

Lecciones y desafíos del uso de los grupos relacionados por el diagnóstico en Chile

Camilo Cid,¹ Nancy Dawson,¹ Camila Medina,¹ Augusto Espinoza¹ y Gabriel Bastías²

Forma de citar

Cid C, Dawson N, Medina C, Espinoza A, Bastías G. Lecciones y desafíos del uso de los grupos relacionados por el diagnóstico en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2024;48:e67. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.67>

RESUMEN

Objetivo. Analizar la implementación de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) en Chile con miras a optimizar la distribución de los recursos públicos.

Método. Se utilizó un análisis narrativo cronológico de los principales hitos, complementado por simulaciones de aplicación de los GRD mediante competencia emulada y análisis de conglomerados para fines evaluativos.

Resultados. En el año 2001 se introdujeron los GRD en Chile, en un contexto académico. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) comenzó a utilizarlos en el sector privado y, con un piloto, en el sector público en el 2015. Tras casi dos décadas de avances, en el 2020 se instaló el programa GRD como mecanismo de pago para los hospitales públicos desde el FONASA. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 enlenteció su desarrollo. En el 2022 se retomó la aplicación y, tras evaluar el programa, se evidenció que los conglomerados de hospitales predefinidos para el pago diferenciado por GRD no lograron diferenciar grupos homogéneos. En el 2023 se reformó el programa y se aumentaron los recursos financieros, se definió un solo conglomerado y una tasa base, y se reconoció una mayor complejidad hospitalaria que la de años previos. Además, se agregaron tres hospitales al programa, con un total de 68.

Conclusiones. La experiencia muestra que es posible dar continuidad a una política pública de financiamiento de la salud para lograr una mayor eficiencia y equidad en el sistema de salud, sobre la base de la existencia de instituciones robustas que persistan en su desarrollo y mejoramiento continuo.

Palabras clave

Grupos relacionados por el diagnóstico; financiamiento de la atención de salud; atención de la salud; políticas públicas en salud; Chile.

Los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) fueron desarrollados por investigadores de la Universidad de Yale en la década de los 70 (1). El sistema GRD relaciona la complejidad de un hospital con su consumo de recursos (2), su objetivo original fue entender y medir la actividad que realizan los hospitales (3). Enseguida se comprendió su potencial para utilizarlos como mecanismo de pago a los hospitales por sus servicios: el primer sistema de pago con base en los GRD se introdujo en Estados Unidos en 1983.

Desde entonces, los GRD se han extendido por el mundo, y de manera gradual se convirtieron en la base para realizar

los pagos a los hospitales en la mayoría de los países industrializados. Los beneficios de aplicar el sistema GRD se han descrito en la literatura internacional, y se resumen en un aumento de la transparencia y una mejoría de la eficiencia de los hospitales de pacientes agudos (4). Los GRD aumentan la transparencia hospitalaria porque agrupan la gran cantidad de pacientes tratados en una cantidad manejable de grupos clínicamente significativos y con consumo similar de recursos; de esta manera, se incentiva la estandarización del proceso clínico. El pago asociado a GRD mejora la eficiencia a través de comparaciones sobre el desempeño entre

¹ Fondo Nacional de Salud (FONASA), Santiago de Chile, Chile.

² Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile. ✉ Gabriel Bastías, gabriel.bastias@gmail.com

establecimientos, y los remunera con base en su producción y sus resultados (5).

Los GRD constituyen un sistema de clasificación de hospitalizaciones, que permite conocer y analizar los distintos tipos de pacientes atendidos; es decir, su casuística en relación con el costo incurrido en su atención, reflejo de su complejidad clínica. Es decir, los GRD definen los “productos hospitalarios” (6). En la actualidad, la mayoría de los países que implementaron los GRD los usan para el pago de las atenciones hospitalarias (7).

En América Latina, su utilización ha sido escasa. En México, el Instituto Mexicano de Seguridad Social adoptó el pago con base en GRD limitado al gasto en insumos, que representaba aproximadamente 2-8 % del gasto hospitalario (8). En Perú, se intentó simular la aplicación de GRD para el pago a hospitales desde el Seguro Integral de Salud; sin embargo, al carecer de estudios periódicos, sistemas de información, desarrollo de proyectos piloto y evaluaciones, no se ha aplicado (9). En el caso de Brasil, se informan aplicaciones parciales, como un piloto enfocado a la productividad clínica y no al reembolso financiero (10). Un estudio cualitativo realizado en Colombia mostró que existían importantes barreras organizacionales e institucionales que impedían la implementación de los GRD (11).

En Chile, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) tiene funciones de financiamiento y de aseguramiento público (12), sobre todo en la asignación de recursos y su distribución. Para ello, históricamente se ha innovado en su sistema de pagos caracterizado, hoy en día, por el uso de GRD. Chile es el país de la Región de las Américas con excepción de Canadá y Estados Unidos de América, que tiene el mayor avance en el uso del sistema como mecanismo de pago hospitalario (Langenbrunner J, taller realizado en el Banco Mundial [diapositivas en PowerPoint®], noviembre del 2023).

El objetivo de este artículo es documentar y analizar el desafío de la implementación y el uso del sistema GRD en Chile. Se describe su aplicación desde su incorporación en el 2001 hasta su aplicación definitiva como mecanismo de pago a hospitales del sector público a nivel nacional, entre el 2020 y el 2023. Se describen las etapas del proceso, la metodología aplicada para su evaluación y, a partir de ella, las acciones realizadas para fortalecer el programa GRD a fines del 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó una metodología cualicuantitativa. El estudio cualitativo corresponde a un análisis narrativo sobre la experiencia del FONASA en el uso de los GRD, en un relato cronológico de los principales hitos y aplicaciones técnicas, con base en información obtenida de literatura científica y gris, así como de informantes clave. La metodología cuantitativa aplica para el cálculo del reembolso de los costos de producción hospitalaria y a la utilizada en la evaluación del programa, con la que se determina la cantidad y tipo de GRD que componen la casuística de un hospital. Estos GRD, ponderados por su peso relativo dan origen al índice de complejidad hospitalaria (13).

Los datos de egresos hospitalarios y su codificación en GRD para el año 2022 se obtuvieron del conjunto mínimo básico de datos y codificación GRD¹ y la de costos se obtuvo a partir del

sistema de gestión de costos². Se definieron cinco conglomerados de hospitales según variables que sugerían que los hospitales incluidos en cada conglomerado eran homogéneos entre sí y distintos del resto. Se definió una tasa base para cada conglomerado que correspondió al costo medio de producción de todos los egresos hospitalarios de cada conglomerado. El producto de la tasa base de cada conglomerado por el peso relativo de cada GRD permite obtener el monto del reembolso de cada caso.

La evaluación de la aplicación se realizó con el modelo de competencia emulada. Como se menciona en la literatura, existen dificultades para determinar los costos eficientes (14); es por ello que se utilizó el modelo mencionado (15) que compara organizaciones similares, homogeneizando los hospitales a través del sistema GRD y entregan información sobre su eficiencia relativa. En la práctica, compara el costo medio de producción (CMP) de cada establecimiento contra el CMP agregado de todos los establecimientos en cada conglomerado mediante la simulación de un establecimiento “sombra”, que representa un hospital promedio usado como referencia. Aquellas organizaciones cuyo CMP esté por debajo o por arriba del CMP del hospital “sombra” pueden considerarse eficientes o ineficientes, respectivamente. La ventaja de este mecanismo radica en la dinámica de su funcionamiento, que permite generar incentivos a la eficiencia y aumentar la producción en el tiempo (16). Dicho método fue complementado con el análisis de conglomerados para la evaluación de la idoneidad de los conglomerados utilizando la metodología K-medias, que es un algoritmo de clasificación que permite agrupar los hospitales en grupos según características conocidas (17). Las características evaluadas estadísticamente fueron las usadas en la primera etapa de la implementación: número de egresos hospitalarios, complejidad promedio, zonas lejanas y camas disponibles.

RESULTADOS

Los resultados se organizan según los apartados correspondientes a las etapas de la secuencia cronológica del uso de los GRD en Chile, como a) antecedentes del caso chileno, b) aplicación inicial en la red de hospitales públicos, c) evaluación con base en el modelo de emulación y análisis de conglomerados, y d) aplicación mejorada para el despliegue del sistema a nivel nacional.

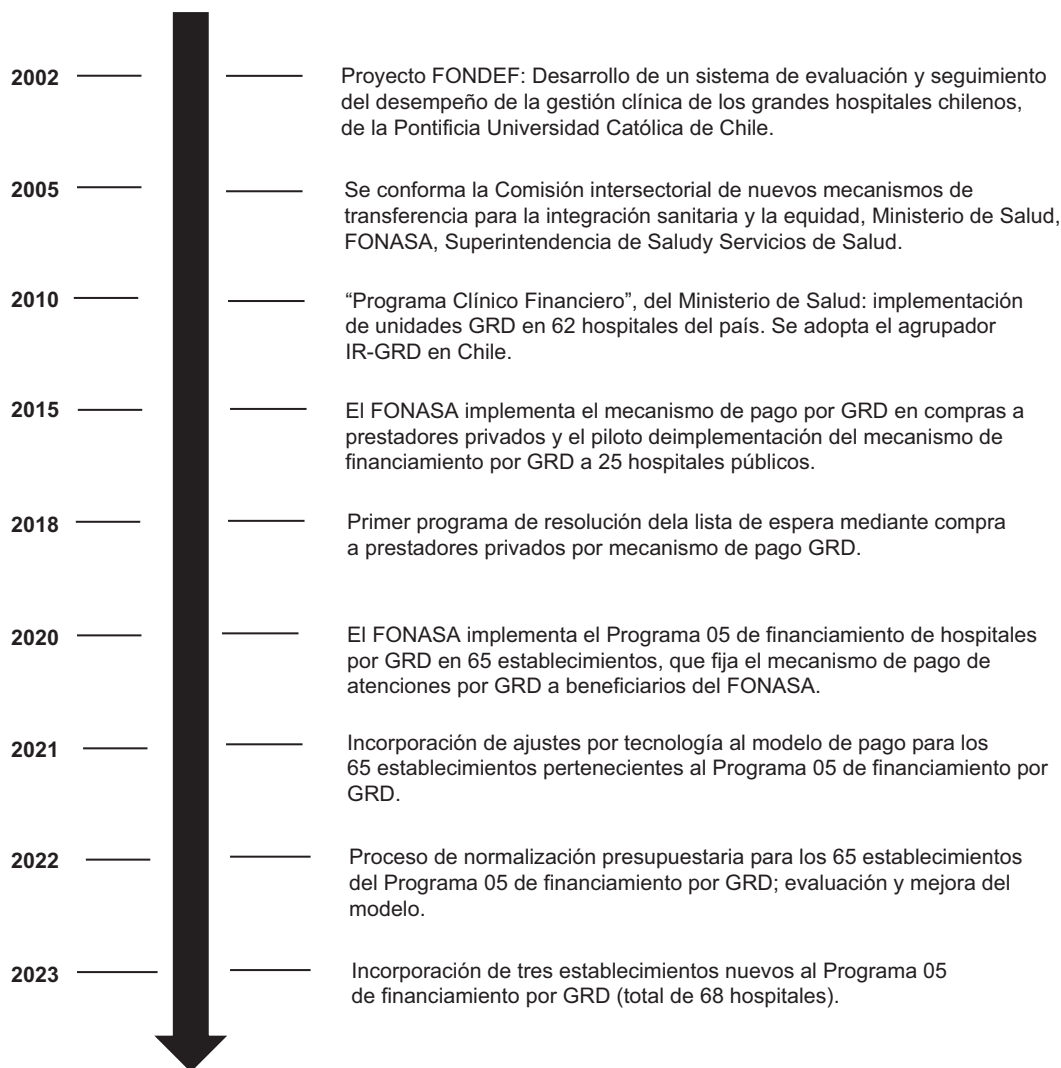
Antecedentes del caso chileno

En ausencia de una metodología que permitiera conocer la actividad hospitalaria en el 2002, un proyecto académico patrocinado por el Ministerio de Salud obtuvo financiamiento estatal para implementar, de manera experimental, el sistema GRD en cuatro establecimientos de salud con el objetivo de instalar un sistema de evaluación y seguimiento del desempeño de la gestión clínica hospitalaria (18). Este fue el punto de partida del recorrido que ha seguido en Chile la aplicación y uso de los GRD hasta la fecha (figura 1).

De forma simultánea, y a través de diversas instancias, se comienza a discutir en Chile la necesidad de perfeccionar el modelo de asignación de recursos en salud, con el fin de distinguir los diferentes tipos de pacientes tratados en un hospital según los costos que representa su asistencia.

¹ Se utilizó la versión GRD internacionales refinados (IR-GRD) 3.0 que utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10 del 2015 para codificar diagnósticos, y la CIE-9 del 2014 para los procedimientos.

² El sistema de costos del Ministerio de Salud utiliza una metodología de costeo por absorción a partir de los distintos centros de costos de cada establecimiento, según su cartera de servicios.

FIGURA 1. Línea de tiempo con los hitos más relevantes de la implementación del sistema de pago hospitalario basado en GRD, Chile, 2023^a

FONASA, Fondo Nacional de Salud; FONDEF, Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico; GRD, grupos relacionados de diagnósticos.
Fuente: elaboración propia con datos del FONASA.

Los últimos cambios relevantes en materia de pago a prestadores públicos se produjeron a principios de los 90, cuando el FONASA inició un proceso de reforma financiera que buscaba nuevas maneras de asignar los recursos basadas en pagos prospectivos (Cid C, 2.º Seminario Internacional: Una contribución a la agenda del Bicentenario, 2006). Esto culminó con la introducción de pagos más agregados que el simple pago por prestación para complementar el financiamiento vía presupuesto histórico de los hospitales (19).

El sector salud comenzó a montar, a partir del 2009, unidades de registro de datos necesarios para la codificación de los GRD en hospitales públicos de mediana y alta complejidad.

En el 2015, el FONASA comienza la aplicación del sistema como mecanismo de pago dirigido a prestadores privados mediante la compra a través de licitación pública para atenciones de salud para pacientes adultos, pediátricos y neonatos de carácter médico y médico-quirúrgico (20, 21). Ese mismo año, y con un proyecto piloto en 25 hospitales públicos de pacientes

agudos de alta y mediana complejidad, el FONASA da un paso importante en la implementación de los GRD como mecanismo de pago en el sector público de atención. Esa experiencia buscó estimar las potenciales brechas de financiamiento hospitalario mediante la comparación de su producción valorizada por GRD con los reembolsos de atención transferidos históricamente por acto médico. Los recursos asociados a la producción hospitalaria financiaban los hospitales a través de un valor fijo arancelado para un grupo priorizado de prestaciones que resuelven un problema de salud. Dicho arancel financiaba sólo un procedimiento específico independiente de la complejidad asociada al caso.

En el 2020, con la implementación del programa GRD a nivel presupuestario, se inicia el financiamiento de la producción hospitalaria de pacientes agudos y cirugía mayor ambulatoria (CMA), con el agregado de la complejidad para el cálculo de las transferencias de recursos al sector público. La pandemia interrumpió el proceso, de manera que se retomó con nuevo impulso en el 2022.

Aplicación inicial en la red de hospitales públicos

En el 2020, el FONASA comienza la aplicación en el sector público de salud del sistema GRD como sistema de reembolso a 65 hospitales con base en el ciclo completo de financiamiento (8). Se da origen al desarrollo de un programa GRD robusto con mayor cantidad de recursos y acceso a servicios. Esta aplicación ha tenido dos etapas, una inicial que operó hasta el 2022, y una posterior, desarrollada desde inicios del 2023 con base en los resultados de la evaluación de la etapa anterior.

Con la irrupción de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, se enlenteció la producción de los establecimientos y disminuyó la actividad de manera notable, con lo que el programa perdió continuidad de manera transitoria durante ese año y el 2021.

Al reactivarse en el 2022, de los casi 14,6 billones de dólares estadounidenses que ejecutó el FONASA ese año, 33,1% correspondió a financiamiento del programa GRD para hospitales, el más importante del presupuesto. Al considerar sólo los ítems de atención de salud; esto es, hospitales y atención primaria, el gasto en el programa GRD fue de 40%.

En esta primera etapa, y con el objetivo de reconocer la diferencia en la estructura de costos de los distintos centros de atención, se estimó adecuado considerar una tasa base específica diferenciada para cinco conglomerados hospitalarios.

La asignación de recursos mediante GRD comienza, a nivel macro, en la discusión presupuestaria para el año siguiente. La estimación del trinomio tasa base, producción y complejidad asociada determina los recursos necesarios para el financiamiento de la actividad hospitalaria y de CMA reflejado en los presupuestos (por otra parte, la formulación presupuestaria sigue un proceso regular hasta ser aprobado en el parlamento y transformarse en ley). En ese momento se determina el monto global destinado a este sistema de pago y se estiman los

presupuestos específicos de cada establecimiento en el contexto de las partidas presupuestarias sectoriales.

Durante el año corriente, y a nivel micro, se producen las distribuciones del financiamiento que se concretan en la transferencia por el gasto efectivo, calculada según la producción ajustada por complejidad que define los recursos que llegan mes a mes a los hospitales.

Para el cumplimiento adecuado de los compromisos presupuestarios y de producción hospitalaria se establecieron convenios de cumplimiento de metas entre el FONASA y las redes de atención de salud y sus hospitales, incorporados en acuerdos de gestión con indicadores relativos a la atención, para generar incentivos a la mayor producción, y a la eficiencia en el gasto mediante la medición global comparada del desempeño.

Evaluación en base al modelo de emulación y análisis de conglomerados

Para la evaluación del mecanismo de financiamiento hospitalario vía GRD, se generó una simulación que supuso la aplicación del modelo de distribución de recursos. Así, se calculó el CMP para cada hospital a partir del gasto del año 2022 en los centros de costos de CMA, hospitalización, unidades de cuidados intensivos y unidades de tratamiento intensivo, divididos por el número de egresos y CMA de cada hospital en los cinco conglomerados de hospitales antes definidos.

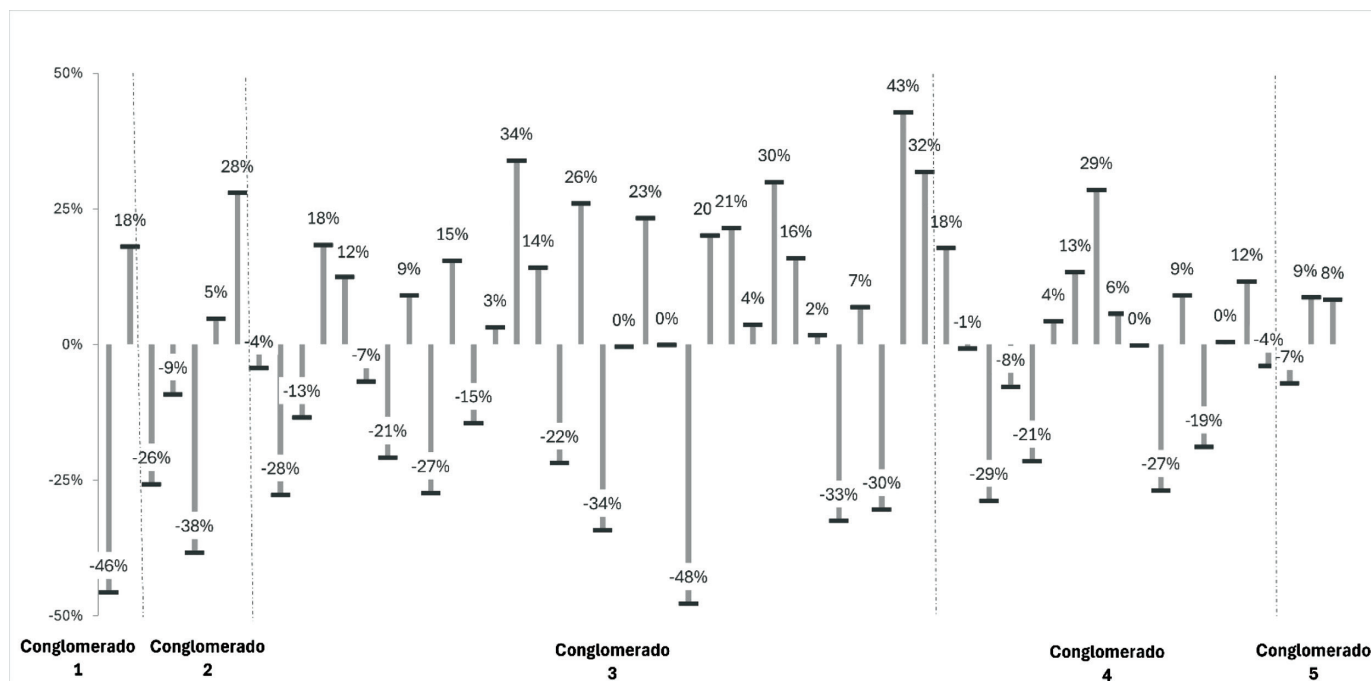
De acuerdo con la metodología, para lograr la homogeneidad de la casuística de los hospitales a comparar, se dividió el CMP por su complejidad y se obtuvo el CMP normalizado; esto permitió comparar los establecimientos como si tuvieran la misma complejidad. El CMP del hospital "sombra" se calculó de igual forma a partir del gasto acumulado en los centros de costos mencionados de todos los establecimientos

CUADRO 1. Egresos, índice de complejidad, costo medio de producción normalizado y costo medio de producción normalizado del hospital "sombra" anuales, y su diferencia en 16 establecimientos del conglomerado 4 de hospitales, Chile, 2022

Conglomerado 4 (número de establecimiento)	Producción (N.º egresos + CMA)	Índice de complejidad	CMP (en USD) ^a	CMP normalizado (en USD)	CMP normalizado del hospital "sombra" (en USD)	Diferencia entre el CMP normalizado y el CMP normalizado del hospital sombra (en USD)
1	47 070	0,78	1 518	1 944	2 364	420
2	32 042	0,95	2 271	2 381	2 364	-17
3	32 339	0,86	2 618	3 043	2 364	-680
4	30 326	1,05	2 673	2 547	2 364	-183
5	30 535	1,02	2 915	2 871	2 364	-507
6	60 478	0,95	2 148	2 263	2 364	101
7	43 281	0,85	1 743	2 048	2 364	315
8	47 276	0,90	1 518	1 690	2 364	674
9	29 011	0,90	2 014	2 230	2 364	134
10	51 712	0,98	2 325	2 367	2 364	-3
11	24 005	0,96	2 887	2 999	2 364	-635
12	31 983	0,95	2 051	2 150	2 364	214
13	28 566	1,08	3 028	2 810	2 364	-447
14	29 130	0,89	2 085	2 353	2 364	11
15	27 101	0,80	1 663	2 089	2 364	275
16	34 063	0,90	2 211	2 457	2 364	-93

^aEl tipo de cambio al 29 de septiembre del 2021 era de 1 USD = 805 pesos chilenos.
CMA, cirugía mayor ambulatoria; CMP, costo medio de producción; USD, dólares estadounidenses.
Fuente: elaboración propia con datos del FONASA.

FIGURA 2. Diferencias entre el costo medio de producción normalizado de cada hospital y el costo medio de producción normalizado del hospital sombra según conglomerado, Chile, 2022



Fuente: elaboración propia con datos del FONASA.

que componían el conglomerado correspondiente para el año 2022 dividido por el total de casos del conglomerado. Al dividirlo por la complejidad, se obtuvo el CMP normalizado para el hospital “sombra”.

Los resultados de esta evaluación para el conglomerado 4 se muestran en el cuadro 1.

Con base en las cifras que se muestran en el cuadro 1, y sobre el supuesto de que la tasa base del conglomerado representa costos eficientes reales, sólo 50% de los hospitales del conglomerado 4 serían eficientes.

En la figura 2 se muestra la diferencia porcentual entre el CMP normalizado de cada hospital y el CMP normalizado del hospital “sombra” de cada conglomerado, con el objeto de evaluar patrones de eficiencia hospitalaria.

En la figura 2 no se observan patrones o reglas que dispongan de una determinada manera las diferencias entre los costos medios normalizados y las medias del conglomerado. En efecto, en el cuadro 2 se observa que la diferencia entre el hospital más eficiente y el menos eficiente del conglomerado de hospitales puede llegar a 91% (aun cuando el promedio del conglomerado supere apenas 2%).

Así, de los 58 establecimientos analizados, 31 de ellos reflejan un CMP normalizado por debajo, y 27 hospitales por sobre aquel del hospital sombra, y califican como ineficientes eficientes e ineficientes, respectivamente.

La evaluación mostró que los conglomerados no agruparon hospitales homogéneos y que, además, se generaron distorsiones en la medida que los establecimientos colocaron su atención, principalmente, en la tasa base por sobre la producción de egresos hospitalarios; de esta manera se presionó a las autoridades para avanzar hacia un conglomerado con una tasa base más alta.

Aplicación mejorada para el despliegue del sistema a nivel nacional

Con la evidencia de la evaluación, se estableció que una tasa base única permitiría hacer énfasis en la producción de egresos hospitalarios. Esta decisión permitió mejorar la asignación de presupuestos, con énfasis en la producción de los egresos hospitalarios. Al respecto, en las figuras 3A y 3B se observa una disminución en la dispersión de la asignación presupuestaria de la producción GRD del año 2022 con la propuesta de una tasa base común, en comparación con la propuesta de cinco tasas base.

Con el modelo de conglomerados se observa que hospitales con producción aproximada de 15 000 egresos tienen asignado presupuestos que van entre 32 y 79 millones de dólares estadounidenses (US\$)³. Bajo la propuesta de la tasa base única y la normalización presupuestaria, los mismos hospitales tienen presupuestos GRD entre US\$ 43 y 56 millones.

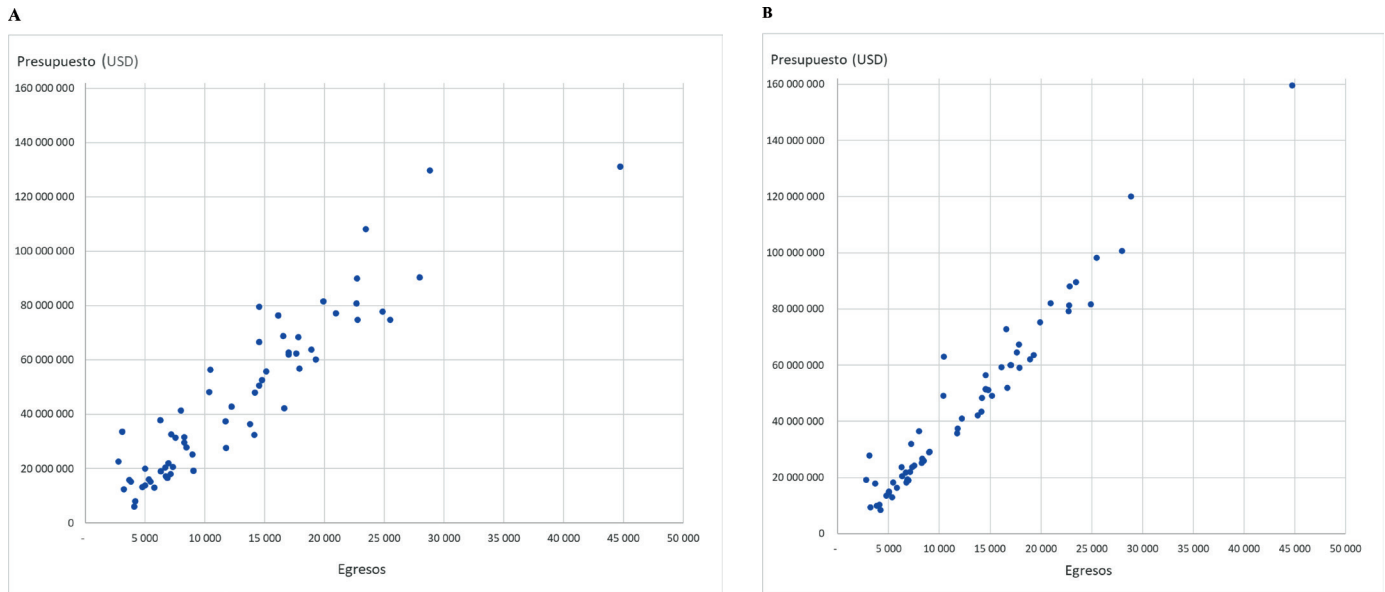
Dado lo anterior, a fines del año 2022, el FONASA inició un proceso de reforzamiento del programa de GRD reflejado en una expansión presupuestaria, que consistió en un Plan extraordinario de normalización presupuestaria, el cual consideró US\$ 265 millones para acercar el presupuesto a la ejecución efectiva. De esta manera, se incentivaba la eficiencia de los establecimientos a través de una tasa base única y reconocimiento de mayor complejidad. Se agregaron tres hospitales nuevos al programa. El tiempo transcurrido desde la adopción plena del sistema aún es limitado: sin

³ El valor se expresa en la divisa de Estados Unidos de América valorizada al tipo de cambio del 29 de septiembre del 2021; 1 USD = 805 pesos chilenos.

CUADRO 2. Estadísticas de las medidas de eficiencia de los costos medios de producción normalizados por complejidad

Conglomerado	Egresos del conglomerado	Porcentaje de la desviación promedio respecto del hospital sombra (%)	Valor mínimo	Valor máximo	Desvío máximo (puntos porcentuales)
1	39 005	-13,8	-45,7	18,0	63,7
2	50 199	-17,1	-38,3	4,8	43,1
3	457 470	2,3	-47,7	42,8	90,5
4	578 918	-1,1	-28,8	28,5	57,3
5	22 498	3,3	-7,1	8,7	15,8

Fuente: elaboración propia con datos del FONASA.

FIGURA 3. Dispersión del presupuesto GRD inicial del 2022. A: con cinco tasas base, B: con tasa base única

USD: dólares estadounidenses.

Fuente: elaboración propia con datos del FONASA.

embargo, con base en los acuerdos de gestión y convenios de programación anuales que incorporan indicadores para el monitoreo de la eficiencia y la equidad que forman parte del sistema de asignación por GRD, es posible avizorar ventajas y ganancias del modelo. Por ejemplo, un indicador que se utiliza para evaluar la eficiencia de los hospitales en la gestión de camas, debidamente ajustado por complejidad, mejoró 3,3% en promedio entre el 2022 y el 2023. Lo mismo que la disminución relevante de estancias evitables y la estancia media ajustadas, ambas mejoraron más de 30%. Por otra parte, las estancias excesivas del conjunto de hospitales dadas por los casos identificados como anómalos, que intenta capturar calidad en la atención, disminuyeron 18% en el mismo período (Dawson N, Presentación en el Fondo Nacional de Salud [diapositivas en PowerPoint®], diciembre del 2023).

Si bien se trata de evaluaciones parciales y de corto plazo, el sistema permite construir el seguimiento de una batería de indicadores que son útiles para la gestión de los propios establecimientos y también para el FONASA como financiador

centralizado, para fomentar la eficiencia y la calidad con equidad en el acceso a la atención de salud.

Con ello se espera tener nuevos progresos en un momento de recuperación de la red asistencial pospandemia COVID-19. De hecho, se constató que la producción ha aumentado, sin alcanzar aún los niveles prepandémicos, pero lo ha hecho con un mayor nivel de complejidad en la red hospitalaria medida con GRD.

DISCUSIÓN

En casi 20 años, el FONASA ha logrado implementar el sistema GRD como mecanismo de pago a hospitales públicos en Chile. Pese a lo reciente, se ha logrado realizar una evaluación de su aplicación e introducir medidas de mejoramiento para optimizar este mecanismo de financiamiento.

La implementación de los GRD en el sistema de salud chileno se ha producido con base en un desarrollo persistente en el tiempo de acciones técnicas concretas que surgen desde el mundo académico con sustento estatal y patrocinio del

Ministerio de Salud, y evoluciona hacia su aplicación concreta desde el FONASA, primero para convenios específicos con el sector privado, y luego para uso amplio en el financiamiento de los hospitales públicos.

Para la puesta en marcha y la consolidación del modelo de mecanismo de pago con base en GRD ha sido necesario generar consenso con la autoridad financiera del Estado. En el caso de Chile ha permitido que la Dirección de presupuestos del Ministerio de Hacienda asignara recursos adicionales en el presupuesto del año 2023, orientados a reconocer mayor costo, producción, normalizaciones presupuestarias y mejor desempeño clínico. La asignación de estos recursos se materializó tras la verificación del cumplimiento de metas e indicadores asociados a los GRD que contienen los acuerdos de gestión que se establecen entre el FONASA y los servicios de salud y sus hospitales.

Este mecanismo de pago ha sido bien recibido por quienes son sujetos de su aplicación. A la fecha, los beneficios del modelo han sido reconocidos ampliamente por los prestadores, en varios casos se adoptó y se extendió su uso como herramienta de gestión clínico-financiera. Desde el punto de vista de los pacientes, se ha logrado una resolución integral y de calidad. El sistema de salud en general ha logrado mejoras en la gestión a partir de la medición de indicadores GRD que el FONASA monitoriza con una frecuencia trimestral. La estandarización y el manejo centralizado son vitales para la continuidad y la aceptación por parte de los involucrados de manera directa.

La forma de aplicación de la herramienta GRD depende del modelo de financiamiento y presupuestación existente. Su operación y detalle de desarrollo técnico no se limita a la transferencia de los recursos, sino que también juega un papel en su planificación. Ello se vuelve muy relevante en un contexto de funcionamiento público con ciclos presupuestarios anuales aprobados por ley en instancia legislativas.

Para el año 2024 se integraron cuatro establecimientos nuevos al programa de financiamiento por GRD completando 72 hospitales, que cumplen con los requisitos de completitud y calidad de la información de producción hospitalaria, más otros requisitos asociados al registro de sus costos y características de su cartera de servicios. Al año 2026 se espera contar con 80 hospitales públicos que utilicen este mecanismo de pago, que corresponde al universo total de hospitales financiables por esta vía (Medina C, presentación en el Fondo Nacional de Salud [diapositivas en PowerPoint], diciembre del 2023).

La monitorización y el seguimiento del propio sistema GRD, junto a la evaluación de los convenios de gestión, arrojan información que indica mejoras relevantes de la gestión hospitalaria, que se reflejan en eficiencia técnica y mejoría de la calidad en un contexto de fomento de la eficiencia asignativa sectorial con equidad. De este modo, la utilidad de la herramienta se extiende a la gestión y también a la evaluación comparada de la productividad que es de interés no sólo de Chile, sino también en otros contextos.

CONCLUSIONES

La aplicación del mecanismo de pago por GRD en el sistema de salud chileno ha requerido un desarrollo de acciones durante largo tiempo, no necesariamente ligadas unas a otras,

pero relacionadas a través de distintas instancias, tanto institucionales como académicas, sobre todo en una primera etapa. Una vez tomada la decisión de su aplicación, ha sido muy relevante el consenso técnico de su continuidad a través de distintas administraciones sectoriales, incluso de distintas tendencias políticas gubernamentales. Ello ha sido posible en buena parte dada la existencia de instituciones técnicas robustas. En ese contexto, la existencia de un organismo con vocación de concentrar la función de financiamiento del sistema de salud, incluida la de pagador único, como el FONASA, contribuyó a este avance (12).

La asignación de recursos bajo el sistema GRD es un primer paso logrado por Chile en el reembolso de los gastos hospitalarios. Sin embargo, el desafío es avanzar hacia un sistema de pagos global que incorpore formas de financiar a las redes integradas de servicios de salud orientadas por la estrategia de atención primaria de salud, en un contexto de reforma.

Las actividades hospitalarias son múltiples y no sólo egresos, por lo que es prioritario analizar, a nivel de programas, la ejecución o nivel de producción de la línea GRD que incorpora alguna actividad ambulatoria y analizar los mecanismos de pago en esas áreas (salud mental, salud oral, quimioterapia, radioterapia y hospitalización domiciliaria, entre otros). Esto permitirá determinar los establecimientos que requieren mayor o menor presupuesto asociado a esas áreas y, por último, definir la magnitud de los recursos que no se asocian a una atención integral de salud, sino más bien a prestaciones o procedimientos particulares (exámenes, consultas, procedimientos o urgencias).

Varias de estas lecciones aprendidas son relevantes en otros contextos y países de América Latina y el Caribe que avanzan para mejorar sus mecanismos de financiamiento de la provisión de salud. Esto aplica, en particular, a los casos en los que se ha informado que no ha sido posible concretar estas medidas en ausencia de una política pública que las impulse de manera clara y constante.

Contribución de los autores CC contribuyó al diseño del artículo, la descripción del modelo, el análisis de datos, la interpretación y la redacción del primer borrador, los siguientes y la versión final del artículo. ND contribuyó a la descripción del modelo, la discusión y las conclusiones y la revisión de los borradores del artículo. CM contribuyó a la descripción del modelo, análisis de datos, interpretación y redacción de los primeros borradores del artículo y referencias bibliográficas. AE contribuyó a la generación de los datos, su análisis, interpretación y redacción de resultados. Además, participó en la redacción de primeros borradores del artículo y referencias bibliográficas. GB contribuyó al diseño, análisis de datos, interpretación y redacción del primer y subsiguiente borrador del artículo y de la versión final asó como de su envío definitivo. Todos los autores han leído y aprobado el manuscrito final para su envío.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

1. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. *Med Care*. 1980;18(S2):1-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7188781/>
2. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Design and development of the Diagnosis Related Group (DRG). Disponible en: [https://www.cms.gov/icd10m/version37-fullcode-cms/fullcode-cms/Design_and_development_of_the_Diagnosis_Related_Group_\(DRGs\).pdf](https://www.cms.gov/icd10m/version37-fullcode-cms/fullcode-cms/Design_and_development_of_the_Diagnosis_Related_Group_(DRGs).pdf)
3. Goldfield N. The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): from its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital. *Qual Manag Health Ca*. 2010;19(1):3-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/qmh.0b013e3181ccbcc3>
4. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. *Diagnosis-related groups for quality in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Inglaterra: Mc Graw Hill Open University Press; 2011. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/232975416_
5. Fetter RB. Diagnosis related groups: understanding hospital performance. *Interfaces (Providence)*. JSTOR. 1991;21(1):6-26. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/25061437>
6. Fetter RB, Freeman JL. Diagnosis related groups: product line management within hospitals. *Acad Manage Rev*. 1986;11(1):41-51. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/258330>
7. Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. A comparative analysis of hospital care payments in five countries – Synthesis. *Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. 2013. Disponible en: <https://www.kce.fgov.be/en/kce-press-release-kce-reports-207-a-comparative-analysis-of-hospital-care-payments-in-five-countries>
8. Mathauer I, Wittenbecher F. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2013;91(10):746-756A. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2471/blt.12.115931>
9. Cid C, Prieto L. Evaluando la posibilidad de incorporar la casuística (GRDs) en el pago del SIS a Hospitales (Perú). Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.; 2008. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/297461015_
10. Viana JC, Camargos Couto R, Moreira Grillo T. Evaluation of the productivity of Brazilian hospitals by the methodology of diagnosis related group (DRG). *arXiv: Medical Physics*. 2014. Disponible en: <https://doi.org/10.48550/arXiv.1412.3801>
11. Gorbanev I, Cortés A, Agudelo S, Yepes FJ. ¿Por qué los grupos relacionados de diagnóstico no se implementan en Colombia? *Cad Saude Publica*. 2015;31(9):2027-31. Doi: 10.1590/0102-311X00170114.
12. Ministerio de Salud. Artículo 50 letra b) del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2005. Disponible en: <https://www.suseso.cl/612/w3-propertyvalue-172790.html>
13. Cots F, Chiarello P, Salvador X, Castells X, Quentin W. DRG- based hospital payment: intended and unintended consequences. En: *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Buckingham: Open University Press; 2011:75-92. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/232975416_
14. Cid P Camilo, Bastías S Gabriel. Evaluation of financial status of public hospitals considering the updated costs of their services. *Rev Med Chile*. 2014;142(2):161-167. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200003>.
15. Shleifer A. A theory of yardstick competition. *The RAND Journal of Economics*. 1985;16(3):319-327. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/2555560>
16. Cid C, Ibern R P. Regulación del financiamiento a hospitales: “yardstick competition” aplicada a los hospitales públicos en Chile. *Medwave.cl*. 2008. Disponible en: https://www.medwave.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/ArticuloCid_Ibern_vf.pdf
17. Organización Mundial de la Salud. *Diagnosis-related groups: a question-and-answer guide on case-based classification and payment systems*. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333717/9789240006713-eng.pdf?sequence=1>
18. Bastías G. Desarrollo de un sistema de evaluación y seguimiento del desempeño de la gestión clínica de los grandes hospitales chilenos. Proyecto FONDEF D0111058. Santiago de Chile: Comisión Nacional de Investigación Científica y Técnica; 2001. Disponible en: https://www.conicyt.cl/wp-content/themes/fondef/encuentra_proyectos/PROYECTO/01/I/D0111058.html
19. Castro R, Cid C, Álvarez F, Díaz E, Carvajal J, Roman A, Espinoza A. El desafío de la capitación ajustada por riesgo en la atención sanitaria pública chilena. *Medwave.cl*; 2006. Disponible en: https://www.medwave.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/El_desafio_de_la_capitacion_ajustada_por_riesgo_en_la_Atencion_Sanitaria_Publica_Chilena.pdf20.
20. Riesco X. Mejorando la salud hospitalaria: alternativas para el financiamiento y la gestión. *Cepchile.cl*; 2015. Disponible en: https://www.cepchile.cl/wp-content/uploads/2022/09/pder417_riesco.pdf21
21. Vega J. Mejorando la salud hospitalaria: alternativas para el financiamiento y la gestión. *Cepchile.cl*; 2015. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/investigacion/mejorando-la-salud-hospitalaria-alternativas-para-el-financiamiento-y-la-gestion-i/>

Manuscrito recibido el 14 de diciembre del 2023. Aceptado, tras revisión, para su publicación el 22 de abril del 2024.

Using diagnosis-related groups in Chile: lessons and challenges

ABSTRACT

Objective. Analyze the implementation of diagnosis-related groups (DRGs) in Chile with a view to optimizing the distribution of public resources.

Methods. A chronological narrative analysis of the main milestones was complemented by simulated application of DRGs through emulated competition and cluster analysis for evaluative purposes.

Results. In 2001, DRGs were introduced in Chile in an academic context. The National Health Fund (FONASA) began using DRGs in the private sector. A public sector pilot was launched in 2015. After nearly two decades of progress, in 2020 FONASA established the DRG program as a payment mechanism for public hospitals. However, the COVID-19 pandemic slowed its development. In 2022, implementation was resumed. After evaluating the program, it was evident that the hospital clusters that had been predefined for differentiated payment did not successfully differentiate homogeneous groups. In 2023, the program was reformed, financing was increased, a single cluster and base rate were defined, and greater hospital complexity was recognized, compared to previous years. Three hospitals were added to the program, for a total of 68.

Conclusions. This experience shows that it is possible to sustain a public health financing policy that achieves greater efficiency and equity in the health system, based on the existence of robust institutions that continuously develop and improve.

Keywords

Diagnosis-related groups; healthcare financing; healthcare; health policies; Chile.

Lições e desafios do uso de grupos de diagnósticos relacionados no Chile

RESUMO

Objetivo. Analisar a implementação de grupos de diagnósticos relacionados (DRG, na sigla em inglês) no Chile, com o objetivo de otimizar a distribuição de recursos públicos.

Método. Foi utilizada uma análise narrativa cronológica dos principais marcos, complementada por simulações da implementação de DRG usando concorrência simulada (*yardstick competition*) e análise de agrupamento para fins de avaliação.

Resultados. O modelo de DRG foi introduzido no Chile em 2001, em um contexto acadêmico. Em 2015, o Fundo Nacional de Saúde (FONASA) começou a utilizá-lo no setor privado e, com um projeto-piloto, no setor público. Após quase duas décadas de progresso, em 2020, o programa de DRG foi implementado como mecanismo de pagamento do FONASA para os hospitais públicos. No entanto, a pandemia de COVID-19 interrompeu seu desenvolvimento. Em 2022, a aplicação foi retomada e, após uma avaliação do programa, ficou claro que os grupos hospitalares predefinidos para o pagamento diferenciado por DRG não formavam grupos homogêneos. Em 2023, o programa foi reformulado, com aumento dos recursos financeiros e a definição de um único agrupamento e de uma taxa básica, reconhecendo-se uma maior complexidade hospitalar do que nos anos anteriores. Além disso, três hospitais foram adicionados ao programa, elevando o total para 68.

Conclusões. A experiência mostra que é possível dar continuidade a uma política pública de financiamento da saúde para alcançar maior eficiência e equidade no sistema de saúde com base na existência de instituições sólidas que persistam em seu desenvolvimento e contínuo aprimoramento.

Palavras-chave

Grupos diagnósticos relacionados; financiamento da assistência à saúde; atenção à saúde; políticas de saúde; Chile.
