

Capítulo 3: EL PROYECTO NIPE Y EL PROYECTO «ANÁLISIS Y DESARROLLO DE LOS GDR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD»

Desde el año 1997 el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el INSALUD y las Comunidades Autónomas, está llevando a cabo el *Proyecto Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud*. Entre los objetivos de este proyecto se encuentra el desarrollo de una metodología homologada para la imputación de costes, donde se describen los diferentes centros de coste, entre ellos, las Unidades de Enfermería. El proyecto NIPE pretende un análisis preciso de las intervenciones y las actividades de enfermería y a partir del mismo, el cálculo de los costes derivados de estas unidades, lo que supone un punto de unión entre ambos proyectos.

Este análisis no puede circunscribirse exclusivamente a los costes, sino que debe tener en cuenta también los resultados de la práctica sanitaria, en los que hay un elemento fundamental: El estado global de la salud del paciente.

La medida de la actividad asistencial en los servicios de salud, presenta importantes problemas conceptuales y prácticos, tanto en la definición de recurso como en la del producto. En Enfermería, como parte fundamental en la prestación de cuidados al paciente, como en el resto de la actividad asistencial, es fundamental definir la producción, es decir, qué y cuánto se hace y lo que esta actividad representa en el conjunto de la actividad global de los centros sanitarios.

Entre las diferentes clases de productos que podemos medir, debemos considerar: Los **productos finales** (altas, número de neumonías atendidas) y los productos **intermedios** (determinaciones de laboratorio, radiología, intervenciones quirúrgicas, etc.), etc.

La dificultad para operativizar el producto de la atención sanitaria (ganancias en capacidad funcional, calidad de vida, años de vida, evitación de riesgos, etc.),

ha dado lugar a una amplia utilización de medidas indirectas de la producción basadas en la actividad y no en el producto. La aparición de medidas de la producción basadas en los sistemas de clasificación de pacientes como son los GDR, ha permitido un mejor conocimiento de la producción asistencial.

Si insistimos en la importancia en conocer los productos, es porque a través de su conocimiento, podemos llegar a saber qué es lo que hacemos.

Por tanto, para medir el producto sanitario, se utilizan sistemas de clasificación de pacientes que agrupan a pacientes similares en cuanto a los cuidados que necesitan, lo que conlleva un coste y consumo de recursos similares, como es el caso de los mencionados GDR.

El objetivo principal del *Proyecto Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud* es evaluar el sistema de agrupación de GDR, para su utilización como herramienta de financiación o presupuestación en el Sistema Nacional de Salud.

Entre los objetivos específicos del proyecto, se encuentran:

- Conocer la variabilidad intragrupo de los GDR obtenidos en función de la codificación de las altas hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud.
- Proponer la redefinición del sistema de clasificación de GDR para su adecuación y utilización en nuestro entorno.
- Desarrollar un catálogo general de procesos, basado en la medición del case-mix, para su utilización como sistema de financiación.
- Desarrollar una metodología homologada para la imputación de costes.
- Desarrollar una metodología para la definición de los productos intermedios.

A partir de lo expuesto anteriormente, podemos ver que ambos proyectos se complementan:

- Por una parte, para conocer lo que se hace, el Proyecto NIPE, utiliza una herramienta de amplia aceptación e implantación en los centros sanitarios de nuestro país, como son los GDR a los que se dedica un apartado más adelante, no muy extenso, que nos acercará al conocimiento de este sistema de agrupación de pacientes.
- Por otro lado, uno de los objetivos del proyecto de GDR es cuantificar cada uno de los componentes de los centros de coste, entre ellos las Unidades de Enfermería como centros de coste intermedios y para ello precisa del desarrollo metodológico del Proyecto NIPE, el cual analiza paso a paso las Intervenciones Enfermeras en la práctica diaria y que enlaza directamente con el sistema ABC/ABM de imputación de costes del que se hablará en el capítulo 8 de este libro.

La estructura básica del desarrollo del proyecto «Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud», se apoya en tres pilares fundamentales:

- 1º. El Conjunto mínimo básico de datos (C. M. B. D.).
- 2º. Un sistema de contabilidad de costes (Contabilidad Analítica).
- 3º. Un sistema de clasificación de pacientes (GDR).

1. EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (C.M.B.D.)

El 14 de Diciembre de 1.987 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba el número y contenido de los ítem que debe incluir el Conjunto Mínimo de Datos al Alta Hospitalaria. Las Comunidades Autónomas, han regulado posteriormente el C.M.B.D. en sus diferentes Servicios de Salud.

Estos ítem coinciden con los aceptados por el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud de los EEUU y con las recomendaciones de la Comisión Europea, y son los siguientes:

- 1º. Identificación del Hospital.
- 2º. Identificación del paciente.
- 3º. Fecha de nacimiento.
- 4º. Sexo.
- 5º. Residencia.
- 6º. Financiación.
- 7º. Fecha de Ingreso.
- 8º. Circunstancia del ingreso.
- 9º. Diagnósticos (Principal, otros).
- 10º. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
- 11º. Otros procedimientos.
- 12º. Fecha de Alta.
- 13º. Circunstancia de alta.
- 14º. Identificación del médico responsable del alta.

El Objetivo que persigue el C.M.B.D. es la recuperación y almacenamiento de información clínico-administrativa, que permita dar respuesta a la creciente demanda de información sanitaria, a la vez que establece criterios de comparabilidad y compatibilidad utilizando datos normalizados con definiciones

uniformes, considerados como datos medulares de fácil homogeneidad a nivel nacional e internacional.

De esta información se nutre el sistema GDR para la clasificación de los pacientes.

2. CONTABILIDAD DE COSTES (CONTABILIDAD ANALÍTICA)

Uno de los objetivos de la Contabilidad Analítica es el diseño de un sistema de información contable interno, que permita conocer con detalle los datos más importantes sobre los costes que se originan en los centros hospitalarios, con el fin de tener un conocimiento real de éstos en el Sistema Nacional de Salud. La contabilidad analítica es un instrumento de gestión que toma como referencia los productos finales y los productos intermedios.

Conviene recordar que el Proyecto considera diferentes tipos de centros de coste:

- 1º. Centros de coste finales: Son aquellos que prestan atención directa a los pacientes. Son por tanto, los que dan altas.
- 2º. Centros de coste intermedios: Son aquellos que sirven de apoyo a la actividad asistencial de los centros de coste finales. Dentro de estos se encuentran las Unidades de Enfermería.
- 3º. Centros de coste asistenciales de servicios: Aquellos que no tienen relación directa con la asistencia (lavandería, limpieza, etc.).
- 4º. Centros de coste no asistenciales: Aquellos que realizan una labor de dirección y administración fundamentalmente. Actividad sin relación con la asistencia.

Como se comenta en este libro al hablar de la normalización, las Normas NIPE pretenden servir como instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería.

La mejora de la calidad es aquella parte de la gestión de la calidad que se orienta a mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos, su resultado y su coste. A partir de esta premisa, encontramos otro punto de unión entre el Proyecto NIPE y los GDR, ya que estos identifican los procesos, la actividad realizada y los costes.

A través de la Contabilidad Analítica, se puede conocer de manera más precisa qué peso tiene cada una de las unidades o servicios que integran los diferentes centros de coste. Como ejemplo, se adjunta la tabla de los centros

de coste intermedios que se ha definido en el proyecto para la recogida de datos, donde se reflejan las Unidades de Enfermería como centros de coste intermedios.

Tabla 3.1. Centros de coste intermedio

Centros de coste intermedios	Costes del personal facultativo	Costes de otro personal	Resto de los costes directamente imputables al centro				Costes totales del centro de costes
			Farmacia	Suministros médicos españoles	Material sanitario	Otros costes	
1. Laboratorios (4)							
2. Anatomía patológica							
3. Anestesia y reanimación (5)							
4. Farmacia							
5. Farmacología clínica							
6. Fisioterapia							
7. Medicina nuclear							
8. Medicina preventiva							
9. Neurofisiología clínica							
10. Quirófanos							
11. Radiodiagnóstico (6)							
12. Banco de sangre							
13. UCI intermedia (7)							
14. Diálisis hospitalaria							
15. Urgencias ingresadas							
16. Unidades de enfermería							
17. Pruebas funcionales (8)							
18. Esterilización							
TOTALES							

Por último, en el proyecto «Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud», se han definido una serie de servicios, cuya valoración no va a ser tenida en cuenta dentro del mismo, como son:

- 1º. Consultas externas extrahospitalarias.
- 2º. Consultas externas intrahospitalarias.

- 3°. Apoyo a la atención primaria.
- 4°. Hospitalización a domicilio.
- 5°. Medicación especial externa.
- 6°. Urgencias NO ingresadas.
- 7°. Traspaso de servicios intercentros.
- 8°. Unidades de extracción de órganos.
- 9°. Hospital de Día Medico.
- 10°. Tratamientos ambulatorios.
- 11°. Cirugía menor ambulatoria.
- 12°. Cirugía mayor ambulatoria.
- 13°. Docencia e investigación.

Por tanto, para el Proyecto NIPE, se deben considerar las Intervenciones y Actividades que se realizan al paciente desde que ingresa hasta que se va de alta, excluyendo las actividades que tengan alguna relación con los servicios o unidades que se describen en el listado anterior.

3. LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GDR)

3.1. Definición

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GDR) constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el coste (consumo de recursos) que representa su asistencia. De entre las diferentes versiones de GDR, en este capítulo vamos a describir los AP-GDR.

El diseño y desarrollo de los GDR comenzó a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale. Inicialmente se utilizaron para analizar la calidad de la asistencia médica y la utilización de los servicios en el entorno hospitalario.

La primera aplicación práctica de los GDR fue su utilización como sistema de pago prospectivo, mediante el cual se pagaba a los hospitales una cantidad fija para cada GDR y por cada paciente que trataba.

El desarrollo de los GDR proporcionó el primer sistema operativo para definir y medir la complejidad del «case mix» (casuística) de un hospital.

3.2. Características del esquema de Clasificación de Pacientes por GDR

El desarrollo de los GDR se efectúa a partir de estas premisas:

- Que puedan obtenerse de información rutinaria. Actualmente en España, la información se obtiene del Conjunto mínimo básico de datos (C.M.B.D.).
- Significación Clínica (Médicamente interpretables).
- Número de clases manejable. Cada clase debe contener un número suficiente de casos.
- Clasificación de cada episodio en una sola clase. (Excluyentes)
- En cada clase o grupo deben reunirse todos los casos con un consumo de recursos parecido (Isoconsumo).
- Utilización de otros procedimientos relevantes.

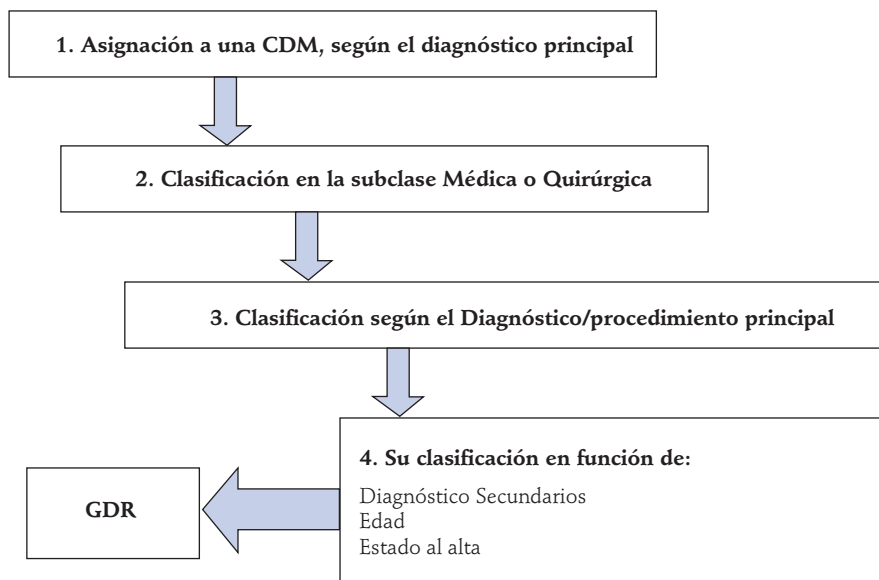
3.3. Variables

Las variables que permiten clasificar los procesos de hospitalización en GDR, son las siguientes:

- Diagnóstico Principal (Código de la CIE-9-MC). Es la enfermedad, que una vez estudiado el paciente, es decir cuando se le da el alta, se establece como causa del ingreso.
- Procedimientos (Código de la CIE-9-MC).
- Edad
- Situación al alta
- Complicaciones y comorbilidades (Diagnósticos secundarios-Código de la CIE-9-MC). Son enfermedades que coexisten con el diagnóstico principal al ingreso o que aparecen durante la estancia del paciente en el hospital e influyen en la duración de la estancia o el tratamiento.

3.4. Algoritmo de Clasificación

La agrupación de las altas hospitalarias, salvo en determinados procedimientos que conllevan un alto consumo de recursos, se basa en el algoritmo siguiente:



Algoritmo de clasificación.

Una vez que el paciente es dado de alta, el diagnóstico principal es clasificado en una Categoría Diagnóstica Mayor (CDM). Posteriormente, se identifica si existe o no un procedimiento quirúrgico, clasificándose en un GDR de tipo médico o quirúrgico según el caso. En última instancia, según la edad, las circunstancias al alta y/o los diagnósticos secundarios, queda englobado en un GDR definitivo.

3.5. Categorías Diagnósticas Mayores

Como se ha comentado anteriormente, el diagnóstico principal determina la inclusión del caso en una Categoría Diagnóstica Mayor (CDM). De estas categorías se han definido 25 y se relacionan a continuación:

- 1.º Enfermedades y trastornos del Sistema Nervioso.
- 2.º Enfermedades y trastornos del ojo.
- 3.º Enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta.
- 4.º Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio.
- 5.º Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio.

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

Cada CDM se corresponde con un aparato o sistema orgánico principal (Sistema Respiratorio, Sistema Circulatorio, Sistema Digestivo).

Aunque existen algunas enfermedades que no se pueden asignar a una CDM relacionada con un sistema orgánico. Por este motivo, crearon varias CDM que se denominaron residuales (por ejemplo, Enfermedades Infecciosas Sistémicas, Enfermedades Mieloproliferativas y Neoplasias mal diferenciadas).

En cada CDM suele haber un grupo médico y otro quirúrgico denominados como «Otras enfermedades» y «Otros procedimientos quirúrgicos», respectivamente. Estos grupos incluyen diagnósticos o procedimientos que se dan con poca frecuencia y están clínicamente poco definidos.

Un GDR Médico agrupa a pacientes con una patología (no quirúrgica) similar.

Un GDR Quirúrgico agrupa a pacientes a los que se les practica un procedimiento en el que es necesario el uso del quirófano y han sufrido una intervención parecida.

Los pacientes a los que se aplican diversos procedimientos se clasifican en el grupo quirúrgico más alto de esa categoría.

3.6. Complicaciones y Comorbilidades

Como hemos visto, cada CDM tiene unos GDR quirúrgicos y otros GDR médicos. En casi todas las CDM, existen a su vez, GDR médicos y quirúrgicos con «Complicación o Comorbilidad (CC)» o con «Complicación y Comorbilidad Mayor (CCM)», para agrupar a pacientes que tienen determinados diagnósticos secundarios que aumentan la complejidad de cuidados. Son por tanto, aquellos diagnósticos secundarios que al aparecer junto a un diagnóstico principal, pueden prolongar la estancia en el hospital, al menos un día, en más del 75% de los casos.

3.7. GDR especiales

Existen cinco GDR para pacientes cuyo registro médico contiene información clínicamente atípica o inválida:

- GDR 468-Procedimiento quirúrgico mayor no relacionado con el diagnóstico principal.
- GDR 476-Procedimiento quirúrgico prostático no relacionado con el diagnóstico principal.
- GDR 477-Procedimiento quirúrgico menor no relacionado con el diagnóstico principal.
- GDR 469-Diagnóstico principal inválido como diagnóstico de alta.
- GDR 470-No Agrupable.

3.8. Edad

En los recién nacidos, el primer paso en la determinación del GDR es la asignación a una CDM según la edad.

Con la excepción de los recién nacidos que mueren o son trasladados en los primeros días de vida, los GDR clasifican a éstos en seis categorías, en función del peso al nacer. Estas categorías determinan diferentes consumos de recursos:

- Menores de 750 gramos.
- De 750 a 999 gramos.
- De 1.000 a 1.499 gramos.
- De 1.150 a 1.999 gramos.
- De 2.000 a 2.499 gramos.
- Mayores de 2.499 gramos.

Los pacientes de más de 29 días se asignan a la CDM más adecuada a su diagnóstico principal.

3.9. Situación del paciente al alta

La situación del paciente al alta determina su inclusión en un determinado GDR. Se crearon diferentes GDR para pacientes quemados y recién nacidos, si éstos eran trasladados a otra unidad de ingreso de pacientes agudos. Además se definieron GDR diferentes para pacientes con alcoholismo y toxicomanías que abandonaban el centro en contra del criterio del médico, y para pacientes con infarto agudo de miocardio y para recién nacidos que no sobrevivían. Veamos algunos ejemplos:

- Pacientes de < 29 días CDM 15.
- Si VIH CDM 24.
- Si Politraumatismo que afecta a más de 2 órganos y distintas localizaciones CDM 25.
- Trasplante Hepático GDR 480.
- Trasplante Médula Ósea GDR 481.
- Traqueostomía. Si relac. ORL GDR 482.
- Traqueostomía. Si no relac. ORL GDR 483.

