

GRD EN SALUD MENTAL

Víctor Pedreira Crespo

GRD: aspectos teóricos

Qué son, en qué consisten y para qué sirven los GRD

Qué son los GRD

Aunque poseen versión ambulatoria, los GRD (grupos relacionados por el diagnóstico) son un sistema de clasificación de pacientes que agrupa las altas hospitalarias en función de su iso-consumo e isodiagnóstico.

Se sabe así qué procesos, cuántos y a qué coste ha producido un hospital, por lo que puede compararse (*benchmarking*) con los procesos y costes producidos por otros hospitales.

Sus utilidades prácticas guardan relación con la gestión asistencial y económica (es decir, con la gestión clínica) y son básicos para conocer la actividad de un hospital y su coste, tanto en términos absolutos como relativos (respecto a otros o respecto a un mismo hospital en diferentes momentos).

Permiten un lenguaje común entre clínicos y gestores (aunque se insiste en la progresiva e inevitable pérdida de esta disociación) hospitalarios para tomar decisiones, tanto de tipo clínico como de tipo económico.

Permiten también conocer el *case-mix* (casuística) y acercarse a la complejidad (no sólo clínica) de un hospital de manera que pueda mejorarse su gestión clínica.

En qué consisten los GRD

Son 684 grupos (en su versión AP-GRD 25.0 de 2010¹) en los que se clasifican los pacientes al alta dependiendo de sus características clínicas y, sobre todo, de su consumo de recursos. Estos recursos se traducen después en unidades monetarias, permitiendo conocer el coste (expresado, en nuestro caso, en euros) por proceso (expresado en GRD) de los hospitales. El número de GRD varía según las periódicas actualizaciones de sus versiones.

Cada GRD posee un peso específico, según se aleje de 1. Por 1 se entiende el peso promedio de un alta. Este peso específico identifica la complejidad de cada GRD. Cuanto mayor es de 1, mayor es su complejidad y cuanto menor es de 1, menor es su complejidad. Entendemos por complejidad básicamente el consumo de recursos y no tanto (aunque también) la complejidad clínica, como se entiende tradicionalmente (aunque lo previsible es que un paciente con alta complejidad clínica posea también una alta complejidad económica -alto consumo de recursos-, en el sistema GRD, la complejidad clínica no tiene por que ser proporcional a la complejidad económica -un paciente más complejo clínicamente no tiene por que registrar un coste proporcional a esa complejidad y a la inversa-). Es decir: un alta de un GRD con un peso de 1,5 consume un 50% más de recursos que un alta pro-

medio y un alta con un peso de 0,5 consume la mitad. Por lo mismo, un GRD con peso 1,5 consume, obviamente, el triple que el de 0,5. Estos pesos también se actualizan periódicamente.

Para qué sirven los GRD

Los GRD sirven para conocer qué producen los hospitales y a qué coste.

Los GRD se crearon como sistema de pago prospectivo a los hospitales privados proveedores de los servicios sanitarios del programa de Medicare de Estados Unidos. Como ha ocurrido en el caso de España², esta finalidad inicial presupuestaria/financiadora ha dejado paso a un uso predominante como instrumento de gestión clínica.

Al ser un sistema que ha permitido unificar los productos finales de todos los hospitales, puede utilizarse para compararlos entre ellos. En base a ello, pueden compararse las características de los GRD:

- De un hospital respecto a otro(s).
- De un hospital respecto a sí mismo en otro periodo de tiempo.
- De un hospital respecto los que tenía previsto/contratados/presupuestados/financiados.
- Entre servicios distintos dentro de un mismo hospital.

Origen y desarrollo de los GRD

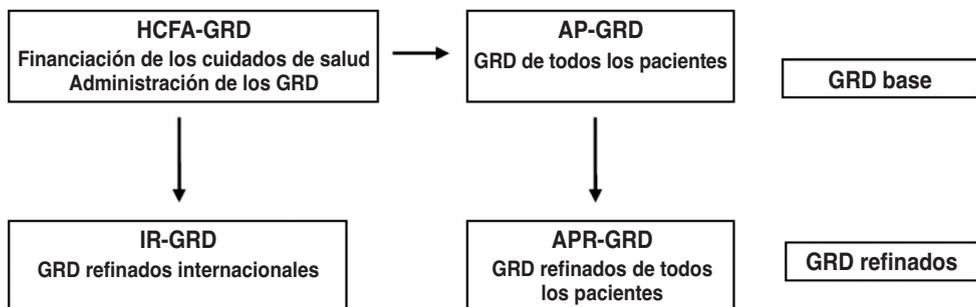
Los GRD se crearon en la Universidad de Yale de los Estados Unidos en la década de los 60 del pasado siglo para valorar la calidad y utilización de servicios en la asistencia hospitalaria.

En 1980 se publican los primeros GRD, resultantes del análisis de 700.000 altas de New Jersey y Connecticut codificadas con la CIE-8. Su número fue de 383.

Con la aparición en 1979 de la CIE-9, la *Health Care Financing Administration* -HCFA- (encargada del pago de los servicios sanitarios públicos a los proveedores -siempre privados en Estados Unidos- de esos servicios acogidos al programa Medicare) financia la construcción de unos nuevos GRD con diagnósticos basados en ella. Para ello se analizaron más de 1,4 millones de altas de 323 hospitales. En el estudio se incorporan también los costes de esas altas, con lo que se les dota de su dimensión económica. El número resultante de GRD ascendió a 467. En base a ellos se establecieron en 1983 como medio de pago prospectivo (y no retrospectivo como hasta entonces) a sus proveedores en base a una cantidad fija por alta y GRD. Se conocen como los HCFA-GRD.

Desde entonces se han desarrollado diferentes versiones de GRD (Figura 1).

Figura 1. Evolución de los GRD



Fuente: elaboración propia.

¿Cómo se asignan los GRD?³

Este sistema de clasificación requiere de un sistema previo de información, del que toma los datos que después tratará siguiendo los algoritmos de su producción. En el caso español, el sistema de información del que parte es del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos).

En base al diagnóstico principal, se le asigna a una CDM (Categoría Diagnóstica Mayor). Existen 25 categorías diagnósticas mayores (las referentes directamente a salud mental son las CDM 19 y 20) (Tabla 1).

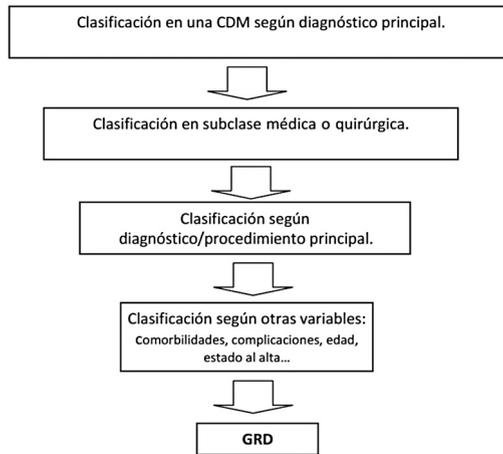
Tabla 1. Categorías diagnósticas mayores

1. Enfermedades y trastornos del sistema nervioso
2. Enfermedades y trastornos del ojo
3. Enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta
4. Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio
5. Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio
6. Enfermedades y trastornos del sistema digestivo
7. Enfermedades y trastornos del sistema hepatobiliar y páncreas
8. Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y conectivo
9. Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama
10. Trastornos endocrinos, de la nutrición y del metabolismo
11. Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinario
12. Enfermedades y trastornos del sistema reproductor masculino
13. Enfermedades y trastornos del sistema reproductor femenino
14. Embarazo, parto y puerperio
15. Recién nacidos y condiciones del periodo perinatal
16. Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas
17. Enfermedades y trastornos de la sangre, del sistema hematopoyético y del sistema inmunitario
18. Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistemáticas o afectación no especificada)
19. Enfermedades y trastornos mentales
20. Uso de drogas y trastornos mentales orgánicos inducidos por drogas
21. Heridas, envenenamientos y efectos tóxicos de drogas
22. Quemaduras
23. Factores que influyen en el estado de salud y otros contactos con los servicios de salud
24. Traumatismos múltiples
25. Infecciones por VIH

Fuente: Osakidetza¹.

A partir de ahí, se identifica si ha existido intervención quirúrgica o no (es lo que diferencia un GRD quirúrgico de uno médico) para, posteriormente, clasificarlo a un GRD en virtud del procedimiento o diagnóstico principal. Una vez valorados diagnósticos y procedimientos secundarios y otras variables clínicas y personales, se le asigna a un GRD final.

Ilustramos simplifcadamente el proceso en la Figura 2.

Figura 2. Proceso de asignación de un GRD al alta hospitalaria.

Fuente: Modificado de Ministerio de Sanidad y Consumo 1999².

AP-GRD (*All Patient-GRD*)

Son los más utilizados. Fueron desarrollados en 1988 por el departamento de Salud de Nueva York, que amplió la muestra a toda la población y no sólo a los mayores de 65 años (población atendida en el programa Medicare y usada en los HCFA-GRD). De ahí su denominación de *all patient*. Además de ésta, otras de sus innovaciones fueron:

- Incorporan la complejidad o la gravedad a través de la inclusión de complicaciones y comorbilidades.
- Desarrollan las CDM referidas a neonatos, VIH y trauma múltiple.

APR-GRD (*All Patient Refined-GRD*)

Son un desarrollo de los AP-GRD, a los que se añaden la gravedad y el riesgo de mortalidad, entendidas como:

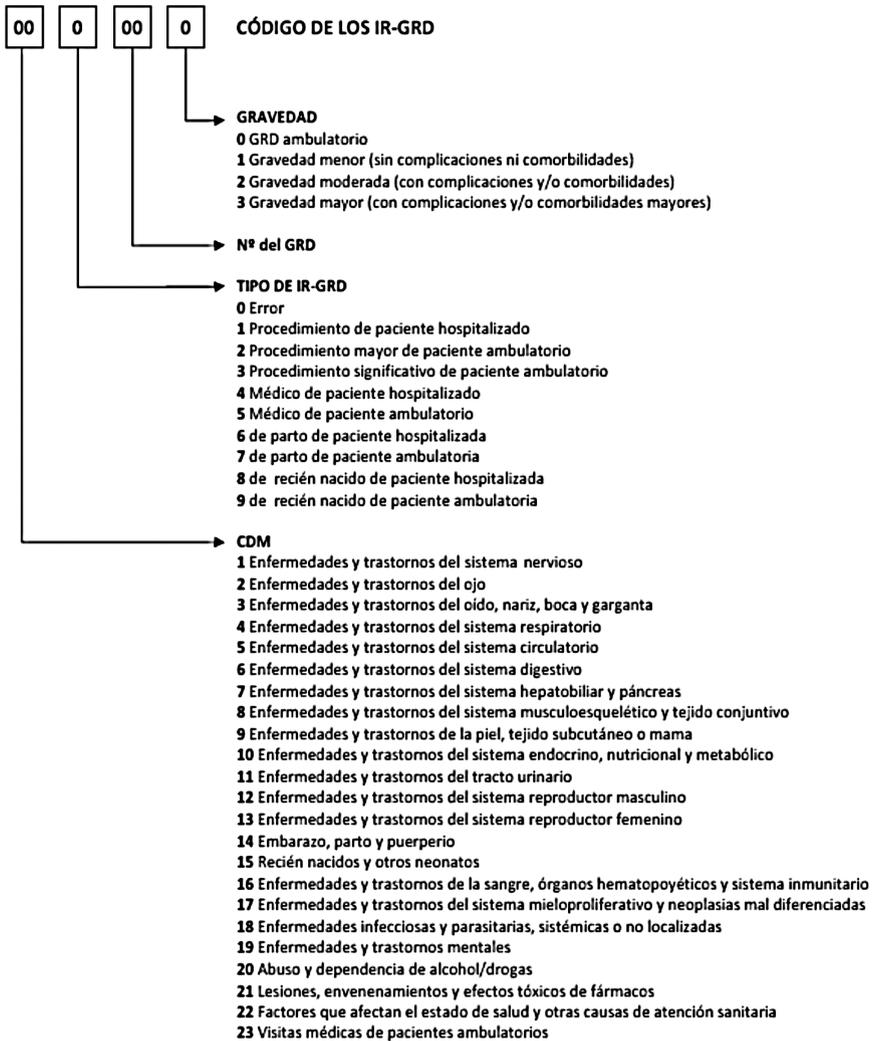
- Gravedad (o severidad): grado de pérdida en el funcionamiento de los sistemas u órganos o de descompensación fisiológica.
- Riesgo de mortalidad: probabilidad de muerte.

IR-GRD (*International Refined-GRD*)

Es un sistema de clasificación de pacientes basado en GRD más reciente, con importantes cambios sobre anteriores sistemas.

- Incluye los pacientes atendidos en régimen ambulatorio (incluyendo cirugía ambulatoria y urgencias no hospitalizadas).
- La variable principal de asignación de un alta a un IR-GRD es el procedimiento con mayor consumo de recursos, independientemente del diagnóstico principal.
- Se puede obtener independientemente del sistema de codificación empleado.

El código final del IR-GRD consta de 6 dígitos. En su versión 2.0 se interpreta de la manera que podemos observar en la Figura 3.

Figura 3. Interpretación de los códigos IR.GRDs versión 2.0

Fuente: Elaboración propia a partir de IR-DRG 2.0. MDC and DRGs list. Disponible en: http://www.epimed.es/file_documentacion/080307150202_IR20list.pdf

Otros sistemas de clasificación de pacientes

Hemos agrupado el resto de sistemas de clasificación de pacientes^{4,5} según el criterio hospitalario, ambulatorio o poblacional.

Sistemas de clasificación de pacientes hospitalarios

PMC (*Patient Management Categories*)

Sistema de clasificación de pacientes hospitalarios que, además del diagnóstico, considera el motivo de ingreso y que clasifica a los pacientes según el proceso de cuidados ideales, para lo que se acompaña de protocolos clínicos (los *Patient Management Path*).

DS (Disease Staging)

Sistema que clasifica a los pacientes según su isogravedad y pronóstico. No considera sólo los episodios de hospitalización, sino toda la historia natural de la enfermedad o enfermedades, clasificándolas en tres estadios según su gravedad: sin complicaciones, manifestaciones en un órgano o sistema y afectación de varios órganos o sistemas. Empleado conjuntamente con los GRD explican mejor sus costes.

Severity Index

Desarrollado a mediados de los 80 en la Universidad John Hopkins por S. Horn, tiene en cuenta, además de la gravedad, el valor predictivo de consumo de recursos.

Utiliza 7 parámetros para medir la gravedad:

- Estadio del diagnóstico principal.
- Comorbilidades.
- Grado de respuesta al tratamiento.
- Complicaciones.
- Afección residual.
- Dependencia de enfermería.
- Procedimientos no quirúrgicos.

APACHE (Acute Physiology Age Chronic Health Evaluation)

Sistema de ajuste de riesgo en base a la puntuación entre 0 y 50 de mortalidad intrahospitalaria sobre los pacientes de unidades de cuidados críticos.

MPM (Mortality Probability Model)

Sistema que clasifica el riesgo según su probabilidad de muerte (entre 0 y 1) en los 30 días siguientes al ingreso.

SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk Treatments)

También para clasificar el riesgo de pacientes en estado crítico, en este caso según la probabilidad de muerte (entre 0 y 1) a los 180 días del alta.

PRISM (Pediatric Risk Mortality Score)

Para pacientes críticos pediátricos. Puntúa la probabilidad de muerte entre 0 y 76.

RAMI (*Risk-Adjusted Mortality Index*), RACI (*Risk-Adjusted Complication Index*) y RARI (*Risk-Adjusted Readmission Index*)

Sistemas de ajuste de riesgo todos los pacientes hospitalizados (no sólo en unidades de críticos) según la probabilidad (entre 0 y 1) de muerte, de complicación o de reingreso, respectivamente.

RUG III (Resource Utilization Groups)

Sistema de clasificación de pacientes de larga estancia según su isoconsumo de cuidados (fundamentalmente de enfermería).

Sistemas de clasificación de pacientes ambulatorios

ASI (Ambulatory Severity Index)

Versión del *Severity Index* para la asistencia ambulatoria.

AVG (Ambulatory Visit Groups)

Versión ambulatoria de los GRD originales, basada en la visita y su duración. Las categorías diagnósticas mayores son sustituidas por las categorías mayores de diagnóstico ambulatorio y los GRD por los AVG, también excluyentes.

APG (Ambulatory Patient Groups)

Versión de los AVG que incide más en los procedimientos. A diferencia de los AVG, los APG no son excluyentes (un paciente puede registrar más de un APG).

DC (Diagnostic Clusters)

Basados exclusivamente en el diagnóstico médico, agrupan las visitas por isodiagnóstico.

PAC (Products of Ambulatory Care)

Creados a partir de los costes reales de las consultas, están concebidos como sistema de pago de las consultas de Atención Primaria y Especializada.

PAS (Products of Ambulatory Surgery)

Versión de los PAC para consultas de cirugía.

Sistemas de clasificación de base poblacional

La contratación a terceros de servicios sanitarios públicos con financiación de criterio capitiativo hace que se desarrollen sistemas de clasificación que permitan conocer el estado de salud de esas poblaciones, sus (co)morbilidades y sus riesgos clínicos que puedan implicar un consumo futuro de recursos sanitarios.

ACG (Adjusted Clinical Groups)

Es el sistema de clasificación de Atención Primaria más utilizado a nivel internacional, pero se está utilizando para el cálculo de financiación y gestión de áreas poblacionales, en base a sus estados de salud y enfermedad(es)⁶.

CRG (Clinical Risk Groups)

Sistema que clasifica la población según su estado de salud, teniendo en cuenta todos los contactos asistenciales, tanto ambulatorios como hospitalarios⁷.

AP-GRD en Salud Mental

Un solo vistazo basta para darse cuenta que los GRD aplicados a la salud mental son inadecuados. Llama la atención su escaso número, su poca sensibilidad (un solo GRD para todas las psicosis, etc.) y no deja de sorprender, por su anacronía, la denominación de algunos de ellos.

Indudablemente, son mejores estos GRD que no poseer ninguno, pero, indudablemente también, son muy mejorables, ya que ni siquiera se ajustan al objeto con el que se han creado. Así, el GRD 430 (psicosis), por sí solo, justifica entre el 50 y el 75% de los GRD de un servicio de Psiquiatría (ya se anunciaba en 19998 y se confirmaba en 2003⁹).

En Salud Mental sabemos de la complejidad y particularidad de cada caso, de las complicaciones y dificultades añadidas a sus procesos de tratamiento: existencia o no de red social de apoyo, existencia o no de recursos alternativos al hospital de agudos, grado de discapacidad, cronicidad, etc., a las que no son sensibles los sistemas basados en GRD.

Los AP-GRD relativos a la salud mental se encuentran en las CDM 19 (trastornos mentales) y 20 (uso de drogas/alcohol y trastornos mentales orgánicos inducidos). En casos concretos, se codifican también como psiquiátricos GRD que son de otras CDM, como es el caso de la CDM 21 (heridas, envenenamientos y efectos tóxicos de drogas) en sus GRD, 449, 450, 451 y 582 y de la CDM 10 (enfermedades del sistema endocrino, nutrición y metabolismo), en su GRD 753.

En la Tabla 2 se listan todos ellos, según la versión 25.0 de los AP-GRD con sus estancias medias, pesos relativos y costes de los hospitales del SNS durante 2010¹⁰.

Aunque existen ligeras variaciones, los datos de la actividad hospitalaria por GRD suelen comportarse de manera bastante estable^{11,12}. Así, si en el SNS español se producen anualmente en torno a los 3,6-3,7 millones de altas hospitalarias, aproximadamente 75.000 (el 2%) pertenecen a los GRD de las categorías diagnósticas mayores 19 y 20 y unas 35.000 pertenecen al GRD 430 (psicosis), soliendo ser uno de los 12 GRD más frecuentes.

Mientras que la estancia media de todas las altas está en torno a 1 semana, el GRD 430 registra una estancia media en torno al triple (20 días). Es esta alta estancia hospitalaria (más que la complejidad clínica que presenta en un hospital) la que hace que su peso relativo (1,30-1,40) sea algo mayor que la media y, por tanto, también su coste.

Tabla 2. AP-GRD psiquiátricos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud 2010

		Nº altas	Estancia media	Pesos españoles	€
CDM 19: trastornos mentales					
424	Proceso quirúrgico con diagnóstico principal de enfermedad mental	368	21,79	2,794	11.623
425	Reacción de adaptación aguda y disfunción psicosocial	6.387	8,49	0,595	2.476
426	Neurosis depresivas	4.340	11,82	0,656	2.731
427	Neurosis excepto depresiva	3.805	10,22	0,536	2.231
428	Trastornos de personalidad y control de impulsos	5.895	12,20	0,862	3.586
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	4.965	12,68	0,950	3.952
430	Psicosis	34.187	19,65	1,362	5.667
431	Trastornos mentales de la infancia	1.900	10,02	0,940	3.908
432	Otros diagnósticos de trastorno mental	1.572	7,90	0,562	2.339
CDM 20: uso de drogas/alcohol y trastornos mentales orgánicos					
743	Abuso o dependencia de opiáceos, alta voluntaria	321	5,22	0,293	1.219
744	Abuso o dependencia de opiáceos con CC	700	11,38	0,882	3.667
745	Abuso o dependencia de opiáceos sin CC	1.561	11,37	0,792	3.296
746	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, alta voluntaria	184	4,53	0,279	1.163
747	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas con CC	617	10,60	0,831	3.455
748	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas sin CC	2.185	10,55	0,700	2.914
749	Abuso o dependencia de alcohol, alta voluntaria	341	3,87	0,294	1.222
750	Abuso o dependencia de alcohol, con CC	2.151	11,64	0,945	3.930
751	Abuso o dependencia de alcohol, sin CC	4.393	10,79	0,652	2.712
CDM 21: heridas, envenenamiento y efectos tóxicos de drogas					
449	Envenenamiento y efecto tóxico de drogas edad > 17 con CC	3.154	6,94	0,648	2.694
450	Envenenamiento y efecto tóxico de drogas edad > 17 sin CC	4.148	5,52	0,472	1.964
451	Envenenamiento y efecto tóxico de drogas edad < 18	1.811	2,12	0,241	1.004
582	Lesiones, envenenamientos o efecto tóxico drogas exc. trauma múltiple con CC mayor	5.213	10,16	1,437	5.976
CDM 10: enfermedades del sistema endocrino, nutrición y metabolismo					
753	Rehabilitación para trastorno compulsivo nutricional	1.528	27,07	3,141	13.065
Altas totales SNS 2010		3.675.430	7,20	1,069	4.445

Fuente: Modificado de: Instituto de Información Sanitaria. Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. CMBD. Norma Estatal. Año 2010. [Publicación en Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011.

IR-GRD en Salud Mental

Este nuevo sistema también contempla los trastornos mentales y de la conducta adictiva, si bien repite algunas de las características de los AP-GRD que deberían haberse evitado. No se dispone de información suficiente sobre su comportamiento como sistema válido de clasificación de pacientes psiquiátricos, aunque existen experiencias puntuales en las que se utiliza este sistema para valorar el consumo farmacéutico hospitalario, incluidos los IR-GRD psiquiátricos¹³.

En la Tabla 3 se exponen los IR-GRD psiquiátricos, en los que queda constancia de la importancia no sólo del diagnóstico, sino de los procedimientos utilizados, tanto en procesos hospitalarios como ambulatorios.

Tabla 3. IR-GRD psiquiátricos versión 2.0

CDM	Código			Descriptor
	Tipo	Nº	Severidad	
19	3	10	O	PA tratamiento de shock
19	4	10	X	MH esquizofrenia
19	4	11	X	MH depresión mayor
19	4	12	X	MH trastornos de la personalidad y del control de los impulsos
19	4	13	X	MH trastorno bipolar
19	4	14	X	MH depresión
19	4	15	X	MH neurosis excepto depresión
19	4	16	X	MH trastornos orgánicos y retraso mental
19	4	17	X	MH trastorno mental en niño
19	4	18	X	MH trastorno compulsivo nutricional
19	4	19	X	MH otro trastorno mental
19	5	10	O	MA servicios de salud mental extensivos
19	5	11	O	MA terapia de grupo
19	5	12	O	MA salud mental procedimientos de pruebas diagnósticas
19	5	13	O	MA psicoterapia individual, adulto
19	5	15	O	MA tratamiento individual del retraso mental
19	5	16	O	MA psicoterapia individual por problemas de salud mental en niño
20	1	10	X	PH alcohol y drogas, rehabilitación y/o terapia de desintoxicación
20	2	10	O	PH alcohol y drogas, rehabilitación y/o terapia de desintoxicación
20	4	10	X	MH abuso y dependencia drogas y alcohol
20	4	11	X	MH abuso y dependencia de alcohol, opiáceos y cocaína
20	4	12	X	MH abuso y dependencia de otras drogas

PA: IR-DRG médico de procedimiento de paciente ambulatorio. PH: IR-DRG de procedimiento de paciente hospitalizado. MH: IR-DRG médico de paciente hospitalizado. MA: IR-DRG médico de paciente ambulatorio.
Fuente: Elaboración propia a partir de IR-DRG 2.0. MDC and DRGs list. Disponible en: http://www.epimed.es/file_documentacion/080307150202_IR20list.pdf

Bibliografía

1. Osakidetza. Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v.25.0). Osakidetza; 2010.
2. Análisis y desarrollo de los GRDs en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.
3. Casas M. GRD. Una guía práctica para médicos. Barcelona: IASIST; 1995.
4. Peiró S. Los sistemas de ajuste de riesgos. En: Meneu R, Ortún V, Rodríguez. Artalejo F, (eds). Innovaciones en Gestión Clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2005.
5. Peiró S. Métodos de medición de casuística y ajuste de severidad y riesgos. En: Oteo LA (ed). Gestión Clínica: desarrollo e instrumentos. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
6. Sicras-Mainar A, Serrat-Tarrés J, Navarro-Artieda R, Llopart-López JR. Posibilidades de los Grupos Clínicos Ajustados (Adjusted Clinical Group-ACGS) en el ajuste de riesgos de pago caputivo. Rev Esp Salud Publica. 2006;80:55-65.
7. Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-Ilosera L, García-Goñi M. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. Gac Sanit. 2009;23:29-37.

8. González Juárez C. Medida del producto sanitario y sistemas de clasificación de pacientes. *Psiquiatría Pública* 1999 Mayo;11.
9. Seva-Díaz A, Seva-Fernández A. Los GRDs Psiquiátricos: Una investigación pendiente. *Eur J Psychiat*. 2003;17:49-63.
10. Instituto de Información Sanitaria. Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. CMBD. Norma Estatal. Año 2010. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
11. Instituto de Información Sanitaria. Explotación del registro de altas -CMBD- del Sistema Nacional de Salud. Estadísticos de referencia estatal de GRD. Años 2000-2008. [Publicación en Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
12. Instituto de Información Sanitaria. La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD-Registro de altas. Informe resumen 2010 [Publicación en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
13. Monrde Junyent J. EPIMED 2010: Medicamentos y casuística en hospitales españoles. Barcelona: Euromedice; 2011.