

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Propuesta de adaptación de GRD para el modelo de atención de pacientes con enfermedad mental en una Ips de alto nivel de complejidad especializada en salud mental

Trabajo de grado

Nury Niyireth Vanoy Rocha

Bogotá, D.C.

2020

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Propuesta de adaptación de GRD para el modelo de atención de pacientes con enfermedad mental en una Ips de alto nivel de complejidad especializada en salud mental

Trabajo de grado

Nury Niyireth Vanoy Rocha

Tutor

Javier Leonardo González Rodríguez

Maestría en Administración en Salud

Escuela de Administración

16 de diciembre de 2020

Bogotá, D.C. Colombia

2020

Contenido

Contenido	i
Agradecimientos	ii
Declaración de originalidad y autonomía	iii
Declaración de exoneración de responsabilidad	iv
Lista de figuras	v
Lista de tablas.....	vi
Abreviaturas	vii
Resumen Ejecutivo.....	viii
Palabras clave.....	ix
<i>Abstract</i>	1
1. Introducción.....	2
2. La importancia de los sistemas de pago en el sector salud y los GRD.....	5
3. Nuestro problema, el modelo de atención.	16
4. Un modelo de cuidado basado en GRD.....	19
5. Plan y recomendaciones de implementación y aplicación	27
6. Conclusiones.....	31
Referencias bibliográficas	33

Agradecimientos

Agradezco a Dios que me permitió estar aquí y cumplir mis objetivos.

A mis padres, quienes con su esfuerzo apoyaron mi iniciativa académica y cumplir mis sueños.

A la Dra. Adriana Mendoza, psiquiatra, por su colaboración y aporte que fue de gran importancia para el desarrollo del trabajo.

Y a todas las personas que motivaron directa e indirectamente la consecución de este logro.

Declaración de originalidad y autonomía

Declaro bajo la gravedad del juramento, que he escrito el presente Proyecto Aplicado Empresarial (PAE), en la propuesta de solución a una problemática en el campo de conocimientos del programa de Maestría por mi propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaro que he indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este PAE no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.



Nury Niyireth Vanoy Rocha

Firmado en Bogotá, D.C. el 16 de diciembre de 2020

Declaración de exoneración de responsabilidad

Declaro que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de su autor. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.



Nury Niyireth Vanoy Rocha

Firmado en Bogotá, D.C. el 16 de diciembre de 2020

Lista de figuras

Figura 1. Indicadores de gestión que se deben medir al momento de utilizar GRD	10
Figura 2. Proceso de obtención del GRD	11
Figura 3. Ciclo de cuidado	22
Figura 4. Ruta ambulatoria para el paciente con enfermedad mental.....	23
Figura 5. Ruta hospitalaria para el paciente con enfermedad mental	25
Figura 6. Ordenes de egreso	26

Lista de tablas

Tabla 1. AP-GRD psiquiátricos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español, 2010	12
Tabla 2. Antecedentes de estudios realizados sobre GRD en países de la OCDE y de América Latina	13
Tabla 3. Nueva clasificación GRD en salud mental	20
Tabla 4. Oferta de servicios en salud mental	21
Tabla 5. Ruta ambulatoria.....	22

Abreviaturas

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- GRD: Grupos relacionados de diagnóstico
- CDM: Categoría diagnóstica mayor
- GPC: Guía de práctica clínica
- DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades 10ª versión
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

Resumen Ejecutivo

Nombre del PAE	Propuesta de adaptación de GRD para el modelo de atención de pacientes con enfermedad mental en una Ips de alto nivel de complejidad especializada en salud mental.
Información básica del proyecto	La principal problemática que se presenta en términos de contratación por paquete o pago agrupado en el sector de la salud mental es la gestión no efectiva y el escaso control desde el punto de vista de rentabilidad (ingreso/gasto) sumado al pobre control de la enfermedad, alto nivel de complicaciones y deterioro en la calidad de vida de los pacientes, generando aumento en número de hospitalizaciones, más días de estancia, menos control de sus patologías mentales, complicaciones prevenibles y un alto costo para el sistema. Se consideró en primera medida definir GRD con aplicabilidad para Colombia, enfocado en CIE-10 y DSM 5, que permita realizar agrupación de pacientes para realizar la gestión efectiva desde el punto de vista clínico, administrativo, financiero y tecnológico. Se diseñó un modelo de servicio enfocado en rutas de cuidado y en el uso de los recursos correspondientes a cada GRD, permitiendo intervenir en primera medida indicadores de resultados clínicos, de satisfacción al usuario y de sostenibilidad del paquete.
Aportes al caso de estudio o la solución de la problemática empresarial	Este PAE aporta al sector de la salud mental en Colombia especialmente por la creación de GRD en salud mental con aplicabilidad respecto a la clasificación internacional de enfermedades 10º versión y al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta versión. Del mismo modo otorga una visión enfocada en servicios ambulatorios para lograr el mejor control de la morbilidad mental.

Palabras clave

Medical Care

Psychiatric

Health Care Financing

GRD

Health Systems

Sistemas de pago

Pago agrupado

Salud mental

Categoría diagnóstica mayor

Abstract

Name of PAE	Proposal for adaptation of DRG for the model of care of patients with mental illness in an Ips of high level of complexity specialized in mental health.
General information of PAE	<p>The main problem that is presented in terms of contracting by package or grouped payment in the mental health sector is the ineffective management and the scarce control from the point of view of profitability (income/expenditure) added to the poor control of the disease, high level of complications and deterioration in the quality of life of the patients, generating an increase in the number of hospitalizations, more days of stay, less control of their mental pathologies, preventable complications and a high cost for the system.</p> <p>The first step was to define DRG with applicability for Colombia, focused on ICD-10 and DSM 5, which allows for the grouping of patients to carry out effective management from the clinical, administrative, financial and technological point of view. A service model was designed focused on care routes and the use of resources corresponding to each DRG, allowing to intervene in first measure indicators of clinical results, user satisfaction and sustainability of the package.</p>
Contribution for case study or solution at the problem	<p>This PAE contributes to the mental health sector in Colombia especially by the creation of mental health DRG with applicability to the international classification of diseases 10th version and the diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th version. Likewise, it provides a vision focused on outpatient services to achieve the best control of mental morbidity.</p>

1. Introducción

El servicio de Salud en Colombia se encuentra reglamentado por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos posteriores, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud (*Ministerio de Salud y Protección Social*, s. f.); así bien los modelos de gestión eficiente de contratación en salud se caracterizan por que tanto el asegurador como el prestador de servicios comparten los riesgos asociados al cuidado de la población, gestionan de manera eficiente el costo asociado a la asistencia y logran el control y los mejores resultados en salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”; asociado a esta definición se encuentran los determinantes sociales que afectan la salud y se encuentran en entornos comunitarios, económicos y físicos (Godoy et al., 2020).

La prevalencia de sufrir algún trastorno psiquiátrico según la encuesta nacional de salud mental de 2003 es del 40,1% y de 32,1% para el 2015 (*Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*, s. f.). Los costos estimados para el tratamiento de la depresión se elevan a US\$147000 millones a nivel mundial (Torres de Galvis, 2018). El propósito de este proyecto es realizar una adaptación de GRD para diseñar un modelo de gestión eficiente para pacientes con problemas de salud mental en una organización especializada de alta complejidad, haciendo uso de modalidades de contratación como los pagos agrupados o paquetes, los cuales deben cumplir con las siguientes condiciones: cobertura general necesaria para tratar la afección, pago dependiente de los resultados y ajuste en función del riesgo; se debe proporcionar lo que M. Porter denomina atención en salud basada en el valor y en donde los prestadores no asuman la asistencia no relacionada o de eventos catastróficos (Porter & Kaplan, 2016). La adaptación y generación de GRD aplicado a un modelo de gestión eficiente para los pacientes con enfermedad mental, mediante un pago agrupado refleja la eficiencia

en la asistencia sanitaria de una entidad, en donde las acciones realizadas generen valor a las personas (pacientes), el servicio sea en función de grupos de patologías y los indicadores midan los resultados en salud como número de hospitalizaciones al año, complicaciones, reingresos, entre otros, aportando al cumplimiento de la triple meta en salud, consistente en lograr mejores resultados en salud, satisfacción del paciente y su familia y sostenibilidad financiera.

Un ejemplo de un caso exitoso de modelo de pago agrupado son los centros de servicios de Medicare (programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos) en donde en la prueba piloto, considerándose un pago combinado por cirugía de injerto de derivación coronaria que cubrió todos los servicios prestados en el hospital, junto con 90 días de servicios posteriores al alta, arrojó ahorros a Medicare de US\$42.3 millones, o aproximadamente el 10% del gasto esperado, en los siete hospitales participantes. La tasa de mortalidad hospitalaria disminuyó en todos los hospitales y mejoró la satisfacción de los pacientes (Porter & Kaplan, 2016).

Se considera que siendo los GRD un modelo de clasificación de pacientes en donde se relacionan las características clínicas con los costos incurridos en la prestación del servicio, es altamente viable desarrollarlo en una entidad prestadora de servicios de salud mental, donde se puede definir la asistencia en función de grupos de patologías. Esto permitirá una disminución de la variabilidad en la práctica clínica, teniendo como compromiso organizacional la efectividad clínica con el empleo de los procedimientos asistenciales y de gestión basados en la evidencia científica disponible (*Plan de salud mental 2019-2023 de Navarra*, s. f.); así mismo permitirá a la institución conocer la casuística propia y una mejora posible en la gestión de los servicios de salud. Esta viabilidad podrá ser efectiva únicamente con el compromiso organizacional, con la información requerida y con un equipo multidisciplinario que permita el desarrollo tanto humano, informático, tecnológico como administrativo.

El objetivo general de este proyecto es elaborar un modelo de gestión de la enfermedad, centrado en el paciente y enfocado en el riesgo clínico, que involucre un sistema de grupos relacionados por diagnóstico (GRD) mediante objetivos específicos como: la

caracterización de pacientes por grupos de enfermedad y la creación de rutas de asistencia sanitaria centradas en el paciente con el fin de lograr los mejores resultados en salud.

Este documento se divide en 5 secciones, entre las cuales se encuentran: la primera sección corresponde a la importancia de los sistemas de pago en el sector salud y los GRD, la segunda describe la problemática empresarial con respecto al modelo de gestión, en la tercera se encuentran las estrategias y acciones para dar solución al punto anterior, la cuarta sección corresponde al plan de implementación y aplicación y por último mostraremos las conclusiones del proyecto.

2. La importancia de los sistemas de pago en el sector salud y los GRD

Los sistemas de pago de servicios de salud se entienden como la compensación económica, en su mayoría monetaria, que recibe un prestador de salud por los servicios brindados a un paciente o grupo de pacientes (García & Agudelo, 2002). Estos tienen un sinnúmero de variables que permiten de acuerdo a las características de la entidad escoger el sistema que mejor se adapte a los objetivos planteados, puesto que no existe un sistema ideal o natural que deba usarse (Álvarez et al., 2000), más bien depende de las necesidades, la capacidad instalada, los recursos propios y el pacto al que se llegue con la entidad aseguradora. Este contrato debe tener unos mínimos indispensables para el funcionamiento adecuado, los cuales son: la regulación de acuerdo con la normatividad vigente y su adherencia a la misma, un sistema de información confiable y veraz y la gestión propia y compartida entre el asegurador y el prestador (García & Agudelo, 2002).

Los sistemas de pago pueden definirse bajo dos características o dimensiones, las cuales son la unidad de pago y la distribución de riesgos financieros entre el asegurador y el prestador. Entiéndase por unidad de pago, como la agregación de los servicios contratados, es decir, la forma en la agrupación de los servicios que se le prestan a los pacientes, ya sea por estancia hospitalaria, por ingreso o por proceso asistencial. La distribución de los riesgos financieros está basada en la forma de remuneración por la prestación de los servicios de salud, una vez escogida la unidad de pago. Existen varias formas de remuneración, ya sea por grupos relacionados de diagnósticos (GRD), o un solo precio sin importar el origen y motivo del ingreso hospitalario (cápita) o en función de los productos hospitalarios (evento); sin importar cual forma se escoja siempre existen riesgos financieros, sin embargo, depende de la forma de remuneración que se escoja, puede tener mayor o menor riesgo el asegurador, el prestador o riesgos compartidos por igual (Álvarez et al., 2000).

Las modalidades de pagos de servicios de salud se pueden clasificar en pagos prospectivos o retrospectivos y en sistemas de pago basados ya sean en presupuesto global o en pago por caso o evento, en síntesis, se definen sistemas de financiación por pago global, por evento o mixtos. Sin importar la forma de contratación y pago de los servicios de salud, las variables que siempre están presentes y definen el funcionamiento y los resultados de la

contratación son indicadores como productividad y eficiencia (Cots & Castells, 2001) tanto para el asegurador como para el prestador y se definen de acuerdo a los riesgos que cada uno comparta dentro del sistema. En la modalidad de pago prospectivo, el asegurador realiza un cálculo ex – ante del costo esperado de atención de cierta población y este monto es el que trasfiere al prestador, sin tener conocimiento si el costo será mayor o menor a la transferencia realizada (Castaño et al., s. f.). Para el caso de los pagos agrupados se fija un precio único para toda la atención necesaria a tratar la condición médica particular de un paciente (Porter & Kaplan, 2016).

Los modelos mundiales de sistemas de contratación poseen mecanismos para generar una relación financiera entre el asegurador y el prestador más favorable, entre los que se encuentran: - Pago a los médicos para el cuidado de enfermedades de interés (Austria, Francia, Alemania, Dinamarca y Bélgica). - Agrupación de pagos por episodio o enfermedad, que incluye a los proveedores de asistencia primaria y las acciones de rehabilitación (Estados Unidos, Países Bajos y Suecia). - Modelos contractuales de riesgo y utilidad compartida entre proveedores y pagadores, con un direccionamiento de “alta confianza y baja burocracia” (Estados Unidos, Nueva Zelanda, Alemania). Para citar un ejemplo, el modelo por evento, aplicado en Austria, condujo a un incremento en la demanda inducida por el prestador y a un costo elevado en los servicios cubiertos por el asegurador. Por lo cual el sistema evolucionó a un pago basado en casos, mas no en días de estancia, y migró de un modelo retrospectivo a uno prospectivo, en donde se prestó importancia a la gestión de riesgo y uso de servicios ambulatorios más que hospitalarios, pertinencia en el uso del servicio hospitalario, mejora en la calidad de la información estadística y enfoque de la atención en métodos basados en evidencia científica (Morales & García, 2017).

La ruta ideal para la contratación de servicios de salud es donde se encuentra diversidad en sistemas de contratación y modalidades de pago, donde entre el asegurador y el prestador exista una relación bidireccional, enfocados en análisis científico de las guías de práctica clínica asociado a retroalimentación permanente y la disponibilidad y materialización de incentivos (Morales & García, 2017).

Al escoger un sistema o método de contratación y pago para los servicios de salud, se considera importante que para el ámbito hospitalario en muchos sistemas de salud internacionales han decidido agrupar a los pacientes según la relación del diagnóstico, es decir, por grupos relacionados de diagnóstico o mejor llamados GRD, (Brugos Larumbe et al., 2000) el cual es un sistema de clasificación que agrupa a los pacientes en base a sus características clínicas y su consumo de recursos, es decir, que utilizan similares costos durante la hospitalización, lo cual permite que el prestador tenga un amplio conocimiento de la casuística de la población (Salerno et al., 2010); tal es el caso para los sistemas de salud de Estados Unidos, Alemania, Francia y Suecia y que están experimentando países como Chile y Colombia. Una limitación importante para esta modalidad es el sistema de información estadística, ya que es la base para la generación de datos que requiere esta modalidad de pago (Álvarez et al., 2000). Así mismo sucede en la modalidad similar que aplica España por medio de unidades de medición ponderadas, el cual consiste en un presupuesto global prospectivo, que distribuye los riesgos de manera similar entre el asegurador y el prestador y en donde están presentes los incentivos, los cuales se otorgan de acuerdo al comportamiento del proveedor en términos de eficiencia e influyen en la calidad del servicio, el costo médico y la productividad (García & Agudelo, 2002). Sin embargo una debilidad en los contratos por GRD, es que se calcula la estancia hospitalaria mediante una media, y no se tiene en cuenta la casuística de los pacientes de acuerdo a su gravedad o complejidad, afectando al prestador en términos de costo justificable (Cots & Castells, 2001); así mismo los servicios hospitalarios están migrando de un sistema de pago global basado en históricos a un sistema prospectivo basado en costo y volumen o costo por caso (Álvarez et al., 2000).

Al cabo de un tiempo en España también se inició la inclusión de los contratos de pago de acuerdo a los GRD, sin embargo, se propuso un modelo mixto puesto que los GRD tienden a sobrevalorar los grupos de patologías menos costosos y subvalorar los grupos de patologías más costosas; se definió el modelo de GRD y los pesos elaborados por la Health Case Financing Administration (HCFA) para el Medicare en el modelo Catalán (Cots & Castells, 2001).

En cuanto a los grupos relacionados con el diagnóstico, en Estados Unidos, aproximadamente desde 1983, que se implementó el uso de los GRD en sistemas de pago prospectivo para Medicare, se ha evidenciado por medio de los estudios que esta modalidad logró disminuir el promedio estancia en pacientes hospitalizados en un 20-25% en términos de 5 años; del mismo modo en Puerto Rico, usaron esta modalidad de pago para pacientes con VIH asociado a los incentivos por calidad y el promedio estancia se redujo de 22,3 días a 11,3 días (46%) al mismo tiempo que el costo promedio anual de estos pacientes en hospitalización disminuyó de \$15,118 en 1987 a \$ 3,869 en 1988 (Castro J., 2011). En Europa, especialmente en España e Italia, con la implementación del pago prospectivo por GRD, se evidenció que disminuyó el promedio estancia en las hospitalizaciones al mismo tiempo que se redujo el costo por hospitalización y aumentó la disponibilidad de camas (Castro J., 2011).

Los GRD agrupan pacientes con características clínicas similares que consume recursos de manera similar, por lo cual contempla cuatro características: -Información recopilada rutinariamente: se trata de toda la información que se encuentra en la historia clínica incluyendo datos personales, demográficos y clínicos del paciente. -Números manejables: se agrupan los egresos generados en la institución por sistema de órganos, teniendo en cuenta las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM). -Similitud en la intensidad de los recursos: de acuerdo a guías de práctica clínica se tiene planteado manejos transversales para las patologías homogéneas, es decir cierto diagnóstico consume recursos similares. - Coherencia clínica: durante el proceso de atención, las acciones a realizar son similares, y se agrupan de acuerdo a la patología o diagnóstico (Zapata M., 2018).

De las 23 Categorías Diagnósticas Mayores, las que corresponden al ámbito de salud mental, y son aplicables a este trabajo son:

- Enfermedades o trastornos mentales
- Consumo de alcohol/drogas y trastornos orgánicos mentales inducidos por alcohol/drogas.

La utilidad de los GRD se enfoca principalmente en el conocimiento de la casuística de la institución, así como de una herramienta para definir el modelo de pago y financiación de los prestadores (*Manual de descripción de los grupos relacionados por el diagnóstico v 25.0*, s. f.). Entre los múltiples indicadores que ofrece los GRD se encuentran (figura 1): el Índice Case-mix y el Peso Relativo del Centro. El índice Case-mix es la razón entre la estancia media ajustada por funcionamiento y la estancia media del estándar, de manera que cuando éste es superior a 1, quiere ello decir que la casuística atendida por ese servicio es de mayor complejidad que la del estándar. El Peso Relativo del Centro es la razón entre el peso medio del hospital y el propio del estándar, de modo que un valor superior a 1 nos indica la existencia de una casuística más costosa. Para el cálculo en la eficiencia en la gestión de las camas, se encuentran dos índices: el llamado Índice Funcional y la Razón de Funcionamiento Estándar. El Índice Funcional es la razón entre la estancia media ajustada por case-mix y la estancia media del estándar, de manera que si éste es superior a 1 indica que ese servicio posee una menor eficiencia en la gestión de sus camas. La Razón de Funcionamiento Estándar, es la razón entre la estancia media observada en el hospital o servicio y la estancia media esperada si tratara cada GRD con la estancia media del estándar de comparación, de modo que cuando es mayor que 1, indica que dicho prestador necesita un mayor número de días de estancia que el estándar y por tanto es menos eficiente.

En cuanto a los GRD en psiquiatría, se generan limitaciones, puesto que las categorías diagnósticas actuales permiten que dentro de un mismo grupo se incluyan la mayor parte de las patologías psiquiátricas, como sucede con el GRD 430, psicosis.

Por otro lado, los pacientes con patología mental presentan múltiples factores psicosociales que afectan los resultados en salud, como lo son la condición al momento del egreso (red de apoyo) y la continuidad del tratamiento, (Seva-Díaz & Seva-Fernández, 2003).

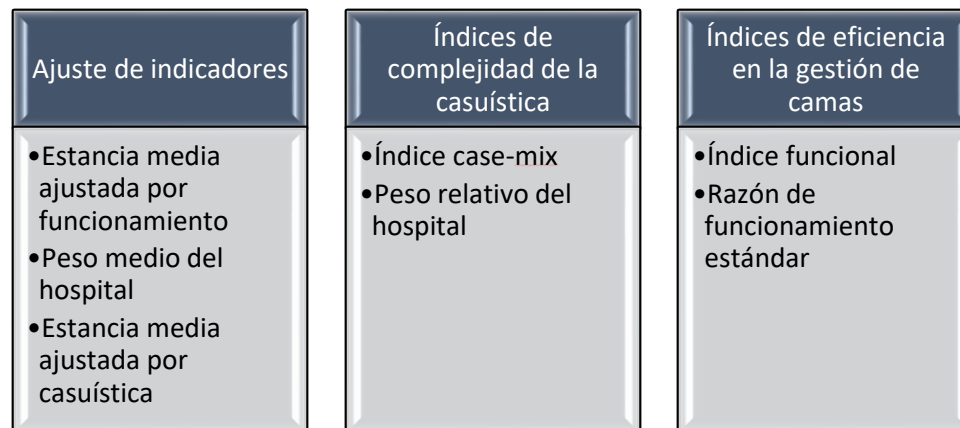


Figura 1. Indicadores de gestión que se deben medir al momento de utilizar GRD

Fuente: Elaboración propia a partir de grupos relacionados por el diagnóstico: GRD. Schiavone, M. (2018).

Para la obtención de los GRD se requiere un conjunto mínimo de datos, es decir, una base de datos que se obtiene de la historia clínica del paciente posterior al egreso; su importancia radica en la disponibilidad de la estadística. Esta información permite elaborar indicadores de productividad y calidad asistencial (*Guía implementación de los sistemas de clasificación de pacientes en IPS*, s. f.); requiriéndose como mínimo lo siguiente: número de historia clínica / fecha de nacimiento / sexo / fecha de ingreso / diagnóstico principal - otros diagnósticos / procedimientos quirúrgicos o/y obstétricos / otros procedimientos / fecha de egreso / circunstancias de egreso (figura 2).

Para clasificar el GRD, se debe leer el diagnóstico principal y ubicar al paciente en la CDM correspondiente; posterior a esto se debe verificar si tiene un código de intervención quirúrgica y ubicarlo en los GRD quirúrgicos, de lo contrario se ubica en los GRD médicos correspondientes a la enfermedad específica (*Manual de descripción de los grupos relacionados por el diagnóstico v 25.0*, s. f.). De acuerdo a lo anterior, según la versión 25.0 AP-GRD del sistema de salud español, se enlistan los GRD con sus estancias medias, pesos relativos y costes de los hospitales del Sistema Nacional de Salud durante el 2010, en la tabla 1.

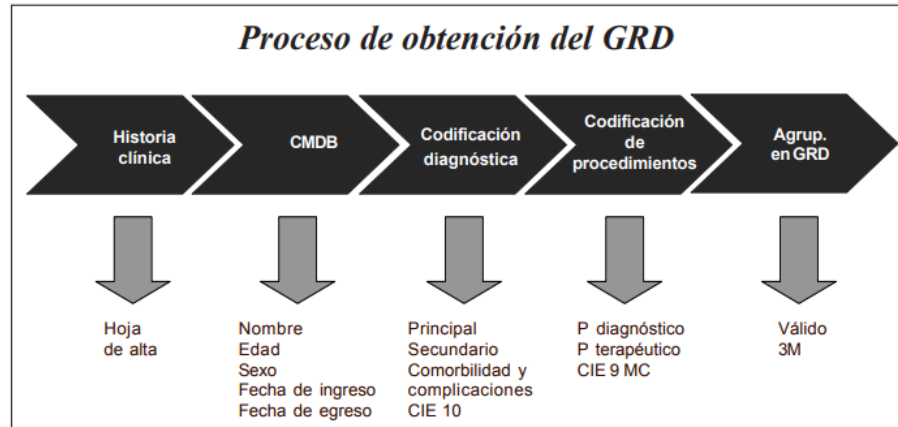


Figura 2. Proceso de obtención del GRD

Nota. CMDB: Conjunto mínimo básico de datos

Fuente: Paolillo, E. (2008).

En términos generales las modalidades de pago prospectivo son variadas como ya lo hemos visto, para este trabajo consideramos aplicar un pago global prospectivo por especialidad basado en GRD. En donde se realizará asistencia sanitaria a una población definida, en un área geográfica definida y en un tiempo específico. Esta modalidad define un pago fijo por la atención médica según los GRD, y el prestador se expone al riesgo de incidencia y de severidad de las condiciones según los GRD, al mismo tiempo también tiene latente el riesgo técnico, donde el prestador debe implementar estrategias aliadas con las GPC para lograr los mejores resultados en salud con el menor riesgo técnico de utilización (Castaño et al., s. f.).

En cuanto a los incentivos de pago o retención de transferencia que se entregan al prestador, que pueden ser positivos o negativos se otorgan en términos de cumplimiento de indicadores de resultado, proceso, estructura o producto (Castaño et al., s. f.); también se puede observar desde el punto de vista del asegurador, que debe alinear los otros eslabones de la cadena de servicios para que el paciente no presente deterioro en su condición médica por situaciones ajenas al propio contrato, como puede ser el caso de entrega de medicamentos, y para estos pacientes los servicios serán excluidos del paquete.

Tabla 1. AP-GRD psiquiátricos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español, 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
<i>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.</i>					

Fuente: Pedreira, V. (2016)

En la literatura se evidencia la experiencia práctica de aplicación de los GRD en varios países, tanto de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) como de América Latina.

Tabla 2. Antecedentes de estudios realizados sobre GRD en países de la OCDE y de América Latina

Autor (año)	Nombre del estudio	País – Institución	Criterios de inclusión / exclusión	Evaluación de resultados
Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid (España). 1988	Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria. Programa Marco 1ª Fase 1986-1990	Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid (España).1988		En 1986 se aprueba el 1ª Plan de Calidad en el Sistema de Salud de España y en él se establecen como herramienta de gestión, tanto el sistema del C.M.B.D. como el sistema de clasificación de pacientes GRD. En este plan se establecen las fases y subfases de la implantación de un Plan de Calidad en el Sistema de Salud de España
Agustín Rivero et al. 2000	Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud de España.	Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2000.	Criterio de inclusión: Define y desarrolla los GRD en el sistema Nacional de Salud de España	Se realiza un estudio exhaustivo del sistema GRD y su aplicación y desarrollo específicamente para el Sistema Nacional de Salud de España. Al mismo tiempo se establece un proyecto para su desarrollo, siendo el primero que se realiza a escala nacional en la Unión Europea
Alfredo Aguilar, Carmen Laguna, et al. 2008	Evaluación de la actividad neonatal según grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), en un hospital Universitario Chileno.	III Congreso Latinoamericano de Informática Médica INFOLAC 2008	Criterio de inclusión: Establece la actividad neonatal a través del sistema GRD	La aplicación del sistema de clasificación de pacientes también se ha realizado a nivel hospital y el artículo que se presenta es un ejemplo de interés, de cómo, a partir del proyecto general se implementa en un hospital. El ejemplo de Chile se indica como referencia de un hospital de América Latina.
Dana A. Forgione, Thomas E. Vermer et al. 2004	The impact of DRGBased Payment System on Quality of Health Care in OECD Countries.	Journal of Health Care Finance: Fall 2004; 31,1; ABI/INFORM Global, pag 41. 2004	Criterio de inclusión: Mide el impacto en el pago, la introducción de los sistemas de clasificación de pacientes tipo GRD	Es un amplio resumen de la situación e implementación de los GRD en diferentes países de la OCDE, concretamente la introducción de este sistema se ha realizado en 20 países. Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Hungría, Irlanda, Luxemburgo, Italia, Noruega, Polonia, Portugal, España, Suecia, Reino Unido y EE.UU. También se han

				introducido, aunque no están en este artículo en la República Checa y Estados Unidos.
Robert Mullin; James Verties, Richard Freedman, Russ Castionu and Ann TinKer 2002	Case-mix analysis across patient populations and bomdaries; A refined classification system designed speafically for international use.	3M International Refined-DRG (IRDRGs). 2002.	Criterio de inclusión: Analiza la introducción de los GRD refinados y su utilización internacional	La metodología del nacimiento del sistema de clasificación de pacientes GRD, así como el análisis y su desarrollo, además de la implementación de nuevas familias del sistema (AP, APR, IR) corresponde a la empresa 3M. En este artículo se definen y explican detalladamente cómo funciona una de las familias de GRD más involucradas a nivel internacional ya que pueden utilizar para su codificación tanto la CIE-9-MC como la CIE-10 que se utiliza en América Latina. En Europa y EE. UU se utiliza la CIE-9- MC.
Secretaría de Salud. Dirección general de Calidad y Educación en Salud. 2006	Libro Blanco. "Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud".	Secretaría de Salud. Dirección general de Calidad y Educación en Salud. México. 2006.	Criterio de inclusión. Plantea una experiencia en la utilización de los sistemas de clasificación de pacientes GRD en los hospitales de México.	Este artículo es de interés ya que el propio Ministerio de Salud de México en el libro blanco de mejora de la calidad asistencial, introduce en uno de sus puntos los GRD como herramientas de la mejora de la gestión.
Elbio Paolillo, Uruguay Russi, Daniela Cabrera, Lucy Martins, Alberto Scasso, at al 2008	Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Experiencia con IRGRD en el Sanatorio Americano, sistema FEMI	Rev Med Urug 2008; 24: 257-265, Vol. 24 N.º 4 diciembre 2008	Criterios de inclusión. Plantea la experiencia en un hospital de Uruguay, de la introducción de los GRD.	En este artículo se presenta una experiencia en un centro hospitalario de una de las familias más modernas del sistema GRD, los llamados IR-GRD, sus resultados y su utilidad en la gestión clínica
Australian Government. Department of Health and Ageing.	Grupos Relacionados por el diagnóstico australianos.	http://www.health.gov.au Department of Health and Ageing	Criterios de inclusión. Presenta la experiencia de la transformación de los GRD de 3M al sistema sanitario de	Australia ha sido uno de los países que más han desarrollado el sistema de clasificación de pacientes y lo utiliza como herramienta de gestión y presupuestación de centros hospitalarios. Ha creado a partir de los GRD originales de 3M, su propio sistema GRD que denomina GRD-AN. Es una

			Australia y su experiencia más de utilización de este sistema de clasificación de pacientes en los hospitales.
Michael D. Fay; David A. Jackson; Bárbara B. Voge. 2007.	Implementation of a severity-adjusted Diagnosis-related Groups payment system in a large Health Plan. Implications for pay for performance	J Ambulatory Care Manage. Vol 30, No 3; pp 211-217. 2007	Criterio de inclusión. Presenta la experiencia de los GRD ajustados por severidad. Es un ejemplo de la utilización de los sistemas de clasificación de pacientes tipo GRD, en el sistema de pago

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

En tanto los reingresos hospitalarios, que se entienden como todo ingreso nuevo a hospitalización, en 30 días o menos posterior a su último egreso, se consideran como un evento adverso y establece un indicador de calidad del proceso asistencial, sin embargo, es de aclarar que los reingresos tienen múltiples factores como lo son: la propia enfermedad, el entorno social, cultural, económico, demográfico, el proceso asistencial y el alta temprana no pertinente. (López Pérez et al., 2015).

Las debilidades y fortalezas que se presentan en los diferentes modelos revisados, otorgan una visión más amplia acerca del sistema de pago adecuado a definir para los prestadores y que del mismo modo sea favorecedor al asegurador y por lo tanto traiga consigo resultados satisfactorios en salud, puesto que el fin no es realizar actividades por volumen, sino que dichas actividades cumplan los objetivos y los requerimientos clínicos en salud de los pacientes, es decir, que otorguen valor. De acuerdo a esto, el prestador de servicios de salud debe tener la capacidad de autogestionar la población asignada y poder definir las condiciones del ciclo de cuidado al paciente, del mismo modo decide el esquema de flujo que tendrá, por medio de la prestación hospitalaria, semi hospitalaria o ambulatoria y el paso de un lado a otro de acuerdo al criterio clínico, (Cots & Castells, 2001).

3. Nuestro problema, el modelo de atención.

El entorno actual del sector de la salud mental en Bogotá es limitado en cuanto a instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter privado. Se trata de un campo que está siendo explorado por grandes empresarios, en cuanto ven en esta situación una oportunidad de negocio, amenazando a los actuales prestadores. Tal situación requiere que las instituciones tomen acciones para ser competitivos en términos de precios, oportunidad, accesibilidad, satisfacción al usuario y hotelería, sin embargo, un aspecto de importancia y por el cual los prestadores están sobresaliendo en el sector es por ofertar la asistencia sanitaria basada en el valor, donde dicho valor es dado en parte por los resultados en salud logrados. Por otro lado, es de considerar que las enfermedades de origen mental son problemas de salud que generan gran impacto social, sanitario, económico y una importante afectación en la calidad de vida de los pacientes que los padecen y sus familias (Tresserras-Gaju et al., 2011). Debido a la problemática descrita, las empresas prestadoras de servicios de salud mental deben promover el desarrollo de ambientes y espacios propicios para un ciclo de cuidado integral, eficiente y efectivo de estos pacientes, de tal manera que se favorezca su calidad de vida y la de su entorno.

La principal problemática que se presenta en términos de contratación por paquete o pago agrupado en el sector de la salud mental es la gestión no efectiva y el escaso control desde el punto de vista de rentabilidad (ingreso/gasto) sumado al pobre control de la enfermedad, alto nivel de complicaciones y deterioro en la calidad de vida de los pacientes, generando aumento en número de hospitalizaciones, más días de estancia, menos control de sus patologías mentales, complicaciones prevenibles y un alto costo para el sistema; por otro lado gestionar un modelo de cuidado en salud mental enfocado en GRD es el inicio para aplicar el pago agrupado (Porter, 2008), en donde se incluya en el paquete el ciclo de asistencia completo para la condición médica y se ajuste a la severidad de acuerdo a cada GRD, lográndose reembolsos o bonificaciones en los casos en donde se optimice el ciclo de cuidado, se disminuyan los reingresos, se reduzca la estancia hospitalaria promedio y se logre el cumplimiento de la triple meta en salud, que incluye los mejores resultados clínicos, la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad financiera del sistema.

Un elemento clave en este problema es la ausencia de modelo de gestión clínica que se enfoque en una ruta de cuidado para los pacientes, donde se estructure un plan estratégico de gestión basado en guías de evidencia clínica por grupo de patologías o diagnósticos. Para generar una solución a esta problemática empresarial, se considera realizar una asignación por grupos relacionados de diagnóstico para salud mental, es decir, crear GRD propios relacionados con el CIE-10 y el DSM 5 que actualmente rige para Colombia y que permita clasificar a los pacientes hospitalizados en categorías únicas, sobre la base de la enfermedad primaria de cada paciente, el tratamiento específico, las condiciones crónicas secundarias y la intensidad del cuidado (Brent C. James & Poulsen, 2016). En la implementación del sistema de GRD se observó una reducción considerable en la estancia hospitalaria y al mismo tiempo en los costos de hospitalización, así como también se implementó el alta temprana fortaleciéndose los servicios ambulatorios para dar soporte a la hospitalización (Teisberg et al., 1994), sin embargo es importante tener un sistema de auditoría de la calidad que mantenga los estándares de atención y permita generar beneficios desde el punto de vista médico, de la familia y la sociedad teniendo en cuenta que los pacientes con enfermedad mental tienen un marcado compromiso familiar y social. De acuerdo a estos grupos se realizará un modelo de cuidado enfocado en rutas donde predomine el ámbito ambulatorio sin perder de vista la hospitalización, que permita gestionar de manera eficiente la salud de los usuarios y al mismo tiempo una sostenibilidad basada en el contrato, puesto que se recibirá pago por cada GRD, alimentado por un método agrupado que permita gozar de los beneficios como la bonificación o reembolso por gestión del riesgo y resultados y la disminución de desperdicios (Brent C. James & Poulsen, 2016). Se describirán una serie de acciones que contribuirán a lograr resultados positivos para alcanzar los incentivos de acuerdo al comportamiento de los pacientes, del asegurador y del prestador.

Considerándose los GRD un sistema de clasificación de pacientes, es importante para una institución prestadora de servicios de salud mental puesto que permite hacer una predicción de la duración de la estancia de un determinado paciente que ingresa en el servicio, conociendo su diagnóstico al ingreso, su historia anterior de reingresos, sus comorbilidades y sus datos demográficos, del mismo modo permiten conocer el nivel de complejidad de la

patología y con esto el posible consumo de recursos y costos por proceso (Seva-Díaz & Seva-Fernández, 2003). Así mismo con el conocimiento de los aspectos antes mencionados, una institución de salud mental podrá compararse con otras a nivel local, nacional e internacional y poder tomar decisiones para mejorar la gestión clínica y financiera.

4. Un modelo de cuidado basado en GRD

Si bien la propuesta planteada para dar solución a la problemática descrita se basa en un modelo de cuidado eficiente para los pacientes con enfermedad mental, lo primero que se planteó es realizar una creación propia de GRD, puesto que los servicios de salud mental se enfrentan a la problemática que los GRD relacionados y encontrados en la literatura son desarrollados en España y se basan en la clasificación internacional de enfermedades 9na edición (CIE-9), en contraposición, Colombia se rige por los criterios de la 10ma edición de esta clasificación (CIE-10) alineado al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición (DSM 5). Para este primer paso, bajo la supervisión y acompañamiento de un médico especialista en psiquiatría, se realizó la revisión de los diagnósticos clínicos relacionados con trastorno mental y se agrupó en relación a las categorías descritas en el DSM 5 permitiendo la generación de 22 GRD organizados en 4 categorías diagnosticas mayores, tabla 3.

Después de contar con GRD en salud mental que corresponden a los criterios manejados para el sistema de salud colombiano, el prestador debe realizar un análisis financiero de los costos y gastos con el fin de dar a cada grupo un valor de venta del servicio, así como un valor a la atención que se genere fuera del paquete por GRD, es decir, al manejo de las comorbilidades que se le preste al usuario, las cuales se deben facturar fuera del mismo.

Con base en la generación de GRD para salud mental descrito anteriormente asociado a los criterios DSM 5 y clasificación diagnóstica CIE-10 y teniendo una base de venta de cada paquete, entiéndase paquete a cada GRD, se realiza la planeación del ciclo de cuidado en pro de lograr los mejores resultados en salud aportándole a los usuarios acciones que generen valor sobre la asistencia sanitaria en función de los diagnósticos o grupos de enfermedades y con indicadores que midan resultados reales en salud, para lo cual se crea el ciclo de cuidado el cual incluye tanto al prestador de salud como al asegurador.

Tabla 3. Nueva clasificación GRD en salud mental

GRD	CATEGORIA DIAGNOSTICA MAYOR (CDM)
TRASTORNOS MENTALES	
001	Trastorno bipolar y trastornos relacionados
002	Trastornos depresivos
003	Trastornos de ansiedad
004	Trastornos de la personalidad
005	Trastornos neurocognitivos
006	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
007	Trastornos del neurodesarrollo
008	Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
009	Trastornos disociativos
010	Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados
011	Trastorno de la excreción
012	Trastorno del sueño y vigilia
013	Disfunciones sexuales
014	Disforia de genero
015	Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados
016	Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta
017	Trastornos parafilicos
018	Otros trastornos mentales
019	Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
USO DE DROGAS/ALCOHOL Y TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS	
020	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
HERIDAS, ENVENENAMIENTO Y EFECTOS TOXICOS DE DROGAS	
021	Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO, NUTRICION Y METABOLISMO	
022	Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

Fuente: Elaboración propia

El prestador de acuerdo a su capacidad instalada debe definir los servicios a ofertar, que para una entidad de alta complejidad en salud mental correspondería a contar con el servicio ambulatorio, consulta externa de especialidades como psiquiatría general e infantil,

psicología y neuropsicología, hospital día y servicio hospitalario con internación a pacientes agudos, cuya atención se realizará por medio de equipos multidisciplinarios compuestos por psiquiatra, psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional, con el apoyo del servicio de medicina general, además de contar con servicio de urgencias para patología en salud mental, tabla 4.

Tabla 4. Oferta de servicios en salud mental

SERVICIOS			
Ambulatorios (Consulta externa)	Hospital día	Hospitalarios	Urgencias
Psiquiatría general		Agudos	
Psiquiatría infantil	Clínica día	Equipo multidisciplinario	Psiquiatría
Psicología			
Neuropsicología		Medicina general	
Trabajo social			

Fuente: Elaboración propia

Con la capacidad descrita anteriormente y con los GRD definidos, el siguiente paso es establecer las rutas de cuidado de los pacientes, figura 3.

Ruta ambulatoria: Se debe propender para que todos los pacientes permanezcan con su patología mental compensada por medio de los servicios ambulatorios.

El prestador debe por medio de los equipos multidisciplinarios definir entre los GRD a nivel macro cuales servicios requieren y cuáles no, por ejemplo: que su condición patológica no sea necesario un manejo por psicología, como los GRD 004, 005, 007, 021; sin embargo, no significa que en el momento que el profesional tratante lo requiera se deba negar. Del mismo modo sucede con neuropsicología, la cual está indicada únicamente en los casos que se requiere por patología realización de pruebas neuropsicológicas.



Figura 3. Ciclo de cuidado

Fuente: Elaboración propia

La ruta ambulatoria consiste en definir el estado de la patología mental como punto de partida para indicar tiempos de control y de seguimiento, según tabla 5.

Tabla 5. Ruta ambulatoria

Estado del paciente	Frecuencia control psiquiatría	Frecuencia seguimiento trabajo social	Frecuencia control psicología	Frecuencia control neuropsicología
Compensado	3 meses	1 mes	A criterio tratante	A criterio tratante
En compensación	1 mes	15 días	A criterio tratante	A criterio tratante
Descompensado	Hospitalización	N/A	N/A	N/A

Fuente: Elaboración propia

Para el paciente que se encuentra completamente compensado de su patología mental, los controles por psiquiatría se deben realizar de manera periódica cada 3 meses, es decir que la formulación se debe realizar también para este mismo tiempo; trabajo social debe realizar seguimiento telefónico cada mes para evaluar la adherencia al tratamiento, red de apoyo y

asegurar la continuidad de la prestación en el tiempo descrito; en cuanto a las remisiones a psicología y neuropsicología, se realizan de acuerdo a criterio médico del psiquiatra tratante, figura 4.

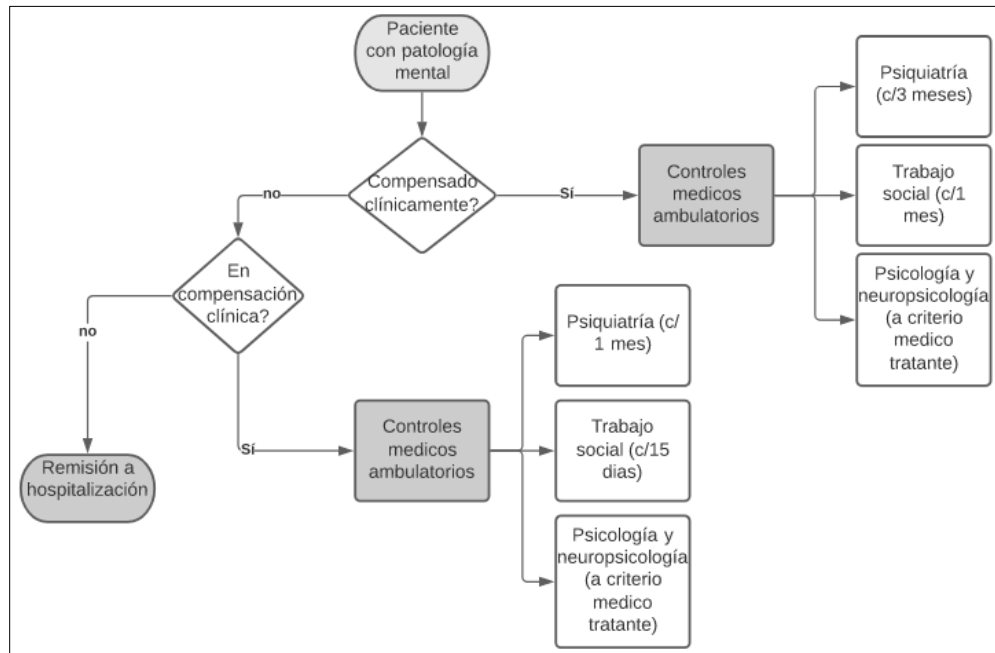


Figura 4. Ruta ambulatoria para el paciente con enfermedad mental

Fuente: Elaboración propia

En el caso en el que se encuentre un paciente con egreso de hospitalización o de clínica día reciente en estado de compensación de su patología mental, se considera que el control por psiquiatría se debe realizar de manera mensual y en el momento que cambie de estado a “Compensado” ingresa al modelo anteriormente descrito. El seguimiento por trabajo social para este caso se debe realizar cada 15 días con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento, red de apoyo cercana, posibles detonantes de alteración del estado mental y asegurar la continuidad en el tiempo descrito. Del mismo modo en cuanto a psicología y neuropsicología, la asistencia y los controles se realizan de acuerdo a criterio médico del psiquiatra tratante.

En el caso que por la ruta ambulatoria llegue un paciente descompensado, será evaluado por el psiquiatra tratante, el cual definirá los criterios de ingreso a hospitalización y direccionará directamente a este servicio.

Ruta hospitalaria: en esta ruta los pacientes llegaran por dos vías, una de estas vías es la ruta ambulatoria, consulta externa y la otra será el servicio de urgencias. Debido a que los pacientes con patología mental tienen muchos factores que inciden en su descompensación se debe evaluar muy bien el estado de salud, informar claramente a la familia y realizar el manejo intramural para que se le brinde el acompañamiento correspondiente según el GRD, puesto que desde de la hospitalización, se distribuirán los pacientes de acuerdo a cada grupo para brindar el manejo multidisciplinario correspondiente, es decir, igual que en la ruta ambulatoria, algunos GRD no requieren manejo por psicología o por terapia ocupacional, es allí donde se debe definir para realizar un uso adecuado de los recursos y brindar a los usuarios los servicios que necesita.

La ruta hospitalaria contempla servicio de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y trabajo social, así mismo acompañamiento permanente por un servicio de enfermería eficiente y altamente calificado en este tipo de pacientes y el apoyo de medicina general para eventos diferentes a salud mental, figura 5.

En el momento del egreso del paciente, este debe contar con ciertos requisitos los cuales deben ser gestionados por trabajo social: asignación de cita de control ambulatoria tanto de psiquiatría como de psicología y trabajo social para seguimiento; debe revisar que la formula se genere y direccionar a la familia al sitio respectivo según indicación del asegurador para solicitud de la misma. En el caso en que el paciente sea remitido a clínica día, la cita de ingreso para este servicio se debe asignar para el día posterior al egreso, figura 6.

Servicios de apoyo: Clínica día, brinda apoyo tanto a la ruta ambulatoria como hospitalaria. Para el caso ambulatorio, los pacientes que necesitan un tratamiento y seguimiento más intensivo, de carácter diario, se puede considerar como opción. En la ruta hospitalaria participa como servicio de apoyo para aquellos casos en los que por pertinencia

medica se genere alta temprana pertinente, disminuyendo días de estancia, pero asegurando al paciente la continuidad de su tratamiento.

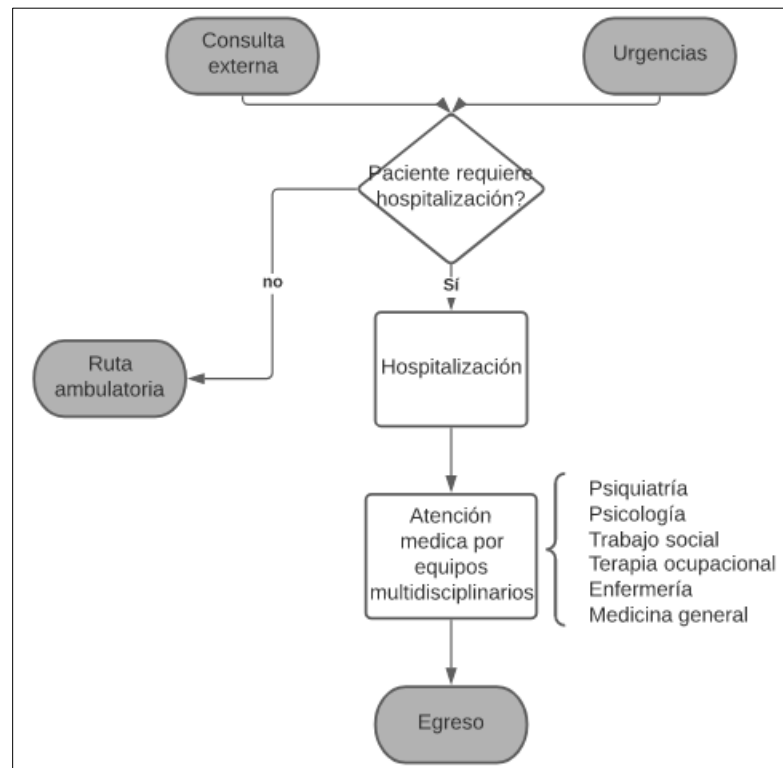


Figura 5. Ruta hospitalaria para el paciente con enfermedad mental

Fuente: Elaboración propia

Otro servicio de apoyo es urgencias, ya que permite a aquellos pacientes que no se encuentran en alguna de las dos rutas, se puedan ubicar de acuerdo al estado clínico del mismo, es decir, si el paciente se encuentra descompensado se le otorga manejo intramural e inmediatamente ingresa a la ruta hospitalaria, pero si por el contrario tiene criterios para manejo ambulatorio se debe desde el propio servicio asignar cita con psiquiatría ambulatorio para que ingrese a la ruta según corresponda.

En modelo se debe propender por disminuir el riesgo técnico de utilización, que afecta directamente al ámbito financiero del paquete y debe ser intervenido directamente implementando estrategias como educación continuada y adherencia en relación con las Guías de Práctica Clínica enfocadas en cada trastorno o patología de los GRD.



Figura 6. Ordenes de egreso

Fuente: Elaboración propia

Como se ha descrito anteriormente los puntos clave relacionados con el logro de los objetivos planteados al inicio de este trabajo son la disminución de la variabilidad en la práctica médica mediante la gestión por grupos de patologías y ciclos completos de cuidado centrados en el paciente, donde el principal actor es el especialista tratante, siendo este el responsable de apoyar la acción médica en la mejor evidencia científica disponible y con el objetivo de alcanzar el mejor resultado. Es allí donde se debe considerar no solo la medición de indicadores de resultados en salud sino también la relación entre estos y el costo, con el fin de lograr cultura organizacional en función del valor y en beneficio de los costos, puesto que en la modalidad de contratación por pagos agrupados se calcula el costo total de un resultado en salud y en el caso de sobrecostos por reingresos pertinentes o efectos adversos estos deberán ser asumidos por el prestador; así mismo se puede plantear que junto con la modalidad de pago por paquetes se de un paso hacia el cambio en los esquemas de pago al talento humano y llegar al pago por resultados obtenidos, mas no por actividades realizadas, e incentivos que permitan una orientación de la organización hacia una cultura de valor (Caicedo Montaña et al., 2017).

5. Plan y recomendaciones de implementación y aplicación

Para llevar a cabo la implementación del modelo de atención en salud mental basado en GRD, el prestador deberá tener en cuenta que consta de varios componentes: el componente clínico, el componente administrativo, el componente financiero y el componente tecnológico.

Componente clínico: Definir de acuerdo a la casuística de la población el paquete a contratar y la modalidad que mejor se adhiera a las condiciones de la institución; se debe hacer un estudio poblacional donde se identifique la prevalencia de cada GRD para que de este modo se planeen los recursos necesarios en cuanto a capacidad instalada, recurso humano (equipos multidisciplinarios), infraestructura y recurso tecnológico.

El prestador debe socializar y capacitar a todo el personal asistencial en relación con los GRD a tratar, los requerimientos clínicos para cada grupo, el manejo clínico propiamente dicho enfocado en GPC y en la mejor evidencia científica disponible. Se debe hacer uso del comité técnico científico de la institución en cuyos casos el manejo del paciente sea refractario y se requiera intervención diferente a la establecida, en pro de mantener siempre el manejo en cada GRD alineado a las condiciones y lineamientos de la evidencia médica.

Componente administrativo: El personal de línea de frente y del centro de respuesta telefónica debe estar entrenado en los tiempos adecuados de asignación de citas según orden médica. Es en este punto donde las estrategias de adecuada asignación y recordación de citas para intervenir el incumplimiento y un sistema de información que permita asignar todas las citas sin dar lugar a pérdida de cupos es el principal objetivo del prestador, con el fin de tener una oportunidad favorable para que la pertinencia en los controles médicos ambulatorios se cumpla y de este modo los pacientes logren mantener su salud mental. El profesional tratante debe tener clara la ruta que sigue el paciente en términos de controles, seguimientos y recaídas, puesto que el modelo se estructura en la autogestión del profesional.

Componente financiero: Como se había descrito anteriormente, cada GRD posterior a análisis de costos y gastos propios de la institución prestadora debe tener un valor asignado con un peso ponderado de acuerdo a la prevalencia del paquete o pago agrupado, así como el valor del manejo de comorbilidades, el cual no debe estar incluido en el paquete.

En cuanto al costo-beneficio, se considera que un paciente que se mantiene controlado en un programa ambulatorio apoyado en programas como clínica día con seguimiento es menos costoso para el sistema de salud que el paciente descompensado con ingresos y reingresos al servicio de urgencias y hospitalización.

En términos financieros un paciente en un programa de clínica día tendría un costo promedio no mayor a \$800.000 semestral, controles ambulatorios anuales no superarían los \$200.000; un paciente hospitalizado en promedio 10 días, por 3 ingresos al año tendría un costo para el sistema de aproximadamente de \$3.000.000. Si tenemos en cuenta que aproximadamente se generan 200 hospitalizaciones al mes de X población, y no se gestiona de manera eficiente el recurso del paquete, este será consumido en su totalidad por los servicios hospitalarios sin gestionarse un modelo donde se vigile el cuidado del paciente y su máxima estabilización clínica. Así mismo tampoco será eficiente financieramente para el asegurador, puesto que por cada paciente hospitalizado, se tendrán que facturar servicios con una tarifa adicional por comorbilidades no incluidas en el paquete, es decir que el asegurador además de pagar por el paquete tendrá que generar un pago adicional por cada servicio diferente a salud mental, es en este punto donde el asegurador debe trabajar por mantener a su población estable desde la asistencia integral y fortalecer los programas de prevención y detección desde primer nivel de atención.

El riesgo de no gestionar adecuadamente un paquete de pago es precisamente que todo el recurso financiero sea consumido por el servicio más costoso, en este caso la hospitalización, no se logre el control clínico de la población y se pierda el objetivo de agrupar pacientes en paquetes, sin un control ni seguimiento de la población objeto.

Componente tecnológico: el prestador debe contar con un sistema de información y de historia clínica eficiente, que permita identificar a los pacientes por CIE-10 y en base a esto el sistema los agrupe automáticamente en los GRD, para que sea más fácil desde el punto de vista de facturación y recaudo realizar las acciones para que esta se realice de manera correcta y se ubique al paciente en el lugar ideal del paquete. Se debe contar con una plataforma tecnológica que permita la reestructuración de la prestación de los servicios y medir los resultados permitiendo que los datos sean comunes, que se puedan combinar, que

abarquen el ciclo completo de cuidado y que permitan la extracción y medición de resultados (Porter, 2008)

El sistema de información también contribuye a la gestión de citas, el cual debe permitir una visualización clara y oportuna de las mismas, que mida los indicadores y así gestionar y movilizar los recursos en pro de tener la disponibilidad adecuada de citas para cumplir con el modelo ambulatorio sin que estas se pierdan, es decir, un uso eficiente y eficaz del recurso. Del mismo modo este sistema de información debe permitir realizar recordación de citas a los pacientes de manera automática para que esto sumado al seguimiento de trabajo social tenga relevancia en la atención oportuna y continuidad de la misma.

La implementación de este modelo abarca la participación y el compromiso de todos los colaboradores implicados en la cadena de servicios, puesto que se debe socializar al personal tanto asistencial como administrativo el modelo a implementar y dar el lugar al profesional en psiquiatría quien es la cabeza de mando, puesto que de acuerdo al criterio médico se definirá las atenciones y controles que tendrá el paciente, dará la línea de acción para que el resto del equipo participe y en especial el personal de línea de frente y centro de respuesta telefónica, quienes son un punto clave en la asignación de las citas conforme al ordenamiento médico. El personal de facturación y recaudo debe tener herramientas tecnológicas que permitan realizar un adecuado seguimiento al momento de generar facturas y liquidaciones, para evaluar correctamente la costo-efectividad del paquete.

El modelo de incentivos positivos/negativos, de bonificación/castigo o reembolso/retención de transferencia aplicado a los contratos de pago agrupado o paquete, se realiza al momento de la negociación del paquete, en cuyo momento se deben definir indicadores a medir que permitan demostrarle al asegurador los mejores resultados en salud, la satisfacción al usuario y para el propio prestador la sostenibilidad financiera. Dependerá de estos indicadores si en el seguimiento trimestral del paquete el prestador se beneficia de una bonificación por cumplimiento que podría negociarse entre un 3% y un 5% adicional al valor del paquete o una retención en la transferencia de un valor igual o menor en el término de no cumplir con los indicadores.

Para este seguimiento se recomienda realizar cálculo de los indicadores de manera mensual en términos de servicio: oportunidad, reingresos, número de hospitalizaciones, promedio estancia, cumplimiento de seguimientos por trabajo social, eventos adversos; administrativos: porcentaje de recordación de citas, porcentaje de cupos perdidos, porcentaje de incumplimiento de citas; en términos de satisfacción al usuario: porcentaje de satisfacción por servicio y de manera global, índice boca a boca, porcentaje de quejas y reclamos. Ya para el ámbito interno del prestador, este debe calcular la rentabilidad del paquete.

El prestador junto con el asegurador debe definir los criterios en cuyo caso la atención en salud mental se debe realizar por razones relacionadas con la negación de otros servicios de salud, como por ejemplo la no entrega de medicamentos; esta asistencia no debe ingresar dentro del paquete puesto que no es una condición en la que el prestador pueda intervenir.

6. Conclusiones

Para definir el modelo de atención en salud mental, se realizó una revisión detallada de los GRD existentes y una agrupación actualizada guiada por un especialista en psiquiatra, conforme a los criterios manejados en Colombia como el CIE-10 y el DSM 5, permitiendo crear GRD en salud mental aplicables al país.

Por medio de la creación de GRD se organiza la asistencia en salud en función de diagnósticos o grupos de patologías y por ciclos de cuidado.

Se realizó la creación de un modelo de asistencia en salud enfocado en rutas de atención integral centradas en el paciente y monitorizadas directamente por el especialista en psiquiatría, donde se integran equipos multidisciplinarios que abarcan todo el espectro de la salud mental.

Se considera necesario un engranaje de todos los actores involucrados en la cadena de servicios para que se logre la gestión del modelo y así alcanzar el óptimo posible en cuanto a resultados en salud.

La importancia de contar con una clasificación de GRD en salud mental que se homologue a los criterios regidos en Colombia, permite su aplicabilidad en las nuevas contrataciones para el sistema de salud y en especial para el campo de la salud mental, permitiendo mejores resultados sanitarios mediante la atención en función del riesgo, la satisfacción del usuario y la sostenibilidad financiera. Del mismo modo se podrá disponer de datos por grupo de riesgo y realizar comparaciones entre grupos de enfermedades, prestadores, aseguradores y resultados en salud.

Es importante que cada prestador analice su capacidad instalada de acuerdo a los recursos disponibles del talento humano, infraestructura, financieros y tecnológico, ya que de acuerdo a este análisis se desarrollará el modelo de atención en salud mental enfocado en GRD para un contrato por pago agrupado o paquete.

Para lograr la triple meta en salud, es de importancia el desarrollo de modelo con enfoque ambulatorio, ya sea de prevención y detección, prevención secundaria y terciaria, con el fin de evitar empeoramiento de la salud de la población y por consiguiente hospitalizaciones frecuentes y demanda de servicios de mayor nivel de complejidad,

especialmente en la patología mental la cual tiene amplio campo de acción en el ámbito ambulatorio.

En el modelo de gestión es importante integrar con el asegurador las etapas de prevención y promoción de la salud mental junto con el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento que se presentan en este trabajo, por medio de las rutas de asistencia en salud, enfocado en el modelo de atención integral territorial del Ministerio de Salud y Protección Social.

Es indispensable para el abordaje de la patología crónica mental que en las rutas de cuidado desarrolladas se considere de importancia superior el seguimiento posterior a la prestación de la asistencia médica al paciente, puesto que es un indicador de ciclo de atención y de calidad en salud.

Este trabajo aporta a nivel metodológico y práctico información en términos de punto de partida y desarrollo de modelo de cuidado enfocado en salud mental, alineados con metodologías poco implementadas en Colombia como lo son los GRD.

Este desarrollo no tiene como alcance el despliegue del modelo financiero, puesto que como se planteó cada institución posee un análisis individualizado de sus costos y gastos.

A través de la puesta en marcha de este modelo, se plantea la posibilidad para estudiar de manera profunda el modelo financiero de una institución prestadora de servicios de salud mental y que utilicen esta modalidad de contratación o similares.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, B., Pellisé, L., & Lobo, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1-2), 55-70. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892000000700009>
- Brent C. James, M. D., & Poulsen, G. P. (2016, julio 1). The Case for Capitation. *Harvard Business Review*, July–August 2016. <https://hbr.org/2016/07/the-case-for-capitation>
- Brugos Larumbe, A., Lorenzo Vello, E., Juanenea Beraza, M., Lezáun Larumbe, M. J., Guillén Grima, F., & Fernández Martínez de Alegría, C. (2000). Una propuesta para el pago capitolativo, a partir de edad, cronicidad y género, utilizando bases de datos administrativas. *Atención Primaria*, 25(1), 11-15. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78456-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78456-3)
- Caicedo Montaña, C. A., Gómez Rivadereira, A., Díaz Garzón, F. G., Muñoz Escobar, Á., & Isaza Ruget, M. A. (2017). Hacia la atención en salud basada en el valor: Revisión de la literatura. *Revista Médica Sanitas*, 20(3), 10.
- Castaño, R. A., Moreano, D., Prada, S. I., & Marín, F. R. (s. f.). *Modalidades prospectivas de pagos en salud: Una propuesta taxonomica*. 22.
- Castro J., H. E. (2011). Diagnostic Related Groups (DRGS): Resourceful tools for financial crisis times? *Revista Ciencias de la Salud*, 9(1), 73-73-82. SciELO.
- Cots, F., & Castells, X. (2001). Cómo pagamos a nuestros hospitales. La referencia de Cataluña y el contrapunto desde Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 172-181. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71538-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71538-5)

Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. (s. f.).

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C0031102015-salud_mental_tomoI.pdf

García, J. C., & Agudelo, C. A. (2002). Algunas relaciones entre las finanzas, los Sistemas de pago y la prestación de servicios, en hospitales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 4(2), 128-128-148. SciELO.

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

Guía implementación de los sistemas de clasificación de pacientes en IPS. (s. f.).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20implementaci%C3%B3n%20de%20los%20sistemas%20de%20clasificaci%C3%B3n%20de%20pacientes%20en%20IPS.pdf>

López Pérez, J., López Álvarez, J., & Montero Ruiz, E. (2015). Características diferenciales de los pacientes del Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) 541 que reingresan. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(5), 237-242.

<https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.004>

Manual de descripción de los grupos relacionados por el diagnóstico v 25.0. (s. f.).

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/calidad/ManualAPGRDv.25.0.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.).

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Prestacion-servicios-home.aspx>

Morales, L. G., & García, J. C. (2017). Remuneración a los proveedores de servicios de salud en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 219-219-226. MedicLatina.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.66155>

Plan de salud mental 2019-2023 de Navarra. (s. f.).

https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plan_de_salud_mental_2019-2023_documento_1.pdf

Porter, M. E. (2008). Value-Based Health Care Delivery: *Transactions of the ... Meeting of the American Surgical Association*, 126, 144-150.

<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31818a43af>

Porter, M. E., & Kaplan, R. S. (2016, julio 1). How to Pay for Health Care. *Harvard*

Business Review, July–August 2016. <https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-health-care>

Salerno, S., Muñoz, J., Calvagno, M., & Rabinovitz, L. (2010). Grupos relacionados por el diagnóstico. *Rev Hosp Niños BAires*, 52(238). <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con350-459-461.Salerno.pdf>

Seva-Díaz, A., & Seva-Fernández, A. (2003). Los GRDs Psiquiátricos: Una investigación pendiente. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 17(1), 49-49-63. SciELO.

Teisberg, E., Porter, M. E., & Brown, G. B. (1994, julio 1). Making Competition in Health Care Work. *Harvard Business Review*, July–August 1994.

<https://hbr.org/1994/07/making-competition-in-health-care-work>

Torres de Galvis, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 182-187.

Zapata M., M. (2018). Importancia del sistema GRD para alcanzar la eficiencia hospitalaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 347-347-352. MedicLatina.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.010>