LOS GVA (GRUPOS DE VISITAS AMBULATORIAS)

Juan José Gervás / M.M. Pérez Fernández
Equipo CESCA

Resumen
Los «Grupos de Visitas Ambulatorias» (GVA) permiten clasificar la actividad clínica ambulatoria de todos los médicos, excepto la de los anatómopatológicos, radiólogos y anestesistas. Esta clasificación agrupa las visitas que consumen de media los mismos recursos, siendo el diagnóstico principal el criterio básico de clasificación.

En este trabajo se revisan algunos aspectos de los GVA: las características metodológicas (criterios de clasificación y mecanismo de asignación) y el interés de su posible uso para la realización de estudios y la evaluación y la gestión de los servicios ambulatorios.


AMBULATORY VISIT GROUPS (AVG)

Summary
Ambulatory Visit Groups (AVG) allow the ambulatory clinical activity of all doctors to be evaluated, except that of histopathologists, radiologists and anaesthetists. This classification is based on the average consumption of resources, with the principal diagnosis as the basic criteria of classification. This paper reviews some aspects of AVGs: the methodologic characteristics (classification criteria and mechanisms of assignation) and the interest of their possible use in studies and in the evaluation and administration of ambulatory services.

Key words: Classification. Primary Health Care. Ambulatory Medicine. Evaluation of Services.

Introducción

Los «Grupos de Visitas Ambulatorias» (GVA) permiten clasificar la actividad clínica ambulatoria, de forma que la inclusión de una visita en un GVA la define como un producto del sistema sanitario que ha consumido una media de recursos similar a la de otras visitas incluidas en el mismo GVA. La clasificación se encuentra en período de ensayo experimental y ha sido desarrollada en la Universidad de Yale, EEUU. Los GVA facilitarán el estudio de las consultas, la gestión ambulatoria y la evaluación de los servicios; también pueden llegar a convertirse en un sistema de pago. Su utilización difundirá conceptos reservados hasta ahora al medio hospitalario, como la definición de un producto de la actividad médica. Con ello se facilitará la gestión ambulatoria, al homogeneizar los diagnósticos en base a los servicios consumidos por visita.

La consulta ambulatoria es parte esencial de la atención primaria, pero también de la actividad hospitalaria. Son consultas ambulatorias, tanto en el sector público como en el privado:

a) las consultas externas hospitalarias;

b) las urgencias hospitalarias y ambulatorias;

c) las consultas de especialistas ambulatorias y
d) las consultas de médicos de cabecera.

La actividad clínica médica se basa en la determinación del problema del paciente y en el desarrollo de actividades para su diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico etiqueta el problema del paciente y da idea de lo que el médico piensa acerca del pronóstico y terapéutico. La dificultad en la práctica ambulatoria es que se registran y anotan miles de diagnósticos diferentes y que las características propias de la atención ambulatoria conllevan que en muchas ocasiones se registre tan sólo el problema del paciente (aquello que requiere una acción sanitaria) y no el diagnóstico propiamente dicho.

Para analizar la consulta ambulatoria es imprescindible clasificar las enfermedades y problemas atendidos; es decir, es imprescindible incluir las enfermedades en un sistema de categorías numéricas asignadas a entidades nosológicas de acuerdo con criterios previamente establecidos. Una clasificación no es una nomenclatura, pues no es una lista exhaustiva, y sólo incluye un número limitado de categorías, lo que implica que algunas enfermedades se agrupan para facilitar su estudio.

El agrupamiento en categorías numéricas es la base de las clasificaciones, pero en la práctica son pocos los ítems frecuentemente utilizados. De ahí la tendencia a simplificar las clasificaciones, reagrupando las enfermedades que tienen la misma base anatómopatológica o que conllevan una respuesta similar por parte del médico (respecto a procedimientos diagnósticos y terapéuticos). El desarrollo de estos grupos supone, por ejemplo, que se incluyan bajo la rúbrica de dolor lumbar diagnósticos como la cática, artrosis lumbar, lumbago, lumbalgia, desplazamiento del disco intervertebral y dolor de espalda sin especificar. Con ello disminuye el número de rúbricas utilizadas en las clasificaciones habituales y se compensan las diferentes y peculiares for-

Correspondencia: J.J. Gervás Consultor de la Seguridad Social. c/ General Moscardó núm. 7 - 28020 Madrid

GACETA SANITARIA / MAYO-JUNIO, 1988, N. 6, VOL. 2
165
mas de diagnosticar de los médicos\textsuperscript{15,16}

El desarrollo de los GVA permite utilizar un lenguaje común en el sector sanitario ambulatorio, similar al establecido por los «Grupos de Diagnósticos Relacionados» (GDR) en lo que se refiere a los pacientes hospitalizados\textsuperscript{17}. Con estas clasificaciones se trasladan conceptos desde la actividad industrial, fundamentalmente el de «producto» que, aunque pue-
den resultar chocantes en el ambiente médico, son completamente legítimos\textsuperscript{18}, dada la complejidad de la actividad sanitaria, los recursos que consume y la necesidad de un lenguaje común a médicos, administradores, gestores, economistas y otros.

En esta revisión se analizan las características básicas de los GVA, su forma de asignación y el interés de los mismos.

\textbf{Características de los GVA}

La agrupación de la patología que consume cantidades equivalentes de recursos es la base de los GVA. Los grupos se definen, bien según los procedimientos utilizados, bien según la agrupación de la morbilidad relacionada (médica, pediátrica y psiquiátrica). En la figura 1 se resume la forma de asignación de los GVA: comienza por el diagnóstico principal,
que conlleva la selección de una categoría diagnóstica ambulatoria si está relacionada con un aparato o sistema anatómico. La existencia de un procedimiento relevante y otras características de la visita, modifican la selección del GVA apropiado.

Los criterios básicos de clasificación son (tabla 1):

a) La unidad de análisis es la visita, es decir, la entrevista cara a cara entre médico y paciente. Se elige la «visita», o consulta, frente a otras opciones posibles como el «caso» (utilizado en los GDR), o el «episodio» (un problema desde su inicio hasta su resolución) por las dificultades que plantean estas alternativas en la atención ambulatoria.

b) La asignación del GVA se basa en el diagnóstico principal, codificado de acuerdo con la «Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades». Es diagnóstico principal aquel que el médico considera el más importante en la visita que se registra, habitualmente el que centra el trabajo del médico en la visita. El registro del diagnóstico principal representa el mejor juicio clínico en el momento de la visita.

El diagnóstico principal permite la asignación de un GVA a una visita, salvo que se haya realizado un procedimiento relevante. Los diagnósticos posibles se agrupan en diecinueve grupos (categorías diagnósticas ambulatoriales, CDA) análogos a los grupos de los GDR, pero con algunas modificaciones (tabla 2). Ambos clasifican los diagnósticos según sistemas y aparatos, pero hay dos diferencias: 1. todos los tumores se incluyen en una CDA, con excepción de los tumores de piel y 2. existe una CDA en la que se engloban aquellas visitas cuyo diagnóstico principal registrado no se refiere a ningún aparato o sistema corporal. La categoría en la que se incluyen, entre otras, las visitas preventivas y administrativas. La razón de agrupar todos los cánceres en una misma CDA, rompiendo el criterio de asignación por aparatos o sistemas que rige a este respecto en los GDR, es que el tratamiento ambulatorio de los cánceres se suele referir más a quimio y radioterapia que a cirugía. Con respecto a la quimio y radioterapia, es más importante el tipo de aplicación que la localización anatómica del proceso.

Dentro de las CDA se han definido grupos específicos de patología médica, pediatría y psiquiatría. La creación de estos grupos se basó en los resultados de la explotación de una encuesta previa, considerando las variables que se recogen en la tabla 3. El análisis estadístico fue valorado por varios métodos que modificaron los resultados produciendo grupos con sentido clínico. Los datos necesarios para la asignación de las CDA son: diagnósticos/problemas atendidos (al menos uno, el listado en primer lugar es el principal); procedimiento; edad; sexo; condición del paciente (nuevo o conocido); seguimiento (ingreso en hospital; otro); y otros datos como dolor torácico, visita inicial para quimioterapia, inyección y medicación y otros aspectos preventivos.

Tras incluir la visita en una CDA, se clasifica el diagnóstico principal en: 1. alguno de los 150 grupos de patología médica, 2. entre los grupos pediátricos (niño recién nacido sano, niño malaformado, niño con malformaciones congénitas múltiples, etc.), y 3. entre los grupos psiquiátricos (depresión, esquizofrenia, alcoholismo, etc.).

Estos grupos determinan la asignación del GVA correspondiente, salvo

---

Tabla 1. Características de los GVA

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>La visita es la unidad de análisis</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>La asignación se basa en el diagnóstico principal</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Clasificación por aparatos y sistemas anatómicos</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Clínicamente interrelacionables</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Correspondencia con los GDR</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Consideración de procedimientos relevantes</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>La condición del paciente (nuevo o conocido) es criterio de clasificación</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Aplicación a todas las visitas ambulatorias (medicina general, especialidades y urgencias) excepto las de anatomiopatólogos, radiólogos y anestesistas</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla 2. Categorías diagnósticas ambulatorias de los Grupos de Visitas Ambulatorias (GVA) y su correspondencia con las categorías diagnósticas hospitalarias

<table>
<thead>
<tr>
<th>I Visitas clasificables por aparatos y sistemas</th>
<th>CDA*</th>
<th>CDH**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sistema nervioso</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ojo</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Garganta, nariz y oído, aparato respiratorio</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aparato circulatorio</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aparato digestivo</td>
<td>6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aparato locomotor y tejido conectivo</td>
<td>7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Piel</td>
<td>8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Endocrino y metabolismo</td>
<td>9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aparato respiratorio</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aparato reproductor masculino</td>
<td>11</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aparato reproductor femenino</td>
<td>12</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Embarazo, parto y puerperio</td>
<td>13</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recién nacido y neonatal</td>
<td>14</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sangre e inmunología</td>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tumores malignos (excepto piel)</td>
<td>16</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tumores malignos (excepto piel)</td>
<td>17</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Infecciones generales y enfermedades parasitarias</td>
<td>18</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enfermedades mentales y toxicomanías</td>
<td>19</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Accidentes, traumatismos y efectos tóxicos</td>
<td>20</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* CDA: Categorías diagnósticas ambulatoriales
** CDH: Categorías diagnósticas hospitalarias (en los GDR)
Tabla 3. Variables estudiadas para la agrupación de diagnósticos y problemas atendidos a través de los Grupos de Visitas Ambulatorias (GVA)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Marcadores de riesgo del paciente:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- edad</td>
</tr>
<tr>
<td>- sexo</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Razón de visita:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- síntoma</td>
</tr>
<tr>
<td>- prevención, cribaje y diagnóstico</td>
</tr>
<tr>
<td>- tratamiento</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Enfermedad o problema atendido:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- diagnóstico principal</td>
</tr>
<tr>
<td>- diagnóstico concurrente</td>
</tr>
<tr>
<td>- gravedad/complejidad</td>
</tr>
<tr>
<td>- cronichidad</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Condición del paciente/de la visita:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- paciente nuevo o paciente conocido</td>
</tr>
<tr>
<td>- problema nuevo o problema conocido</td>
</tr>
<tr>
<td>- seguimiento</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Tiempo consumido en la visita (variable dependiente). |

Por consecuencia se excluyen también los procedimientos que habitualmente desarrollan estos tres grupos de médicos; sin embargo se incluyen aquellos procedimientos que, siendo propios de anatomopatólogos, radiólogos o anestesistas, pueden ser realizados por otros médicos con recursos suficientes.

Interés de los GVA

Los GVA suponen una nueva metodología de clasificación en medicina ambulatoria, que permite agrupar las visitas que consumen de media los mismos recursos. Su desarrollo ha sido costoso\(^\text{1,2,23}\), y aún no ha concluido.

Los GVA serán un instrumento que facilitará la gestión ambulatoria: la aceptación de esta clasificación por médicos y gestores facilitará el desarrollo de los presupuestos económicos y el control de la eficiencia.

Por supuesto, los GVA pueden llegar a convertirse en un sistema de pago, aunque tal posibilidad es lejana en España, incluso para la actividad privada concertada. Prácticamente los GVA podrían permitir el estudio comparativo de la organización de los servicios sanitarios, facilitando así la elección entre diversas alternativas, principal misión de los administradores\(^\text{23}\).

Finalmente, la aplicación de los GVA conllevará una evidente mejora de los registros médicos ambulatorios, en los que se requerirá una normalización y un aumento de la calidad para hacer posible la clasificación de las visitas\(^\text{6}\).

Bibliografía