

Sistemas de clasificación de pacientes

González Guerrero, J. L.

Unidad de Geriatría. Hospital Nuestra Señora de la Montaña. Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Desde hace algunos años se están generalizando en el mundo sanitario conceptos como sistemas de clasificación de pacientes, *case mix*, conjunto mínimo básico de datos o gestión clínica. Estos términos, debido a que han sido utilizados inicialmente por personal de las administraciones sanitarias o cuadros directivos de hospitales, se han relacionado con gestión económica y, en principio, alejados de los intereses y actividades de los profesionales de la medicina. Sin embargo, estos instrumentos fueron creados y diseñados como forma de comunicación o lenguaje común entre médicos y gestores para mejorar la eficiencia (1).

La evaluación de una actividad no puede realizarse si no conocemos su producto final. Medir el producto final de los servicios sanitarios, su producción, es una tarea difícil. Sin embargo, sí es posible clasificar los distintos tipos de pacientes mediante rasgos comunes que los asemejen entre sí y, a la vez, los diferencien de otros. Se pueden utilizar múltiples criterios de clasificación: edad, diagnóstico, consumo de recursos, etc. A cada objetivo planteado puede corresponder un sistema de clasificación de pacientes y, en base al mismo, se obtiene información de actividad, e indicadores de calidad y utilización de recursos, teniendo en cuenta (al menos teóricamente) la variabilidad de las características clínicas de los pacientes. El término *case mix*, o casuística, hace referencia a la combinación de tipos distintos de pacientes tratados por un médico, servicio, hospital o cualquier otra unidad funcional (1).

Se han elaborado diferentes sistemas de clasificación de pacientes (SCP) para los episodios de hospitalización de agudos, de crónicos, para la asistencia ambulatoria, etc.; pero son los referentes a hospitalización de agudos los que en nuestro entorno están más difundidos y sobre los que se aportan algunas consideraciones.

Los SCP para hospitalización de agudos distribuyen a los pacientes en grupos homogéneos, en términos clínicos y de consumo de recursos, con el fin de obtener medidas operativas de la producción hospitalaria (2). Entre los SCP que se basan en información disponible a partir de los datos habitualmente recogidos en los conjuntos mínimos básicos de datos hospitalarios, y que por tanto han sido más extensamente probados, están: los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y sus posteriores desarrollos (3, 4), el *Disease Staging* (5) y las *Patient Management Categories* (6).

De entre todos ellos, son los GRD los que han llegado con el tiempo a un mayor grado de difusión, hasta tal punto que se describen como el mejor sistema para la medición del producto hospitalario, debido a la amplia utilización en multitud de países, su constante revisión y mejora, y a la inclusión de diferentes modificaciones que le permiten presentarse como un sistema homogéneo internacional (1, 2). Los GRD constituyen un sistema de clasificación de episodios de hospitalización con definiciones clínicamente reconocibles y en la que los pacientes de cada clase se espera que consuman una cantidad similar de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecidos (1).

Sin embargo, hay que tener en cuenta también determinados aspectos que pueden condicionar o matizar su utilización. Así, por ejemplo, su poder explicativo varía en función

del ámbito donde se aplica, y se ha visto que éste es mayor en los servicios quirúrgicos que en las unidades médicas y de rehabilitación. En estas últimas este sistema explica únicamente el 12% de la distribución de las cargas hospitalarias, y esto es debido a que ni la duración del ingreso ni los diagnósticos o los procesos, son criterios suficientes para identificar los grupos de isoconsumo. En el caso de los servicios médicos es debido a que, aun teniendo en cuenta medidas indirectas de la gravedad de la enfermedad, como la edad o los posibles diagnósticos y/o complicaciones asociadas, no capta otros criterios de complejidad, como la incapacidad secundaria (factor pronóstico fundamental en el caso de los ancianos) (7).

También se deben tener en cuenta algunas consideraciones, más específicas, realizadas sobre la aplicación de los GRD en los servicios clínicos hospitalarios (en especial en las unidades de geriatría), y sobre su variable fundamental: la estancia.

Al utilizar los GRD como medida de *case mix*, mediante la agrupación de pacientes en diferentes clases según el consumo de recursos (costes y estancias), debería esperarse que la estancia de cada paciente en un mismo grupo fuera similar. Sin embargo, esto no ocurre así, pudiéndose observar una gran variabilidad dentro de cada GRD. Se ha planteado que la estancia media (EM) aritmética no es un indicador útil ni cuando se contempla de forma bruta para el hospital, ni ajustado por la casuística (8), ya que está sujeta a los problemas de las medidas de centralización (precisan datos distribuidos uniformemente), y la habitual dispersión de los datos hace que la distribución sea asimétrica; deberá, por ello, acompañarse de la desviación estándar, que en estos casos reflejará un valor alto, incluso superior a la media. Se hace necesario, por tanto, utilizar otras medidas que proporcionen un conocimiento más exacto y real de la estancia promedio de los pacientes, como EM depurada (1), mediana y, en especial, los M-estimadores (*maximum likelihood*) de Huber, Hampel, Andrew y Turkey, que ofrecen mayor garantía al dar una visión menos sesgada (8).

Otro punto importante es conocer y detectar los casos extremos en cuanto a consumo de estancias para analizarlos detalladamente (1). Pueden ser debidos a ineficiencia, pero debe descartarse primero la posible diferencia en la gravedad y complejidad de los pacientes, así como la posible inclusión en un GRD al que en realidad no pertenece, aspectos frecuentes y a tener en cuenta en pacientes geriátricos.

En cuanto a la estructura del conjunto mínimo básico de datos (CMBD), en el que se basan los GRD, también plantea problemas. Uno importante es que sólo contempla la variable servicio de alta. En los listados específicos por servicios, con el CMBD no aparecen aquellos GRD de los pacientes que no son dados de alta por un servicio en particular. Es decir, un paciente que sea atendido en distintos servicios, con el correspondiente consumo de recursos y generación de estancias, será imputado en el CMBD al servicio que realice el alta hospitalaria. El impacto de asignar este número de estancias puede ser tremendo, sobre todo al obtener marcadores relacionados con la EM para cada servicio. Se ha planteado, por esto, que al hacer comparaciones entre servicios no se consideren los pacientes trasladados (9). Este hecho tiene una especial importancia en las unidades de geriatría, que suelen ser receptoras de pacientes de otros servicios.

Otro problema del CMBD es que las variables correspondientes a diagnósticos secundarios incluyen de forma indistinta las complicaciones (desarrolladas durante el ingreso), y las comorbilidades (presentes en el momento del ingreso). No es lo mismo una infección urinaria al ingreso que desarrollada posteriormente, pero se codifica igual.

Es decir, en general hay que ser cautos al interpretar la información que suministran los marcadores de *case mix*. El porcentaje de errores en la codificación de los GRD (entre el 12 y el 40% en nuestro país) es excesivamente alto para el objetivo que se pretende, la medición del producto hospitalario, proporcionando sólo una información parcial del mismo. Y, además, también se sabe que no informan exactamente del coste; los GRD dan valores bastante adecuados para explicar el consumo hospitalario en su país de origen (EE.UU.), mientras que en los países europeos los resultados han sido algo peores (2).

En este tema, como en muchos otros, se debe aprender también de las controversias planteadas en otros sistemas de salud. Es recomendable tener conocimientos sobre la uti-

lidad, beneficio y resultados adversos de los marcadores de medición del producto sanitario en otros países (10), y así por ejemplo, evitar planteamientos que se han revelado incorrectos y «peligrosos» en dichos sistemas (11):

1. Pactos de gestión sobre marcadores asistenciales ligados casi exclusivamente a prioridades financieras. Han tenido un impacto negativo en la equidad, accesibilidad, calidad científico-técnica y seguridad de la asistencia prestada a los pacientes.
2. Reducir la evaluación de los diversos y complejos procesos asistenciales a unos pocos macro indicadores. Puede que la asistencia se enfoque a la obtención de unos pocos resultados estándares, no asegurando la mejora de la calidad ni de la eficiencia.

En definitiva, a pesar de los peligro y limitaciones que puedan conllevar los sistemas de medición de la producción hospitalaria, en nuestro caso los GRD, hoy día son una herramienta indispensable para el desarrollo de la gestión clínica y para mejorar la eficiencia hospitalaria. Debemos, por tanto, como profesionales del sistema sanitario, tener información sobre los mismos y saberlos utilizar, pero conociendo sus limitaciones e incluso (puede ser un reto) planteando su modificación con vistas a mejorar la eficiencia en la asistencia geriátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casas M. GRD: Una guía práctica para médicos. IASIST; 1995.
2. Alfonso Sánchez JL. Nuevos avances en la identificación de la producción hospitalaria. *Todo Hospital* 1999;155: 205-10.
3. Fetter PB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. *Med Care* 1980;18(Supl):1-53.
4. Averill RF, Mullin RL, Steinbeck BA, Elia ED, Anderman S, Ray K, Barnet R. AP-DRGs definition manual. Connecticut: 3M editores; 1993.
5. Gonella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. Staging of disease: a Case Mix measurement. *JAMA* 1984;251:637-44.
6. Young W, Kohler S, Kowalski J. PMC patient severity scale: derivation and validation. *Health Serv Res* 1994;29: 367-90.
7. Solano Jaurrieta JJ, López Álvarez E, Virgós Soriano MJ, Fernández León A. Grupos de utilización de recursos y medidas de resultado. *Todo Hospital* 1999;159:289-92.
8. Salvador Oliván JA, Rubio Calvo E, Marcos Aragüés G, Callau Puente J. Uso y mal uso de la estancia media como indicador hospitalario. *Todo Hospital* 1998;150:577-83.
9. Salvador Oliván JA, Marcos Aragüés G, Rubio Calvo E, Callau Puente J. ¿Es adecuada la estructura del CMBD como Sistema de Información para los Servicios hospitalarios? *Todo Hospital* 1998;148:459-65.
10. Oldham J. An inspectorate for health service? *Br Med J* 1997;315:896-7.
11. Esteve N, Morales R, Casas I, Vizcaíno C, Carmona A, Cascales A, Sansano C. Gestión clínica e indicadores: ¿funcionan los circuitos de información en nuestros hospitales? *Todo Hospital* 1999;159:535-43.

Correspondencia:
José Luis González Guerrero
Unidad de Geriatría
Hospital Ntra. Sra. de la Montaña.
Complejo Hospitalario de Cáceres
Avda. España, 2
10004 Cáceres