

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 anatomopatólogos, radiólogos y anestesiólogos. 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.

Palabras clave: Clasificación. Atención Primaria. Medicina Ambulatoria. Evaluación de Servicios.

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 assignment) 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 GVA¹. La clasificación se encuentra en período de ensayo experimental y ha sido desarrollada en la Universidad de Yale, EEUU^{1,2}. 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:

- las consultas externas hospitalarias;
- las urgencias hospitalarias y ambulatorias;
- las consultas de especialistas ambulatorias y
- 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 terapéutica³. La dificultad en la práctica ambulatoria es que se registran y anotan miles de diagnósticos diferentes^{4,5} 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 sanitaria⁶) 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 establecidos⁷. 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 agrupen para facilitar su estudio.

El agrupamiento en categorías numéricas es la base de las clasificaciones^{7,12}, pero en la práctica son pocos los items frecuentemente utilizados^{13,14}. De ahí la tendencia a simplificar las clasificaciones, reagrupando las enfermedades que tienen la misma base anatomopatológica o que conllevan una respuesta similar por parte del médico (respecto a procedimientos diagnósticos y terapéuticos)^{15,16}. El desarrollo de estos grupos supone, por ejemplo, que se incluyan bajo la rúbrica de dolor lumbar diagnósticos tales como ciática, artrosis lumbar, lumbago, lumbalgia, desplazamiento del disco intervertebral y dolor de espalda sin especificar⁴. Con ello disminuye el número de rúbricas utilizadas en las clasificaciones habituales^{8,9} y se compensan las diferentes y peculiares for-

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

mas de diagnosticar de los médicos^{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 hospitalizados¹⁷. Con estas clasificaciones se trasladan conceptos desde la actividad industrial, fundamentalmente el de «producto» que, aunque pue-

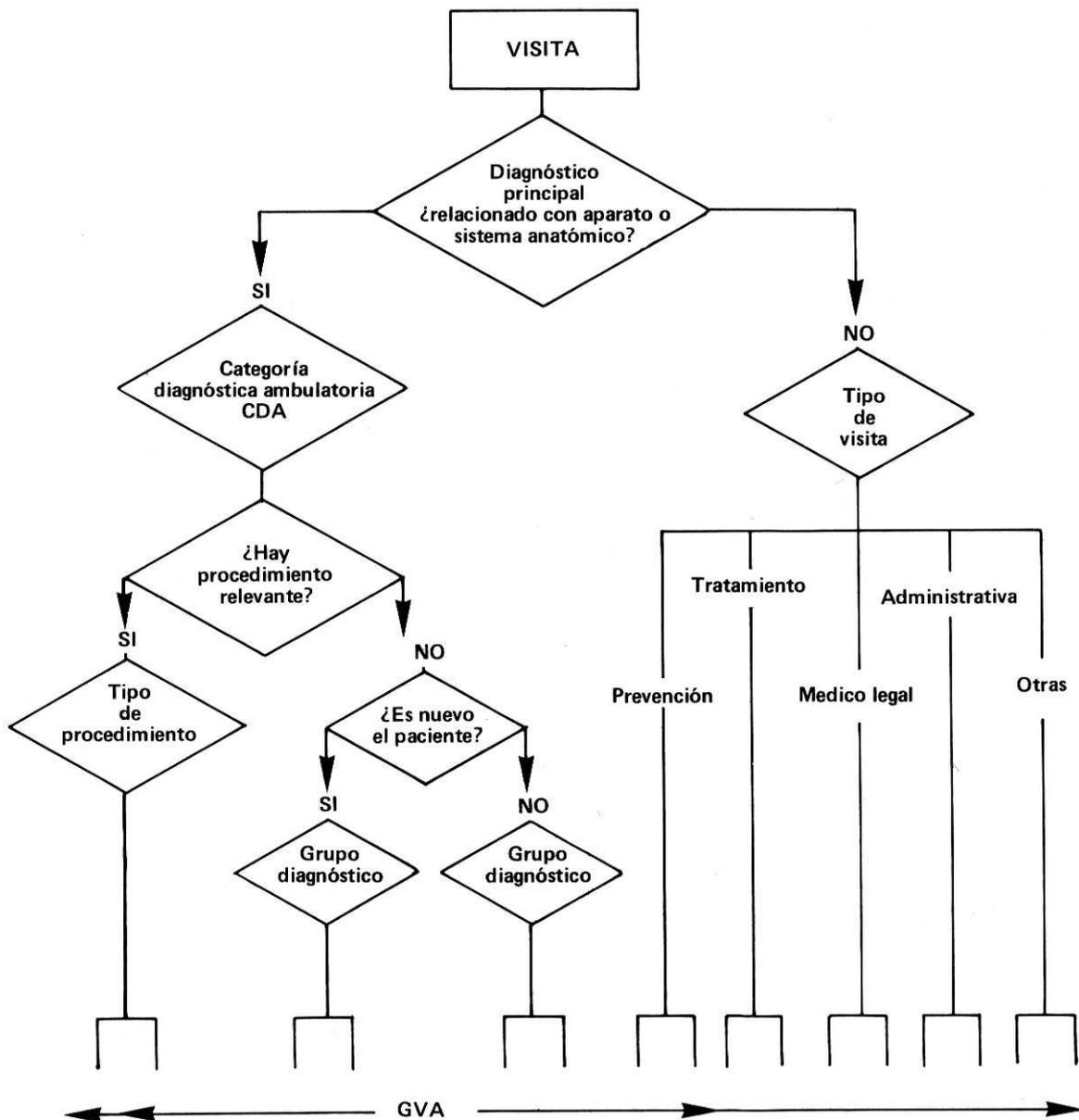
den resultar chocantes en el ambiente médico, son completamente legítimos¹⁸, dada la complejidad de la actividad sanitaria, los recursos que consume y la necesidad de un lenguaje común a médicos, administradores, gestores, economistas y otros.

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

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,

Figura 1. Algoritmo para la asignación de los grupos de visitas ambulatorias (GVA)



que conlleva la selección de una categoría diagnóstica ambulatoria si está relacionado 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)¹:

a) la unidad de análisis es la visita, es decir, la entrevista cara a cara entre médico y paciente⁹. Se elige la «visita», o consulta, frente a otras opciones posibles como el «caso» (utilizado en los GDR¹⁹), o el «episodio» (un problema desde su inicio hasta su resolución) por las dificultades que plantean estas alternativas en la atención ambulatoria^{11,19,20}.

b) la asignación del GVA se basa en el diagnóstico principal, codificado de acuerdo con la «Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades»⁸. Es diagnóstico principal aquel que el médico considera el más importante en la visita que se registra^{6,9}, habitualmente el que centra el trabajo del médico en la visita¹. El registro del diagnóstico principal representa el mejor juicio clínico en el momento de la visita⁶.

El diagnóstico principal permite la asignación de un GVA a la visita, salvo que se haya realizado un procedimiento relevante. Los diagnósticos posibles se agrupan en diecinueve grupos (categorías diagnósticas ambulatorias, 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. Es 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

Tabla 1. Características de los GVA

- 1 La visita es la unidad de análisis
- 2 La asignación se basa en el diagnóstico principal
- 3 Clasificación por aparatos y sistemas anatómicos
- 4 Clínicamente interpretables
- 5 Correspondencia con los GDR
- 6 Consideración de procedimientos relevantes
- 7 La condición del paciente (nuevo o conocido) es criterio de clasificación
- 8 Aplicación a todas las visitas ambulatorias (medicina general, especialidades y urgencias) excepto las de anatomopatólogos, radiólogos y anestelistas

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

	CDA*	CDH**
I Visitas clasificables por aparatos y sistemas		
Sistema nervioso	1	1
Ojo	2	2
Garganta, nariz y oído, aparato respiratorio	3	3 y 4
Aparato circulatorio	5	5
Aparato digestivo	6	6 y 7
Aparato locomotor y tejido conectivo	8	8
Piel	9	9
Endocrino y metabolismo	10	10
Aparato excretor	11	11
Aparato reproductor masculino	12	12
Aparato reproductor femenino	13	13
Embarazo, parto y puerperio	14	14
Recién nacido y neonatal	15	15
Sangre e inmunología	16	16
Tumores malignos (excepto de piel)	17	17
Infecciones generales y enfermedades parasitarias	18	18
Enfermedades mentales y toxicomanías	19	19 y 20
Accidentes, traumatismos y efectos tóxicos	21	21 y 22
II Visitas no clasificables por aparatos y sistemas		
Prevención, administración y otras visitas terapéuticas	23	23

* CDA: Categorías diagnósticas ambulatorias

** CDH: Categorías diagnósticas hospitalarias (en los GDR)

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 previa²¹, considerando las variables que se recogen en la tabla 3. El análisis estadístico fue valorado por varios médicos que modificaron los resultados produciendo grupos con sentido clínico. Los datos necesarios para la asignación de las GVA son: diagnósticos/problemas atendidos (al menos uno, el listado en pri-

mer 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 maltratado, 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 3. Variables estudiadas para la agrupación de diagnósticos y problemas atendidos a través de los Grupos de Visitas Ambulatorias (GVA)

Marcadores de riesgo del paciente:
- edad
- sexo
Razón de visita:
- síntoma
- prevención, cribaje y diagnóstico
- tratamiento
Enfermedad o problema atendido:
- diagnóstico principal
- diagnóstico concurrente
- gravedad/complejidad
- cronicidad
Condición del paciente/de la visita:
- paciente nuevo o paciente conocido
- problema nuevo o problema conocido
- seguimiento
Tiempo consumido en la visita (variable dependiente).

que se haya realizado un procedimiento relevante.

c) Los procedimientos utilizados en la visita conllevan la inclusión en GVA específicos si se trata de procedimientos relevantes. Es decir, procedimientos que habitualmente se realizan tras cita previa, que constituyen la principal razón de visita del paciente y que suponen el consumo relativo de importantes recursos. Normalmente el procedimiento significativo no requiere ingreso, pudiendo realizarse en la propia consulta (una cistología, por ejemplo), o en una unidad con mayores medios (arteriografía, etc). Se excluyen aquellos procedimientos que se realizan exclusivamente en el medio hospitalario. Tampoco se incluyen entre los procedimientos significativos aquellos que se consideran rutinarios en el curso de una visita ambulatoria (radiografía dental y otras radiografías simples, cambio de sonda uretral, ECG, espirometría, etc).

La realización de un procedimiento relevante implica la inclusión de la visita en un GVA en el que se agrupan aquellos procedimientos que consumen una media similar de recursos. Así, la asignación de una visita a una «categoría diagnóstica ambulatoria» sólo es determinante para la asignación posterior de un GVA si no se ha realizado un procedimiento relevante. Si se ha realizado, la asignación de una CDA sólo dará información para

análisis comparativos, pero no para determinar la inclusión en un GVA, que se basará en el procedimiento relevante (figura).

Si en el curso de una visita incluida en la CDA 23 (tabla 2) se realiza algún procedimiento relevante definido para estas visitas (enema de bario, sigmoidoscopia, audiometría, etc), la visita se reclasifica en la CDA más apropiada y se incluye en el GVA que corresponde al procedimiento utilizado.

El procedimiento se clasifica con la «Physicians Current Procedural Terminology»²².

d) La condición del paciente, nuevo o conocido, permite asignar los GVA en aquellas visitas en las que no hay procedimiento significativo (figura). Es paciente nuevo aquel que no ha sido atendido por el médico en los cinco años anteriores a la visita. También es paciente nuevo independientemente del tiempo que haya transcurrido desde la anterior visita, 1. la paciente que tiene un nuevo embarazo, 2. el paciente que es atendido por un nuevo episodio de traumatismo y 3. el paciente que es atendido en un servicio de urgencias, salvo que explícitamente conste que es una visita de seguimiento, en cuyo caso se le considerará como paciente conocido¹.

e) Los GVA se refieren al producto de las visitas ambulatorias. Permiten la clasificación de las visitas a todos los médicos, excepto a los anatomopatólogos, radiólogos y anestesiastas.

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 anestesiastas, 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^{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 administradores²³.

Finalmente, la aplicación de los GVA conlleva 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 visitas².

Bibliografía

1. Averill RF, De Lozier J, Jenks S et al. *The new ICD-9-CM Ambulatory Visit Groups Classification Scheme*. Yale: Yale University, 1986.
2. Martín CL. AVGS: framework for ambulatory care payment. *J Am Med Rec Assoc* 1986; 57:26-30.
3. McCormick. Diagnosis: the need for demystification. *Lancet* 1986; II:1434-35.
4. Rosenblatt RA, Cherkin DC, Scheeweiss R, Hart LG. The contents of ambulatory medical care in the United States. *N Engl J Med* 1983; 309:892-97.

5. Starfield B, Katz H, Gabriel A, et al. Morbidity in children: a longitudinal view. *N Engl J Med* 1984; 310:824-29.
6. Gérvas JJ, Forés M. La morbilidad ambulatoria: un estudio de los problemas de salud mediante la clasificación de la WONCA. *Atención Primaria* 1987; 4:272-75.
7. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª rev. *Publicación Científica* nº 353 Washington: OPS, 1978.
8. *International Classification of Disease. Clinical Modification (ICD-9-CM)*. Ann Arbor: University of Michigan, 1978.
9. WONCA. *International Classification of Health Problems in Primary Care*. (ICHPPC-2-Defined). Oxford: Oxford University Press, 1985.
10. WONCA. *International Classification of Primary Care* Lamberts H, Wood M (Eds). Oxford University Press, 1987.
11. *Classification of diseases, problems and procedures 1984*. Londres: Royal College of General Practitioners, 1984.
12. OMS. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1983.
13. González JA, Fernández L, Otero A, Gérvas JJ. La codificación de los problemas en la consulta de Atención Primaria. Ventajas y dificultades del sistema WONCA (ICHPPC-2). *Jornadas de Optimización Servicios Sanitarios*. Barcelona: EADA, 1987: 307-17.
14. Ferrús L, Gérvas JJ, Porta M, Portella E. Dificultades del uso de la ICHPPC-2 para la codificación retrospectiva de las partes de incapacidad laboral transitoria. *Gac Sanit* 1987; 1: 113-17.
15. Schneeweiss R, Rosenblat RA, Cherkin DC, Kirkwood CR, Hart G. Diagnosis clusters: a new tool for analyzing the content of ambulatory medical care. *Med Care* 1983; 21: 105-22.
16. Schneeweiss R, Cherkin DC, Hart G, et al. Diagnosis clusters adapted for ICD-9 and ICHPPC-2. *J Family Prac* 1986; 22: 69-72.
17. Iglehart JK. Early experience with prospective payment of hospitals. *N Engl J Med* 1986; 314: 1460-64.
18. Vuori HV. *Quality assurance of health services. Public Health In Europe*, 16 Copenhagen: WHO, 1982.
19. Culler S, Ehrenfried D. On the feasibility and usefulness of physician DRGS. *Inquiry* 1986; 23: 40-55.
20. Hornbrook MC. Health care episodes: definition, measurement and use. *Med Care Review* 1985; 42: 163-219.
21. *National Ambulatory Medical Care Survey*. Hyattsville, Maryland: National Center For Health Statistics, 1979; DHEM publication nº (PHS) 82-1727. (Vital and Health Statistics; series 13; nº 66).
22. *Physicians Current Procedural Terminology*. 4ª ed. Chicago: American Medical Association, 1984.
23. Falter RB, Averill RF, Lichtstein JL, Freeman JL. Ambulatory visits groups a framework for measuring productivity in ambulatory care. *Health Serv Res* 1984; 19: 415-37.
24. Cochrane Al. *Eficacia y eficiencia*. Barcelona: Salvat, 1985.

