	22
44152	MH infecciones e inflamaciones del tracto resp.	10		4	6	2	22
44153	MH infecciones e inflamaciones del tracto resp.	11	4	12	11	2	40
44161	MH neumonía simple y tosferina (pertusis)	123	37	131	39	9	339
44162	MH neumonía simple y tosferina (pertusis)	69	14	62	19	5	169
44163	MH neumonía simple y tosferina (pertusis)	70	18	81	35	10	214
44211	MH síntomas, signos y otros diagnósticos del aparato resp.	22	9	41	14	6	92
51063	PH otros proc. cardiorrácicos	1			2		3
51153	PH cateterismo cardíaco	4	3	2	1	2	12
61303	PH proc. moderadamente complejos en estómago, esófago y duodeno	1					1
111302	PH proc. en la vejiga y en el tracto urinario inferior				1		1
Total		363	110	404	159	47	1.083

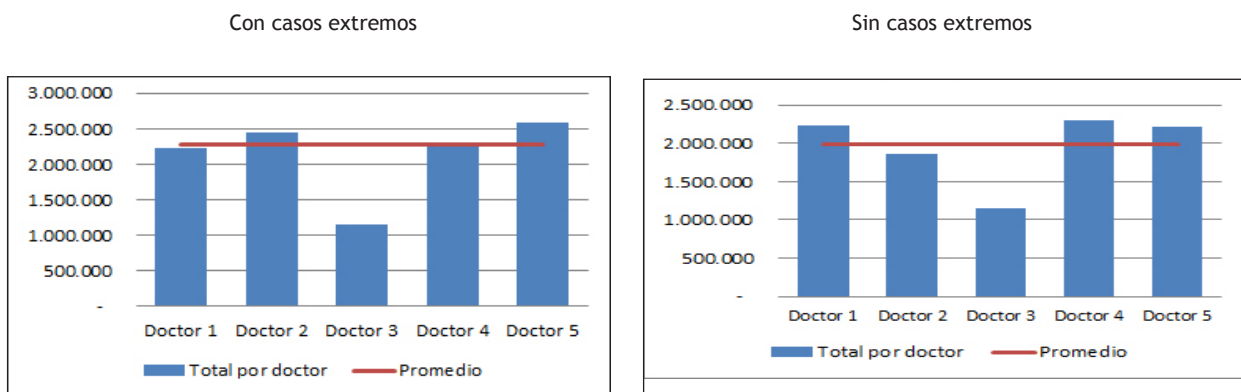
Fuente: Área de Información y Estudios Médicos, Clínica Dávila.

una severidad 1 (o neumonía simple y tosferina), que en el Cuadro 5 es el GRD 44161, y se consideran los resultados con y sin los casos extremos (*outliers*), los resultados son bastante interesantes (Figura 2). Así, el doctor 1, que tiene costos muy similares al promedio cuando se consideran todos los casos, tiene costos por sobre el promedio cuando

se saca a los casos extremos. Dicho médico no trata casos extremos y sus días de estada son más altos, similares a las de los pacientes del sector público (algo parecido ocurre con el doctor 4).

Más aún, con las bases de datos y las cuentas corrientes, se puede ver cuánto gasta cada facultativo en insumos y otros ítems. Se debe tener en

FIGURA 2: Cuentas promedio y por médico para GRD 44161 con severidad 1, con y sin casos extremos (2013)



Fuente: Área de Información y Estudios Médicos, Clínica Dávila.

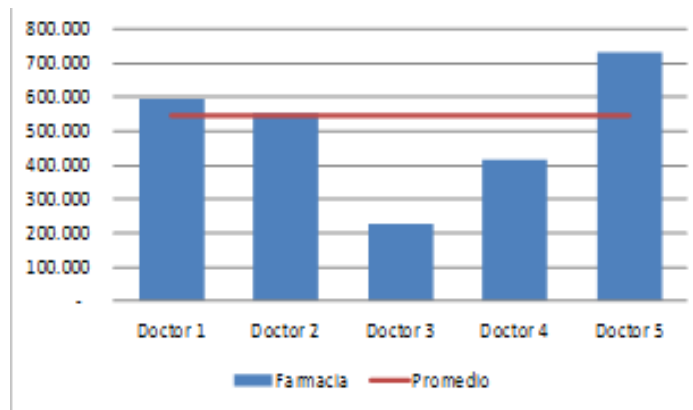
cuenta que a medida que más se desagrega la información, los resultados son menos confiables. De todas maneras, si se toma el ítem “farmacia” que es el más confiable, se puede apreciar que el doctor 1 es menos eficiente porque su gasto en farmacia se desvía del promedio. Sin embargo, en el caso del doctor 4 no es este ítem el que explicaría sus mayores costos.

En conclusión, el uso de GRD entrega la posibilidad de intervenir para mejorar la eficiencia, incluso a nivel de los procedimientos médicos, sin descuidar la calidad y seguridad de la atención. Es decir, no sólo permite hacer un análisis de los costos y los recursos financieros, sino que, además se pueden estudiar los otros indicadores que orientan a la gestión clínica. Por ejemplo, al analizar el IEMA por profesional hay un médico que trata a sus pacientes graves muy eficientemente (IEMA <1). Al estudiar a dicho profesional, es posible darse cuenta que es de mayor edad y con gran experiencia respecto a los otros profesionales, por lo tanto, puede tomar decisiones más arriesgadas que otro médico con menos experiencia.

VI. Conclusiones desde el punto de vista del proveedor

El uso de GRD como método de pago permite distribuir de mejor manera el riesgo entre asegurador y proveedor, lo que ayuda a mejorar las confianzas entre ellos. Esto último es relevante puesto que debiera aliviar, y por ende abaratar, el trabajo de las contralorías médicas (de los aseguradores) en cuanto a la revisión de las cuentas, lo cual también es conveniente para el proveedor porque se dilatan menos los pagos. Es decir, además, administrativamente

FIGURA 3: Gasto en farmacia promedio y por doctor para GRD 44161 con severidad 1 (2013)



Fuente: Área de Información y Estudios Médicos, Clínica Dávila.

puede contribuir a disminuir los gastos de las instituciones de salud previsional (isapres) y del Fonasa.

Asimismo, los GRD abren una alternativa a un modo de relación distinto entre la institución y el médico. Porque hasta ahora se ha hablado, siguiendo la tendencia mundial, del mecanismo de pago macro, es decir, a hospitales, pero está pendiente el desafío de abordar el mecanismo de pago a los doctores. Si bien cada sector tiene sus propias dificultades —en el sector público están las sociedades de médicos que surgen por los incentivos del método de pago y en las clínicas privadas están los incentivos perversos del pago por servicio (*fee for service*) a los médicos—, el uso de los GRD puede ayudar a alinear los objetivos del establecimiento con los de los trabajadores de la salud.

En relación con el uso de los GRD para *benchmark* y gestión clínica, dicha metodología brinda la posibilidad de ver las brechas de eficiencia y focalizar las intervenciones. Siendo lo más interesante el análisis que permite el perfeccionamiento constructivo de las prácticas médicas y clínicas de todo el equipo.

Finalmente, se espera que la experiencia y casuística de la Clínica Dávila pueda aportar en el desarrollo de los Grupos Relacionados de Diagnóstico en el país **PdR**.