

## Los GRD, una metodología de pago en salud aplicable en América Latina.

En la mayoría de los países de América Latina aún persisten mecanismos de pago en salud como la capitación y el pago por evento (*fee-for-service*) que, en otros continentes ya vienen siendo reemplazados desde finales del siglo XX por herramientas más modernas como los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) y otros modelos de pago basados en resultados. Se presentan en este artículo algunas experiencias internacionales significativas del uso de GRD y los desafíos para su implementación en nuestra región.

### Introducción al problema: "LA DIFÍCIL TAREA DE GESTIONAR LA ESCASEZ"

Según un [estudio reciente del Banco Interamericano de Desarrollo](#) (BID), en la próxima década, la demanda de servicios de salud en América Latina superará la capacidad financiera de los gobiernos y seguros en salud de la región para responder de forma equitativa y efectiva.

El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto es un tema relevante por su impacto no solo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, sino también en el acceso efectivo de la población a los cuidados médicos. La salud posee un rol muy importante, junto con la educación, en el desarrollo de las sociedades y en el bienestar de los individuos.

Por otra parte, informes elaborados por la [Comisión Económica para América Latina](#) (CEPAL) plantean que aunque se debe incrementar la inversión en salud pública en la región para lograr una mayor eficacia del servicio en pos de reducir los altos niveles de enfermedades transmisibles y materno-infantiles, el acelerado envejecimiento de la población junto con el incremento de las enfermedades no transmisibles (enfermedades crónicas) se traducirá en una suba de los costos de sus tratamientos y que los sistemas de salud deberán afrontar.

Como conclusión, el diagnóstico pareciera estar hecho, los costos del acceso y provisión de salud en América Latina seguirán aumentando mientras que la capacidad de respuesta financiera de seguros de salud y gobiernos es limitada. Algo se debe hacer.

### Como dice la canción: "Cambia, todo cambia"... excepto los modelos de pago y financiamiento de la salud

En los últimos 50 años, los mecanismos de pago y financiamiento de la salud en la región casi no han cambiado. Aún persiste con mucha prevalencia el pago por evento (*fee-for-service*), fundamentalmente en el sector prestador privado, mientras que la asignación de presupuestos "ciegos" predomina en los hospitales públicos. En menor medida, aunque existe, se encuentra el pago capitado.

Presupuestos "ciegos" es un término que, aunque pueda sonar "coloquial y poco ortodoxo", pretende describir la modalidad de asignación de presupuestos globales o por partidas a hospitales para gastos generales, operativos y agregados. Por lo general los presupuestos se calculan en base a costos históricos.



## Los GRD, una metodología de pago en salud aplicable en América Latina.

### El fantasma del riesgo en los modelos de pago y financiamiento de la asistencia médica

Un tema muy importante que debe abordarse casi de modo obligatorio al mencionar mecanismos de pago y financiamiento de la asistencia médica es el "riesgo económico". Es decir, como grafica el siguiente esquema, en cada mecanismo de pago (evento o capitación), alguien debe soportar un mayor o menor riesgo económico.

En el pago por evento, el riesgo es alto para el financiador (seguro de salud/gobierno) mientras que la capitación, el mayor riesgo es para el prestador (proveedor/hospital).



### Incentivos motivacionales y mecanismos de pago de la asistencia médica

El control motivacional de la conducta humana tiene condicionantes. Y es precisamente eso ("el factor motivación") lo que también hace perversos o eficientes a los mecanismos de pago en salud y por ende, le aportan valor (o no) a la asistencia médica.

Cuando las reglas preestablecidas están fijadas exclusivamente en el control de costos, cómo en el caso de la capitación, hay tendencia a la subprestación de la atención médica ya que el foco motivacional está puesto exclusivamente en los COSTOS.

Cuando los seguros de salud/gobiernos pagan a los médicos u hospitales por procedimiento realizado (como en el fee-for-service), hay tendencia a la distorsión del valor de la atención médica desde alguno de sus componentes ya que el foco motivacional se sitúa en el VOLUMEN de procedimiento y utilización de insumos.

En ninguno de estos dos casos (capitación y pago por evento) el foco motivacional está en el paciente y los RESULTADOS DE SALUD obtenidos. Menos aún en medir y generar mejores resultados. Es un tema de incentivos motivacionales de la conducta humana (véase para más detalles el artículo: [Qué es en la práctica el VALUE-BASED HEALTHCARE?](#)).

### Características y diferencias técnicas en los mecanismos de pago por la asistencia médica

CARACTERÍSTICAS	PAGO POR PRESTACIÓN	PAGO CAPITADO	PAGO CON GRD
RIESGO ECONÓMICO	FINANCIADORES	PRESTADORES	RIESGO COMPARTIDO
GASTO ASISTENCIAL A CORTO PLAZO (0 - 12 meses)	↑	↓	↓
GASTO ASISTENCIAL A MEDIANO PLAZO (12 - 36 meses)	↑↑	↑	↓↓
GASTO ASISTENCIAL A LARGO PLAZO (> 36 meses)	↑↑↑	↑↑	↓↓↓
ESTANCIA MEDIA PRESTADORES (ALOS)	↑	↓	↓
TASAS DE USO	↑	↓	↓
RE-INGRESO HOSPITALARIO A 7 Y 30 DÍAS	↑	↑	↓
INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL	↓	↓	↑
RIESGO MORAL DEL PRESTADOR	SOBRE-FACTURACIÓN	SUB-PRESTACIÓN	--
ESTANCIA MEDIA PREOPERATORIA	--	--	↓
AJUSTE POR SEVERIDAD DE PACIENTE	NO	NO	SI
BENCHMARKING CLÍNICO ECONÓMICO	NO	NO	SI
COSTO DE TRANSACCIÓN PRESTADORES	ALTO	MUY BAJO	BAJO
DETECCIÓN DE FRAUDE PRESTACIONAL	NO	NO	SI
SALUD POBLACIONAL Y GESTIÓN DE ENF CRÓNICAS (CRONICIDAD, MULTIMORBILIDAD, OUTLIERS, ETC)	NO	NO	SI

#### "MEDIR LAS COSAS CORRECTAS Y DE LA FORMA CORRECTA", dice el profesor Porter

El *Value-Based Healthcare* consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas y poblaciones con una actitud orientada a conseguir su bienestar al menor costo posible, implementando herramientas que orienten el factor motivacional en medir las cosas correctas (resultados y costos en salud) y de la forma correcta (véase para más detalles el artículo: [Qué es en la práctica el VALUE-BASED HEALTHCARE?](#)).

#### Modelos de pago en salud en otros continentes

En la mayoría de los sistemas de salud de países desarrollados, el pago de las hospitalizaciones y el financiamiento de hospitales convergen hacia modelos basados en RESULTADOS. Por nombrar algunos: Alemania, Reino Unido, España, Australia, Turquía, Holanda, Canadá, etcétera, etcétera.

Hay muchas variantes y formas de implementar modelos de pago y financiamiento de hospitalizaciones basado en resultados.

Como generalidad, puede decirse que, en el caso de un episodio concreto, se paga al proveedor de asistencia médica un precio/tarifa predeterminado, considerando variables como: severidad del paciente, complejidad del caso y resultados en salud obtenidos.

Bajo ésta premisa, cuando se reemplazan los presupuestos globales o por partidas ("presupuestos ciegos") por modelos basados en resultados, los proveedores reciben pagos con precio/tarifa predeterminados y ajustados a parámetros como el Índice de Case-Mix ("mezcla de casos"), el cual determina variedad y complejidad de casos atendidos".

En ambos casos, el modo de calcular correctamente el precio/tarifa/Case-Mix es a partir de contabilidad analítica de costos (*full costing*) por episodio (véase para más detalles el artículo: ["Cómo calcular costos por GRD en un hospital"](#)).

## Los GRD, una metodología de pago en salud aplicable en América Latina.

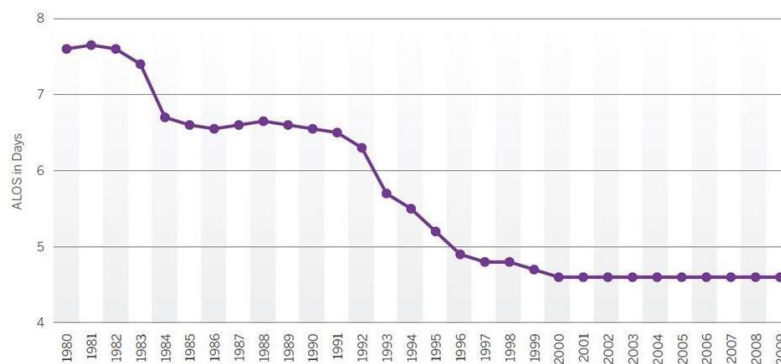
### Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD): ¿más salud por el mismo dinero?. Algunas experiencias internacionales.

El profesor Rick Mayes, académico en salud pública y ciencias políticas, mencionó en el año 2007 a los GRD como "una de las innovaciones más importantes en la historia del financiamiento en salud" (*Journal of History of Medicine*).

Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) comienzan a utilizarse como mecanismo de pago en el MEDICARE norteamericano, donde al inicio de la implementación se observa que la estancia media global (ALOS) de la red prestacional era de 7,6 días (año 1980) y la misma comienza a descender hasta ubicarse en 4,7 días (año 2009).

#### PAGO POR GRD EN MEDICARE Y SU EFECTO EN LA DISMINUCIÓN DE ESTANCIA MEDIA GLOBAL

Figure 1: Decline in Hospital LOS – 1980 to 2009



SOURCES: Information combined from - (1) U.S. Trends in Hospitalization and Generalist Physician Workforce and the Emergence of Hospitalists. *J Gen Intern Med.* 2010 May; 25(5): 453-459. (2) U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. HCUP Facts and Figures, 2009. exhibit 12.

Como complemento, la misma publicación muestra los efectos del mecanismo GRD en la racionalización del ritmo de crecimiento del gasto asistencial. Mientras en los años previos a 1980, la tasa de crecimiento anual compuesto del gasto era del 18,2%, los años subsiguientes a la implementación de GRD mostraron una tasa de crecimiento anual compuesto del 4,9% en el gasto asistencial.

Algunos indicadores de calidad, como por ejemplo la Tasa de reingreso a 30 días, han podido no sólo ser cuantificadas y ajustadas por GRD, sino también han mostrado mejoras.

Las experiencias y resultados internacionales se repiten en países que han utilizado los GRD como mecanismos de pago y financiamiento de hospitales. Hay mucha bibliografía al respecto. Solo por mencionar algunos trabajos: *Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems* (de Geissler, Alexander et al) y *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (de Reinhard Busse et al) también muestran que:

- la estancia media se reduce;
- el gasto total de pacientes hospitalizados se reduce;
- la tasa de ocupación de camas aumenta, es decir, al disminuir la estancia media se liberan camas que pueden ser utilizadas por otros pacientes (aumentan las admisiones hospitalarias cada 100 habitantes).

Otro trabajo de Belgian Health Care Knowledge Centre (*A comparative analysis in five countries*, 2013) comparaba experiencias de cinco sistemas de salud distintos (Inglaterra, Francia, Alemania, Holanda, y U.S./Medicare) en algunos parámetros como: transparencia del sector, eficiencia técnica, actividad hospitalaria, estancia media, costos hospitalarios, costos por caso, calidad, accesibilidad de pacientes y asignación equitativa de recursos entre hospitales.

## Los GRD, una metodología de pago en salud aplicable en América Latina.

En forma global, los resultados fueron:

Estancia media	Disminuye	Disminuye	Disminuye	Disminuye	Disminuye
Actividad	Aumento	Aumento	Aumento	Aumento	Aumento
Eficiencia técnica	n.d.	En los países en los que se implementó el modelo de pago por GRD, se observó un aumento en la eficiencia técnica.	n.d.	Disminuye	n.d.
Transparencia	Impacto positivo	Impacto positivo, especialmente en los países en los que se implementó el modelo de pago por GRD.	Impacto positivo.	Impacto positivo, pero con algunas limitaciones.	n.d.
Ámbito	Inglaterra	Francia	Alemania	Holanda	U.S Medicare

Ámbito	Inglaterra	Francia	Alemania	Holanda	U.S Medicare
Costo total hospital	Impacto neutro	n.d.	Disminuye tasa de crecimiento	Aumento	Disminuye, pero se afecta por el pago de salarios a los especialistas
Costo por caso	n.d.	n.d.	Reducción de la tasa de crecimiento	n.d.	Disminuye
Calidad	No impacto negativo	n.d.	No impacto negativo	Impacto positivo, especialmente en la mortalidad	No impacto negativo
Asignación equitativa entre hospitales	Impacto positivo	Impacto positivo	Mejora, pero variación de precios en el Estado de Lander	n.d.	Mejora especialmente en los hospitales que atienden asegurados de bajos ingresos
Accesibilidad del paciente	Mejora	Mejora (reducción de la estancia)	Mejor gestión de la lista de espera	Reducción de la lista de espera	Mejor acceso

Si tuviese que resumirse el comportamiento que el gasto asistencial muestra al implementar GRD en el corto, mediano y largo plazo, creemos útil el siguiente esquema:

### POTENCIAL DE REDUCCIÓN DEL GASTO ASISTENCIAL



#### **CORTO PLAZO** 0 – 18 meses / hasta un **10%**

• ACTUACIÓN SOBRE INTERNACIONES QUIRÚRGICAS:

↓ ALOS      ↓ TASAS DE USO      ↑ CALIDAD

#### **MEDIANO PLAZO** 18 – 48 meses / hasta un **10 % más**

• ACTUACIÓN SOBRE INTERNACIONES CLÍNICAS:

↓ ALOS      ↓ TASAS DE USO      ↑ CALIDAD      ↓ REINGRESOS

#### **LARGO PLAZO** >48 meses / hasta un **10 % más**

• ACTUACIÓN SOBRE INTERNACIONES QUIRÚRGICAS Y QUIRÚRGICAS:

↓ ALOS      ↓ TASAS DE USO      ↑ CALIDAD      ↓ REINGRESOS

Por supuesto, que es solo a título orientativo, y luego cada sistema de salud en más o menos tendrá sus propios resultados.,

No hemos mencionado aquí, por no extendernos demasiado, los efectos en la mejora de los costos de transacción entre seguros de salud y hospitales, que la metodología GRD optimiza. Como referencia, según trabajos de la OCDE, el costo transaccional puede llegar en algunos casos al 25% de gasto asistencial total.

### La pregunta del millón: ¿Es fácil implementar GRD en América Latina?

Sí, es la respuesta.

Los GRD son un instrumento perfectamente aplicable en América Latina, con algunas consideraciones que ya se han descrito en otros artículos y el lector puede consultar haciendo click en ellos a continuación:

- [Los GRD, la forma de conocer el "producto hospitalario";](#)
- [El ABC de los Grupos Relacionados de Diagnóstico \(GRD\);](#)
- [¿Qué es Agrupador GRD y cuál es su importancia para los sistemas de salud latinoamericanos?;](#)
- [Agrupadores GRD tipo "black-box": ¿qué son y porqué se los critica tanto?;](#)
- [Otro Agrupador GRD se posiciona como alternativa de valor para Chile;](#)

Para el caso particular del **Agrupador GRD** de [AVEDIAN](#), el mismo se encuentra adaptado a los sistemas de información de casi la totalidad de países latinoamericanos, es decir, funciona integrado a las clasificaciones de diagnósticos y procedimientos utilizadas por cada país (Chile, Argentina, Brasil, México, Colombia, Uruguay, Costa Rica, Ecuador, entre otros).

### Conclusiones

La temática de mecanismos de pago y financiamiento en salud, así como también las experiencias internacionales con GRD dan para extender la presente obra por mucho.

Sin embargo, el lector sabrá comprender (¡y disculpar!) el hecho de que éste artículo solo pretende describir someramente algunas debilidades sobre los sistemas de salud latinoamericanos mencionando (¡solo mencionando!) en forma constructiva algunas herramientas e instrumentos para su mejora, fundamentalmente en lo que respecta a los mecanismos de pago y financiamiento de hospitales.

Con la visión y el anhelo de que cada país pueda conseguir eficiencia y equidad en sus sistemas de salud, y con ello mejorar las oportunidades y desarrollo de sus poblaciones.

### Acerca del Autor



[Guillermo Tabares Martinez](#) es médico experto en salud poblacional, sistemas de clasificación de pacientes y medición de la producción hospitalaria con la metodología de los GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico). *Health Data Scientist*. Consultor en soluciones de Big Data, mecanismos de pago y financiamiento en salud y *healthcare analytics* para gobiernos, seguros de salud y hospitales. Actualmente es Director General de [AVEDIAN](#) y participa activamente como miembro co-fundador en la dirección ejecutiva y el board científico de [SOLAGEC \(Sociedad Latinoamericana de Gestión Clínica\)](#).

[AVEDIAN](#) es una compañía tecnológica con soluciones integrales para medición de la producción hospitalaria y salud poblacional con la metodología de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).