

## ¿Por qué los grupos relacionados de diagnóstico no se implementan en Colombia?

Why are diagnosis-related groups unpopular in Colombia?

Porque grupos de diagnósticos homogêneos não são implementados na Colômbia?

Iouri Gorbanev <sup>1</sup>  
 Ariel Cortés <sup>1</sup>  
 Sandra Agudelo <sup>1</sup>  
 Francisco J. Yepes <sup>1</sup>

### Abstract

*The aim of this study was to explore the determinants of non-implementation of diagnosis-related groups (DRGs) by hospitals in Colombia. A qualitative case was carried out to analyze the directors' perceptions in six hospitals with and without DRGs in Bogotá. The interviews are based on the Innovation Diffusion Theory. The directors had similar perceptions of the determinates. DRGs were seen as positive, but encountered organizational and institutional obstacles. Without a targeted public policy, the likelihood of implementing DRGs in Colombia is slight.*

*Hospital Administration; Health Services; Diagnosis-Related Groups*

### Resumen

*El objetivo fue explorar los determinantes para la no implementación de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) en hospitales en Colombia. Se realizó un enfoque cualitativo de estudio de casos, para analizar las percepciones de los directores de seis hospitales con y sin GRD en Bogotá. La teoría de difusión de la innovación fue el fundamento teórico de la entrevista aplicada. Los directores tuvieron percepciones similares frente a los determinantes. Aunque los GRD se percibieron como positivos, se encontraron obstáculos para implementarlos a nivel organizacional e institucional. A no ser que haya una política pública que apalanque el tema, la posibilidad de GRD en Colombia no se ve en el futuro cercano.*

*Administración Hospitalaria; Servicios de Salud; Grupos Diagnósticos Relacionados*

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

#### Correspondencia

I. Gorbanev  
 Pontificia Universidad Javeriana.  
 Calle 86, 10-68, ap. 601,  
 Bogotá DC - 12345,  
 Colombia.  
 yurigor@javeriana.edu.co

## Introducción

Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) son un sistema de clasificación de pacientes que permite homogeneizar el producto hospitalario para comparar el desempeño de los especialistas, reducir la variabilidad de la práctica médica, mejorar la gestión clínica y hacer transparente el sistema de pagos <sup>1</sup>. Los GRD se utilizan en muchos países <sup>2</sup> y serían útiles para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS). Sin embargo, los intentos de introducir GRD en Colombia fueron infructuosos <sup>3</sup>. Sólo ocho de cincuenta hospitales generales de alta complejidad tienen GRD, que los convierte una innovación para el país. La teoría de difusión de innovación <sup>4</sup> sugiere que la adopción en una innovación depende de sus atributos: ventaja, compatibilidad, complejidad, capacidad de prueba y observabilidad. La literatura existente, abundante en cuanto al uso de los GRD, es escasa sobre los motivos para aceptar o rechazar GRD en hospitales <sup>5</sup>.

Esto llevó a la pregunta: ¿qué determinantes organizacionales e institucionales explican la actitud de los hospitales bogotanos hacia los GRD? Responderla es útil para los tomadores de decisiones a nivel hospitalario y del SGSSS que discuten la aplicación de los GRD.

## Métodos

Se empleó un enfoque cualitativo de estudio de casos, que permitió recolectar, procesar y analizar la información para la comprensión del fenómeno en estudio en instituciones con dinámicas organizacionales diferenciales. Como metodología de recolección y análisis, se utilizó la codificación propuesta por el Interaccionismo simbólico <sup>6</sup>.

La investigación se desarrolló en seis hospitales generales de Bogotá, cada hospital como caso independiente, con el fin de encontrar razones para la adopción o no de GRD. En Colombia ocho hospitales utilizan GRD. Tres de ellos se encuentran en Bogotá y dos aceptaron participar en este estudio. Las otras cuatro instituciones fueron invitadas debido a su intención manifiesta de adoptar GRD. La información se recolectó mediante entrevistas individuales semiestructuradas con los directores de las seis instituciones. La participación fue libre, con consentimiento informado.

Utilizando la teoría de difusión de innovación, se desarrollaron dos versiones de la guía de entrevista con 20 preguntas cada una, de acuerdo a si tenían o no GRD. Ambas versiones pedían

evaluar los cinco atributos propuestos por Rogers <sup>4</sup>. Un ejemplo de pregunta, para el atributo compatibilidad cultural fue: la administración en el SGSSS está orientada a los procesos, mientras los GRD son un sistema de gestión basado en los resultados: ¿cómo son de compatibles estas dos maneras de gestión en su organización?

La entrevista se validó mediante prueba piloto; fue grabada y transcrita con el consentimiento explícito de los entrevistados, garantizando anonimato. La información se agrupó en los atributos de innovación, realizando codificación abierta (inductiva) que permitió establecer las categorías en las percepciones sobre los GRD. Los códigos se agruparon en categorías emergentes, estableciendo relaciones entre éstas. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la universidad de los autores.

## Resultados

Las percepciones sobre la no adopción de los GRD en el país fueron similares entre los directores de hospitales con y sin GRD (Figura 1).

A nivel organizacional, los GRD son percibidos como una ventaja relativa, porque mejoran resultados clínicos y gestión de la atención. Aunque los directores indicaron que los GRD podrían ser útiles en la acreditación, no son un requisito para la misma.

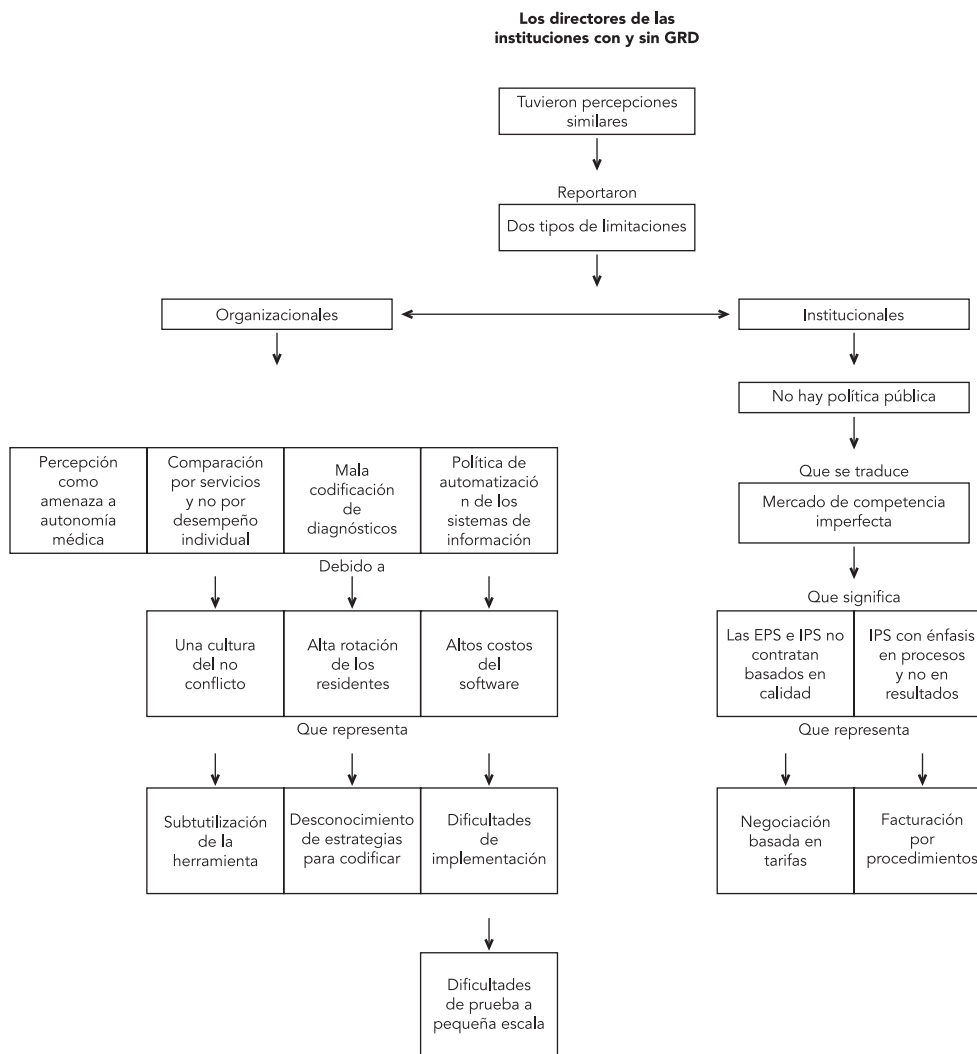
*“Los procesos en Colombia en las diferentes instituciones acreditadas no han necesitado del acompañamiento de los GRD, aunque varias instituciones en Colombia que están acreditadas lo tengan. Incluso al utilizar acreditaciones internacionales tampoco son necesarios” (P2).*

Se cree que los GRD pueden hacer transparentes las negociaciones entre aseguradores y hospitales, aunque fueron considerados inútiles para la negociación en el SGSSS, que se centra en las tarifas de procedimientos y no en los resultados de la atención. A nivel institucional, es decir, en la estructura del SGSSS, la agrupación permitiría calcular una Unidad de Pago por Capitalización ajustada.

A pesar de sus ventajas, la implementación de los GRD enfrenta problemas de compatibilidad con el contexto colombiano. Por ejemplo, los GRD están orientados a resultados y los indicadores de gestión del SGSSS, a procesos. Con su orientación hacia los resultados, éstos se perciben como amenaza a la autonomía del médico, pues requieren seguir guías clínicas, ahorrar recursos, codificar correctamente diagnósticos, lo que el médico colombiano no acostumbra hacer. Además, en los hospitales colombianos sólo un pequeño número de médicos es personal de

Figure 1

Limitaciones relacionadas con la implementación de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) en Colombia.



tiempo completo; el grueso es de tiempo parcial, contratistas independientes y residentes, que tienen menor compromiso organizacional.

*“Hay una confusión. Autonomía no es hacer usted lo que quiera sin saber qué resultado le va a dar, autonomía es que usted tenga un criterio basado en una evidencia y resultados”* (P3).

Los GRD con su énfasis en los resultados y comparabilidad, no se ajustan a la idiosincrasia del mercado de salud colombiano, donde no existe competencia entre aseguradores ni prestadores; por lo cual, tampoco existen incentivos

para adquirirlos como una herramienta competitiva. Por esto, no hay presión para comparar su desempeño con los líderes del sector, estándares nacionales e internacionales de GRD.

*“Aquí no hay competencia, es un mercado sin competencia. Las aseguradoras no compiten por calidad. Hospitales, tampoco, porque les pagan la misma tarifa por mucha o poca calidad”* (P1).

Los entrevistados de ambos grupos indicaron que los GRD son complejos y difíciles de implementar, entre otras, requieren la capacitación de los médicos en codificación de los diagnósticos.

Esta resistencia tiene profundas raíces institucionales, que vienen desde la normativa misma del SGSSS, donde la calidad de los diagnósticos no es un requisito para el pago ni estadísticas. Todos los directores concuerdan en que garantizar un registro correcto de diagnósticos es un reto.

A diferencia de los diagnósticos, los procedimientos se usan para facturar, por lo cual su registro es obligatorio. Sin embargo, son fuente de complejidad, porque en Colombia se utilizan los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS), un sistema de codificación local exigido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Un software de homologación es necesario para transformar CUPS en datos legibles por un agrupador de GRD.

Finalmente, los entrevistados, siguiendo la tendencia de automatizar la gestión de información, no consideran GRD como un programa autónomo, sino como módulo de un sistema de información gerencial tipo *Enterprise Resource Planning* (ERP) que ya se usan en cinco de seis hospitales participantes. Como integrar GRD en el ERP representa trabajo y costos, la percepción de complejidad de los GRD aumenta.

*“Desventajas no las veo. Veo dificultades. Uno, económicas. Integrarlo al sistema de información actual es costoso. Además, es operativamente difícil. Segundo, es el tema de costos, donde estamos atrasados”* (P2).

La observabilidad de los resultados de agrupación no es automática y requiere un esfuerzo gerencial para discutirlos con el personal médico. Quienes tienen GRD organizan reuniones periódicas para discutir su desempeño en los diagnósticos frecuentes. Pero incluso allí, se limitan a monitorear el desempeño hasta el nivel de departamento, sin analizar el desempeño de médicos individuales, por temor a dañar el clima organizacional. Aun así, la percepción sobre la importancia de los GRD para el SGSSS es positiva.

*“Todos dijeron que hoy serían incapaces de gerenciar el hospital sin GRD”* (P1).

## Discusión

Se encontraron obstáculos para implementar GRD a nivel organizacional e institucional desde la estructura del SGSSS. Esto, restringe el uso de los GRD y propicia que las opiniones de los directores que tienen y no tienen GRD fueran similares.

El trabajo confirma hallazgos de Ridder<sup>5,7</sup> y añade una nueva fuente de resistencia a los GRD: el miedo a perder autonomía médica<sup>8</sup>. Por ejemplo, los directores que tienen GRD prefieren no comparar el desempeño entre médicos para favorecer el clima organizacional. Aspectos organizacionales e institucionales se refuerzan en problemas de codificación. Por un lado, los médicos no expresan interés en codificar adecuadamente y los hospitales tampoco lo requieren, porque los incentivos del sistema están en procedimientos. Todo esto hace pensar que para los hospitales, los GRD son objeto de status y no instrumento para posicionamiento estratégico.

Los obstáculos para la implementación de los GRD en Colombia son una mala noticia para el país. Sin GRD el SGSSS seguirá centrado en la facturación de procedimientos, los hospitales seguirán maximizándola y las aseguradoras, minimizando su aprobación. Sin buena información, el mercado de salud seguirá presentando rasgos oligopólicos, con una rivalidad baja, propiciando que el SGSSS siga dando uso ineficiente a los recursos públicos y no podrá aumentar su competitividad.

## Conclusiones

Las principales barreras percibidas para implementar GRD en Colombia son:

- (1) Organizacionales: amenaza a la autonomía del médico, cultura del no conflicto, mala codificación diagnóstica y énfasis en procesos en vez de resultados;
- (2) Institucionales: competencia imperfecta en salud, negociación entre aseguradoras y proveedores, basada en procedimientos no en diagnósticos y, finalmente, falta de políticas públicas pro GRD.

A no ser que haya una política pública que apalanque el tema, la posibilidad de GRD en Colombia no se ve en el futuro cercano.

## Resumo

*O objetivo foi explorar os determinantes para a não implementação dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) em hospitais colombianos. Realizou-se um estudo de caso qualitativo para analisar as percepções dos diretores de seis hospitais com e sem GDH em Bogotá. A teoria de difusão da inovação foi o fundamento teórico da entrevista aplicada. Os diretores tiveram percepções similares em relação aos determinantes. Ainda que os GDH tenham sido percebidos como positivos, foram encontrados obstáculos para sua implementação, tanto em nível organizacional quanto em nível institucional. Concluiu-se que sem uma política pública a probabilidade de programar GDHs na Colômbia, no futuro, é pequena.*

*Administração Hospitalar; Serviços de Saúde; Grupos Diagnósticos Relacionados*

## Colaboradores

I. Gorbanev participó de la concepción y redacción del artículo. A. Cortés participó de la concepción y recolección de datos. S. Agudelo participó del análisis e interpretación de datos. F. J. Yepes participó de la revisión técnica de la entrevista y de la versión final del artículo, contribuyendo con importante contenido intelectual. Todos los autores aprobaron la versión final del artículo.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a las instituciones participantes y a la Vicerrectoría de Investigación de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia.

## Referencias

1. Casas M, Wiley M, editors. *Diagnosis related groups in Europe: uses and perspectives* Barcelona: Springer; 1993.
2. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, editors. *Diagnosis related groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. New York: McGraw Hill; 2011.
3. Gorbanev I, Cortés A, Agudelo S, Torres S, Yepes F. Percepciones del personal hospitalario sobre la preparación institucional para la implementación de innovaciones en el sector salud. *Univ Med* 2012; 53:352-64.
4. Rogers E. *Diffusion of innovations*. New York: Free Press; 2003.
5. Ridder H, Doege V, Martini S. Differences in the implementation of diagnosis-related groups across clinical departments: a German hospital case study. *Health Serv Res* 2007; 42:120-39.
6. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage; 1990.
7. Ridder H, Doege V, Martini S. Hospitals on the road to competitive advantage? The case of implementing DRG in German hospitals. *Academy of Management Proceedings* 2005; B1-B6.
8. Esmailzadeh P, Sambasivan M, Kumar N, Nezakati H. Adoption of clinical decision support systems in a developing country: antecedents and outcomes of physician's threat to perceived professional autonomy. *Int J Med Inform* 2015; 84:548-60.

Recibido el 13/Nov/2014

Versión final presentada el 27/May/2015

Aprobado el 27/Ago/2015