

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia
de la Ciencia



TESIS DOCTORAL

**Evaluación de tres sistemas de clasificación de pacientes para
la concertación de la hospitalización en la Fundación Jiménez
Díaz.
Estudio del año 1996**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

José Miguel Arce Obieta

Director

Pedro Navarro Utrilla

Madrid, 2017

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E
HISTORIA DE LA CIENCIA**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



X-53-372854-0

**EVALUACION DE TRES SISTEMAS DE CLASIFICACION DE PACIENTES
PARA LA CONCERTACION DE LA HOSPITALIZACION
EN LA FUNDACION JIMENEZ DIAZ

ESTUDIO DEL AÑO 1996**

José Miguel Arce Obieta

Director : Profesor Pedro Navarro Utrilla



BIBLIOTECA

Madrid, 1998

A Julia, Estibaliz y Begoña

***La adecuada gestión del hospital,
hace posible el cumplimiento de sus fines
de asistencia, docencia e investigación.***

AGRADECIMIENTOS

Al **Profesor Pedro Navarro**, que aceptó la dirección de esta tesis, por su confianza, directrices, disposición, estímulo y también por su gran ayuda, en esto y en todo.

Al **Dr. Fernando Astorqui**, que autorizó y alentó el desarrollo de esta investigación, por sus valiosas observaciones, aprobación e incondicional apoyo.

Al **Dr. Jesús Bengoechea** por sus magníficas apreciaciones y por su capacidad para descubrirme, en el día a día, su visión del futuro sanitario.

Al **Dr. Luis Miguel Molinero** por su trascendental colaboración en el planteamiento del método estadístico.

A todos mis compañeros de la **Facultad de Medicina**, del **Proyecto Dosis 2000** y de la **Fundación Jiménez Díaz**, que posibilitaron el desarrollo de esta tesis.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AP-DRG (AP-GRD)	ALL PATIENT – DIAGNOSIS RELATED GROUPS
APR-DRG (APR-GRD)	ALL PATIENT REFINED - DIAGNOSIS RELATED GROUPS
CC	COMPLICACION
CCM	COMPLICACION MAYOR
CDM	CATEGORIA DIAGNOSTICA MAYOR
CIE-9-MC	CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES - 9ª REVISION - MODIFICACION CLINICA
CMBD	CONJUNTO MINIMO BASICO DE DATOS
CMBDH	CONJUNTO MINIMO BASICO DE DATOS DE HOSPITALIZACION (EQUIVALENTE A CMBD)
DP	DIAGNOSTICO PRINCIPAL
DRG	DIAGNOSIS RELATED GROUPS (GRD)
DS	DIAGNOSTICO SECUNDARIO
FJD	FUNDACION JIMENEZ DIAZ
GRD	GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO
HCFA-DRG (HCFA-GRD)	HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION - DIAGNOSIS RELATED GROUPS
PE	PROCEDIMIENTO ESPECIAL
PMC	PATIENT MANAGEMENT CATEGORIES
PQ	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
PQP	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PRINCIPAL
PQS	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SECUNDARIO
UCSI	UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO

INDICE

		página
1.	PRESENTACION	1
2.	INTRODUCCION	4
2.1.	DEVENIR HISTORICO DE LA CRISIS SANITARIA	4
2.2.	EL APOYO EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACION DE PACIENTES	10
2.3.	LOS GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO	14
2.4.	LA FINANCIACION HOSPITALARIA MEDIANTE GRD EN ESTADOS UNIDOS COMO PRECEDENTE HISTORICO DE LA ACTUAL SITUACION EUROPEA	18
2.5.	FINANCIACION HOSPITALARIA MEDIANTE GRD EN EUROPA	20
2.6.	FINANCIACION DE LA HOSPITALIZACION EN LA FJD	25
2.7.	LA REORGANIZACION DE LA FJD	28

		página
3.	OBJETIVOS E HIPOTESIS	31
3.1.	OBJETIVO PRINCIPAL	31
3.2.	OBJETIVOS SECUNDARIOS	32
3.3.	HIPOTESIS	34
3.4.	HIPOTESIS SECUNDARIAS	35
4.	MATERIAL Y METODOS	36
4.1.	AMBITO DEL ESTUDIO	36
4.1.1.	ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FJD Y ETAPAS EN LA CONCERTACION CON LA SEGURIDAD SOCIAL	37
4.1.2.	EL CONCIERTO DE 1992	42
4.1.3.	LA FUNDACION JIMENEZ DIAZ EN EL AÑO 1996 Y SU EVOLUCION DESDE 1992	49
4.2.	UNIDAD DE ESTUDIO	70
4.3.	DISEÑO DEL ESTUDIO	71

	página
4.4. FUENTE DE DATOS : EL AREA DE INFORMACION CLINICA DE LA FJD	75
4.5. RECOGIDA DE DATOS CLINICOS : EL SOPORTE DOCUMENTAL	80
4.6. CONTROL DE CALIDAD DE LA CODIFICACION	83
4.6.1. REVISION BASADA EN EL EXAMEN DE GRD NO VALIDOS	83
4.6.2. REVISION BASADA EN LA COMPROBACION DE LA FACTURACION	87
4.6.3. EVALUACION Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LA CODIFICACION DE LA INFORMACION CLINICA	88
4.7. VARIABLES DEL ESTUDIO	89
4.7.1. VARIABLES CLINICAS BASICAS	89
4.7.2. VARIABLES ECONOMICAS BASICAS	91
4.7.3. VARIABLES CLINICAS CALCULADAS	100
4.7.4. VARIABLES ECONOMICAS CALCULADAS	101
4.8. PROCESAMIENTO DE DATOS	102
4.9. TRATAMIENTO INFORMATICO	104

		página
4.10.	PROCEDIMIENTO ESTADISTICO	105
5.	RESULTADOS	107
5.1.	ESTUDIO DESCRIPTIVO	107
5.2.	ESTUDIO DE LA REDUCCION DE LA VARIANZA (COSTES Y ESTANCIAS)	124
5.2.1.	REDUCCION DE LA VARIANZA REFERIDA A COSTES	125
5.2.2.	REDUCCION DE LA VARIANZA REFERIDA A ESTANCIAS	127
5.2.3.	REDUCCION DE LA VARIANZA (COSTES) EN HCFA-GRD, AP-GRD, APR-GRD EN CASOS DE TIPO MEDICO Y DE TIPO QUIRURGICO	129
5.2.4.	ESTUDIO DE LOS COEFICIENTES DE VARIACION POR SISTEMAS GRD	130
5.3.	PESOS RELATIVOS DEL HOSPITAL	135
6.	DISCUSION	138

		página
6.1.	DISCUSION PRIMERA : LOS RESULTADOS DE LA REDUCCION DE LA VARIANZA (COSTES Y ESTANCIAS) EN LA FJD FRENTE AL ESTUDIO DE AVERILL	140
6.2.	DISCUSION SEGUNDA	143
6.2.1.	LOS PESOS RELATIVOS DEL HOSPITAL COMO FACTOR DETERMINANTE DE TARIFAS EN EL CONCIERTO	143
6.2.2.	COMPARACION DE LA FACTURACION DE LA FJD CON LOS COSTES DEL INSALUD	146
6.2.3.	COMPARACION DE LA ESTANCIA MEDIA POR GRD EN LA FJD FRENTE A LA DE HOSPITALES DEL INSALUD COMO FACTOR MODIFICADOR DEL CONCIERTO	158
6.3.	DISCUSION TERCERA : LA INTRODUCCION DE CORRECCIONES A LAS ACTUALES DEFICIENCIAS DEL CONCIERTO	161
7.	CONCLUSIONES	165
8.	BIBLIOGRAFIA	172

APENDICES

		Página
I	COEFICIENTE DE VARIACION POR HCFA-GRD, AP-GRD Y APR-GRD EN LA FJD	177
II	PESO RELATIVO DE LOS AP-GRD DE LA FJD Y COMPARACION CON LOS PESOS RELATIVOS ESTADOUNIDENSES	221
III	COMPARATIVO COSTE POR GRD EN EL INSALUD FRENTE A FACTURACION POR GRD EN LA FJD	238
IV	BASE DE TARIFAS PROPUESTA (FACTURACION TEORICA) FRENTE A LA FACTURACION REAL POR GRD EN LA FJD	255
V	GRD DE ACTUACION PREFERENTE	271
VI	COMPARATIVO ESTANCIA MEDIA POR GRD EN EL INSALUD FRENTE A ESTANCIA MEDIA POR GRD EN LA FJD	276

PRESENTACION

Una de las tareas aparentemente más sencillas y que, al final, se vuelve difícil y complicada por cuanto supone de autoevaluación y análisis, es la de encuadrar la tesis en los propios objetivos profesionales, encontrar la justificación del por qué se aborda ese tema y no otro, analizar cuáles fueron los pasos previos, situar el inicio del camino.

Mi inquietud profesional por todas aquellas materias vinculadas con la gestión de hospitales, se inicia en la época inmediatamente posterior a la finalización de la licenciatura, hace ahora diecinueve años.

En aquella primera etapa de mi vida profesional, tuve acceso al curso de **Dirección de Hospitales**, que se impartía en la Escuela de Gerencia Hospitalaria del Ministerio de Sanidad, y al de **Gestión Empresarial**, organizado por la Escuela de Organización Industrial del Ministerio de Industria y Energía. Ambos decantaron mi intención y dedicación, desde el inicio, hacia el campo de la gestión, situando así el primer punto de referencia de esta tesis doctoral.

Los años posteriores, años de trabajo en la Administración Sanitaria Pública y también en la empresa privada, me permitieron conocer de cerca el mundo de la gestión. En este tiempo pude constatar un problema que, de forma reiterada, incidía muy negativamente en las posibilidades de gestión real y eficaz en el ámbito sanitario y, en definitiva, en la obtención de buenos resultados en dicho entorno. Este problema permanente, insalvable,

era la desconexión en el trabajo diario de clínicos y gestores, nacida como consecuencia de la falta de un lenguaje común aceptado por ambas partes.

En buena medida esta circunstancia me condujo hacia el Proyecto DOSIS-2000, por cuanto uno de sus objetivos principales era el establecimiento de ese nexo entre clínicos y gestores.

El estudio de las materias del Master en **Documentación y Sistemas de Información Sanitaria** del Proyecto DOSIS-2000, me permitió conocer en profundidad las, ahora ya consideradas, insustituibles herramientas de gestión de la última década del siglo.

El Proyecto DOSIS-2000, en el marco de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, constituye, pues, el segundo punto de referencia de mi tesis.

Los últimos siete años han representado en mi biografía profesional una etapa de continua formación y adquisición de experiencia en la **Fundación Jiménez Díaz**. El trabajo en la Fundación me ha permitido comprobar la utilidad de las mencionadas herramientas de gestión fundamentadas en la información clínica, las cuales han servido, en no pocas ocasiones, para sentar las bases de negociación y acercamiento de objetivos entre clínicos y gestores.

En este tiempo he observado directamente la transformación de la tradicional macrogestión autista del hospital en un nuevo estilo de gestión clínica, diametralmente opuesto, basado en la microgestión de los médicos y apoyado en los sistemas de documentación e información clínicas.

Se puede decir que la decisión clínica y terapéutica ha cobrado una especial relevancia, y ahora ya no sólo para el paciente sino también para el gestor, que matiza, e incluso modifica radicalmente sus decisiones, en función de la casuística atendida en cada servicio. La información clínica ha venido a mejorar, en consecuencia, la capacidad de adaptación del hospital a un entorno extremadamente difícil y dinámico, disminuyendo radicalmente un exagerado componente de riesgo en la toma de decisiones e incrementando, como consecuencia, la capacidad real de previsión de resultados.

Por último, significar que la Fundación me ha otorgado la posibilidad de trabajar en el primer Concierto por Proceso existente en España desde el mismo momento de su gestación en el año 1991, y también la de participar en todos los estudios de adaptación hasta ahora realizados.

Por todo ello, la Fundación Jiménez Díaz es el tercer punto de referencia.

2.

INTRODUCCION

2.1.

DEVENIR HISTORICO DE LA CRISIS SANITARIA

El despegue de los sistemas de seguridad social y de seguro médico se produjo como consecuencia de la **crisis económica de 1929-1931**, aún más grave que las de los años 1870 y 1880, dado que afectó a la práctica totalidad de países industrializados. Sin embargo, sus costos sociales fueron mayores, debido a que se puso en práctica lo que el sistema económico había aprendido en crisis precedentes, que fue protegerse contra ellas pasando del exceso de oferta, y caída consecuente de los precios de mercado, a una reducción de aquélla y mantenimiento de los precios en sus niveles normales (31). Como consecuencia de ello la *indefensión social* creció exponencial y dramáticamente.

Dos fueron las alternativas, de un lado el modelo de **economía militar de la Alemania nacional-socialista**, que entró en crisis completa a raíz de la derrota sufrida en la segunda gran guerra, y de otro la alternativa que supuso el *New Deal* de Roosevelt, reforzada por la teoría económica de Keynes, quien en su libro *Teoría general del empleo, el interés y el*

dinero, publicado en 1936, y frente a la llamada “teoría clásica”, centró la economía en el consumo y no en el ahorro. Para él, el gran reto de los países que ya habían superado la fase del “capitalismo industrial”, era pasar de la sociedad industrial a la postindustrial o de consumo. Para Keynes, el ahorro tenía la única justificación de “formar una reserva para contingencias imprevistas”, de ahí que estimara que el estímulo del consumo debería estar precedido por el establecimiento de un completo sistema de seguros sociales por parte del Estado, que garantizara a los individuos una protección frente a sus posibles situaciones de infortunio.

El logro de la sociedad de consumo fue algo más que una teoría económica, fue también el proyecto político de muchos países occidentales a partir de la segunda guerra mundial. Lo que en el ámbito económico se conoció con el nombre de *neocapitalismo* y en el social con el de *sociedad de consumo*, en el político empezó a recibir el de *Estado de bienestar (Welfare State)*. Esta imagen de “Estado benefactor” es la que aparece en Estados Unidos con la victoria de Roosevelt en 1932, después de setenta y dos años de gobiernos republicanos absolutamente identificados con la teoría monetarista de los postulados del capitalismo financiero.

La sociedad estadounidense apostó por el proyecto que Franklin Delano Roosevelt y su comité de expertos de la Universidad de Columbia habían denominado “nuevo trato” (*New Deal*). De esta forma se plantea en Estados Unidos, entre diferentes programas de seguridad social, el desarrollo de uno específico de sanidad, siendo presentado en 1939 por el senador Wagner un proyecto de ley cuyos objetivos principales eran el establecimiento de sistemas más adecuados de salud pública, la implantación de servicios de asistencia materno-infantil y la construcción de nuevos hospitales y centros de salud para el cuidado de enfermos.

Años después, en 1943, el mismo senador presentó un nuevo proyecto de ley sobre un sistema de seguridad social nacional unificado que, aunque no prosperó, tuvo un efecto positivo sobre el seguro de enfermedad, que se expandió rápidamente en los años de la segunda guerra mundial.

Por su parte, en estos mismos años, la **Asociación Médica Americana** junto con las asociaciones médicas regionales y locales de aquel país, abandonaron su actitud de rechazo,

comenzando a promover seguros médicos privados como alternativa al proyecto gubernamental de establecimiento de un seguro obligatorio de enfermedad.

Algunos años más tarde, en 1953, se creó el **Departamento de Salud, Educación y Bienestar** que alcanzó su máximo apogeo con **John F. Kennedy** y **Lyndon B. Johnson**, quien en 1964, después de su declaración de “guerra a la pobreza”, instaura los programas médicos conocidos con el nombre de *Medicare* (seguro obligatorio de enfermedad para personas mayores de sesenta y cinco años) y *Medicaid* (pago de los gastos de asistencia sanitaria a las personas consideradas como necesitadas por las autoridades locales).

Por su parte, la evolución registrada en Europa arranca en el año 1941, cuando el gobierno británico encomienda al economista **William Beveridge** un estudio monográfico acerca de la creación de un sistema orgánico de seguridad social.

Año y medio más tarde, Beveridge entrega al gobierno el informe denominado *Social Insurance and Allied Services (10)*, en el que propone un sistema de seguridad social compuesto por un completo conjunto de seguros que incluye el de desempleo, el de incapacidad, el de jubilación, el de viudedad, el de maternidad, el de matrimonio y el de entierro. En este informe, Beveridge recomienda la creación de un Servicio Nacional de Salud que cubra de modo obligatorio las necesidades sanitarias básicas de la población, y de forma optativa otras necesidades, que quedarían en manos de las compañías privadas, sin entrar en un análisis más detallado puesto que dicho Servicio de Salud era concebido de forma autónoma y dependiendo del Ministerio de Sanidad. Finalmente el anterior punto fue rechazado por el gobierno laborista, si bien, en 1948, aceptando muchas de las propuestas del *Informe Beveridge*, crea el **primer Servicio Nacional de Salud del mundo occidental**, que sería emulado a partir de ese momento, y de uno u otro modo, por diferentes países europeos.

El caso español es bastante diferente; la Constitución de la Segunda República, al estilo de la de Weimar, ya recogía una completa relación de **derechos económico-sociales** de los ciudadanos, prometiendo una legislación reguladora para los seguros de enfermedad, accidente, paro, vejez, invalidez y muerte. La guerra civil española no supuso, en este sentido, un freno para su desarrollo sino un importante estímulo, muy probablemente por

afinidad con la Alemania de Hitler, acelerándose así la implantación de un sistema de seguro obligatorio de enfermedad parecido al alemán de las *Krankenkassen*.

En 1942 se aprobó la ley que implantaría en España el **Seguro Obligatorio de Enfermedad**, caracterizado en su primera etapa, que duró hasta el año 1963, por “el rechazo del modelo de medicina pública” y por “la adopción del modelo privado de ejercicio profesional” tal y como se dice en el Libro Blanco de la Seguridad Social del año 1977.

Sin embargo, a partir de la **Ley de Bases de la Seguridad Social** de 1963, y especialmente de su entrada en vigor en el año 1967, empieza a incrementarse progresivamente la población incluida en la protección asistencial sanitaria de la Seguridad Social, lo que permite una financiación creciente de la sanidad y la construcción de una amplia red de centros propios de un elevado nivel, en los que empiezan a desarrollarse nuevas especialidades. Es a partir de estos años, cuando España se integra realmente en la corriente de la “medicina actual”.

El comienzo real de la crisis del sistema en el mundo occidental, se podría decir que empieza desde el mismo momento de la predicción incorrecta del informe realizado por William Beveridge en 1942, y más en concreto, de su previsión de lo que habría de ser el incremento de gastos sanitarios para los años 1945 a 1965 en el Reino Unido. En este informe afirmaba que los gastos se mantendrían constantes, durante todo el periodo precitado, en 170 millones de libras esterlinas por año, lo que en términos comparativos habría de significar una disminución considerable de los mismos.

Esta predicción errónea tuvo probablemente su origen en tres convicciones muy corrientes en aquellos años; la primera que al finalizar la guerra se iniciaría una era de prosperidad que no se vería empañada por nuevas crisis (Europa salía eufórica de la contienda), la segunda que el desempleo sería cada vez menor, y la tercera que una buena asistencia sanitaria haría disminuir paulatinamente los niveles de enfermedad y, en consecuencia, los gastos en asistencia médica. Las dos primeras junto a una población cada vez más sana darían lugar a una mayor riqueza, la tercera a un gasto constante o en decremento. Las tres en conjunto rebajarían el porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) dedicado a gastos sanitarios.

Desgraciadamente el paso de los años demostró hasta qué punto fueron erróneas estas predicciones, ya que, año tras año, el gasto sanitario creció indefectiblemente a mayor velocidad que el PIB, y tanto en el Reino Unido como en los demás países de la Europa Occidental.

El crecimiento exponencial de los recursos dedicados a dicho fin, transforma el comienzo de la década de los sesenta en una época feliz o “dorada” para la sanidad, en la que va tomando cuerpo la idea acerca de que *“la salud no tiene precio”*, y no sólo en el entorno sanitario sino también en el conjunto de la sociedad. Esta injustificada confianza en el Estado protector que todo lo soluciona, comienza a decaer aproximadamente en el año 1968, ante la evidencia de las carencias que el sistema manifiesta, alcanzando su punto de mayor algidez con la **crisis del petróleo del año 73**, que augura tiempos ciertamente difíciles.

La conmoción mundial originada en este año, unida al entonces ya imparable incremento del gasto sanitario, sitúa el origen del cambio registrado en los modelos de financiación y gestión hospitalaria en todos los países de nuestro entorno (1).

A partir de esos años setenta, la idea acerca de que la salud no tiene precio, se matiza radicalmente con un decidido *“¡pero cuesta dinero!”*, dándose, a partir de entonces, el pistoletazo de salida para la búsqueda de todo tipo de fórmulas que posibilitaran el ahorro sanitario.

Esta situación marca el punto de partida de dos caminos muy diferentes, que naciendo de realidades también desiguales, habrán finalmente de compartir una trayectoria y destino último bastante similares.

Por un lado, Estados Unidos desde su superior posición, elige el camino de la investigación de **nuevas fórmulas de gestión y de financiación**. Por otro, Europa, y especialmente España, partiendo de una situación bastante más precaria escogen el camino de la restricción presupuestaria que, recorrido con mayor o menor motivación y eficacia según la situación de cada país, finalmente, se centra en un conjunto de acciones encaminadas a refrenar la construcción de nuevos hospitales y disminuir el número de licenciados en Medicina, reduciendo importantemente el consumo de recursos.

Por tanto, la experiencia de estos nuevos modelos de gestión y financiación sí parte, en Estados Unidos, de la referida situación de crisis, asumiendo su estructura sanitaria y universitaria el trabajo principal de investigación en este área. Por el contrario Europa, más ocupada en la precitada búsqueda de un crecimiento pequeño del gasto sanitario, encuentra felizmente, pero al cabo de dos décadas, un trabajo prácticamente resuelto en el plano teórico, si bien imposible de desarrollar por falta de una adecuada infraestructura de información clínica y contabilidad en sus hospitales, que por su parte Estados Unidos había ido creando de forma paralela a las necesidades planteadas por estos nuevos sistemas de gestión y financiación .

En los últimos diez años, y como resultado de la implantación y homogeneización de la infraestructura para el registro de datos clínicos y del establecimiento de adecuados sistemas de costes, es cuando Europa comienza a recorrer el mismo camino emprendido veinte años antes en Estados Unidos.

La superación de este evidente desfase, a través de la simplificación que ha supuesto la posibilidad de utilizar básicamente las investigaciones estadounidenses relativas a sistemas de clasificación de pacientes, y también de aquellas otras que plantearon como objetivo final el conocimiento de los costes de hospitalización y la consecución de métodos estandarizados para su cálculo, está permitiendo aplicar finalmente en nuestro entorno, nuevos y consistentes modelos de financiación hospitalaria que resultarán críticos a medida que se incremente la competencia en el sector en estos próximos años.

2.2.

EL APOYO EN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACION DE PACIENTES

Las limitaciones de los sistemas de medición basados en la estancia hospitalaria y su gran opacidad, orientaron gran número de estudios, iniciados y enfocados con el objetivo de identificar la casuística del hospital, su case mix.

A este respecto, se estimó que serían válidos aquellos Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) que cumplieran las premisas básicas de presentar unos grupos con sentido clínico, que originaran un consumo similar y homogéneo de recursos, y cuyo número final hiciera al sistema manejable. A todo ello se debería añadir que la asignación de grupos se pudiera realizar a partir de una información clínica que habitualmente existiera en el hospital (2).

Esta última circunstancia unida al consenso existente acerca de que el diagnóstico es la variable que mejor explica el proceso de toma de decisiones del facultativo en el acto asistencial y, en consecuencia, en el ordenamiento del consumo de recursos, hizo que la **Clasificación Internacional de Enfermedades** se transformara en el soporte fundamental de la mayoría de sistemas de medición de la casuística de hospitalización, siendo la **Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades (9ª Revisión)** finalmente recomendada para todos los centros sanitarios estadounidenses, y de uso obligado para la información de diagnósticos y procedimientos de los programas del Servicio de Salud Pública, así como para la financiación de hospitales.

En **Europa** la normalización en la recogida de datos de filiación y clínicos del paciente llegó, a principios de los ochenta, como consecuencia de la propuesta para la Comunidad Económica Europea del registro del “**Minimum Basic Data Set**” (47).

En **España**, de forma similar, se puso en funcionamiento el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en las diferentes Comunidades Autónomas a partir del **año 1986 (18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 41, 42, 43, 48, 49)**, incluyendo, en todos los casos, el diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios y los procedimientos quirúrgicos u obstétricos realizados, codificados según la CIE-9-MC.

Esta clasificación de enfermedades es en la actualidad la de mayor aceptación internacional, estando concebida, desde su inicio, como desarrollo de la clasificación de la OMS para su utilización con propósitos eminentemente clínicos. Bimensualmente es revisada y puesta al día por un Comité integrado por la Asociación Americana de Hospitales, la Asociación Americana de Registros Médicos, la Administración Financiadora de Cuidados de la Salud y el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de EEUU.

Sin embargo, a pesar de todo ello, la CIE-9-MC no ha podido constituirse, por sí misma, en expresión del producto final hospitalario, por dos motivos fundamentales puestos de manifiesto a raíz de su utilización para la gestión y financiación hospitalarias **(34, 53)**. De un lado, las entidades nosológicas no tienen por qué dar lugar a un consumo homogéneo de recursos, por cuanto un mismo diagnóstico puede tener diferentes grados de severidad, presentar diversas evoluciones clínicas y, en consecuencia, tener diferentes requerimientos, tanto para alcanzar el diagnóstico, como para instaurar el tratamiento. De otro lado, el amplio número de categorías hacen su manejo difícil y poco práctico, dado que el posible entrecruzamiento de más de 14.000 códigos diagnósticos, situados en diferentes campos, con 4.000 códigos de procedimientos, también en diferentes campos, daría como resultado un complejo sistema, imposible de usar por el número de grupos así obtenido.

Como consecuencia de ello, han sido muchos los **Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP)** surgidos en los últimos años : List A ICD, GRD, PMC, Disease Staging, PSI, AS-Score, APACHE, RUG, etc. Entre todos ellos los que inicialmente parecieron tener mayor posibilidad de asentamiento en España fueron los GRD y los PMC.

Los **Patient Management Categories (PMC)** fueron desarrollados por Wanda Young en el Departamento de Investigación de Cuidados de la Salud de la Blue Cross de Pennsylvania y transformados posteriormente en el Instituto de Investigación de Pittsburgh, a raíz de un

estudio subvencionado por la HCFA en el año 1978 para investigar las diferencias asistenciales existentes entre los distintos hospitales y su traducción en la variación de costes (44).

Con este objetivo se llegó a la obtención de los PMC, sistema de clasificación de pacientes asociado a una **escala relativa de pesos** basados en el coste, como característica fundamental. En el plano teórico, el sistema dispone también de un importante atractivo, los *Clinical Pathways*, que constituyen unas guías prácticas para el manejo del paciente, más que protocolos en sentido estricto, y que suponen una importante ayuda para la gestión clínica del paciente ingresado.

No obstante, a pesar de ello y de que al principio la balanza pareció bastante inclinada hacia su utilización (la red hospitalaria de Osakidetza los ha empleado durante un buen número de años), finalmente, los **Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)** se han terminado imponiendo, y no sólo en muchas de nuestras CCAA, sino también en los países europeos que inicialmente ensayaron PMC, como es el caso de Alemania.

En consecuencia se puede afirmar que, en este momento, los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, **constituyen norma en cuanto a sistemas de medición del case mix hospitalario se refiere**, y que su adopción de forma generalizada ha supuesto la cristalización, en última instancia, de un difícil consenso acerca de la medición y gestión del producto final hospitalario (1).

En los GRD, a sus conocidas cualidades básicas : sentido clínico, fácil manejo por el reducido número de grupos y consumo homogéneo de recursos (12, 13, 30), se unen otras dos que resultan trascendentales, la validación desde 1983 como sistema de pago por Medicare (35) y la permanente revisión a que es sometido el sistema desde entonces, con actualizaciones de periodicidad anual (29, 33).

En este mismo sentido, inciden los resultados obtenidos en diferentes investigaciones europeas en los últimos años, que han venido a revalidar científicamente, aunque no siempre de igual manera, la bondad de este sistema de clasificación en cualquiera de las tres versiones más difundidas, aceptadas y desarrolladas en la actualidad, HCFA-GRD, AP-GRD y APR-GRD (6, 11, 39, 52).

Por consiguiente, se puede decir que, después de muchos años, esta primera discusión parece estar llegando a su fin en casi todos los países y, desde luego, también en España.

Al respecto, es también preciso decir que la situación real de la información clínica en nuestros hospitales tampoco hubiera permitido utilizar antes ningún sistema de agrupamiento, en un momento en que sus cimientos estaban aún por construirse. La inexistencia en la mayoría de centros hospitalarios de una adecuada codificación de diagnósticos y procedimientos, necesaria para el uso de cualquier SCP, hizo que planificadores y gestores obviaran esta situación mediante el empleo de diferentes unidades de producción cuyo denominador común era la carencia de sentido clínico y unas equivalencias poco justificadas en el terreno económico.

Así se utilizaron, y en algunos hospitales aún se utilizan, como unidades identificativas de la producción final hospitalaria, la Unidad Ponderada Asistencial (UPA), la Unidad Básica Asistencial (UBA), la Unidad de Coste Asistencial (UCA), la Unidad de Medida Asistencial (UMA) y la Escala de Valoración Andaluza (EVA) en el INSALUD, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana y Andalucía, respectivamente. De todas ellas, la UBA fue la primera unidad de producción hospitalaria usada, siendo aplicada desde principios de los años ochenta para el pago de los Conciertos en Cataluña, y constituyendo la medida habitual de contratación de servicios entre el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y los hospitales concertados.

Sin embargo, a pesar de este esfuerzo de objetivación del producto hospitalario, la propia inconsistencia de todas estas unidades, derivada de su incapacidad para reflejar las diferencias clínicas inherentes a cada proceso asistencial (1), hizo que nunca trascendieran del terreno estrictamente económico, siendo finalmente sobrepasadas y sustituidas por los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, a partir del mismo momento en el que los hospitales comenzaron a disponer de un adecuado soporte de información clínica.

LOS GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO

Actualmente se utilizan 3 versiones principales de GRD : los **Health Care Financing Administration-DRG (HCFA-DRG)** o básicos, que son utilizados para el pago de los procesos de hospitalización de los beneficiarios de Medicare, los **All Patient-DRG (AP-GRD)** que siendo un desarrollo de los GRD básicos, se diferencian de ellos por representar mejor determinadas poblaciones no cubiertas por Medicare, como por ejemplo la infantil, y los **All Patient Refined-DRG (APR-GRD)** que incorporan subclases basadas tanto en la severidad de la enfermedad como en el riesgo de mortalidad del paciente.

Cualquiera de los tres sistemas, HCFA, AP o APR permiten relacionar el tipo de pacientes que trata el hospital, esto es, su casuística o case mix con los costes de hospitalización.

El diseño y desarrollo de los GRD, iniciado a finales de los años sesenta por **Fetter** en la **Universidad de Yale**, tuvo como objetivo principal la creación de un sistema eficaz en el **control de la calidad** de los cuidados y en la **revisión de la utilización de servicios** en el marco hospitalario.

Su primera aplicación a gran escala fue a final de la década de los setenta en el estado de New Jersey, utilizándolos su Departamento de Salud como base de un sistema de pago prospectivo, en el que los hospitales podrían cobrar un importe fijo por cada paciente tratado.

En 1983 fue modificada la Sección 223 de la **Tax Equity and Fiscal Responsibility Act**, incluyéndose un ajuste por case mix para el pago por Medicare, ajuste que se basaba en la utilización de los GRD.

Un año más tarde el Congreso de EEUU rectificó la Ley de Seguridad Social, incluyendo, para todos los pacientes de Medicare un sistema de pago prospectivo por proceso basado en GRD, lo que suponía el reconocimiento institucional del papel fundamental que el case mix jugaba en la determinación de costes hospitalarios.

Anteriormente, para intentar explicar las diferencias sustanciales de costes entre hospitales, se habían utilizado determinadas características del hospital, como, por ejemplo, el status docente o el número de camas. Sin embargo, ya en aquellos años previos a la utilización de los SCP, lo más común era que cada hospital explicara, o intentara explicar, sus elevados costes en función de una mayor complejidad de su case mix. La justificación era : *"...Los pacientes de mi hospital están más enfermos que los de otros, son de mayor severidad..."*. Por tanto, era cierto que existía un cierto consenso en el mundo hospitalario acerca de que una casuística más compleja ocasionaba costes más altos, pero aún no se había encontrado un sistema que permitiera, en este sentido, una medición adecuada.

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico constituyen, en cualquiera de sus versiones, el Sistema de Clasificación de Pacientes más utilizado internacionalmente en la última década, aunque en su origen tan sólo fuera un proyecto circunscrito al ámbito estadounidense. Su implantación en gran cantidad de países en el campo de la financiación, presupuestación y gestión hospitalarias, y su aceptación escasamente cuestionada, es un hecho que, por sí solo, da idea de su importancia y trascendencia para los objetivos mencionados.

Los GRD ha sido un sistema fundamentado desde su inicio en estudios estadísticos realizados sobre grandes bases de datos (solamente en la primera investigación de Yale, la fuente de estudio la constituyeron 700.000 informes de alta de todos los hospitales de New Jersey y Conecticut).

Hasta la fecha, la aplicación más extendida de los GRD ha sido la de constituir la base para el pago de servicios de hospitalización (3, 35). Sin embargo, también la presupuestación y el control de la eficiencia y de la calidad, por producto o por línea de producto, constituyen importantes utilidades del sistema al permitir, al fin, el necesario lenguaje común entre clínicos y gestores (30, 34).

Desde una perspectiva macrosanitaria, su utilidad más reciente es la asignación de recursos a hospitales, actualmente en estudio en diferentes administraciones; siendo posible que se produzca la generalización de este sistema en un periodo muy corto de tiempo, habida cuenta los buenos resultados de las investigaciones realizadas en países de nuestro entorno más próximo, como Portugal, Alemania, Bélgica o Italia.

En cuanto a cuál de los tres sistemas de GRD actualmente en liza, tiene un mejor fundamento teórico y unas mejores posibilidades prácticas, existen opiniones diversas.

La **Tabla I**, extraída de la revisión realizada por **Averill, Goldfield y Steinbeck** en 1993 (6) compara algunos de los rasgos más relevantes, fundamentalmente aquellos de carácter estructural, de los tres Sistemas de Clasificación de Pacientes objeto de estudio en esta tesis, HCFA, AP y APR-GRD.

CARACTERÍSTICAS	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD
Número de GRD	492	641	1530
CDM de Politraumatismos	Limitada	Completa	Completa
CDM de Infección por VIH	Limitada	Completa	Completa
Utilización del peso del recién nacido	No	Sí	Sí
Utilización del fallecimiento en la definición de grupos	Sí	Sí	No
Estructura de los grupos de CC	Variable	Variable	Constante
Grupos por CC	2	3	4 (subclases)

CARACTERISTICAS	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD
Reconocimiento de CC múltiples	No	No	Sí
Subclases en función del riesgo de mortalidad	No	No	Sí

Tabla I

Los APR-GRD, según los mencionados autores, constituye un SCP cuyos grupos poseen una mayor coherencia y consistencia, desde el punto de vista clínico, por cuanto presentan cuatro subclases en función de la severidad del proceso y también cuatro subclases en función del riesgo de mortalidad. Por ello, son considerados como una alternativa ciertamente novedosa para que consumidores, pagadores y gestores, puedan profundizar, tanto en el conocimiento de los tipos de pacientes tratados en el hospital, como en el de los costes relacionados.

Como consecuencia de esta estructuración, los APR-GRD parecen tener además una buena capacidad de identificación de aquellas áreas con problemas de calidad, pudiendo situar las bases para los sistemas de evaluación de los niveles de la calidad de la asistencia prestada en el hospital.

Las tres clasificaciones, son clasificaciones dinámicas en constante evolución, y especialmente HCFA y AP por su mayor utilización.

Cualquier cambio, tanto en el esquema de codificación de la CIE-9-MC, como en la tecnología o en la práctica médica, da lugar a inmediatas actualizaciones periódicas en sus grupos y definiciones.

LA FINANCIACION HOSPITALARIA MEDIANTE GRD EN ESTADOS UNIDOS COMO PRECEDENTE HISTORICO DE LA ACTUAL SITUACION EUROPEA

La problemática situación social vivida en EEUU, entre 1950 y 1960, como consecuencia del incremento anual de los gastos reales de salud de un 6,3 por ciento, tuvo como primera repercusión la introducción del programa Medicare (1964), destinado a proporcionar cuidados de salud a los mayores de 65 años, extendiéndose posteriormente su cobertura (1972), a discapacitados y a enfermos renales crónicos (28).

Desde el inicio del programa hasta 1983, los pagos por los cuidados hospitalarios del seguro hospitalario de Medicare se realizaron de forma retrospectiva de acuerdo con los “*costes razonables*” que la asistencia hospitalaria de cada paciente hubiera ocasionado, utilizando la estancia media como medida del consumo de recursos.

Este sistema dio lugar, como era ciertamente previsible, a un aumento innecesario de la estancia del paciente en el hospital, registrándose un **incremento de un 17,9 por ciento anual de los gastos de Medicare entre los años 1967 y 1973**, crecimiento mucho mayor que el derivado de la inflación, que se situó durante aquel mismo periodo en un 7,4 por ciento anual.

Ante esta situación, y con la intención de paliarla en la medida de lo posible, el Congreso estadounidense aprobó en 1972 la **Ley PSRO (*Professional Standard Review Organization*)** con el objetivo de establecer un programa para la revisión de estándares profesionales, la validación de ingresos y la evaluación de la calidad asistencial hospitalaria.

La gran diversidad observada tanto en la práctica médica como en la utilización de recursos, dio lugar a que la eficacia de la PSRO fuera escasa desde el principio, no pudiéndose disminuir, ni tan siquiera controlar el gasto hospitalario en ningún modo.

Para solventar esta situación se planteó la **necesidad de desarrollar sistemas de agrupación de pacientes que ocasionaran un consumo similar de recursos**, dando lugar en la vertiente científica, como ha quedado dicho, al desarrollo de los SCP y especialmente de los GRD y, en la legislativa, a la precursora *Tax Equity and Fiscal Responsibility Act* del año 1983, que estableció el pago de los ingresos hospitalarios de la aseguradora Medicare de acuerdo con un sistema prospectivo basado en GRD con una tarifa predeterminada para cada grupo.

Esta situación marcó el punto de partida, en muchos países de nuestro entorno, de un gran número de estudios de investigación acerca de los GRD como sistemas de financiación hospitalaria, a la vez que supuso también el inicio de un estudio de revisión continuado, que se mantiene vivo en EEUU, en función de la permanente actualización del sistema GRD como fórmula de pago.

En la actualidad el sistema de financiación está fundamentalmente basado en los pesos relativos GRD, a los que se aplican diferentes factores de corrección en función de características especiales, tanto de la casuística registrada en aquel país (casos extremos de larga y corta estancia), como del área geográfica en donde se sitúa el hospital y de sus características demográficas, estableciéndose al respecto diferencias entre áreas urbanas y rurales, y también entre zonas de fácil y difícil acceso para los usuarios a los recursos de la red asistencial, como ocurre por ejemplo en Alaska o Hawaii.

2.5.

FINANCIACION HOSPITALARIA MEDIANTE GRD EN EUROPA

En Europa, dada la similitud de la práctica asistencial con Estados Unidos, la mayoría de naciones investiga acerca de la viabilidad de la utilización directa de los GRD, fundamentalmente AP y HCFA, o en su adaptación para conseguir un sistema que permita una asignación, lo más acertada posible, de presupuestos a sus hospitales, relacionando finalmente, de una forma decidida y ya incuestionable, financiación con producción o case mix.

Al respecto, el **Ministerio de Sanidad de Portugal** trabaja, desde 1985, en colaboración con la Universidad de Yale, con el objetivo de desarrollar y perfeccionar un sistema de financiación hospitalaria basado en **GRD**. Con este fin en 1988 ya se realizaba la codificación de un significativo porcentaje de altas hospitalarias, comenzando, en el año 1990, a utilizarse un método de asignación presupuestaria basado en los denominados pesos relativos portugueses, calculados tomando como referencia los pesos de **Maryland (EEUU)** y adaptándolos posteriormente de acuerdo con los costes y duración de la estancia de cada GRD en sus propios hospitales (8, 9).

También **Bélgica** ha realizado importantes estudios acerca de la utilización de los GRD como sistema de financiación hospitalaria, siendo su gobierno el primero en Europa en introducir oficialmente, a partir del mes de Enero del año 1994, los **AP-GRD (versión 10.0)** para la asignación de presupuestos en hospitales, y también para su gestión (38).

De igual manera el **gobierno de Italia** ha proyectado introducir los **HCFA-GRD** como SCP para la financiación de sus hospitales si, finalmente, el resultado del estudio a nivel estatal, actualmente en curso, valida este sistema (50).

En nuestro país la situación en las diferentes CCAA es bastante parecida a la del resto de Europa, habiéndose realizado tentativas, a diferentes niveles y desde hace bastantes años, para introducir algún sistema basado en GRD para la financiación, presupuestación y gestión de hospitales.

En el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) número 2211, de 29 de Mayo de 1996, se publicó el Decreto 169/1996, de 23 de Mayo (19), por el que se regulaba el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud (SCS). En él se establece que el sistema de pago de los servicios cuya prestación convenga o contrate el SCS, tiene por objetivo la mejora de la eficiencia de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, promoviendo la calidad asistencial y la distribución equitativa de los recursos.

Como consecuencia y desarrollo del precitado Decreto se publicó otro, al año siguiente, por el que se establecían las modalidades de pago que habían de regir la contratación de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud (20). En lo referente a asistencia hospitalaria y especializada, se dispone, en primer lugar, que la hospitalización comprende el conjunto de actividades y procedimientos que se realizan a los pacientes atendidos en régimen de internamiento, así como los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, y en segundo lugar que las técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, comprenden el conjunto de actividades individualizadas (servicios de cirugía menor ambulatoria, hospital de día y tratamientos y pruebas diagnósticas de alta complejidad) que requieren dispositivos específicos para su prestación, con independencia de su complejidad y de la necesidad de internamiento del paciente.

El mismo decreto establece que **el sistema de pago consistirá en la determinación de un parámetro de contraprestación específico** para cada una de los servicios antedichos, **que se ponderarán teniendo en cuenta la complejidad de la patología atendida, por lo que respecta a hospitalización, y el nivel de dotación estructural en todos los casos.**

En hospitalización el parámetro considerado es el alta hospitalaria, que se modula de modo independiente, y con porcentajes variables, por dos factores de corrección, la **Intensidad Relativa Estructural (IRE)**, que tiene en cuenta la estructura de los centros, y

la **Intensidad Relativa de Recursos (IRR)**, basada en la complejidad del conjunto de casos atendido por el centro.

Las altas hospitalarias corregidas por el factor IRE constituyen las “altas hospitalarias moduladas por estructura” y las altas hospitalarias corregidas por el factor IRR constituyen las “altas hospitalarias moduladas por complejidad”. **El sistema prevé la fijación de un precio unitario medio que afectará a los centros de utilización pública de la red hospitalaria.**

En **Galicia**, la Secretaría General del SERGAS (Servicio Gallego de Salud) en su documento “Criterios metodológicos para la elaboración de un contrato-programa o Concierto singular sectorizado de atención especializada a partir de las UPH” (36) marca, también en lo referente a hospitalización, la necesaria evolución hacia métodos que permitan ligar mejor dos conceptos que no siempre han caminado de forma pareja, la actividad asistencial y la financiación necesaria para cumplir los objetivos marcados.

En este sentido, el SERGAS plantea también, por tanto, lo mantenido en la mayoría de foros : que los sistemas basados en el análisis de la casuística permiten un acercamiento mayor entre las culturas de la gestión y de la clínica. Este acercamiento se vería posibilitado por la información proporcionada a las unidades médicas acerca del valor de los recursos que consumen y también de la casuística que atienden.

En la descripción de la metodología a aplicar para financiar la hospitalización, proponen **estandarizar los ingresos mediante la complejidad**, lo que daría como resultado unas unidades homogéneas de producción que denominan “**Unidades de Producción de Hospitalización**” (UPH), que serían calculadas multiplicando el número de altas por la **complejidad (peso relativo del GRD)**. De esta forma, el SERGAS acepta implícitamente no sólo la bondad del sistema GRD, en concreto AP-GRD, sino también la de los pesos relativos estadounidenses como factor modulador de la financiación hospitalaria en Galicia.

La metodología antedicha fue aplicada por primera vez en Galicia, a modo de validación, por la Subdirección General de Planificación Sanitaria y Aseguramiento en un Concierto sectorizado, vigente a partir de enero del año 1996.

La UPH, evidentemente puede ser una opción interesante para unir presupuesto y actividad en el hospital, añadiendo la ventaja de que, al ser fácilmente comprensible para los profesionales sanitarios, facilita un instrumento de diálogo que permite la corresponsabilización de éstos con los objetivos y resultados de los centros hospitalarios.

En el área de la cirugía mayor ambulatoria, el Servicio Gallego de Salud plantea el establecimiento de una relación de intervenciones más importantes y frecuentes, y unas tarifas asociadas para cada una de ellas.

De cara a establecer el nivel óptimo a financiar para cada tipo de actividad, el SERGAS especifica que se tendrán en cuenta las **necesidades de la población** y el **nivel de servicios** alcanzado en el ámbito de influencia del hospital, **incluyendo los concertados**, determinando para ello topes de actividad a partir de los que se aplicaría una tarificación reducida con el objetivo de desincentivar incrementos de actividad en áreas que no la precisan, y, presumiblemente, con la intención lógica de no sobrepasar su presupuesto.

Así para ingresos y, de igual forma, para consultas y urgencias se distingue entre **umbrales de actividad “máxima” y “límite”**. En el caso de que la actividad supere el umbral máximo sería financiada a un determinado porcentaje de la tarifa normal, en función de la capacidad teórica que el centro tiene para generar su propia actividad (30 por ciento en hospitalización, 20 por ciento en consultas y 50 por ciento para las urgencias) y en el caso de que la actividad supere el umbral límite, el centro no recibiría ninguna financiación por la misma.

Por último, el SERGAS también reconoce la necesidad de avanzar en el perfeccionamiento de los contratos, contemplando, para la hospitalización, circunstancias complementarias como :

- La necesidad de controlar la fragmentación de procesos y los reingresos, evitando, en estos casos, la financiación como procesos completos.
- La posibilidad de complementar las UPH con objetivos de ingresos, mínimos y máximos por áreas de actividad, a fin de modular la actividad de acuerdo con las necesidades.

- La definición de actuaciones sobre listas de espera y tiempos de demora.
- El establecimiento de porcentajes máximos de hospitalización de casos potencialmente ambulatorios.
- La definición de objetivos de calidad asistencial real y percibida.
- La determinación de objetivos de coordinación con atención primaria.

El Servicio Gallego de Salud establece adicionalmente dos cuestiones importantes :

- Que el sistema no tiene por qué ser incompatible con el planteamiento de objetivos de carácter operativo, como por ejemplo, la estancia media para cada tipo de proceso, cuestión que vulneraría aparentemente la autonomía de gestión de cada centro, aunque parece también lógico un control del financiador sobre estancias muy por debajo de lo previsto.
- Que la financiación de la actividad docente e investigadora, debería ser diferenciada específicamente, previa evaluación de su coste.

La experiencia en Cataluña y Galicia, se sitúa en el mismo camino inevitablemente también seguido por otras Comunidades Autónomas y que, por lo parecido de sus tesis, no parece necesario mencionar.

En el **País Vasco**, al igual que en Alemania, la experiencia más importante se desarrolló fundamentalmente con PMC, habiéndose **incorporado** más recientemente, pero de pleno, a **la corriente GRD**, con el bagaje de una amplia utilización de la información clínica en sus hospitales y de una contabilidad homogénea y bien adaptada, circunstancias que le han permitido una adecuación fácil y rápida a las nuevas tendencias.

2.6.

FINANCIACION DE LA HOSPITALIZACION EN LA FJD

En lo referente a nuestro hospital, el **Concierto por Proceso** firmado con el INSALUD en el año 1992 supuso la ruptura del tradicional sistema de facturación por estancias y, en consecuencia, el abandono de una práctica que, de forma paradójica, alentaba y premiaba la ineficiencia del hospital, al igual que en el inicial sistema de pago de hospitalización por Medicare en EEUU.

Sin embargo, lo que inicialmente fue considerado tan sólo como un cambio en el procedimiento de facturación, dio paso a una concepción radicalmente diferente del propio modelo de gestión del hospital, que tuvo inevitablemente que transformar de forma drástica sus esquemas.

Desde el principio la aplicación del modelo de pago por proceso dio importantes frutos, tanto económicos como asistenciales. Desde el punto de vista económico, el Concierto supuso la posibilidad de que la Clínica pasara a depender de sí misma, de su trabajo. La relación directa, así establecida, entre facturación y producción, estimuló importantemente la capacidad de respuesta asistencial del hospital, que fue alta, incrementándose la producción, al tiempo que se mantenía el nivel de calidad, que no sufrió deterioro alguno (4, 45).

Sin embargo, la aplicación continuada del Concierto durante el periodo analizado, 1992 a 1996, no sólo dejó claramente al descubierto sus beneficios para la gestión y, en definitiva, para el buen hacer del hospital, sino que también dio lugar a que el tiempo pusiera de manifiesto sus importantes lagunas y deficiencias y, en consecuencia, la necesidad de rectificar y corregirlas.

Al respecto, el mayor inconveniente es que no utiliza un sistema de agrupamiento fundamentado en el consumo de recursos, ya que establece **tarifas según la CIE-9-MC**. A partir de ahí, aparecen otros de menor trascendencia pero de indudable repercusión final, como, por ejemplo, que no todos los procesos tienen tarifa específica o que no es considerado ningún factor que puedan incrementar el coste de cada paciente. Tampoco son tenidos en cuenta los casos extremos en cuanto a la estancia hospitalaria (outliers) y da por sentado que los reingresos son un problema de calidad asistencial cuando ocurren en un plazo de 15 días por el mismo proceso patológico padecido con anterioridad. El Concierto tampoco prevé cambios en la casuística que puedan modificar el tope presupuestario y, en otro orden, los dos tipos de penalizaciones establecidas (por la superación de un tope presupuestario y por la existencia de lista de espera de más de seis meses en hospitalización) hacen que el hospital deba mantenerse en un equilibrio, extremadamente difícil, de actividad/inactividad. Todas estas deficiencias serán posteriormente analizadas.

Como consecuencia de lo anterior, es cada vez más complicado que la continuación del actual Concierto, en la línea de los últimos años, pueda alcanzar acuerdos justos y satisfactorios en el futuro, tanto para el INSALUD como para la FJD.

De igual forma, es prácticamente imposible intentar que estos acuerdos sean, en el aspecto técnico, la base de un sistema de contratación fácilmente utilizable para la concertación de servicios de hospitalización con otras aseguradoras.

En el contexto de **búsqueda de alternativas** que permitan mejorar técnicamente nuestro Concierto con el INSALUD se inició esta tesis, y también en el intento de dotarlo de una **adaptabilidad, que permita hacerlo extensivo con facilidad al resto de entidades que completan el espectro de clientes de nuestro hospital**.

La consistencia, en el plano teórico, de los tres sistemas de GRD anteriormente mencionados, junto a su utilización creciente en gran número de países de nuestro entorno, inevitablemente lleva a elegirlos en este estudio para su evaluación y contrastación en el ámbito de la Fundación Jiménez Díaz.

En el momento de plantear la presente investigación pareció suficientemente claro que no merecía la pena introducir en la validación otros SCP, como Disease Staging o Patient

Management Categories, puesto que su utilización está en franco retroceso, así como por un imposible comparativo ante la casi absoluta falta de estándares.

LA REORGANIZACION DE LA FJD

Parece necesario introducir en este punto, una reflexión sobre cuáles son las necesidades actuales de cambio en la gestión de la FJD para lograr mayores cotas de eficiencia, y cuál será el camino a seguir.

Actualmente el Sistema Nacional de Salud se encuentra en los comienzos de una profunda reforma en sintonía con las tendencias en los países de la Unión Europea. Esta reforma se fundamenta en la **separación entre la financiación del sistema y la provisión de los servicios**.

Por una parte, la universalidad, la equidad y la accesibilidad estarían garantizadas por la regulación del sistema realizada por los gobiernos de cada país. Por otra, la provisión, pública o privada, incardinada en un sistema de competencia ordenado de igual forma, incrementaría las posibilidades de elección del ciudadano.

Como consecuencia de lo anterior, la rapidez con que se empiezan a registrar cambios en el sector hospitalario, exige, especialmente a hospitales concertados con el SNS, innovaciones constantes, y el **abandono de las viejas estructuras, grandes, complejas y burocratizadas**, buscando una mayor flexibilidad y, por lo tanto, una mayor capacidad de adaptación al medio.

Según Astorqui, Bengoechea y López Varela (5) las tendencias se sitúan, al igual que en otros muchos hospitales, en **descentralizar la responsabilidad de la gestión en los Servicios Médicos**, agrupados de acuerdo con sus sinergias para aprovecharlas, pero evitando la atomización del hospital.

Existe, por tanto, un alto grado de consenso acerca de la **necesidad de incrementar de forma directa la gestión clínica en el hospital**, en función de la reconocida importancia otorgada a la **decisión clínica como eje sobre el que pivotará el futuro sistema**, y todo ello, en un intento de adaptación a mercados con tendencia a la fragmentación por especialidades, por grupos de procedimientos o líneas de producto, o por tipo de tecnología.

A partir de ahora ya no será infrecuente la contratación de servicios, al igual que en el sector privado asegurador, de acuerdo con criterios de calidad y coste, pudiendo contratarse determinados servicios prestados por un hospital y no los del hospital en su conjunto.

Todo ello conduce a la necesidad de que cada unidad del hospital, cada *centro de negocio*, conozca su propio mercado y pueda adaptarse con flexibilidad al mismo, gozando de un alto grado de autonomía y a la vez participando de las líneas estratégicas comunes del hospital, como punto de orientación de todas sus decisiones.

En el lado opuesto de la balanza se encuentra una situación, frecuente en la mayoría de hospitales, consistente en que los Jefes de Servicio son profesionales sanitarios con alta o muy alta cualificación clínica, docente e investigadora, pero que desconocen, en mayor o menor grado, las técnicas de gestión. Al respecto parece ciertamente improbable que una formación adecuada, uniforme y rápida en cursos específicos de capacitación para estas tareas de gestión pudiera ser eficaz, en un entorno que es cada vez más competitivo y que está sometido a una evolución progresivamente acelerada en todos y cada uno de los anteriores aspectos, requiriendo la puesta constante al día en todos ellos. Sin embargo, la solución tampoco puede estar en dar paso a más gestores para cada agrupación de servicios, tanto por la carencia crónica de ellos, como por la imposibilidad de soportar unos costes estructurales de la consiguiente magnitud.

El plan de la FJD, para abordar esta situación, consiste en un nuevo diseño organizativo, de tipo matricial, que desarrolla la figura de los **Jefes de Producto o de Area**.

Estos Jefes de Producto o de Area de la FJD, tal y como lo plantean **Astorqui, Bengoechea y López Varela**, serían gestores con una buena formación teórica, que recibirían un contrato de formación práctica en gestión hospitalaria. Durante el primer año rotarían por las diferentes áreas generales de gestión de la FJD, con el propósito de adquirir suficientes

conocimientos prácticos y la visión de conjunto del hospital. En el segundo y en el tercer año, pasarían a ser Jefe de Producto Adjunto y Jefe de Producto respectivamente, encargándose de dinamizar todas las actividades de gestión necesarias para el grupo de servicios que le hubiera sido asignado.

La forma de descentralización adoptada por la FJD supone un esfuerzo, tanto de imaginación para su desarrollo, como de constancia para llevarla a buen puerto. A pesar de ello, no cabe duda de que en el entorno actual y, más aún, en el de los próximos años, esta innovadora solución puede convertirse en nuestra única posibilidad real de supervivencia. Es también presumiblemente cierto que esta alternativa llevará de la mano, como herramienta de presupuestación y gestión, la información clínica analizada a la luz del sistema GRD.

3.

OBJETIVOS E HIPOTESIS

3.1.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluación de los sistemas de clasificación de pacientes HCFA-GRD, AP-GRD y APR-GRD para la concertación de la hospitalización en la Fundación Jiménez Díaz, como posibles alternativas a los procedimientos de facturación actualmente utilizados, tanto en el sector correspondiente al Sistema Nacional de Salud, como en el sector privado.

3.2.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- **Estudio de los HCFA, AP y APR-GRD de buen y mal comportamiento** según la desviación registrada individualmente entre el coste real de cada paciente y el coste teórico esperado en función del grupo que el sistema de clasificación de pacientes le asigna.
- Desarrollo y enunciación de planteamientos enfocados a la **corrección de las deficiencias** detectadas en el actual Concierto INSALUD-FJD.

El resto de objetivos secundarios se establecen únicamente para el sistema de clasificación **AP-GRD**, escogido por ser el más aceptado actualmente y por constituir, con bastante probabilidad, el que se adopte finalmente para la concertación de los servicios de hospitalización dentro de todo el SNS.

- Cálculo de los **pesos relativos** del hospital (**AP-GRD**).
- Establecimiento de unas **tarifas** adecuadas por AP-GRD, que supongan la recuperación de costes para la FJD y una mejor contratación de los servicios de hospitalización para el Sistema Nacional de Salud, como base para la cooperación y fácil entendimiento entre ambas partes.

- Definición de la **posición de la facturación de la FJD por AP-GRD**, por alta y por punto, con respecto a los **costes de los hospitales del INSALUD por AP-GRD**, igualmente por alta y por punto.
- Definición de la posición de la **estancia media** de cada **AP-GRD en la FJD** frente a la registrada en los hospitales del **INSALUD** en el **año 96**, como indicador comparativo de la gestión realizada en el mismo periodo en la FJD.

HIPOTESIS

El actual Concierto por proceso INSALUD-FJD, con **tarifas por CIE-9-MC**, tiene una **escasa capacidad de adaptación a los costes individuales de cada proceso** de hospitalización atendido en la Fundación. Por este motivo, la evolución hacia un **Concierto basado en GRD**, bien HCFA-GRD, AP-GRD y especialmente APR-GRD (dada su mayor sensibilidad teórica para identificar la diferencias de cada tipo de paciente), dotaría al sistema de concertación de una **mayor fiabilidad** y de una **mejor adecuación** a toda la casuística de hospitalización, proporcionando, en general, a las entidades contratantes de nuestros servicios de hospitalización, y a la propia Clínica, un **instrumento de negociación** seguro y fácil de utilizar.

Por tanto :

- *“Un sistema de facturación basado en la agrupación por APR-GRD, mejoraría, desde un punto de vista técnico, el sistema de concertación; dada su mayor sensibilidad para explicar la variabilidad en los costes de cada grupo de pacientes”.*

HIPOTESIS SECUNDARIAS

- *“Los sistemas basados en HCFA-GRD y AP-GRD mejorarían igualmente el sistema de concertación, aunque en menor grado que los APR-GRD, dada su menor capacidad para estimar los niveles de complejidad asociados al patrón de consumo de recursos ocasionado por la evolución de cada paciente”.*
- *“Las tarifas de la FJD se situarían en la mayor parte de casos por debajo de los costes medios de hospitalización por AP-GRD de los hospitales del INSALUD y, especialmente, de los de nivel terciario”.*
- *“La tarifa media por alta de hospitalización en la FJD sería menor que los costes por alta de un hospital de nuestro mismo nivel de la red INSALUD, que atendiera idéntica casuística”.*
- *“La estancia media de los AP-GRD más representados cuantitativamente se situaría por debajo de la registrada en los hospitales del INSALUD, y la estancia media global de la FJD sería inferior a la un hospital del INSALUD que teóricamente hubiera tenido la misma casuística que la atendida por la FJD en 1996”*

4.

MATERIAL Y METODOS

4.1.

AMBITO DEL ESTUDIO

El ámbito del estudio fue el área de hospitalización de la Fundación Jiménez Díaz (Clínica de Nuestra Señora de la Concepción).

Para la comprensión integral del ámbito de esta investigación, es necesario la aproximación a tres circunstancias interrelacionadas y encadenadas cronológicamente :

- La historia de la Fundación Jiménez Díaz, que explica el por qué se llega a la situación que finalmente da origen a los acuerdos previos de 1991.
- El Concierto por Proceso firmado en 1992 .
- La situación de la Clínica cinco años después de ser aplicado el nuevo sistema de facturación.

4.1.1.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FJD Y ETAPAS EN LA CONCERTACION CON LA SEGURIDAD SOCIAL

Antecedentes históricos de la FJD

Año 1935

- Los antecedentes históricos de la Fundación Jiménez Díaz se sitúan en el año 1935, cuando el **Profesor Carlos Jiménez Díaz**, desde su Cátedra de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Atocha, consigue establecer un nexo entre la investigación y la clínica, creando el Instituto de Investigaciones Médicas adscrito a su cátedra. Desde sus inicios, Jiménez Díaz contó con la colaboración de prestigiosos clínicos e investigadores como Barreda, Ochoa, Castro, Arjona, Miñón, Vivanco, Villasante, Parra, Alés y Morales, entre otros.

Año 1940

- El trabajo iniciado se interrumpe por la guerra civil y a los pocos meses de concluida, el día **13 de febrero de 1940**, el Instituto retoma su trabajo de investigación en un pequeño edificio situado en la calle Granada de Madrid, siendo trasladado posteriormente a la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense (40).

Años 1950-1955

- Por Decreto Oficial de 4 de Diciembre de 1953, se crea el **Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas**. Mientras tanto, es concedido a Jiménez Díaz el edificio del **Instituto Rubio**, reconstruido tras la guerra civil. En sus instalaciones, se inaugura, también en un **13 de febrero**, el del año **1955**, la **Clínica de la Concepción**, con el objetivo de desarrollar su actividad integrando, igualmente, asistencia e investigación clínicas. Desde el primer momento, se establece un **Concierto con el Instituto Nacional de Previsión** para atender a los enfermos de la Seguridad Social. En estos años se unieron al proyecto en marcha de Jiménez Díaz muchos médicos jóvenes, como Hernando, Oliva, Rábago, Sánchez Fayos o Jiménez Casado. Todos ellos, cada uno en su área, van incorporando nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas para la Clínica, constituyendo una clara referencia tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. Es entonces cuando en el hospital se realizan los primeros trasplantes de riñón y la primera cirugía con extracorpórea del país, se crea el banco de sangre y se tratan los primeros enfermos con la bomba de cobalto.

Año 1956

- En el aspecto docente la incorporación de los estudiantes de Medicina de la **Universidad Complutense** se produjo de forma inmediata a la apertura de la Clínica, dándose formación desde 1956 a 1960 a un pequeño número de veinte alumnos por curso, cumpliéndose así finalmente **la idea de Jiménez Díaz de integrar clínica, investigación y docencia**.

Año 1960

- A partir de 1960 se realizan los primeros programas de enseñanza para **Médicos Internos y Residentes**, estableciéndose el acceso mediante un examen nacional, que da paso a la formación en casi todas las especialidades existentes en la Clínica. En los años setenta este sistema sería implantado en España, con el nombre de **formación M.I.R.**

Año 1963

- En este año se constituye la **Fundación Jiménez Díaz**, que integra, además del Instituto de Investigaciones Médicas y la Clínica de la Concepción, a la Asociación Protectora de la Cátedra del Profesor Jiménez Díaz. En este mismo año, se inaugura en la Clínica la primera Unidad de Vigilancia Intensiva del país.

Años 1967-1970

- En 1967, **muere el Profesor Carlos Jiménez Díaz**. Tres años más tarde, bajo la dirección del Dr. Eloy López García, la Fundación se integra en la nueva Facultad de Medicina de la **Universidad Autónoma de Madrid**, formándose en el hospital, desde entonces y de forma ininterrumpida, estudiantes de la licenciatura de Medicina y de la Escuela Universitaria de Enfermería. De igual manera, es necesario reseñar la trascendental importancia en la FJD de los programas de formación de becarios, en el área clínica y en el área de investigación, siempre a cargo de investigadores de renombre internacional.

Etapas en la concertación con la Seguridad Social

Los acuerdos o conciertos que desde el inicio de su actividad asistencial se han venido firmando con la **Seguridad Social** (cliente que actualmente absorbe el 85 por ciento del total de actividad) han tenido cuatro etapas bien delimitadas.

Años 1955-1977

- **En la primera etapa, desde los orígenes de la Clínica de la Concepción en el año 1955 hasta 1977, los Conciertos, en lo referente a hospitalización, estuvieron basados en la tarifa por estancia, si bien mantenían una cláusula de regularización a consecuencia de unas tarifas muy por debajo del coste real. La existencia de dicha cláusula significaba que el Instituto Nacional de Previsión, al cierre del año, tras un análisis conjunto con la Clínica, abonaba la diferencia entre costes y tarifas.**

Años 1977-1989

- **La desaparición de la cláusula de regularización, coincidiendo con la extinción del Instituto Nacional de Previsión, supuso para la Fundación Jiménez Díaz la entrada, en la década de los ochenta, en una situación enormemente adversa. En aquellos años, ejercicio tras ejercicio, se fueron acumulando importantes pérdidas, circunstancia que se vuelve prácticamente insostenible y hace pensar en la integración en el INSALUD mediante el traslado al Hospital de Alcalá de Henares, como una posible vía alternativa al cierre. Dicha integración, finalmente, no se llevó a cabo. Esta segunda etapa en la que la Fundación está, ciertamente, en trance de desaparecer, concluye en el año 1989, con la firma de un nuevo Concerto, que establece el pago de la hospitalización por tramos de estancia.**

Años 1989-1991

- **La tercera etapa iniciada con el Concerto de 1989 que establece tarifas progresivamente decrecientes para cada uno de los tramos, no supuso una situación de clara mejoría en los resultados del hospital, a pesar de la teórica bondad del nuevo sistema de segmentación. A lo largo de ella el hospital siguió manteniendo unos parámetros similares en lo referente a los indicadores básicos : la estancia media no variaba y las tarifas no equilibraban, en modo alguno, los costes de hospitalización.**

Años 1991-1998

- Esta situación dura hasta **1991**, año en el que el Ministerio de Sanidad y Consumo considera inaplazable la necesidad de finalizarla, pactando con la Fundación las líneas básicas para establecer, de modo ciertamente precursor, un **Concierto basado en el pago por proceso**. Este Concierto habría de ser singular y constituiría la primera experiencia de estas características registrada en nuestro país.

4.1.2.

EL CONCIERTO DE 1992

La discusión del modelo se llevó a cabo durante el último semestre del año 91 y los dos primeros meses del año 92, firmándose, finalmente, el 4 de marzo de aquel año el primer Concierto por Proceso INSALUD-FJD con carácter de retroactividad desde el mes de agosto de 1991 (27).

Dado que, por un lado, la experiencia en España en lo referente a Sistemas de Clasificación de Pacientes era relativamente pequeña en aquellos años y que, por otro, existía una importante controversia en el Ministerio de Sanidad acerca de qué sistema, fundamentalmente GRD o PMC, tenía mejor planteadas sus bases teóricas, y cuál sería el que mejor se podría adaptar a la situación de nuestros hospitales, se propuso un Concierto basado en el común denominador de ambos, la CIE-9-MC.

El Concierto se pudo desarrollar a partir de un estudio en el que se realizó la **codificación retrospectiva** de las altas registradas en el hospital durante el **año 1990** y la **estimación del coste** de cada uno de dichos procesos. De este estudio se extrajeron aquellos procesos más frecuentes y se les adjudicó una tarifa individualizada a cada uno de ellos, estableciéndose un pago específico para el 40 por ciento de los pacientes (80 por ciento de los quirúrgicos) y un pago acorde con una tarifa media para el resto de pacientes.

Lo que se buscó en este primer Concierto por Proceso fue no variar sustancialmente la facturación media por paciente del año anterior, aspecto que se cumplió con bastante rigor, ya que la facturación real, realizada de acuerdo con el sistema anterior por tramos de estancia, era de 385.000 pts (la estancia media en 1991 era algo mayor de 14 días) y conforme al nuevo procedimiento la facturación media se fijaba en **397.000 pts**.

Este acuerdo firmado entre el Instituto Nacional de la Salud y la Fundación Jiménez Díaz en el año 1992, es el que sigue vigente en la actualidad, siendo actualizado, mediante cláusulas adicionales de periodicidad anual, con el fin de revisar los objetivos asistenciales y el régimen económico, si bien a año prácticamente vencido.

En dicho acuerdo entre el INSALUD y la FJD, se establece la prestación de asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social, con un **carácter sustitutorio** para los distritos de Centro y Arganzuela de Madrid, lo que significa que el hospital, aún no siendo del sistema público, se constituye en hospital de referencia para la población de estas áreas; y con un **carácter complementario** para el resto de la Comunidad Autónoma de Madrid, así como para las demás Comunidades Autónomas gestionadas directamente por el INSALUD.

La oferta de la Fundación Jiménez Díaz viene conformada por una cartera específica de servicios, mientras que la acreditación del hospital está determinada por el mantenimiento de los recursos y requisitos técnico-asistenciales expresamente definidos en los anexos del Concierto.

También el hospital se encuentra obligado al cumplimiento de las condiciones generales sobre dotación y equipamiento señalados en el Anexo de la Resolución de 11 de Abril de 1980 de la Secretaría de Estado para la Sanidad, para el Grupo VII, Nivel III, en que se encuentra clasificado.

La producción estimativa del hospital para cada año, como hospital sustitutorio, viene determinada en la cláusula adicional anual con las limitaciones que posteriormente serán expuestas.

En lo referente a hospitalización, se mantienen las dos posibilidades de facturación anteriormente mencionadas, los procesos con **tarifa específica** (recogidos en el Anexo II del Concierto) que se facturan de acuerdo con unas tarifas asociadas individualmente a un código CIE-9-MC, y los procesos no recogidos en el mencionado anexo, para los que se establece una **tarifa media** fijada también anualmente, que es independiente del tipo de proceso y de los días de estancia del paciente en la Clínica.

A los procesos de cirugía mayor con tarifa especificada en el Anexo II, que se resuelven sin hospitalización del paciente, se les aplica la misma tarifa que si precisaran hospitalización.

Las **prótesis** implantadas al paciente se facturan por el total de su importe, de forma independiente de las tarifas de hospitalización mencionadas, con la peculiaridad de que las utilizadas en la asistencia sanitaria prestada como hospital sustitutorio están comprendidas en el presupuesto total del hospital.

El importe a abonar por el INSALUD, como contraprestación de los servicios de carácter sustitutorio que el hospital presta a los beneficiarios de la Seguridad Social, se puede revisar anualmente, y es determinado en función de los ajustes realizados con motivo de los cambios que se realicen en la actividad pactada.

Este importe total tiene el comportamiento de **tope presupuestario**, debido a que, si se produce un incremento en la facturación igual o inferior al uno por ciento de la mencionada cifra, el INSALUD abona la cantidad que resulta de aplicar el 80 por ciento a los precios de los servicios adicionales prestados. En el caso de incrementos de facturación superiores al uno por ciento, el INSALUD paga el 25 por ciento de los servicios adicionales prestados.

En cuanto a la **lista de espera**, el hospital debe mantener permanentemente actualizado y depurado el censo de pacientes pendientes de ingreso pertenecientes a su Área. Al respecto, el Concierto establece, por cada paciente que esté en lista de espera más de seis meses, una penalización equivalente al 25 por ciento del precio medio de dichos servicios no prestados. El censo considerado a estos efectos es el existente a fecha 31 de diciembre de cada año.

En los casos de **reingreso del paciente** en el plazo de **15 días**, contados a partir del anterior alta de hospitalización, el hospital no puede facturar el segundo proceso si el motivo de ingreso obedece a la misma enfermedad que ocasionó el ingreso anterior.

A partir del año 93, tras estudio presentado por la Fundación, quedaron excluidos de esta limitación los ingresos por quimioterapia que precisen internamiento en un periodo inferior a 15 días.

En cuanto a requisitos de información clínica, el Concierto especifica que el hospital está obligado a remitir al INSALUD, junto a la facturación mensual, la **información de los**

diagnósticos y procedimientos de cada proceso de hospitalización **codificados con la CIE-9-MC** y, en el aspecto documental, el **informe de alta** de cada paciente.

Hasta aquí las particularidades, referidas a la hospitalización, de mayor relevancia en la letra del actual Concierto.

Su aplicación durante el periodo 1992-1996, ha puesto claramente de manifiesto **diferentes problemas**, los derivados de su propia articulación inicial, y los originados como consecuencia de los insuficientes procedimientos de regularización anual, que, en ningún caso, han permitido una revisión más o menos amplia de sus conceptos.

Estas deficiencias son las siguientes :

- **No utiliza un sistema de agrupamiento fundamentado en el consumo de recursos**

La CIE-9-MC no es, en modo alguno, un sistema adecuado para la facturación de los procesos de hospitalización, aunque sea una excelente clasificación nosológica de enfermedades y la base de la mayoría de los SCP con grupos ligados al consumo de recursos. Esta deficiencia, conocida desde el principio, se estimó, al menos desde la Fundación, que podría ser revisable en los años siguientes a la firma. No ha sido así.

- **No todos los procesos tienen tarifa específica**

El Concierto se realizó identificando inicialmente los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, para los que se acordó una **tarifa específica**. Para aquellos procedimientos quirúrgicos no expresamente referidos en el Anexo II del acuerdo y para todos los casos médicos, con la excepción de las tarifas recientemente incluidas para SIDA e Infarto de miocardio, se acordó una **tarifa media**, igual para todos ellos.

La experiencia de cinco revisiones dice que, principalmente, se han ido sacando del grupo de tarifa media, aquellos procesos cuyo coste estaba claramente por debajo de ella, *asignándoles una tarifa más acorde, más baja, no equilibrándose la balanza con aquellos procesos con coste ostensiblemente mayor que la tarifa media, que no fueron extraídos de dicho grupo.*

- **No considera factores que puedan incrementar el coste de cada paciente**

La no consideración de condiciones que pueden modificar el coste como complicaciones, comorbilidades, procedimientos quirúrgicos secundarios o edad del paciente, está propiciando la existencia de un riesgo económico cierto en cada caso.

En los ingresos de tipo médico no existe una sola variable que influya en el precio, con excepción de los casos mencionados. Esta situación representa un peligro financiero evidente para el hospital que, por ejemplo, factura a un mismo precio una leucemia aguda y un ictus transitorio.

- **Casos extremos en cuanto a estancia en el hospital (outliers)**

El Concierto no considera los casos con estancia muy superior a la media de su grupo, olvidando, por ejemplo, aquellos procesos cuya alta estancia pueda estar originada por una problemática de tipo social, circunstancia, en gran medida, independiente de la gestión del propio hospital. Esta situación es realmente importante para un centro que atiende, con carácter sustitutorio, una población tan envejecida y con tantas dificultades económicas y sociales, como es la perteneciente a los distritos de Centro y Arganzuela.

- **Reingresos**

Los reingresos en un periodo de 15 días no se pueden facturar si se deben al mismo proceso patológico que originó el anterior ingreso. Esta cláusula, exigida por el INSALUD como “cláusula de aseguramiento de la calidad asistencial”, puede que no se esté comportando como tal o, al menos, no lo hace en muchos casos, ya que son relativamente frecuentes los reingresos en patologías crónicas, sin que, en modo alguno, medie una mala práctica por parte del hospital.

- **Cambios en la casuística**

La posibilidad de cambios no controlables en la casuística que atiende el hospital, como por ejemplo el incremento de población inmigrante, unido, entre otros factores, al mencionado envejecimiento del área, son circunstancias no tenidas en cuenta en el actual Concierto y que deberían ser sopesadas a la hora de modificar o corregir el tope presupuestario impuesto en la renegociación anual.

- **Difícil gestión presupuestaria del hospital**

Los dos tipos fundamentales de penalizaciones establecidas en el Concierto; por un lado, la debida a la superación del tope presupuestario y, por otro, la ocasionada por la existencia de lista de espera, hacen que el hospital deba mantener un equilibrio extremadamente difícil en la gestión del presupuesto. Esta circunstancia se ve agravada por una facturación de hospitalización prácticamente superponible al coste generado por la prestación de dicha asistencia y, también, por la existencia de un crecimiento de tarifas progresivamente decreciente, con un incremento medio de un 7 por ciento entre 1992 y 1996, frente a una inflación general acumulada en estos mismos años de un 23 por ciento.

Al iniciar la descripción del epígrafe se decía que era necesario, para la comprensión del ámbito de este estudio, el conocimiento de tres circunstancias fuertemente vinculadas y cronológicamente encadenadas; la primera, la propia historia de la Fundación Jiménez Díaz, su origen y el por qué se llega a la situación que finalmente desemboca en los acuerdos de 1992, la segunda, el Concierto que acabamos de analizar, y, en tercer lugar, la situación de la Clínica en 1996, a los cinco años de ser aplicado el acuerdo, situación que es revisada a continuación, junto con un estudio de la evolución durante el mencionado periodo.

4.1.3.

LA FUNDACION JIMENEZ DIAZ EN EL AÑO 1996 Y SU EVOLUCION DESDE 1992

Datos estructurales y de actividad

En el año 1996 la Fundación Jiménez Díaz, es un hospital general, con asistencia materno-infantil, que presenta la siguiente **estructura general (37)** :

Camas totales (aforo)	601
Camas disponibles	556
Camas SNS	504
Camas disponibles SNS	466
Quirófanos centrales	12
Quirófanos Unidad de Cirugía Sin Ingreso (desde Julio 96)	2

Tabla II

Los recursos humanos a 31 de diciembre de 1996 eran los siguientes :

Personal	Fijo	Eventual	Total
Directivo	10	0	10
Facultativo	208	37	245
Residentes	134	0	134
DUE/ATS	417	59	476
Técnico Sanitario	120	18	138
Auxiliar Sanitario	348	42	390
Administrativo	223	21	244
Técnico no sanitario	11	1	12
Conservación	44	3	47
Area hostelera	190	2	192
Asesores Jurídicos	2	0	2
Total	1.707	183	1890

Tabla III

Los **ratios de personal** eran en 1996 los siguientes :

Personal / cama	3,14
Personal / cama ocupada	3,82
Personal sanitario total / cama	2,30
Personal sanitario total / cama ocupada	2,80
Facultativo / cama	0,63
Facultativo / cama ocupada	0,77
ATS / cama	0,79
ATS / cama ocupada	0,96
Personal no sanitario / cama	0,84
Personal no sanitario / cama ocupada	1,02
Relación personal sanitario / no sanitario	2,73
Relación médicos / ATS	0,80

Tabla IV

El **absentismo** (en jornadas de trabajo) en 1996 fue :

Enfermedad común	2,41 %
Maternidad	0,55 %
Accidentes de trabajo	0,29 %
Otras causas	0,23 %
Total	3,48 %

Tabla V

La **edad media del personal** de la FJD en 1996 era :

Personal médico	44 años
Personal no médico	41 años

Tabla VI

La **actividad total** de la FJD fue durante 1996 la siguiente :

Intervenciones quirúrgicas totales	10.770
Intervenciones quirúrgicas programadas	8.679
Intervenciones quirúrgicas urgentes	1.307
Intervenciones Cirugía Mayor Ambulatoria	784
Consultas totales	111.371
Primeras consultas	61.263
Consultas sucesivas	50.108
Altas totales	22.987
Altas Unidad de Cirugía Sin Ingreso (desde Julio 96)	784
Urgencias atendidas	53.137
Urgencias ingresadas	9.965

Tabla VII

Los **indicadores de hospitalización** más importantes durante el año 96 fueron :

Estancia media	7,9 días
Estancia media (ingresos urgentes)	10,8 días
Estancia media (ingresos programados)	5,6 días
Peso relativo (AP-GRD)	1,6173
Tasa de mortalidad	4,2 %
Tasa de ocupación (sobre aforo)	82,3 %
Tasa de urgencias ingresadas	18,8 %
Presión de urgencias	43,4 %
Relación enfermos externos / internos	4,7 / 1
Promedio intervenciones quirúrgicas / día laborable	43,4

Tabla VIII

Datos económicos

Operaciones de funcionamiento en 1996 :

Consumos de explotación y otros gastos externos	4.697.472	30.93 %
Gastos de servicios exteriores	613.692	4.04 %
Otros gastos de gestión corriente	14.965	0.10 %
Gastos de personal	9.149.129	60.24 %
Gastos financieros	88.015	0.58 %
Gastos de amortizaciones	602.178	3.97 %
Dotación de provisiones	21.867	0.14 %
Total gastos	15.186.527	100.00 %

Tabla IX

Datos en miles de pesetas

Los gastos de adquisición de materiales fueron en 1996 :

Material de oficina y diversos	73.708
Material de limpieza y aseo	33.430
Material sanitario de consumo	1.567.644
Prótesis	836.978
Menaje, cubertería y vajilla	3.323
Vestuario, lencería y calzado	31.422
Productos farmacéuticos y hemoderivados	946.900
Material de conservación y combustibles	94.361
Total	3.587.766

Tabla X

Datos en miles de pesetas

Las **inversiones** realizadas durante el año 1996 fueron las siguientes :

Construcciones	748.726
Instalaciones técnicas	186.932
Maquinaria y aparatos	197.775
Instrumental y utillaje	72.838
Otras instalaciones	43.841
Mobiliario	77.951
Equipos proceso información	100.690
Inmovilizaciones en curso	343.477
Total	1.772.230

Tabla XI

Datos en miles de pesetas

El año 1996 fue un año de consolidación de las estructuras físicas de la FJD, entre las que caben destacar las nuevas instalaciones del **Servicio de Urgencias**, la puesta en marcha de la **Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI)**, las nuevas unidades de **Cirugía Estereotáxica** y de la **Epilepsia** y la instalación del **segundo acelerador lineal** en el Servicio de Radioterapia.

Evolución registrada durante el periodo 1992-1996

Los **datos más significativos** en cuanto a la evolución registrada en estos últimos cinco años son los siguientes :

EVOLUCION 1992-1996	1992	1993	1994	1995	1996
Camas instaladas	702	670	634	643	601
Estancias	212.750	200.311	180.623	186.473	180.585
Altas	19.211	19.751	20.310	21.598	22.987

Tabla XII

En el año 96 se incluyen 784 altas de la UCSI

EVOLUCION 1992-1996	1992	1993	1994	1995	1996
Estancia Media	11,07	10,14	8,89	8,63	7,86
Tasa de ocupación	83,0	81,9	78,1	79,5	82,3

Tabla XIII

EVOLUCION 1992-1996	1992	1993	1994	1995	1996
Intervenciones quirúrgicas	9.332	9.410	9.174	9.763	10.770

Tabla XIV

EVOLUCION 1992-1996	1992	1993	1994	1995	1996
Primeras consultas	44.534	56.379	55.952	56.632	61.263
Consultas sucesivas	60.114	55.634	46.338	45.522	50.108

Tabla XV

EVOLUCION 1992-1996	1992	1993	1994	1995	1996
Total Urgencias	40.434	42.553	45.231	48.165	53.137
Urgencias no ingresadas	31.728	33.723	35.996	38.828	43.172
Urgencias con ingreso	8.706	8.830	9.235	9.337	9.965

Tabla XVI

EVOLUCION 1992 - 1996 (CAMAS INSTALADAS)

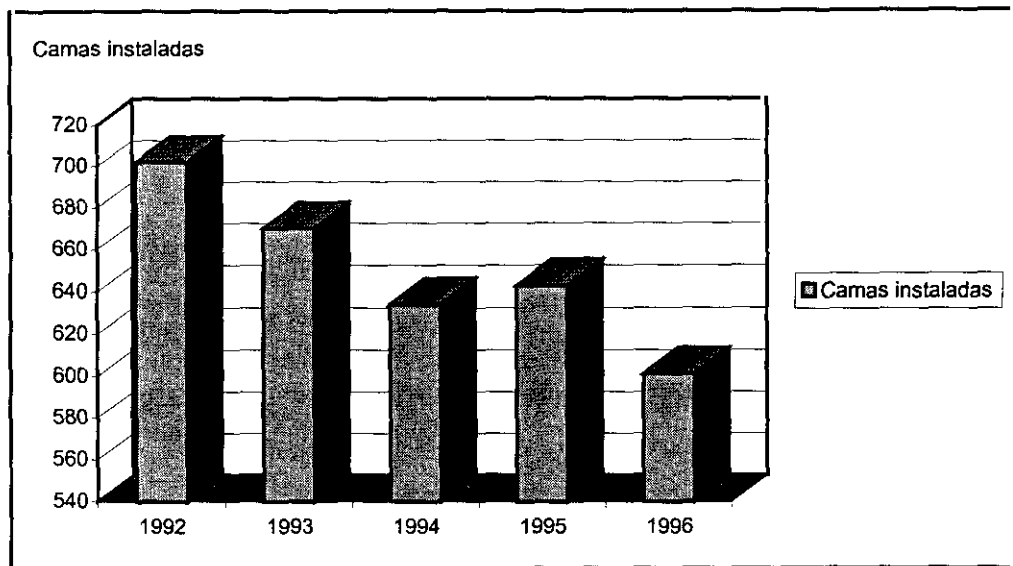


Figura 1

- La transformación de la estructura de hospitalización en estos años supuso la **reducción de 101 camas**, lo que en porcentaje significó desinstalar un **14,4 por ciento** de las existentes en 1992.

EVOLUCION 1992 - 1996 (ESTANCIAS TOTALES)

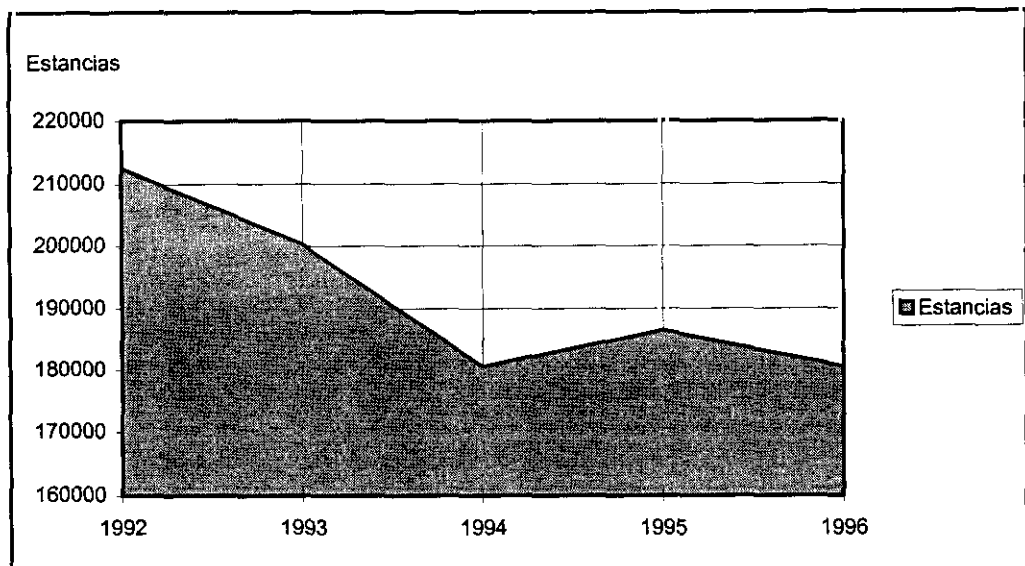


Figura 2

- El número total de estancias de nuestros pacientes en el hospital **se redujo en cifras absolutas 32.165 días**, lo que supuso la disminución del **15,1 por ciento**. Es necesario tener en cuenta que, en igual o parecida proporción, se ven disminuidos los gastos de hostelería del hospital en ese periodo.

EVOLUCION 1992 - 1996 (ALTAS)

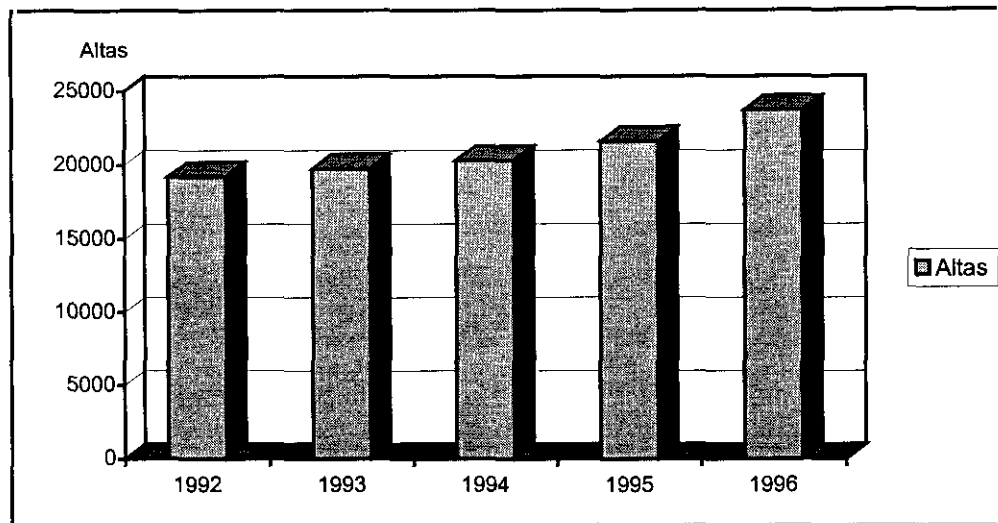


Figura 3

- El número de altas **aumentó en 3.776**, lo que supuso el incremento de un **19,7 por ciento**.
- Se ingresaron, por tanto, un **19,7 por ciento** más de pacientes en un **14,4 por ciento** menos de camas.

EVOLUCION 1992 - 1996 (ESTANCIA MEDIA)

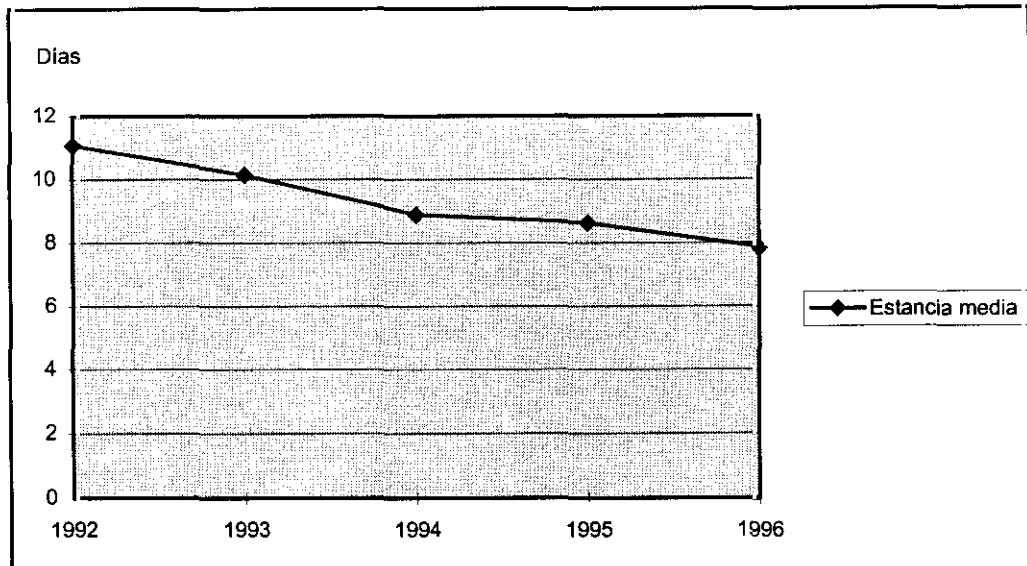


Figura 4

- La estancia media se redujo en un **29,1 por ciento**, pasando de 11,1 días en el año 1992 a **7,9 días** en el 96. Como término medio cada paciente que ingresó en el hospital en 1996 permaneció 3,2 días menos.

EVOLUCION 1992 - 1996 (TASA DE OCUPACION)

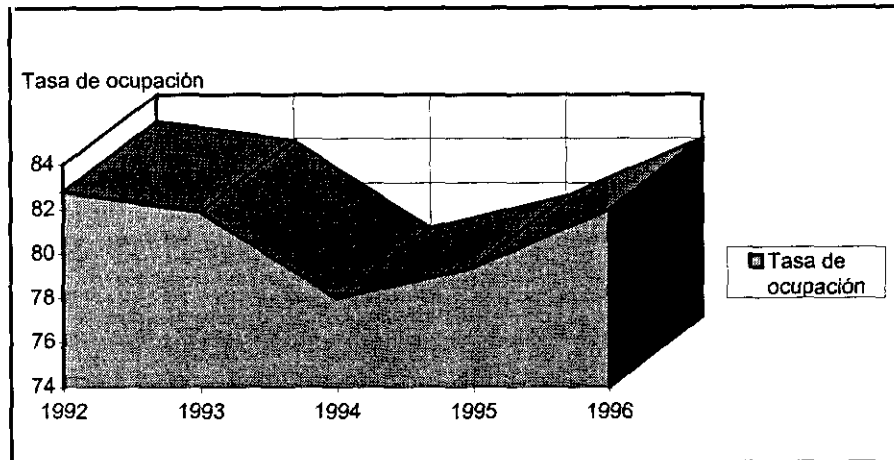


Figura 5

- La tasa de ocupación al final del periodo se situó en un **82 por ciento**, cifra similar a la de partida en el año 1992, registrándose un bache en la ocupación del hospital en 1994.

EVOLUCION 1992 - 1996 (INTERVENCIONES QUIRURGICAS)

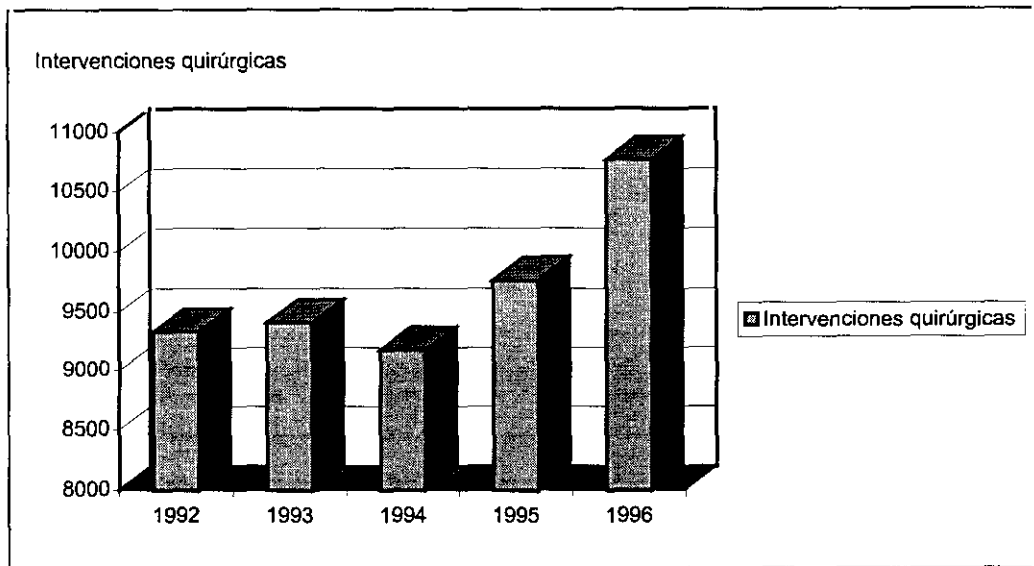


Figura 6

- El **incremento** del número de intervenciones fue de **15,4 por ciento**, lo que significó hacer **1.438 intervenciones más** en 1996 que en 1992 y, curiosamente, 1.596 más que en 1994.
- El mayor crecimiento se registró, por tanto, entre 1994 y 1996.

EVOLUCION 1992 - 1996 (CONSULTAS)

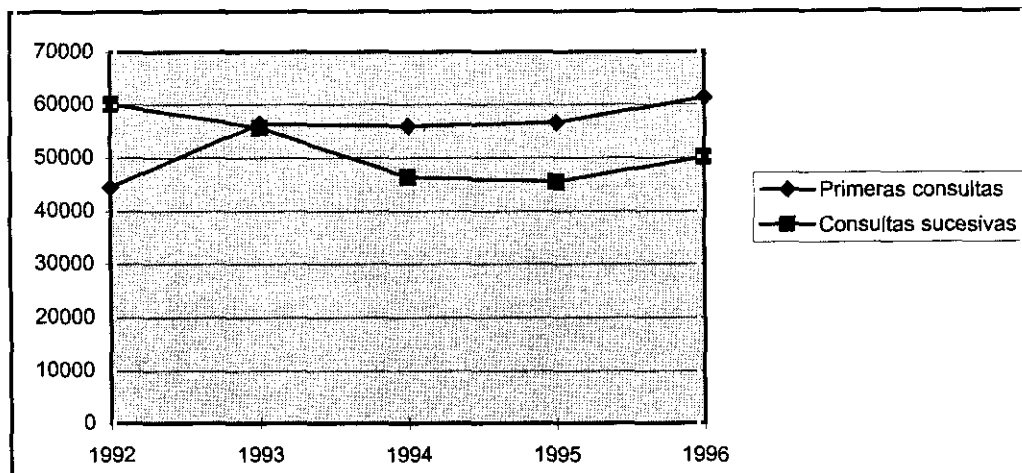


Figura 7

- Las **primeras consultas** en el hospital se vieron **incrementadas en un 37,6 por ciento** en el periodo 92-96, mientras que las **sucesivas disminuyeron en un 16,6 por ciento**. La **relación sucesivas/primeras** pasó de **1,35 a 0,82** lo que demuestra una buena evolución en este área.

EVOLUCION 1992 - 1996 (URGENCIAS)

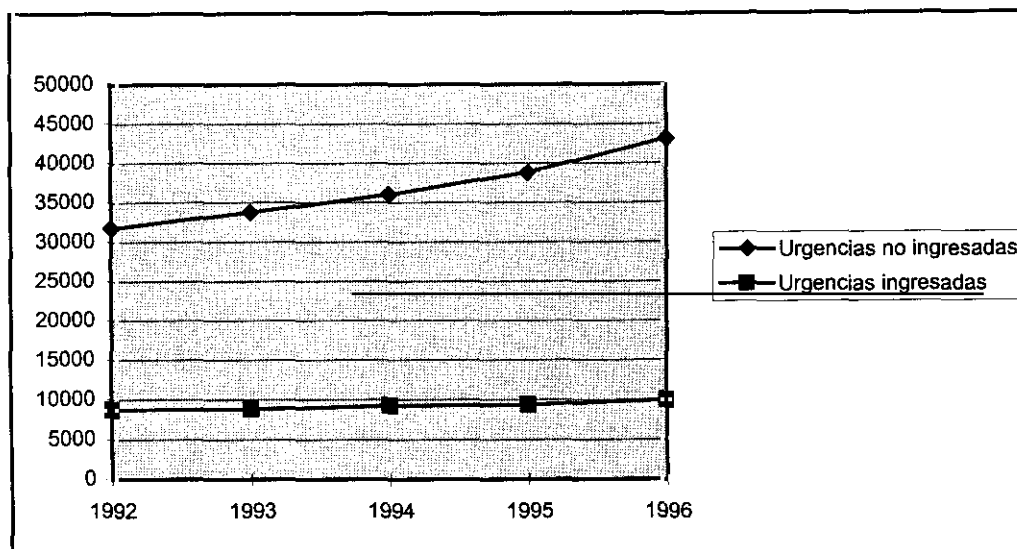


Figura 8

- El total de urgencias se incrementó un **31,4 por ciento** en el periodo, si bien, la mayor variación se registró en el número de **urgencias no ingresadas**, que aumentó un **36,1 por ciento**. No obstante, el crecimiento de las urgencias ingresadas, 1.259 pacientes más que en 1992, en un centro con 101 camas menos, supone una alteración de extraordinaria importancia para la planificación y gestión del hospital, habida cuenta de la mayor complejidad y gravedad de este tipo de enfermos.

Queda de manifiesto, a la vista de los anteriores gráficos, la **evolución registrada entre los años 1992 y 1996 por la Fundación Jiménez Díaz**, apreciándose en la siguiente **Tabla**, de forma sumaria, en números y porcentaje :

EVOLUCION 1992-1996	Cifras absolutas	Porcentaje
Camas instaladas	- 101	- 14,4 %
Estancias	- 32.165	- 15,1 %
Altas	+ 3.776	+ 19,7 %
Estancia media	-3,22	- 29,1 %
Tasa de ocupación	-0,7	- 0,82 %
Intervenciones quirúrgicas	+ 1.438	+ 15,4 %
Primeras consultas	+ 16.729	+ 37,6 %
Consultas sucesivas	-10.006	- 16,6 %
Total urgencias	+ 12.703	+ 31,4 %
Urgencias no ingresadas	+ 11.444	+ 36,1 %
Urgencias con ingreso	+ 1.259	+ 14,5 %

Tabla XVII

La buena evolución registrada en la Clínica durante el periodo 1992 a 1996, lleva a pensar en la posible coexistencia de dos factores claves. De un lado, **un eficaz proceso de gestión del hospital en su conjunto y, sobre todo, un importante esfuerzo de cada servicio médico**, y del otro, un buen Concierto. No ha sido así.

El primer factor parece poco cuestionable. La FJD hizo un esfuerzo extraordinario por situarse donde hoy está, pasando de una situación de pre-cierre o de absorción por el INSALUD a una situación económicamente bastante más equilibrada que la de partida, en el año 1992.

En cuanto al otro factor, se podría decir que **el Concierto técnicamente no es bueno** o que, al menos, es manifiestamente mejorable, a pesar de haber permitido el despegue de la Fundación. El análisis de su letra y las deficiencias apreciadas en el periodo de estudio así parecen demostrarlo.

4.2.

UNIDAD DE ESTUDIO

La unidad de estudio fue el **paciente hospitalizado** en el sector correspondiente al **Sistema Nacional de Salud (SNS) de la FJD y dado de alta durante el año 1996.**

Es necesario tener en cuenta las diferencias entre los datos estructurales y de actividad presentados en el epígrafe 4.1.3., referidos al hospital en su conjunto (sector privado y público), y los del estudio, que quedan circunscritos exclusivamente a los pacientes de éste último sector.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Se estudiaron todos los pacientes dados de alta en el año 1996, correspondientes al SNS. El número de procesos estudiados fue **20.364 registros**, correspondientes al **100 por cien** de los casos en dicho sector.
- El estudio se repitió, a modo de **comprobación de resultados**, sobre los pacientes dados de alta en el sector del SNS, durante los ocho primeros meses del año 1997.
- Para la agrupación de los casos se utilizó la **versión 12 de los agrupadores HCFA, AP-GRD y APR-GRD**.
- Se utilizó un sistema de **costes totales** (*full costing*), incorporando todos ellos al modelo, incluso los correspondientes a las prótesis implantadas.
- El estudio supuso **homogeneidad en el tratamiento** de los pacientes y que la atención clínica sería la más adecuada en cada caso. A pesar de la falta de implantación de guías de actuación de una forma regular, se consideró que la situación quedaba en buena medida superada a través del mecanismo de normalización de la práctica asistencial que supone el mantenimiento de los sistemas de formación de facultativos en periodo MIR.
- El **valor de la facturación** vino determinado por la **factura individual de cada paciente** (según precio del Concierto con INSALUD del año 96) más el coste de la **prótesis** en su caso, que se traslada directamente al total a facturar.
- Después de la agrupación en las tres versiones de GRD utilizadas, HCFA, AP y APR se obtuvieron los siguientes **porcentajes de GRD no válidos y válidos** para el estudio.

TIPO GRD	GRD	Casos	Porcentaje
No válido	GRD 469	6	0,03
No válido	GRD 470	71	0,35
Válidos	Resto de grupos	20.287	99,62

Tabla XVIII

GRD 469 : Casos con diagnóstico principal existente, pero que no permite asignar un GRD coherente.

GRD 470 : Casos con información no válida (diagnóstico principal, edad, sexo o circunstancias de alta) para la asignación de GRD.

- La distribución por Servicios o Unidades de las 20.364 altas de hospitalización, fue en el año 1996 la siguiente :

SERVICIO	Nº de casos
Angiología y Cirugía Vascular	421
Cardiología	1.352
Cirugía Cardíaca	698
Cirugía General (Cuello y Mama)	589
Cirugía General y Digestivo	1.349
Cirugía Pediátrica	138
Cirugía Plástica	233
Cirugía Torácica	353
Digestivo	623
Endocrinología	214
Ginecología	964
Hematología	199
Hepatología	344
Medicina Interna (7 unidades)	3.150
Nefrología	412

SERVICIO	Nº de casos
Neumología	816
Neurocirugía	499
Neurología	920
Obstetricia	411
Oftalmología	1.472
Oncología	896
Otorrinolaringología	723
Pediatría	908
Proctología	116
Psiquiatría	39
Radioterapia Médica	177
Reumatología	62
Traumatología y Cirugía Ortopédica	1.229
Unidad Coronaria	109
Unidad de Dolor	42
Unidad de Vigilancia Intensiva	124
Urología	744
Otros	38

Tabla XIX

El tamaño de la muestra es coincidente con la totalidad de casos

FUENTE DE DATOS : EL AREA DE INFORMACION CLINICA DE LA FJD

La materialización del Concierto, su puesta en práctica, trajo consigo la necesidad de disponer de los **diagnósticos y procedimientos** realizados a cada paciente, **codificados** según la **Clasificación Internacional de Enfermedades - 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC)**, ya que era éste, el sistema acordado en el Concierto **para la facturación de los procesos de hospitalización (14, 15, 16)**.

Como resultado de todo ello, la codificación de diagnósticos y procedimientos de los enfermos del Sistema Nacional de Salud (SNS) ingresados en el hospital, y su realización a tiempo real, fue el objetivo inicial y único en el área de la información clínica. La **trascendencia económica** de la facturación del sector de hospitalización del SNS, que en 1992 se situó en torno a los **7.140 millones de pts.** (prótesis incluidas), así lo aconsejaba.

Esta primera aplicación de la información clínica en la FJD, puso de manifiesto que, lejos de constituir solamente un sistema de tarificación y facturación, su principal utilidad residía en **dar respuesta a las necesidades de la estructura directiva del hospital para la gestión del propio Concierto**, y en **dar soporte a los facultativos, tanto para sus decisiones continuadas de “microgestión” en tareas asistenciales**, como para su **labor docente e investigadora (51)**.

De esta manera, la información clínica tomó carta de naturaleza, y ya no sólo para definir cuál era el proceso clínico sobre el que hacer recaer los recursos consumidos, sino para **cambiar radicalmente la gestión en la FJD**.

En este sentido, nuevos objetivos fueron propuestos en el Area de Información Clínica de la Fundación, efectuándose, en consonancia, las tareas que a continuación se describen, y cuya realización se puede considerar como un proceso de **colaboración activa en el apoyo y evolución del propio Concierto**.

Las actividades desarrolladas desde el Area de Información Clínica, se iniciaron de acuerdo con un plan de objetivos trienales, que abarcaron en su primer periodo los años 1992 a 1994 y en el segundo, desde 1995 hasta 1997.

Periodo 1992-1994 :

- **Codificación y facturación de los procesos de hospitalización (100 por cien de los casos).**

Tarea iniciada, como ha quedado dicho, específicamente por **exigencia del nuevo Concierto por Proceso**, pero que coincidió prácticamente en el tiempo (Enero de 1992) con la **obligatoriedad de registrar el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización (CMBDH)**.

- **Información clínica para la gestión.**

Se estableció un sistema de tratamiento de la información clínica, capaz de proporcionar una **información sintetizada como herramienta para la gestión**, tanto para el hospital en su conjunto, como para cada servicio médico. El modelo permitió un seguimiento continuado de la **actividad cuantitativa y cualitativa de los ingresos** realizados en cada servicio. Los resultados obtenidos también fueron incluidos como uno de los factores considerados en el **sistema de incentiación** utilizado en el hospital a partir de la aplicación del nuevo Concierto.

- **Información clínica para la investigación y la docencia.**

Se diseñó, y se mantiene actualizada, una **base de datos**, que posibilita la recuperación selectiva de la *información médica*, como ayuda al desarrollo de la investigación y de la docencia en el hospital. Actualmente cuenta con la totalidad de registros de hospitalización de los últimos seis años, lo que supone más de **120.000**.

El mantenimiento de un **proceso de reversión de la información hacia el origen** de la misma, se consideró como un factor importante para el éxito en la recogida de datos, y como la mejor manera de asegurar y mejorar la calidad de la base de datos clínicos.

- **Información clínica para entidades externas.**

Desde un primer momento, se puso a disposición del **Ministerio de Sanidad** y de la **Comunidad Autónoma de Madrid** la base de datos clínicos de la FJD, tanto para los estudios de implantación de nuevos sistemas de financiación, por parte del Ministerio, como para los estudios de carácter epidemiológico, y actualmente también de carácter económico, realizados en la Comunidad.

Periodo 1995-1997 :

Durante este periodo la información clínica tuvo un importante avance en la FJD, consolidando anteriores objetivos y planteando otros nuevos, que podrían contribuir a mejorar el Concierto y, en consecuencia, la propia viabilidad de la Fundación.

Con esta finalidad se desarrollaron las siguientes tareas :

- **Información clínica para los estudios de calidad asistencial.**

La información clínica de la FJD está impulsando importantemente el sistema de calidad asistencial, posibilitando la realización de estudios selectivos de **complicaciones**, tanto en procesos médicos como en procedimientos quirúrgicos, y proporcionando aquellos datos necesarios para las **revisiones de los reingresos y de los casos de mortalidad no previsible**.

Estos estudios, han tenido una doble vertiente. Por un lado, profundizar en los problemas de calidad asistencial, proporcionando la selección de casos a estudiar por las **Comisiones Clínicas**. Por otro lado, estudiar los casos de reingreso en un periodo inferior a quince días y que, en virtud de lo dispuesto en el Concierto, **el hospital no puede facturar al INSALUD**.

- **Información clínica para los estudios de mercado.**

Desde la perspectiva de la información clínica, se posibilita la realización de **estudios de mercado** mediante la detección del **perfil de la demanda por línea de producto**, y las **necesidades sanitarias potenciales de las propias áreas de influencia** del hospital.

La aplicación de la penalización marcada por la Dirección Provincial de Madrid del INSALUD, derivada de haber sobrepasado nuestro tope presupuestario, inevitablemente conduce al establecimiento prioritario y urgente de abrir nuevos mercados, una vez demostrada la capacidad de nuestra estructura para absorber y rebasar dicha demanda.

En consecuencia, y más en una situación financiera que no permite, en modo alguno, un languidecimiento continuista, el hospital debe **conocer perfectamente** sus **áreas de**

influencia fuera de la Comunidad, de dónde atrae más enfermos y de dónde menos, qué **líneas de producto** son más atractivas para nuestros clientes, actuales o potenciales, qué **actividades son rentables para el hospital** y cuáles no y, finalmente, a tenor de los resultados económicos obtenidos, **hacia dónde debe canalizar sus esfuerzos**, si no quiere entrar de nuevo en una situación parecida a la del año 1990.

- **Información clínica para los estudios de satisfacción y de resultados sobre población asistida.**

Aportación de la información clínica necesaria para **estudios selectivos de satisfacción** del paciente y de aquellos otros *encaminados a conocer los resultados de la actuación del hospital.*

Los objetivos de calidad del hospital necesariamente se han vinculado a la satisfacción de nuestros clientes. Sin embargo, esta satisfacción o insatisfacción no siempre está relacionada con la actuación del hospital en su conjunto, sino que, más frecuentemente, suele estar ligada a actuaciones bien delimitadas, dentro de un área concreta.

La **identificación de estas áreas**, se realiza mediante el entrecruzamiento de los datos clínicos con la propia encuesta de satisfacción e incluso, con la información, relativa a reclamaciones y sugerencias, facilitada desde el Area de Atención al Paciente.

Todos estas tareas han marcado claramente la **apertura de la gestión**, en la Fundación Jiménez Díaz, **hacia la documentación y la información clínicas**, mediante el establecimiento de un fenómeno continuado de retroalimentación positiva “información clínica/gestión”, que, lejos de estar llegando a su punto final, parece tener cada vez un horizonte más nítido y amplio. Se puede decir que la información clínica de la FJD ha pasado de ser el soporte sencillo, pero también fundamental, del Concierto en sus inicios, a constituir, en buena medida, el **verdadero y robusto eje sobre el que pivota el actual sistema de gestión del hospital.**

RECOGIDA DE DATOS CLINICOS : EL SOPORTE DOCUMENTAL

La recogida de datos se hizo por el Servicio de Información Clínica y Codificación. El proceso de codificación e indización de diagnósticos y procedimientos se realizó por **médicos especialistas en documentación y sistemas de información sanitaria**, tras la comprensión integral del proceso asistencial, mediante lectura de todos aquellos documentos de la **historia clínica** que en cada caso se consideraron necesarios. Estos documentos fundamentalmente fueron **informe de alta, evolutivo, hoja de quirófano e informe de Anatomía Patológica**. La disponibilidad de todos ellos garantizó, en buena medida, la calidad de la recogida de datos.

En aquellas ocasiones en que la complejidad del proceso así lo aconsejó, la codificación se realizó con la ayuda de un **programa informático de optimización de resultados (DRG-FINDER)**, utilizado como ayuda a la codificación, ya que introduce consideraciones en el proceso codificador, acerca de complicaciones y comorbilidades que, en caso de existir, modificarían el GRD asignado inicialmente .

Los diagnósticos y procedimientos codificados se introdujeron posteriormente en la base de datos del ordenador central del hospital, así como el AP-GRD calculado, como base del sistema de coste por proceso del hospital.

Como soporte documental se utilizó la **“Ficha de Alta de Codificación”**, documento en el que se consignan los códigos de diagnósticos y de procedimientos quirúrgicos u obstétricos.

En esta Ficha de Alta constan :

Datos de filiación del paciente

- Apellidos.
- Nombre.
- Sexo.
- Fecha de nacimiento.
- Dirección (calle, número, ciudad, provincia).
- Teléfono.
- Código de identificación de asistencia sanitaria (CIAS).
- Número de Historia Clínica.

Datos del ingreso

- Número de episodio.
- Fecha de ingreso.
- Número de cama.
- Calificación económica.
- Servicio de ingreso.

Datos del alta

- Servicio del alta.
- Número de cama.
- Fecha del alta.
- Hora del alta.
- Clasificación básica.
- Motivo del alta.
- Diagnóstico principal.
- Diagnósticos secundarios.
- Procedimiento quirúrgico principal.
- Procedimientos quirúrgicos secundarios.

La Ficha de Alta es conservada en la Unidad de Información Clínica y Codificación, para los posteriores **controles de calidad de la codificación**, en los que, en caso de haber discordancias con los datos registrados en el ordenador central, se recurre a la contrastación con los existentes en dicha ficha, a fin de comprobar el origen del problema.

4.6.

CONTROL DE CALIDAD DE LA CODIFICACION

4.6.1.

REVISION BASADA EN EL EXAMEN DE GRD NO VALIDOS

El procedimiento de revisión basado en GRD se realiza del siguiente modo :

- **Importación, desde el ordenador central, de los datos administrativos y clínicos** de los pacientes dados de alta y codificados en el mes anterior. Esta descarga de datos se realiza el día 10 de cada mes o el primer laborable posterior a este día, una vez realizado el cierre mensual del proceso de codificación.
- **Cribaje y corrección** de registros con información incongruente o inexistente en el CMBD. En esta primera revisión se corrigen todos aquellos **datos de filiación, adscripción y fechas** que no existen o son incorrectos, considerándolos el sistema como necesarios, ya que, de otra forma, se vería dificultada la explotación posterior de la información (errores en fechas de nacimiento, ingreso o alta, errores en adscripción del alta a Servicios de baja en el sistema, campo de sexo vacío, circunstancia de ingreso o alta incorrecta, etc.).
- **Agrupación según GRD** (HCFA, AP y APR).

- Obtención de **GRD no válidos** (469 y 479) y de aquellos **GRD cuyo procedimiento no está asociado con el diagnóstico principal** (468, 476 y 477). La descripción se encuentra al final del epígrafe.
- Revisión de la codificación mediante **contrastación** de datos con la información clínica disponible. En los casos que se considera necesario, esta corrección se realiza con toda la historia clínica del paciente.
- **Corrección de datos erróneos**, introducción en el ordenador central y revisión de la facturación realizada al paciente, si afecta a la misma.
- **Reagrupación** según GRD (HCFA, AP y APR).
- Nueva **visualización de errores y aceptación final** de la codificación del mes revisado, si se estima correcta.

GRD no válidos (469 y 479)

Se asigna el **GRD 469**, cuando la codificación según CIE-9-MC, no es lo suficientemente precisa como para asignar un GRD coherente. Por ejemplo, el código 646.90 *correspondiente a una complicación no especificada del embarazo, sin especificación del episodio de cuidados*.

La asignación al **GRD 470** se realiza cuando existen determinados errores en la codificación del diagnóstico principal como, por ejemplo, códigos no válidos o inexistentes en la CIE-9-MC. También se asigna este GRD si se dan errores en la edad, sexo o tipo de alta, bien porque no sean válidos, bien porque falten y sean necesarios para la asignación

del GRD correcto. Por ejemplo, si un paciente con un trastorno valvular cardíaco no tiene registrada la edad, o se le ha asignado una edad mayor de 124 años, que se considera no válida, se le asigna el GRD 470, ya que en este tipo de pacientes el dato de la edad es necesario para la adjudicación del GRD. Sin embargo, si el diagnóstico principal fuera una hipertensión arterial el GRD no sería 470, puesto que la edad no es necesaria para la asignación de GRD en los pacientes hipertensos.

GRD cuyo procedimiento no está asociado con el diagnóstico principal (GRD 468, GRD 476 y GRD 477)

Los pacientes sometidos a alguna intervención no relacionada con el DP, se dividen en tres GRD, en función del consumo de recursos ocasionado por el tipo de cirugía, de la siguiente forma :

- **GRD 468** : PQ mayor o extenso, no relacionado con el DP.
- **GRD 476** : PQ prostático, no relacionado con el DP.
- **GRD 477** : PQ menor o no extenso, no relacionado con el DP.

Por ejemplo, un paciente con un diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca congestiva, que hace una colecistitis aguda durante el ingreso y se le realiza una colecistectomía, es asignado al GRD 468.

Si el caso es el de un ingreso por neumonía y el paciente hace una retención urinaria a consecuencia de una hipertrofia benigna de próstata requiriendo una prostatectomía transuretral, el GRD asignado sería el 476.

Si una paciente ingresa por una arritmia, y se le realiza la biopsia de una masa descubierta en la mama durante el ingreso, se asignaría al GRD 477, dado que la biopsia se considera menor y no está relacionada con el DP.

4.6.2.

REVISION BASADA EN LA COMPROBACION DE LA FACTURACION

El procedimiento de revisión basado en la facturación se realiza de la siguiente manera :

- **Revisión de los procesos con factura devuelta** mensualmente por el INSALUD, por cualquier tipo de discordancia, si bien las más habituales proceden de diferencias en criterios de admisión y facturación, y no de codificación.
- **Revisión de la codificación** de estos episodios, contrastándose con la historia clínica.
- **Corrección** de los casos con codificación errónea e introducción de la rectificación en el ordenador central.
- **Comunicación de las incidencias al departamento de Facturación** para anulación o revisión de la factura, si el cambio introduce alguna modificación en ella.

4.6.3.

EVALUACION Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE LA CODIFICACION DE LA INFORMACION CLINICA

La evaluación de la calidad del proceso de codificación de la información clínica se realiza según el siguiente procedimiento :

- Determinación y obtención mensual de una **muestra** entre las altas del mes anterior, siguiendo un método de muestreo predeterminado, aceptado y conocido por los médicos documentalistas del Servicio.
- **Recodificación cruzada** del proceso por un médico documentalista diferente del que codificó primariamente el proceso.
- Estudio conjunto de **discordancias**.
- **Identificación y análisis de factores** que han podido inducir a la discordancia detectada, diferenciando en todos los casos los errores atribuibles a criterios no coincidentes.
- **Unificación de criterios** en los casos en que fueran discordantes, consultando, si fuera necesario, pautas y recomendaciones a la **Unidad Técnica CIE-9-MC** del Ministerio de Sanidad.
- **Corrección** de los casos con codificación errónea e introducción de la rectificación en el ordenador central.
- **Comunicación al departamento de Facturación** de los errores con influencia en la factura emitida al INSALUD para su revisión.

4.7.

VARIABLES DEL ESTUDIO

4.7.1.

VARIABLES CLINICAS BASICAS

Las variables clínicas básicas que se utilizaron en este estudio fueron :

- Diagnóstico principal.
- Diagnósticos secundarios.
- Procedimiento quirúrgico/obstétrico principal.
- Procedimientos quirúrgicos/obstétricos secundarios.
- Procedimientos especiales.
- Sexo.
- Edad.
- Motivo del alta.

En el estudio se consideró como **Diagnóstico Principal** aquel proceso patológico que tras el estudio pertinente, era considerado la causa del ingreso del paciente en el hospital.

Se consideraron **Diagnósticos Secundarios** aquellos procesos patológicos que coexistían con el Diagnóstico Principal en el momento del ingreso (comorbilidades), o que se desarrollaron durante la estancia hospitalaria (complicaciones), influyendo en la duración de la estancia o en el tratamiento administrado.

En el estudio se codificaron todos los **Procedimientos Quirúrgicos u Obstétricos** realizados en quirófano y/o sala de partos, considerándose como principal, en la mayoría de casos, el más directamente relacionado con el diagnóstico que motivó el ingreso.

Todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos no quirúrgicos que requirieron recursos humanos y materiales especializados, o implicaron un riesgo para el paciente, se consideraron Procedimientos Especiales.

Para la codificación se utilizó la tercera edición en castellano de la **Clasificación Internacional de Enfermedades - 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC)**.

4.7.2.

VARIABLES ECONOMICAS BASICAS

- Coste por paciente (prótesis incluidas).
- Coste por paciente (prótesis excluidas).
- Facturación por paciente (prótesis incluidas).
- Facturación por paciente (prótesis excluidas).

El coste de cada paciente se calculó según el método de costes totales habitual de la Fundación Jiménez Díaz indicado a continuación.

Metodología de cálculo de costes

A efectos contables, el hospital se estructura en **secciones o centros de coste (51, 32)**.

Estas secciones reúnen cuatro **características básicas** :

- Son entes contables.

- Constituyen centros susceptibles de imputación de gastos.
- Son centros de control y tienen un responsable.
- Su actividad produce unidades técnicas cuantificables.

Las secciones se dividen en la FJD en dos grandes grupos :

- **Auxiliares** : aquellas cuyas prestaciones se dirigen a otras secciones del hospital y, por lo tanto, sus gastos deben ser traspasados a aquéllas. Ejemplos típicos de estas secciones auxiliares serían Dirección, Servicios Generales, Compras, Económico-Financiera, etc.
- **Principales** : aquellas cuyas prestaciones están constituidas por el conjunto de servicios finales que presta el hospital. Por tanto, sus gastos se imputan normalmente a los costes y precios de coste.

Las secciones principales se dividen a su vez en :

- **Complementarias** : las prestaciones son solicitadas habitualmente por el cliente interno.
- **Directas** : las prestaciones son solicitadas por el cliente externo.

En consecuencia, todas las secciones o centros de coste quedan encuadrados en uno de los siguientes grupos :

Secciones auxiliares :

- Servicios directivos.
- Servicios de administración.
- Servicios de mantenimiento.
- Servicios de abastecimiento.

Secciones principales complementarias :

- Servicios hosteleros (limpieza, lavadero, plancha, costurero, hostelería).
- Servicios de laboratorio.
- Servicios de radiología.
- Servicios de pruebas diagnósticas.
- Servicios de anestesia.
- Servicios de quirófano.

Secciones principales directas :

- Servicios de urgencias.
- Servicios médicos.
- Servicios quirúrgicos.

- Servicios de hospitalización de día (médicos).
- Servicios de cirugía sin ingreso.
- Servicios de docencia.
- Servicios de investigación.

Coste asistencial :

Los costes asistenciales, entendidos como el conjunto de elementos que el hospital pone a disposición del personal durante el proceso asistencial, son clasificados en :

- **Controlables o directos** : aquellos en los que el responsable de la sección puede decidir directamente sobre el gasto, bien mediante una asignación, como los gastos de personal, bien mediante una petición de recursos, como, por ejemplo, las realizadas a almacenes.
- **No controlables o indirectos** : aquellos que no se deciden por el responsable de la sección, bien porque no se puede o no interesa cuantificarlos de una manera exacta (agua, luz, etc.), bien porque son gastos que la Gerencia autoriza para el conjunto del hospital.

Asignación de gastos a centros de coste :

Los gastos controlables o directos se imputan de forma directa al centro de coste. Para ello ha sido necesario un diseño contable e informático que desarrolla el procedimiento de imputación de todos los gastos definidos como controlables o directos, por ejemplo, la

asignación de personal a cada uno de los centros de coste en función de la dedicación a las diferentes actividades.

Los gastos no controlables o indirectos se imputan en función de unos criterios de reparto, razonables y de fácil ejecución. Estos criterios son tanto mejores, cuanto más nos aproximan al consumo real y, en consecuencia, son modificables en el tiempo, revisándose en caso de obsolescencia.

Cesión de costes al producto :

Una vez asignados los gastos a cada una de las secciones, se realiza la distribución de costes de las secciones auxiliares a las secciones principales y, finalmente, el coste de las secciones principales (directas y complementarias) sobre las cuentas de costes de los distintos productos finales del hospital.

Cesión de gastos de las secciones auxiliares :

Todas las secciones auxiliares ceden su gasto a las secciones principales, según criterios razonados.

Hay dos tipos de **criterio de reparto** :

Criterios fijos : son los que se establecen al comienzo del ejercicio, no debiendo ser modificados en ningún caso durante el mismo, como, por ejemplo, metros cuadrados de cada sección, número de secciones, etc.

Criterios variables : son los que periódicamente son cambiados (actualmente cada mes) debido a las diferentes cargas de trabajo de cada periodo. Así, por ejemplo, el número de enfermos se actualiza a partir del número de altas de hospitalización del mes, el número de empleados a partir de la nómina mensual, etc.

Todos los gastos cedidos por las secciones auxiliares forman parte del coste total de las secciones principales como costes indirectos.

Cesión de costes a productos intermedios o finales :

El modelo utilizado en el hospital facilita tanto el análisis de las cuentas de gastos, como el control presupuestario por secciones, sin embargo, todavía no se puede conocer cuánto cuesta un producto determinado.

En este punto, nuestro modelo de costes nos permite conocer el coste del producto intermedio para aquellos casos en que la facturación al cliente así lo exija.

Para ello, el coste asistencial se desglosa en coste hostelero, coste analítico, coste radiológico, coste quirúrgico, coste de atención de enfermería en planta y coste asistencial. Conocidos estos costes, al repartir el coste total entre las unidades producidas, transformadas habitualmente en unidades equivalentes dada la heterogeneidad de las que cada sección produce, se puede llegar a conocer el coste unitario del producto intermedio

La exactitud en la definición de estas unidades técnicas es la clave para la obtención de un coste por proceso asistencial más correcto.

Para ello es básico conocer con referencia a cada servicio o prestación :

- quién lo pide.
- paciente destinatario del servicio o prestación (referido a un determinado proceso asistencial).
- servicio o prestación solicitada.
- quién lo realiza.
- servicios realmente realizados.
- equivalencias de valores de las unidades técnicas.

Esta información permite conocer, por un lado, la totalidad de la actividad de cada sección y, por otro, el tipo y número de recursos consumidos en cada proceso asistencial.

Ejemplos de equivalencias utilizadas :

Coste de lavadero : kilogramo de ropa lavada, con las equivalencias en peso de cada prenda de ropa.

Coste de manutención : número de servicios prestados con las siguientes equivalencias (desayuno=0.37, almuerzo=1, merienda=0.41 y cena=1).

Coste analítico : se utiliza, para cada tipo de laboratorio, las pruebas realizadas, con las equivalencias pertinentes corregidas en función del equipamiento y aparatos de los que dispone.

Coste radiológico : se identifican las exploraciones realizadas y a cada una se le asigna una equivalencia, de forma similar a como se realiza para las pruebas de laboratorio.

Coste quirúrgico : en este caso, dadas las marcadas diferencias existentes entre los diversos procedimientos quirúrgicos, es necesario conocer los consumos de material fungible, el tiempo y tipo de anestesia, el tiempo de utilización del quirófano, el personal de cada quirófano y el procedimiento quirúrgico realizado. Con esta información se asigna al proceso de forma directa el material fungible, el personal anestésista y el sanitario, y en el resto de gastos se utiliza como unidad técnica el tiempo de utilización del quirófano.

Coste de atención de enfermería en planta : este coste recoge los gastos originados por los cuidados de enfermería, sin incluir la farmacia y todo aquello que puede cargarse directamente al proceso asistencial, repartiéndose en función de la estancia corregida según los niveles de cuidados precisados por cada tipo de paciente.

Coste del acto asistencial : recoge los gastos del personal facultativo y los gastos de estructura de las secciones principales directas, añadiéndose al producto final (proceso de hospitalización, consulta, urgencia, etc.).

La estructura de costes de la FJD es la siguiente :

Consumos	22,57 %
Personal	60,25 %
Servicios exteriores + suministros	12,45 %
Amortizaciones	3,97 %
Gastos financieros	0,58 %
Tributos	0,18 %

Tabla XX

4.7.3.

VARIABLES CLINICAS CALCULADAS

- HCFA-GRD de cada proceso.
- AP-GRD de cada proceso.
- APR-GRD y subclase de cada proceso (complejidad y riesgo de mortalidad).
- Grupo de concertación para facturación según CIE-9-MC de cada proceso, definidos en el Anexo II del Concierto INSALUD-FJD de la siguiente forma :
 - Procedimientos quirúrgicos con única tarifa.
 - Procedimientos quirúrgicos con tarifas diferentes en función del diagnóstico principal.
 - Procedimientos con tarifas diferentes en función de otras variables (tipo de ingreso en las colecistectomías, cateterismos en determinadas intervenciones cardíacas, etc.) .
 - Diagnósticos con tarifa única.
 - Casos no considerados en grupos anteriores, asignados a una tarifa media.

4.7.4.

VARIABLES ECONOMICAS CALCULADAS

- Coste por HCFA-GRD sin prótesis.
- Coste por HCFA-GRD con prótesis.
- Coste por AP-GRD sin prótesis.
- Coste por AP-GRD con prótesis.
- Coste por APR-GRD (por cada subclase) sin prótesis.
- Coste por APR-GRD (por cada subclase) con prótesis.
- Coste por grupo de concertación CIE-9-MC sin prótesis.
- Coste por grupo de concertación CIE-9-MC con prótesis.
- Facturación por HCFA-GRD sin prótesis.
- Facturación por HCFA-GRD con prótesis.
- Facturación por AP-GRD sin prótesis.
- Facturación por AP-GRD con prótesis.
- Facturación por APR-GRD (por cada subclase) sin prótesis.
- Facturación por APR-GRD (por cada subclase) con prótesis.
- Facturación por grupo de concertación CIE-9-MC sin prótesis.
- Facturación por grupo de concertación CIE-9-MC con prótesis.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez realizados los pertinentes controles de calidad de la base de datos, ya indicados anteriormente, se consideró la posibilidad de efectuar la depuración, tanto de grupos poco representados, como de casos extremos en cuanto a costes y a estancias (outliers).

Depuración de datos :

Exclusión de grupos poco representados

Al ser uno de los objetivos de la tesis poder explicar el total del gasto de hospitalización, se decidió considerar cualquier situación, **desestimándose la exclusión de grupos con pequeño número de casos**. Además, cualquier eliminación al respecto, por mínima que ésta fuera, hacía perder gran número de casos y un elevado porcentaje del volumen total de costes.

Así, por ejemplo, la no inclusión de aquellos AP-GRD con menos de 30 casos suponía desechar 3.555 altas, esto es, el 17,5 por ciento de las mismas y el 24,4 por ciento del coste total de hospitalización; y si hubiéramos decidido excluir solamente aquellos grupos con menos de 10 altas asignadas, se habría prescindido de 902 altas, lo que supone el 4,4 por ciento del total y el 5,5 por ciento del coste de hospitalización.

Exclusión de outliers

A efectos de obtener mejores resultados en la homogeneidad de los sistemas evaluados es evidente que la exclusión de outliers, en cuanto a costes y a estancias, hubiera contribuido a ello.

Sin embargo, **no fue considerado adecuado realizar esta depuración de casos extremos** por no quedar tampoco excluidos en el actual Concierto INSALUD-FJD. La eliminación de estos grupos hubiera imposibilitado la comparación de propuestas frente al actual sistema CIE-9-MC.

Por otro lado, la obtención de los pesos relativos propios de la FJD, hubiera adolecido de dicho sesgo, si, finalmente, los outliers se siguen considerando como un problema del propio hospital que no debe ser tenido en cuenta por la entidad pagadora. Todo ello a pesar de las tendencias contrarias al respecto en otros países, especialmente Estados Unidos, que sí consideran esta circunstancia, dotando a los grupos de una mayor homogeneidad.

Por los motivos mencionados **el estudio se realizó con la totalidad de casos del año 1996**, independientemente de que ambas depuraciones hubieran mejorado los resultados absolutos. Al respecto se consideró que, **en todo caso, los sistemas de clasificación de pacientes evaluados se verían afectados de forma similar, con lo cual la distancia porcentual entre todos ellos se mantendría finalmente.**

TRATAMIENTO INFORMÁTICO

Con la información recogida se creó una base de datos durante el periodo objeto del estudio, preparándose un fichero en formato **dBASE**, convertido en fichero **RSIGMA** para su tratamiento estadístico. A partir de este último se generaron diferentes archivos para cada uno de los tres sistemas GRD y para el sistema basado en CIE-9-MC.

Los pasos efectuados, a partir de la recogida individualizada de las variables mencionadas, fueron los siguientes :

- Obtención de la casuística del hospital, agrupada por CIE-9-MC.
- Obtención de la casuística del hospital, agrupada por HCFA-GRD.
- Obtención de la casuística del hospital, agrupada por AP-GRD.
- Obtención de la casuística del hospital, agrupada por APR-GRD.
- Asignación del grupo de concertación según CIE-9-MC, utilizando un programa informático específico para la presente investigación, desarrollado tras análisis del procedimiento de facturación referido en el Anexo II del Concierto INSALUD-FJD.
- Realización de un estudio descriptivo básico.
- Preparación de ficheros, para la realización del análisis de la varianza, mediante un segundo programa informático desarrollado también para la presente investigación.

4.10.

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

Se realizó en tres etapas :

Etapa 1

Análisis básico estadístico de las variables de mayor utilidad para el conocimiento del grupo de pacientes estudiado : edad, estancia media, peso relativo, porcentaje de outliers, estancia máxima, complicaciones, mortalidad bruta y exitus en el grupo de menores de 65 años. Se utilizaron para ello las medidas de tendencia central y de dispersión más frecuentes en los análisis de gestión hospitalaria.

Etapa 2

- **Análisis estadístico de la homogeneidad frente a costes y estancias** de los diferentes sistemas de clasificación de pacientes utilizados : **HCFA-GRD, AP-GRD, APR-GRD** y **CIE-9-MC**. Para ello se utilizó, de acuerdo con las tendencias más habituales en la literatura (7) para este tipo de análisis, **R^2 , cuadrado del coeficiente de correlación entre el coste real y el coste teórico**, entendiendo como coste teórico el asignado al paciente en función del GRD en el que fue clasificado (coste medio del grupo). La razón del uso de este parámetro radica en que corresponde a la proporción de la varianza total (referida al coste medio global) que queda explicada por el hecho de asignar cada paciente a un determinado grupo. Es posible expresarlo en tanto por uno

(de 0 a 1) y en porcentaje (de 0 a 100), siendo el valor tanto mayor cuanto mejor sea el sistema de clasificación evaluado. Por tanto, **valores altos de este parámetro nos indicarían un mayor poder explicativo de la variabilidad registrada** y, por el contrario, valores bajos mostrarían un pequeño poder explicativo de la variabilidad por el sistema de clasificación evaluado. De igual modo, para el **análisis de homogeneidad frente a estancias** se utilizó R^2 .

- **Coefficiente de Variación (CV)**, referido a costes, de cada grupo en los tres sistemas GRD evaluados, **HCFA-GRD, AP-GRD y APR-GRD**.

Etapa 3

Determinación de los pesos relativos del hospital como la relación existente entre el coste real de cada GRD, obtenido mediante la suma de los costes individuales de cada proceso agrupado en el mismo GRD, y el coste medio de cada paciente dado de alta durante el año 1996.

5.

RESULTADOS

5.1.

ESTUDIO DESCRIPTIVO

La Fundación Jiménez Díaz tuvo, en 1996, una casuística que se presenta distribuida por Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) en la **Tabla XXI**. En ella podemos observar una **marcada preponderancia de las CDM correspondientes a las enfermedades y trastornos del aparato circulatorio y del aparato digestivo**, acumulando entre ambas categorías un **26,5 por ciento de los pacientes hospitalizados** y un **33,2 por ciento de las estancias** causadas en dicho año.

Las CDM con mayor estancia media corresponden a la de **politraumatismos con 24 días** y a **enfermos VIH con 13,6 días** y las de menor estancia media a la de **enfermedades del ojo con 2,4 días** y a la categoría de **enfermedades y trastornos de oído, nariz y faringe con 3,1 días**.

CATEGORIA DIAGNOSTICA MAYOR	CASOS	ESTANCIAS	E.M.
SISTEMA NERVIOSO	1.841	14.140	7,68
OJO	1.436	3.439	2,39
ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DE OIDO, NARIZ Y FARINGE	872	2.721	3,12
ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL APARATO RESPIRATORIO	1.872	18.015	9,62
ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL APARATO CIRCULATORIO	3.286	38.453	11,70
ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO	2.111	14.670	6,95
ENF. Y TRAST. DE HIGADO, SISTEMA BILIAR Y PANCREAS	1.122	9.327	8,31
ENF. Y TRAST. SISTEMA MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONJUNTIVO	1.546	17.092	11,06
ENF. Y TRAST. DE PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO Y MAMA	742	3.484	4,70
ENF. Y TRAST. DE SIST. ENDOCRINO, NUTRICION Y METABOLICO	338	3.678	10,88
ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DE RIÑON Y VIAS URINARIAS	676	6.382	9,44
ENF. Y TRAST. DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO	425	3.024	7,12
ENF. Y TRAST. DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	721	3.800	5,28
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	711	2.520	3,54
REC. NACIDOS Y NEON. CON PATOL. ORIG. PERIODO PERINATAL	114	498	4,37
ENF. Y TRAST. SANGRE, ORG. HEMATOPOY. Y SIST. INMUNOLOGICO	249	2.083	8,37
TRAST. MIELOPROLIF. Y NEOPLASIAS MAL DIFERENCIADAS	1.105	7.653	6,93
ENF. INFECC. Y PARASITAR. (SISTEMICAS O NO LOCALIZ.)	168	1.463	8,71
TRASTORNOS MENTALES	194	975	5,03
USO DROGAS/ALCOHOL Y TRAST. MENT. INDUC. POR DROGAS	12	128	10,67

CATEGORIA DIAGNOSTICA MAYOR	CASOS	ESTANCIAS	E.M.
LESIONES, ENVENEN. Y EFECTOS TOXICOS DE FARMACOS	120	1.172	9,77
QUEMADURAS	2	16	8,00
OTRAS CAUSAS DE ATENCION SANITARIA	452	1.673	3,70
INFECCIONES VIH	241	3.280	13,61
TRAUMA MULTIPLE	8	192	24,00
TOTAL	20.364	159.878	7,85

Tabla XXI

En la **Tabla XXII** se ha realizado una **distribución de la casuística de acuerdo con el mes** en el que se dio el alta al paciente. En ella podemos apreciar el **mayor pico de actividad en el mes de Octubre**, en el que se sobrepasaron los 2.000 pacientes. También fueron meses de mucha actividad **Marzo y Noviembre**, con más de 1.900 casos registrados en cada uno.

Por el contrario los meses de verano, especialmente **Agosto**, fueron de **menor actividad**, observándose en este mes solamente 1.048 casos. Sin embargo, la estancia media subió a 9,61 días en consonancia con el **incremento del peso relativo**, que fue de 1,9378 frente a 1,6177 como observación media de todo el año. Esto corrobora la gran complejidad de los pacientes ingresados a través de la puerta de Urgencias, acceso más frecuente durante el periodo vacacional.

En el mes de **Abril**, por la influencia de las vacaciones correspondientes al periodo de Semana Santa, también se observó un **decremento de altas**, constituyendo un valle entre el mes de Marzo con 1.906 altas y Mayo en el que se registraron 1.816.

MES	CASOS	ESTANCIAS	EST. MEDIA	PESO REL.
Enero	1.685	13.474	8,00	1,6098
Febrero	1.735	14.596	8,41	1,6791
Marzo	1.906	15.194	7,97	1,6078
Abril	1.569	13.255	8,45	1,6345
Mayo	1.816	14.094	7,76	1,6626
Junio	1.762	13.831	7,85	1,5917
Julio	1.639	14.142	8,63	1,7633
Agosto	1.048	10.072	9,61	1,9378
Septiembre	1.418	9.833	6,93	1,5500
Octubre	2.019	13.945	6,91	1,4962
Noviembre	1.934	13.815	7,14	1,4835
Diciembre	1.833	13.627	7,44	1,5580
TOTAL	20.364	159.878	7,85	1,6177

Tabla XXII

En la **Tabla XXIII** se detallan por Servicio, los **casos totales de exitus**, diferenciando los ocurridos en **menores de 65 años** y los casos de **infección** registrados.

La tabla se confeccionó realizando la habitual **distribución de altas por Servicios**, con la particularidad de haber extraído de cada uno de ellos las correspondientes a la UCSI que, si bien en 1996 no fueron muchas, debido a su progresiva puesta en marcha a partir del verano, afectó de forma muy desigual a cada servicio quirúrgico. Esta situación ocurrió como consecuencia de la dispar aceptación de la iniciativa, y no sólo por la posibilidad de

cada especialidad de atender de forma ambulatoria un mayor o menor porcentaje de su casuística.

En todo el estudio es necesario tener en cuenta que, al tratarse la información a partir de las altas dadas por cada servicio médico, todos ellos pueden haber atendido pacientes que no se reflejan en las tablas, quedando siempre todo el proceso a cargo del servicio de alta. La actividad de traslados intermedios, por tanto, no es considerada a tales efectos.

Esta situación ocurre en unos servicios en mayor proporción que en otros, y especialmente, por su propia idiosincrasia, en la Unidad de Vigilancia Intensiva, que ve desfigurada su actividad al restituir habitualmente a los pacientes que atiende, al servicio de procedencia, una vez finalizada su actuación asistencial.

SERVICIO	CASOS	EXITUS	EXITUS<65	INFEC.
ALERGIA	4	0	0	0
ANGIOLOGIA / CIRUGIA VASCULAR	421	16	3	12
CARDIOLOGIA	1.352	13	1	9
CIRUGIA CARDIACA	695	16	3	37
CIRUGIA CUELLO Y MAMA	589	1	1	1
CIRUGIA DIGESTIVO	1.278	58	8	63
CIRUGIA PEDIATRICA	137	0	0	0
CIRUGIA PLASTICA	158	0	0	1
CIRUGIA TORACICA	353	11	4	9
DERMATOLOGIA	1	0	0	0
DIGESTIVO	623	39	13	27
ENDOCRINOLOGIA	214	2	2	12



SERVICIO	CASOS	EXITUS	EXITUS<65	INFECC.
ESTOMATOLOGIA	1	0	0	0
GINECOLOGIA	964	1	0	24
HEMATOLOGIA	199	26	10	9
HEPATOLOGIA	344	4	1	2
M. INTERNA A	546	79	5	10
M. INTERNA B	804	87	11	19
M. INTERNA C	374	42	2	22
M. INTERNA D	464	40	37	5
M. INTERNA E	537	69	8	15
M. INTERNA F	397	34	0	7
M. INTERNA G	28	3	0	3
NEFROLOGIA	412	24	6	20
NEUMOLOGIA	816	28	2	3
NEUROCIRUGIA	499	14	6	23
NEUROLOGIA	920	29	1	9
O. R. L.	598	5	2	1
OBSTETRICIA	375	0	0	3
OFTALMOLOGIA	1.143	1	1	0
ONCOLOGIA	896	29	19	6
PEDIATRIA	907	4	4	6
PRH	3	0	0	0
PROCTOLOGIA	68	0	0	0
PSIQUIATRIA	39	0	0	1
RADIOTERAPIA	177	4	2	0
REUMATOLOGIA	62	0	0	1
TRAUMATOLOGIA	1.229	22	0	26

SERVICIO	CASOS	EXITUS	EXITUS<65	INFECC.
U. CIRUGIA SIN INGRESO	710	0	0	0
U. CORONARIA	109	17	5	0
U. DOLOR	41	18	9	1
U. EPILEPSIA	25	0	0	0
U. FERTILIZACION IN VITRO	3	0	0	0
U. V. I.	124	94	36	3
UROLOGIA	725	16	7	35
TOTAL	20.364	846	209	425

Tabla XXIII

En la **Tabla XXIV**, se presentan, **por Servicio**, los dos indicadores más significativos para observar la gestión en cada uno de ellos, de un lado la **estancia media** y de otro el **peso relativo medio** que matiza los anteriores resultados.

Los Servicios Quirúrgicos con **mayor peso relativo** fueron **Cirugía Cardíaca** que alcanzó un peso de **5,9660**, **Neurocirugía** con **2,4187**, **Cirugía Torácica** con **2,4018** y **Cirugía Vascul** con **2,0390**.

En cuanto a los Servicios Médicos, la **U.V.I.** con **6,1944**, **Hematología** con **3,0447**, **Nefrología** con **2,5423**, **Medicina Interna D**, que recibe habitualmente la patología infecciosa especialmente VIH, con un peso medio de **2,1751**, la **Unidad Coronaria** con **2,1213**, y, finalmente, la **Unidad de Dolor** con **2,1155**, fueron los que atendieron una casuística de mayor complejidad.

SERVICIO	CASOS	ESTANCIAS	E.M.	PESO REL.
ALERGIA	4	40	10,00	0,6293
ANGIOLOGIA / CIRUGIA VASCULAR	421	5.330	12,66	2,0390
CARDIOLOGIA	1.352	12.464	9,22	1,8103
CIRUGIA CARDIACA	695	12.696	18,27	5,9660
CIRUGIA CUELLO Y MAMA	589	2.673	4,54	0,9680
CIRUGIA DIGESTIVO	1.278	12.058	9,44	1,6859
CIRUGIA PEDIATRICA	137	142	1,04	0,6410
CIRUGIA PLASTICA	158	758	4,80	1,1668
CIRUGIA TORACICA	353	2.893	8,20	2,4018
DERMATOLOGIA	1	16	16,00	1,5097
DIGESTIVO	623	4.615	7,41	1,3121
ENDOCRINOLOGIA	214	1.935	9,04	1,0142
ESTOMATOLOGIA	1	1	1,00	0,7456
GINECOLOGIA	964	4.320	4,48	0,8672
HEMATOLOGIA	199	3.513	17,65	3,0447
HEPATOLOGIA	344	636	1,85	1,1198
M. INTERNA A	546	6.089	11,15	1,5203
M. INTERNA B	804	7.851	9,76	1,6040
M. INTERNA C	374	3.696	9,88	1,5379
M. INTERNA D	464	4.860	10,47	2,1751
M. INTERNA E	537	5.970	11,12	1,5223
M. INTERNA F	397	4.173	10,51	1,4785
M. INTERNA G	28	370	13,21	1,4345
NEFROLOGIA	412	4.355	10,57	2,5423

SERVICIO	CASOS	ESTANCIAS	E.M.	PESO REL.
NEUMOLOGIA	816	4.958	6,08	1,1623
NEUROCIRUGIA	499	7.482	14,99	2,4187
NEUROLOGIA	920	4.604	5,00	1,2483
O. R. L.	598	2.012	3,36	1,0271
OBSTETRICIA	375	1.331	3,55	0,5639
OFTALMOLOGIA	1.143	3.201	2,80	0,8412
ONCOLOGIA	896	7.061	7,88	1,6814
PEDIATRIA	907	3.464	3,82	0,8528
PRH	3	19	6,33	1,5151
PROCTOLOGIA	68	176	2,59	0,7272
PSIQUIATRIA	39	496	12,72	1,0372
RADIOTERAPIA	177	463	2,62	1,4876
REUMATOLOGIA	62	729	11,76	1,0765
TRAUMATOLOGIA	1.229	13.057	10,62	1,7667
U. CIRUGIA SIN INGRESO	710	80	0,11	0,7888
U. CORONARIA	109	538	4,94	2,1213
U. DOLOR	41	411	10,02	2,1155
U. EPILEPSIA	25	160	6,40	0,7957
U. FERTILIZACION IN VITRO	3	0	0,00	0,3174
U. V. I.	124	1.464	11,81	6,1944
UROLOGIA	725	6.718	9,27	1,2952
TOTAL	20.364	159.878	7,85	1,6177

Tabla XXIV

En la **Tabla XXV** se presentan los **grupos AP-GRD Versión 12**, que tuvieron al menos **24 casos en el año 1996**, ordenados de forma decreciente. Estos **195 AP-GRD** agruparon **17.411 pacientes**, lo que representa el **85,5 por ciento** sobre el total de 20.364.

En cuanto a estancias, estos 195 grupos supusieron el 78,3 por ciento, con una **estancia media de 7,2 días**, algo menor que la media para todos los grupos, que fue de 7,9.

De los 17.411 pacientes clasificados en estos grupos, 16.740 tuvieron una estancia normal, situándose en el rango esperado, mientras que 671 tuvieron una estancia por encima del punto de corte alto de cada AP-GRD. Este número de **outliers** representa el **3,9 por ciento** de los 195 grupos más frecuentes (Rango intercuartílico / Norma Insalud).

El resto de grupos, con menos de 24 casos, no se ha representado en la **Tabla XXV**, ya que 352 AP-GRD agruparon solamente al 14,5 por ciento de casos, si bien emplearon el 21,7 por ciento de estancias, con una llamativa estancia media de 11,8 días. Los outliers se situaron, en estos grupos menos representados, en un 4,6 por ciento.

AP-GRD	DESCRIPCION	Nº	E.M.	OUT.	OUT. (%)	EST. MAX.
39	PROC. SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	720	1,6	95	13,2	96
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	675	1,3	4	0,6	21
410	QUIMIOTERAPIA	668	5,3	40	6,0	44
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	453	10,1	12	2,7	54
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	358	8,7	5	1,4	41
373	PARTO SIN COMPLICACIONES	354	3,0	14	4,0	21
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS	316	7,5	24	7,6	36
206	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG.,CIRROSIS,HEP.ALC. SIN CC	308	1,0	2	0,7	20
162	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	264	3,6	20	7,6	12
14	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT	259	14,0	16	6,2	89

AP-GRD	DESCRIPCION	Nº	E.M.	OUT.	OUT. (%)	EST. MAX.
42	PROC. INTRAOCUL. EXCEPTO RETINA, IRIS Y CRISTALINO	252	2,6	6	2,4	20
125	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM, CON CATETER.SIN DIAG.COMPLEJO	252	6,2	22	8,7	34
359	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. SIN CC	247	5,7	6	2,4	32
270	OTROS PROC.SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA SIN CC	210	0,9	1	0,5	21
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	195	2,1	4	2,1	13
777	ESOF., GASTROENT.Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD<18 SIN CC	186	2,8	2	1,1	21
55	PROC. MISCELANEOS EN OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	183	1,1	0	0,0	4
189	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	176	1,3	2	1,1	13
464	SIGNOS Y SINTOMAS SIN CC	172	5,2	9	5,2	4
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	166	6,6	8	4,8	22
541	TRAST.RESP.EXCEPTO INFECC., BRONQ., ASMA CON CC MAYOR	165	10,5	2	1,2	32
124	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM,CON CATETER. Y DIAG. COMPLEJO	156	10,1	0	0,0	37
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	155	9,8	1	0,7	36
209	REIMPL. MAYOR ARTICULACION EXTR.INF.SININFECC.	154	18,6	12	7,8	63
105	PROC. VALVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO CARDIACO	152	17,5	4	2,6	64
119	LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS	148	2,2	2	1,4	8
40	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	147	1,9	10	6,8	20
106	BYPASS CORONARIO CON CATETERISMO CARDIACO	144	16,9	4	2,8	62
89	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	140	9,7	4	2,9	39
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	135	7,7	6	4,4	21
758	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL SIN CC	135	11,1	6	4,4	50
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA SIN CC	131	2,1	5	3,8	16
107	BYPASS CORONARIO SIN CATETERISMO CARDIACO	130	16,8	5	3,9	75
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	129	1,0	0	0,0	2
183	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 SIN CC	128	6,6	3	2,3	29
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	123	5,7	0	0,0	17
231	ESCISION LOCAL Y ELIM. DISP. FIJAC. INTER. EXCEPTO CAD. Y FEMUR	122	2,8	7	5,7	53
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	120	10,7	1	0,8	61
203	NEOPLASIA MALIG. SISTEMA HEPATOBILIAR O PANCREAS	116	10,1	1	0,9	39

AP-GRD	DESCRIPCION	N°	E.M.	OUT.	OUT. (%)	EST. MAX.
167	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. SIN CC	113	3,4	1	0,9	9
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	113	7,1	6	5,3	23
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	112	3,3	3	2,7	23
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA	111	17,9	4	3,6	73
143	DOLOR TORACICO	110	7,9	8	7,3	26
219	PROC.EXT.INF.Y HUM.EXCEPTO CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	107	11,2	5	4,7	68
25	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 SIN CC	104	5,6	3	2,9	20
211	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 SIN CC	103	20,8	8	7,8	106
15	ACC. ISQUEMICO TRANSITORIO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES	101	6,9	0	0,0	20
90	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	100	8,7	3	3,0	33
262	BIOPSIA MAMA Y ESCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	99	3,0	1	1,0	12
381	ABORTO CON DILAT.Y LEGRADO,ASPIRAC.O HISTEROTOMIA	98	1,5	5	5,1	10
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	97	7,4	1	1,0	24
494	COLECISTEC.LAPAROSC.SIN EXPLOR.CONDUCTO BIL. SIN CC	97	4,3	8	8,3	13
139	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION SIN CC	96	7,1	5	5,2	25
363	DILAT.Y LEGRADO, CONIZ. Y RADIO-IMPLANTE NEO.MALIG.	95	1,5	0	0,0	4
60	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	94	1,1	1	1,1	5
557	TRAST. HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	93	15,5	3	3,2	68
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	89	7,3	1	1,1	19
70	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD<18	88	3,3	3	3,4	15
229	PROC. MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES ARTIC. SIN CC	88	1,6	0	0,0	8
104	PROC. VALVULAS CARDIACAS CON CATETERISMO CARDIACO	86	23,0	2	2,3	75
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DEL SISTEMA NERVIOSO	85	5,1	1	1,2	65
142	SINCOPE Y COLAPSO SIN CC	85	5,3	2	2,4	23
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD>17	82	2,3	2	2,4	14
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	82	9,8	1	1,2	55
408	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PQ	82	1,8	0	0,0	12
714	VIH CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO	81	10,9	3	3,7	59
116	IMPL.MARCAPASOS PERM. SIN IAM,FALLO CARD. O SHOCK	79	11,0	10	12,7	45

AP-GRD	DESCRIPCION	Nº	E.M.	OUT.	OUT. (%)	EST. MAX.
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	79	7,7	1	1,3	27
97	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 SIN CC	78	6,2	0	0,0	15
372	PARTO CON COMPLICACIONES	78	3,1	1	1,3	8
160	PROC. HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	76	4,3	0	0,0	10
315	OTROS PROCED. QUIR. SOBRE RIÑON Y TRACTO URINARIO	76	5,0	2	2,6	63
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	73	8,6	3	4,1	56
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	73	10,0	3	4,1	39
48	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	72	0,3	0	0,0	8
364	DILAT.Y LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEO. MALIGNA	71	1,7	2	2,8	11
205	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG.,CIRROSIS,HEP.ALC. CON CC	70	12,4	3	4,3	43
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	67	8,7	4	6,0	37
13	ESCLEROSIS MULTIPLE Y ATAXIA CEREBELOSA	66	1,4	1	1,5	20
409	RADIOTERAPIA	66	5,7	2	3,0	48
321	INFECC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	64	6,8	3	4,7	24
77	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	62	7,8	1	1,6	33
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	62	9,8	1	1,6	58
369	TRAST. MENSTRUALES Y OTROS PROBL. AP.GEN.FEMENINO	62	1,9	4	6,5	19
545	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	62	28,1	0	0,0	68
546	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	62	21,1	1	1,6	85
56	RINOPLASTIA	60	0,9	0	0,0	4
122	TRAST. CON IAM SIN COMPL.CARDIOVASC.ALTA CON VIDA	60	10,2	2	3,3	34
260	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	60	6,6	0	0,0	15
552	TRAST. DIG. EXCEPTO ESOF., GASTRO.Y ULC. NO COMP. CON CC MAYOR	60	12,1	1	1,7	49
294	DIABETES EDAD>35	58	12,2	4	6,9	106
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	57	9,7	1	1,8	43
775	BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 SIN CC	57	4,0	0	0,0	10
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	56	4,7	5	8,9	48
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	56	9,8	1	1,8	45
62	MIRINGOTOMIA CON INSERCION DE TUBO EDAD<18	55	0,9	0	0,0	2

AP-GRD	DESCRIPCION	Nº	E.M.	OUT.	OUT. (%)	EST. MAX.
78	EMBOLISMO PULMONAR	55	12,8	3	5,5	33
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	55	9,3	2	3,6	34
149	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC	55	13,0	1	1,8	49
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	55	14,6	4	7,3	65
577	TRAST. MIELOPROLIF. Y NEO. MAL DIFERENC. CON CC MAYOR	55	3,9	0	0,0	17
404	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	54	9,2	3	5,6	31
533	OTROS TRST. S.NERVIOSO EXCEPTO AIT, CONVUL. Y CEF. CON CC MAYOR	54	20,1	5	9,3	148
188	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	53	7,0	0	0,0	27
224	PROC.HOMBRO,CODO O ANTEB.,EXCEPTO MAYOR DE ART. CON CC	51	3,8	1	2,0	23
182	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 CON CC	49	9,8	3	6,1	47
202	CIRROSIS Y HEPATITIS ALCOHOLICA	49	11,1	2	4,1	38
266	INJ. PIEL Y/O DESBR. EXCEPTO ULCERA CUTANEA, CELULIT. SIN CC	49	4,6	2	4,1	34
466	SEGUIMIENTO SIN HIST. NEOPLASIA MALIGNA COMO DIAG. SEC.	49	3,4	5	10,2	11
585	PROC.MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGADO Y GRUESO CON CC MAYOR	49	27,2	1	2,0	73
316	INSUFICIENCIA RENAL	48	9,2	1	2,1	28
398	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS CON CC	48	10,3	3	6,3	37
468	PQ EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAG. PRINCIPAL	48	22,4	4	8,3	108
155	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 SIN CC	46	12,8	1	2,2	43
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	46	4,5	4	8,7	40
232	ARTROSCOPIA	46	2,8	1	2,2	19
100	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	45	8,9	3	6,7	29
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	45	9,2	0	0,0	29
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	45	9,0	5	11,1	33
274	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	45	8,3	0	0,0	26
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	44	9,5	0	0,0	25
261	PROC.MAMA PROCESO NO MALIG.EXCEPTO BIOPSIA Y ESCISION LOCAL	44	4,9	0	0,0	9
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	44	8,8	1	2,3	26
356	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	44	10,4	5	11,4	97

AP-GRD	DESCRIPCION	Nº	E.M.	OUT.	OUT. (%)	EST. MAX.
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX Y VULVA	44	2,6	4	9,1	30
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	44	4,2	3	6,8	45
87	EDEMA PULMONAR E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	43	7,8	0	0,0	16
140	ANGINA DE PECHO	43	8,9	2	4,7	25
148	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	43	18,3	2	4,7	64
335	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	43	12,2	1	2,3	24
443	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA SIN CC	43	11,6	8	18,6	89
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	42	7,5	1	2,4	24
290	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	42	7,0	3	7,1	18
422	ENF. VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	41	3,3	2	4,9	12
41	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	40	1,4	9	22,5	5
138	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION CON CC	40	8,2	1	2,5	24
241	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO SIN CC	40	9,8	2	5,0	37
712	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. SIN DIAG MAYORES MULTIPLES O SIGNIF. SIN TB	40	13,3	1	2,5	59
808	PROC. CARDIOV. PERCUT. CON IMA, FALLO CARD. O SHOCK	40	11,5	1	2,5	35
339	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	39	6,1	2	5,1	49
343	CIRCUNCISION EDAD<18	39	0,4	0	0,0	2
416	SEPTICEMIA EDAD>17	39	9,5	0	0,0	26
543	TRAST. CIRC. EXCEPTO IAM, ENDOC., ICC Y ARRIT. CON CC MAYOR	39	14,4	2	5,1	76
161	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC	38	5,8	1	2,6	46
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	37	8,4	2	5,4	46
99	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	37	10,2	3	8,1	33
267	PROC. DE REGION PERIANAL Y ENFERMEDAD PILONIDAL	37	2,9	1	2,7	40
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	37	1,5	0	0,0	5
627	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P. QUIR. SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	37	3,9	0	0,0	19
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	36	13,1	1	2,8	147
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	36	6,4	2	5,6	23
297	TRAST. NUTRIC. Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	36	7,5	0	0,0	16

AP-GRD	DESCRIPCION	Nº	E.M.	OUT.	OUT. (%)	EST. MAX.
76	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	35	11,7	1	2,9	63
361	INTERRUP. TUBARICA POR LAPAROSCOPIA Y LAPAROTOMIA	35	3,3	3	8,6	19
397	TRASTORNOS DE COAGULACION	35	4,9	2	5,7	20
786	PROC. MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	35	18,3	1	2,9	60
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	34	11,3	1	2,9	47
234	OTROS PQ S.MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO SIN CC	34	6,6	1	2,9	46
710	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. CON DIAG MAYORES MULTIPLES O SIGNIF. SIN TB	34	20,1	1	2,9	57
296	TRAST. NUTRIC.Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	32	10,8	1	3,1	32
801	TUBERCULOSIS SIN CC	32	10,9	0	0,0	29
110	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	31	26,6	1	3,2	85
141	SINCOPE Y COLAPSO CON CC	31	10,2	1	3,2	32
239	FRACTURAS PATOL.Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQ.Y T.CONEC.	31	13,1	0	0,0	33
254	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXCEPTO PIE EDAD>17 SIN CC	31	5,4	2	6,5	22
302	TRASPLANTE RENAL	31	19,9	2	6,5	56
310	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	31	7,8	0	0,0	21
394	OTROS PQ HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	31	2,8	0	0,0	9
210	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 CON CC	30	31,2	7	23,3	73
781	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD<18 SIN CC	30	4,0	2	6,7	34
121	TRAST. CON IAM Y COMPL. CARDIOVASC. ALTA CON VIDA	29	11,7	2	6,9	29
154	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 CON CC	29	20,3	0	0,0	38
193	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB CON CC	29	14,6	0	0,0	26
320	INFECC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	29	8,4	1	3,5	24
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	29	13,6	1	3,5	86
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	28	8,8	1	3,6	35
769	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD<18 SIN CC	28	4,4	1	3,6	17
73	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD>17	27	1,1	1	3,7	12
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	27	9,8	2	7,4	23
5	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES	26	14,3	1	3,9	48

AP-GRD	DESCRIPCION	Nº	E.M.	OUT.	OUT. (%)	EST. MAX.
303	PROC.RIÑON,URETER Y PROC.MAYOR VEJIGA POR NEOPLASIA	26	16,6	2	7,7	66
305	PROC.RIÑON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA P.NO NEOP. SIN CC	26	12,2	0	0,0	22
353	EVISC.PELVICA,HISTERECT.RADICAL Y VULVECT.RADICAL	26	13,9	2	7,7	70
558	PROC.MUSC.ESQ.MAYOR EXCEPTO ARTIC.MAYOR BILAT. O MULTIPLES CON CC MAYOR	26	44,5	5	19,2	170
20	INFECC. SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	25	17,8	2	8,0	101
113	AMPUTACION POR TRAST. CIRCUL. EXCEPTO M.SUP Y DEDOS PIE	25	32,6	2	8,0	121
275	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	25	8,2	0	0,0	17
402	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ SIN CC	25	6,4	0	0,0	29
762	CONMOCION,LESION INTRACR. COMA<1HORA O SIN COMA EDAD<18	25	1,7	3	12,0	6
773	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	25	6,5	2	8,0	19
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	24	1,4	1	4,2	5
332	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	24	6,8	0	0,0	20
342	CIRCUNCISION EDAD>17	24	0,4	0	0,0	8
569	TRAST. RIÑON Y TRACTO URIN. EXCEPTO INSUFIC.RENAL CON CC MAYOR	24	10,6	1	4,2	39

Tabla XXV

ESTUDIO DE LA REDUCCION DE LA VARIANZA (COSTES Y ESTANCIAS)

Se utilizó, como se indicó anteriormente, R^2 , **cuadrado del coeficiente de correlación entre el coste real y el coste teórico** (el asignado al paciente en función del GRD en el que fue clasificado y que es el coste medio del grupo).

Este parámetro se expresa, en el presente estudio, en tanto por ciento (de 0 a 100) siendo el valor tanto mayor, cuanto mejor sea el sistema de clasificación evaluado, en función de un mayor poder explicativo de la variabilidad registrada. Los valores bajos, en su caso, indicarán un pequeño poder explicativo de dicha variabilidad.

En primer lugar, se estudió la **reducción de la varianza** en la muestra utilizada (20.364 altas), coincidente con el **total de pacientes**, ya que, el objetivo, como quedó dicho, era poder **explicar el total del gasto de hospitalización**, considerando cualquier situación y sin exclusión de ningún alta.

*Por la anterior razón, los grupos poco representados no se pudieron excluir del estudio y también como consecuencia de que otro de los objetivos era buscar el **mejor sistema de clasificación para todos los casos**, ya que, finalmente, también sería necesario establecer **tarifas en el Concierto para estos grupos de baja representación cuantitativa**, pero que en conjunto suponían una considerable parte de los costes totales de hospitalización.*

5.2.1.

REDUCCION DE LA VARIANZA REFERIDA A COSTES

De acuerdo con los resultados expresados en la **Tabla XXVI**, se pudo observar que :

- En costes, **la utilización de AP-GRD frente a HCFA-GRD supuso una mejora en la varianza explicada del 2,6 por ciento, y de 7,4 por ciento la utilización de APR-GRD frente a AP-GRD**, siendo, por lo tanto, la distancia **entre APR-GRD y HCFA-GRD de un 10 por ciento.**
- La explicación de la varianza referida a **costes con CIE-9-MC resultó inferior en un 7,1 por ciento frente a HCFA-GRD y en un 17,1 por ciento frente a APR-GRD.**

APR-GRD resultó ser el mejor de los sistemas de clasificación evaluados con respecto a costes.

Datos 1996	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD	CIE-9-MC
Nº de casos	20.364	20.364	20.364	20.364
Nº de grupos	461	547	862	210
R ² coste	50,6	53,2	60,6	43,5

Tabla XXVI

Los resultados anteriormente mencionados para los datos de 1996 se confirman con los datos de 1997, como se puede ver en la **Tabla XXVII**.

Datos 1997	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD	CIE-9-MC
Nº de casos	13.840	13.840	13.840	13.840
Nº de grupos	440	519	798	201
R ² coste	46,4	49,4	56,3	35,4

Tabla XXVII

5.2.2.

REDUCCION DE LA VARIANZA REFERIDA A ESTANCIAS

En cuanto a la varianza explicada para las estancias y de acuerdo con los resultados expresados en la **Tabla XXVIII** se pudo observar :

- **La mejora es de un 3,1 por ciento en la varianza explicada al pasar de HCFA-GRD a AP-GRD y del 7,1 por ciento al pasar de AP-GRD a APR-GRD, siendo, por lo tanto la diferencia de un 10,2 por ciento entre HCFA-GRD y APR-GRD.**
- **Una explicación de la varianza, referida a estancias, con CIE-9-MC inferior en un 12,3 por ciento frente a HCFA-GRD y, por tanto, un 22,5 por ciento frente a APR-GRD.**

APR-GRD resultó ser también, con respecto a estancias, el mejor de los sistemas de clasificación evaluados.

Datos 1996	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD	CIE-9-MC
Nº de casos	20.364	20.364	20.364	20.364
Nº de grupos	461	547	862	210
R ² días de estancia	39,9	43,0	50,1	27,6

Tabla XXVIII

Al igual que en la reducción de la varianza para costes, existe una confirmación de los resultados de 1996 al revisar los obtenidos para estancias en 1997, como se puede ver en la **Tabla XXIX**.

Datos 1997	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD	CIE-9-MC
Nº de casos	13.840	13.840	13.840	13.840
Nº de grupos	440	519	798	201
R ² días de estancia	42,9	46,1	54,2	29,2

TablaXXIX

5.2.3.

REDUCCION DE LA VARIANZA (COSTES) EN HCFA-GRD, AP-GRD Y APR-GRD EN CASOS DE TIPO MEDICO Y DE TIPO QUIRURGICO

A partir de los resultados anteriores, se creyó conveniente, profundizar en el conocimiento de la explicación de costes de los sistemas de agrupación GRD, **diferenciando los casos médicos de los casos quirúrgicos.**

Para ello, se reprodujo el estudio de R^2 para cada sistema GRD, diferenciando esta vez los casos médicos ($N_m=9.914$) de los quirúrgicos ($N_q=10.450$).

Los resultados obtenidos (Tabla XXX), refieren en todos los grupos, una **mejor explicación de costes en los casos quirúrgicos que en los médicos, manteniéndose, entre los tres sistemas, las mismas distancias expresadas en los resultados anteriores, en cuanto a un mayor poder explicativo de costes por el sistema APR-GRD.**

Datos 1996	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD
R^2 coste casos médicos	18,3	19,8	30,5
R^2 coste casos quirúrgicos	59,4	62,4	69,1

Tabla XXX

5.2.4.

ESTUDIO DE LOS COEFICIENTES DE VARIACION POR SISTEMAS GRD

Como estudio complementario se estimó conveniente conocer la dispersión relativa de la distribución, para cada grupo GRD, referida a costes. Para ello se calculó el **coeficiente de variación (CV)**, que fue obtenido para cada GRD, en los tres sistemas evaluados.

A efectos de síntesis de resultados, los coeficientes de variación se agruparon en cinco posibles tipos de comportamiento :

COMPORTAMIENTO	COEFICIENTE DE VARIACION
Muy bueno	0-50
Bueno	51-75
Regular	76-100
Malo	101-150
Muy malo	>150

Tabla XXXI

Con el fin de revisar los resultados de aquellos grupos más representados cuantitativamente, se escogieron, en los tres sistemas estudiados, solamente aquellos GRD cuyo número era igual o mayor de 24 casos.

En el sistema APR-GRD se obtuvo una agrupación de coeficientes de variación, de acuerdo con lo expresado en la **Tabla XXXII**.

COMPORTAMIENTO	COEFICIENTE DE VARIACION	GRUPOS APR-GRD	NUMERO DE CASOS
MUY BUENO	0-50	38	2.744
BUENO	51-75	69	4.786
REGULAR	76-100	54	4.981
MALO	101-150	33	3.301
MUY MALO	>150	7	597
TOTAL		201	16.409

Tabla XXXII

En el sistema AP-GRD se agruparon igualmente los coeficientes de variación de cada GRD con casuística igual o mayor de 24 casos. :

COMPORTAMIENTO	COEFICIENTE DE VARIACION	GRUPOS AP-GRD	NUMERO DE CASOS
MUY BUENO	0-50	30	2.341
BUENO	51-75	59	4.843
REGULAR	76-100	57	4.987
MALO	101-150	37	4.278
MUY MALO	>150	12	962
TOTAL		195	17.411

Tabla XXXIII

En el sistema HCFA-GRD también se obtuvo la agrupación de coeficientes de variación, de acuerdo con los mismos criterios anteriores :

COMPORTAMIENTO	COEFICIENTE DE VARIACION	GRUPOS HCFA-GRD	NUMERO DE CASOS
MUY BUENO	0-50	20	1.788
BUENO	51-75	58	5.044
REGULAR	76-100	64	6.093
MALO	101-150	36	4.080
MUY MALO	>150	12	977
TOTAL		190	17.982

Tabla XXXIV

El porcentaje de casos en cada grupo se expresa en la **Tabla XXXV**, apreciándose una **mayor agrupación de casos en las clases de comportamiento muy bueno o bueno en los APR-GRD.**

COMPORTAMIENTO	COEFICIENTE VARIACION	APR GRD	AP GRD	HCFA GRD
MUY BUENO	0-50	18,9 %	15,4 %	10,5 %
BUENO	51-75	34,3 %	30,3 %	30,5 %
REGULAR	76-100	26,9 %	29,2 %	33,7 %
MALO	101-150	16,4 %	19,0 %	19,0 %
MUY MALO	>150	3,5 %	6,2 %	6,3 %

Tabla XXXV

También se calculó el **porcentaje de casos** que se distribuyeron en los grupos de comportamiento **MUY BUENO** o **BUENO**, sobre el total del año 96, que fue de **20.364 casos**. Con este denominador, el porcentaje obtenido fue del **37 por ciento en APR-GRD**, **35 por ciento en AP-GRD** y **33 por ciento en HCFA-GRD.**

Al final del estudio se incluyen, en el **Apéndice I**, tres tablas con los Coeficientes de Variación por cada GRD en los tres sistemas evaluados.

PESOS RELATIVOS DEL HOSPITAL

Los pesos relativos del hospital (PR FJD) fueron calculados de acuerdo con el método anteriormente explicado.

Inicialmente se obtuvieron los pesos relativos de la FJD en los tres sistemas de GRD utilizados en el estudio. Para el análisis comparativo pretendido en esta segunda parte, se estimó que la excesiva proliferación de datos, introducía un importante factor de confusión, lo que determinó la necesidad de trabajar con un único sistema.

Para ello se escogió **AP-GRD**, ya que, a pesar de ser el segundo en nuestro estudio en cuanto a bondad de su clasificación se refiere, dos circunstancias inclinaban la balanza a su favor :

- Existían **datos fiables de Pesos Relativos en AP-GRD referidos a hospitales estadounidenses y españoles**, lo que permitiría un estudio comparativo.
- Con bastante probabilidad sería el **sistema escogido por el Sistema Nacional de Salud para la financiación de sus hospitales**.

En el **Apéndice II** se determinan la totalidad de los pesos relativos de la FJD en AP-GRD, expresándose en la **Tabla XXXVI** los pesos relativos de los 25 grupos más representados.

La tabla tiene siete columnas y está ordenada por el número del GRD. En la primera, segunda y tercera se incluyen, respectivamente, **el número del GRD, su descripción abreviada y el número de casos** registrado en cada grupo. En la cuarta columna se

encuentra el **peso relativo de la FJD**, como relación entre el coste medio de cada grupo y el coste medio del total de pacientes en la FJD, en la quinta se muestra lo que en este estudio se ha denominado *peso relativo USA corregido*, y que no es más que una adecuación de la escala de pesos relativos estadounidense, a nuestra propia escala, a efectos de poder ser comparados de una forma más directa. En la sexta está el denominado en la tesis *Indicador "A"*, que establece la relación entre el peso relativo de la FJD y el peso relativo USA corregido. En la última columna encontramos la misma información que en la anterior pero expresada como **porcentaje de incremento o decremento sobre el peso relativo USA corregido**, en el que se sitúa el cien.

GRD	DESCRIPCION	Nº	PR	PR USA	IND.	%
		CASOS	FJD12	CORR	A	DIF
39	PROC. SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	719	0,332	0,5049	0,66	-34
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	675	0,2278	0,5562	0,41	-59
410	QUIMIOTERAPIA	668	0,5893	0,6805	0,87	-13
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	451	0,7986	0,9433	0,85	-15
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	358	0,6846	0,751	0,91	-9
373	PARTO SIN COMPLICACIONES	354	0,2737	0,2997	0,91	-9
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS	314	1,4709	1,0458	1,41	41
206	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG., CIRROSIS, HEP. ALC. SIN CC	308	0,1554	0,5718	0,27	-73
162	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	263	0,4798	0,4141	1,16	16
14	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT	259	1,0803	1,2646	0,85	-15
125	TRAST. CIRC. EXCEPTO IAM, CON CATETER. SIN DIAG. COMPLEJO	252	0,757	0,405	1,87	87
42	PROC. INTRAOCUL. EXCEPTO RETINA, IRIS Y CRISTALINO	251	0,4288	0,6298	0,68	-32
359	PROC. UTERO Y ANEJOS CA. IN SITU Y P. NO MALIG. SIN CC	242	0,7339	0,6602	1,11	11
270	OTROS PROC. SOBRE PIEL, T. SUBCUTANEO Y MAMA SIN CC	205	0,2103	0,5926	0,35	-65
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	193	0,2186	0,1561	1,4	40
777	ESOF., GASTROENT. Y TRAST. DIG. MISCEL. EDAD<18 SIN CC	186	0,4265	0,269	1,59	59

GRD	DESCRIPCION	Nº	PR	PR USA	IND.	%
		CASOS	FJD12	CORR	A	DIF
55	PROC. MISCELANEOS EN OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	182	0,1964	0,4035	0,49	-51
189	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	176	0,1589	0,405	0,39	-61
464	SIGNOS Y SINTOMAS SIN CC	172	0,6251	0,3855	1,62	62
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	165	0,565	0,5164	1,09	9
541	TRAST.RESP.EXCEPTO INFECC., BRONQ., ASMA CON CC MAYOR	163	1,26	1,5255	0,83	-17
124	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM,CON CATETER. Y DIAG. COMPLEJO	156	1,2154	0,8468	1,44	44
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	154	1,0817	1,237	0,87	-13
209	REIMPL. MAYOR ARTICULACION EXTR.INF. SIN INFECC.	154	2,2688	2,16	1,05	5
105	PROC. VALVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO CARDIACO	151	4,8748	3,8283	1,27	27

Tabla XXXVI

DISCUSION

Las dos partes del estudio se sitúan en un marco de análisis bien diferente. La primera, referida a la discusión de los resultados obtenidos acerca del sistema teóricamente más adecuado para establecer un concierto, necesita solamente una **contrastación** con los resultados obtenidos en estudios similares. Con este fin se escogió, por su trascendencia, el estudio **“The evolution of case mix measurement using Diagnosis Related Groups (DRGs)”** realizado por Averill en el año 1997 (7).

La segunda parte sí precisa la **comparación con un entorno** más próximo, por dos motivos, el primero porque el estudio descriptivo se completa sabiendo cómo se situaba en el año 96 la FJD con respecto a los hospitales propios del INSALUD; el segundo porque aunque los pesos relativos de la Fundación puedan, por sí solos, ser aplicados para la determinación de las tarifas de hospitalización más adecuadas, no nos dicen cómo estamos con respecto a costes INSALUD, no nos sitúan con respecto a los teóricos posibles precios de mercado, no nos dicen si las tarifas serían competitivas. Para ello ha sido de vital importancia la revisión del estudio **“Proyecto coste por proceso en hospitales INSALUD”** realizado por la Secretaría General del INSALUD en el año 1995 (46). Este proyecto, realizado mediante un estudio retrospectivo de las altas hospitalarias producidas durante el año 1993 en un conjunto de veintinueve hospitales de la red INSALUD, tuvo como objetivo principal conocer el coste por proceso (AP-GRD) en dicho periodo.

Al respecto, no ha parecido necesario entrar en estudios comparativos de costes, por otra parte implícitos en la tesis, obviándose posibles desacuerdos en la metodología de su cálculo. Por el contrario, se consideró adecuado centrar el comparativo entre los costes del INSALUD y la facturación por proceso de la FJD, lo que sí daría una idea de cuál es la distancia entre lo que el hospital percibe y los costes de esos mismos casos en los hospitales propios del INSALUD.

La última parte de la discusión se centrará exclusivamente en las deficiencias apreciadas en el articulado del actual Concierto.

6.1.

DISCUSION PRIMERA : LOS RESULTADOS DE LA REDUCCION DE LA VARIANZA (COSTES Y ESTANCIAS) EN LA FJD FRENTE AL ESTUDIO DE AVERILL

Se realizó la comparación de los resultados obtenidos en el presente estudio frente a los obtenidos por Averill (7), centrando la discusión en tres niveles diferentes : R^2 referida a costes sobre el total de casos, R^2 referida a estancias sobre el total de casos y R^2 referida a costes sobre casos quirúrgicos y sobre casos médicos.

En cuanto a la R^2 referida a costes sobre el total de casos, se observó unos mejores resultados en la FJD en los tres sistemas utilizados, pero manteniendo la misma tendencia (APR mejor que AP y éste mejor que HCFA) y parecidas distancias entre los sistemas, aunque mayores en el trabajo de Averill. La explicación se puede encontrar en la utilización de un sistema de costes totales en la FJD, que puede enmascarar artificialmente las diferencias y también en una mayor homogeneidad del tratamiento dado a cada tipo de paciente, en virtud de que nuestro estudio se realizó sobre un único hospital y el de Averill sobre 675 centros hospitalarios (Tabla XXXVII).

Datos 1996	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD
Nº de casos	20.364	20.364	20.364
Nº de grupos	461	547	862
R^2 coste	50,6	53,2	60,6
R^2 coste (Averill)	24,9	37,4	42,0

Tabla XXXVII

En cuanto a la R^2 referida a estancias sobre el total de casos, se observó igualmente unos mejores resultados en la FJD en los tres sistemas utilizados, manteniendo también la misma tendencia (APR mejor que AP y éste mejor que HCFA). Las distancias entre los sistemas fueron en este caso muy parecidas, aunque ligeramente mayores en nuestro estudio. La explicación acerca de la mayor semejanza de resultados se puede encontrar en que en este caso se maneja la estancia del paciente, criterio totalmente homogéneo, mientras que los mejores resultados obtenidos en la FJD en términos absolutos se puede deber a una menor heterogeneidad en el tratamiento dado a cada tipo de paciente, en virtud de que el estudio de Averill, como anteriormente se dijo, y a diferencia del nuestro, fue multicéntrico (Tabla XXXVIII).

Datos 1996	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD
Nº de casos	20.364	20.364	20.364
Nº de grupos	461	547	862
R^2 días de estancia	39,9	43,0	50,1
R^2 días de estancia (Averill)	28,9	35,8	38,2

Tabla XXXVIII

En cuanto a la R^2 referida a costes sobre casos médicos y quirúrgicos, se observaron mejores resultados en la FJD en los tres sistemas utilizados en los casos quirúrgicos, y peores en los de tipo médico, pero manteniendo la misma tendencia en ambos grupos (APR mejor que AP y éste mejor que HCFA). En el trabajo de Averill, las distancias

entre los sistemas fueron **parecidas en los casos quirúrgicos y mayores en los casos de tipo médico.**

La explicación, al igual que se dijo antes, se puede encontrar en la utilización de un sistema de costes totales en la FJD, que puede enmascarar artificialmente las diferencias, y también en una mayor homogeneidad del tratamiento dado a cada tipo de paciente quirúrgico. Esta uniformidad desaparece en los casos médicos por dos posibles causas. La primera, la falta de un consenso de protocolización en la FJD en estos pacientes de tipo médico, que pueden ser atendidos por diferentes servicios, puede ser determinante. La segunda, la menor casuística en cada GRD puede, en este caso, influir decisivamente en la comparación frente a hospitales estadounidenses con un mayor nivel de protocolización por GRD en casos médicos (**Tabla XXXIX**).

Datos 1996	HCFA-GRD	AP-GRD	APR-GRD
R ² coste casos médicos	18,3	19,8	30,5
R ² coste casos médicos (Averill)	24,9	37,4	42,0
R ² coste casos quirúrgicos	59,4	62,4	69,1
R ² coste casos quirúrgicos (Averill)	41,1	45,0	52,2

Tabla XXXIX

6.2.

DISCUSION SEGUNDA

6.2.1.

LOS PESOS RELATIVOS DEL HOSPITAL COMO FACTOR DETERMINANTE DE TARIFAS EN EL CONCIERTO

La posibilidad de alcanzar un acuerdo acerca de la significación del concepto **complejidad de la casuística hospitalaria** ha sido habitualmente un objetivo problemático, por las muy diferentes interpretaciones que sugiere según sea utilizado por clínicos, administradores o gestores. En cualquier caso, dicho término se ha venido utilizando para referirse a un conjunto de atributos de los pacientes que, si bien son diferentes, presentan un cierto grado de interrelación. Como ejemplo de estos atributos podemos citar la severidad de la enfermedad, el riesgo de mortalidad, el pronóstico del paciente, la dificultad de tratamiento y, finalmente, la intensidad de recursos consumidos.

Se puede decir que tres de ellos pertenecen exclusivamente a la esfera clínica : la **severidad de la enfermedad**, entendida como el grado de descompensación o pérdida de función orgánica del paciente; el **riesgo de mortalidad**, como la probabilidad de muerte y el **pronóstico**, interpretado como la evolución más factible de la enfermedad, incluyendo la posibilidad de mejoría, el deterioro o la recurrencia y, también, la estimación del tiempo de vida.

La **dificultad de tratamiento**, entendida como los problemas de manejo que presenta una patología (por ejemplo los presentes en enfermedades sin un claro patrón de síntomas o en aquellas en las que se requieren dificultosas actuaciones) es un concepto que, aun ligado principalmente a la clínica, comienza a tener también una vinculación directa con la problemática de la gestión clínica.

Finalmente, la **intensidad de recursos consumidos** se refiere al volumen y tipo de medios diagnósticos, terapéuticos, hoteleros, o de cualquier otra clase, usados en el proceso de hospitalización, **siendo éste el significado atribuido por gestores, clínicos o no, y por administradores al concepto complejidad de la casuística.**

Por tanto, cuando los clínicos utilizan el concepto de complejidad del case mix, pueden estar refiriéndose a uno o más aspectos de la complejidad clínica. Para ellos, un incremento de la complejidad del case mix sugiere, fundamentalmente, una mayor severidad de la enfermedad, un mayor riesgo de mortalidad o un peor pronóstico. Por el contrario, para los gestores del hospital será siempre un concepto íntima y directamente ligado a un mayor consumo de recursos, lo que se habrá de traducir en un mayor coste.

Estas interpretaciones de ambos si bien con frecuencia pueden estar relacionadas, en determinadas circunstancias pueden no estarlo. Así, por ejemplo, un enfermo terminal de cáncer, que presenta un alto nivel de severidad de la enfermedad y un pronóstico malo, puede requerir pocos recursos económicos del hospital. En este caso, severidad y pronóstico, por un lado y consumo de recursos, por otro, estarían profundamente disociados.

Desde la perspectiva de los GRD, un hospital que presenta un case mix más complejo, significa que trata pacientes que requieren más recursos y, en principio, no necesariamente que atienda enfermos con patologías más severas, con mayor dificultad de tratamiento o de peor pronóstico. En este sentido aplica el concepto de los gestores.

Por tanto, si los tres sistemas GRD evaluados en nuestro estudio y especialmente APR-GRD, han demostrado su sensibilidad frente a la complejidad de la casuística hospitalaria, y, en definitiva, su capacidad para clasificar las altas de forma homogénea de acuerdo con

el consumo esperado de recursos, tendremos por fin la **posibilidad cierta de ligar racionalmente presupuesto y actividad de hospitalización.**

La relación entre el coste medio de cada grupo con el coste medio de nuestro alta, como ha quedado visto, nos ha dado como resultado los pesos relativos de la FJD, pero a la hora de la compra de servicios por parte de una entidad concertadora, es cierto que también podrán ser pactados sobre unos **pesos relativos estandarizados**, bien extraídos de estudios nacionales, bien importados de estudios realizados en otros países, en el caso de ser considerados como válidos para nuestra propia realidad.

En consecuencia, parece una opción más racional que las planteadas hasta la actualidad, bien sean unidades de producción no clínicas, como la U.P.A., la U.B.A., etc., bien sea CIE-9-MC, como ocurre en nuestro actual Concierto.

El **peso relativo medio del hospital**, resultante de la suma de todos los pesos relativos dividido por el número de casos, aplicado **como modulador de la actividad** que refleja la complejidad de la casuística atendida, es una buena alternativa que simplifica el procedimiento. Se utilizaría como **factor multiplicador de la tarifa asignada anualmente a la Unidad de Hospitalización**, dándonos directamente el presupuesto de hospitalización para la actividad inicialmente pactada entre la entidad pagadora y el hospital.

De esta forma o, en un mercado más abierto, de una forma desagregada, estableciendo tarifas para cada grupo, los pesos relativos vienen finalmente a concurrir como el **factor determinante de las tarifas de cualquier Concierto o de la oferta particular a un determinado cliente.**

El interés puntual por ofrecer un determinado servicio, una mayor calidad en una determinada línea de productos, o el disponer de una prestación diferencial frente a otros hospitales, son ejemplos de matices que vendrán a alterar las tarifas finales, en función de la estrategia marcada por la propia Gerencia del hospital.

6.2.2.

COMPARACION DE LA FACTURACION DE LA FJD CON LOS COSTES DEL INSALUD

Al establecer la comparación de la facturación del año 96 de la FJD con los costes obtenidos por el INSALUD para el año 93, se ha preferido no actualizar los datos de costes del INSALUD y presentar el estudio con este desfase, con la intención de evitar la aplicación de factores de corrección, que, en cualquier caso, aun mejorando previsiblemente los resultados de la FJD, introducirían un mayor número de elementos de discusión.

De igual manera, la facturación, tampoco es la real, sino la teórica de la FJD. Esta sería la realizada, en el caso de que el INSALUD no hubiera aplicado la penalización por exceder el tope presupuestario, a consecuencia de haber superado la producción acordada.

En cualquier caso, ambos factores habrían incrementado las diferencias, en favor de la FJD, habiéndose obviado por tal motivo en el estudio.

No se han utilizado datos más actualizados del INSALUD, por no haber sido publicado ningún estudio con posterioridad al utilizado en la presente comparación.

COMPARATIVO COSTE INSALUD/PUNTO. FACTURA FJD/PUNTO

Sobre el “Proyecto coste por proceso en hospitales INSALUD” (46) realizado por la Secretaría General del INSALUD en el año 1995, se calculó la producción de todos los hospitales incluidos en el estudio, entendiendo como tal la suma de unidades de hospitalización realizadas en ellos.

Para ello se utilizó:

- **Pesos Relativos U.S.A.** (para evitar diferencias INSALUD-FJD en el cálculo de producción).
- **Hospitales con costes depurados** (los que aportan los datos acerca del total de costes en el estudio del INSALUD).
- **Total de altas** (codificadas y no codificadas) por estimar que no se ha deducido el coste de altas no codificadas del total del gasto de hospitales y por ser ésta la posibilidad más ventajosa para el INSALUD.

1. Calculo de la Producción:

La producción de cada hospital fue calculada multiplicando el número de altas de cada hospital por su Peso Medio (obtenido de acuerdo con los pesos relativos estadounidenses).

Nº altas hospital 1 x PMA hospital 1.

Nº altas hospital 2 x PMA hospital 2.

.....

Nº altas hospital k x PMA hospital k.

La producción de los hospitales de INSALUD participantes en el estudio fue la suma de la producción individual de cada uno de ellos.

$$\sum n_i \times PMA_i = \text{Producción INSALUD}$$

PMA : Peso Medio del hospital de acuerdo con los pesos relativos de cada GRD (AP-GRD versión 10) en Estados Unidos.

La producción calculada para el total de hospitales intervinientes en el estudio del INSALUD fue de 370.446,72 puntos para un total de 328.447 altas.

$$\text{Producción INSALUD} = 370.446,72 \text{ Puntos (328.447 altas)}$$

Se realizó el mismo cálculo referido al conjunto de hospitales del grupo 4 del INSALUD, dado que la FJD se encuentra catalogada en dicho grupo.

La producción calculada para el total de hospitales del grupo 4 del INSALUD fue de 120.487,58 puntos para un total de 95.493 altas.

$$\text{Producción INSALUD (Grupo 4)} = 120.487,58 \text{ Puntos (95.493 altas)}$$

2. Cálculo producción de la FJD (V. 10 AP).

De igual manera se realizó el cálculo de la producción de la FJD, utilizando también, en este comparativo, la versión 10 de AP-GRD por ser la misma del estudio del INSALUD.

$$\text{PMA} \times \text{n} = \text{Producción FJD}$$

La producción calculada para la FJD fue de 37.998,97 puntos para un total de 20.364 altas.

$$\text{Producción FJD} = 31.813,87 \text{ Puntos (20.364 altas)}$$

3. Cálculo Coste/Punto INSALUD

$\text{Coste / Punto INSALUD} = \text{Coste total hospitalización INSALUD} / \text{Producción INSALUD}$.

El coste medio por punto en los hospitales del INSALUD fue de 329.391 pesetas, mientras que en los del grupo 4 la media fue de 377.394 pts.

$$\text{Coste / Punto (hospital medio INSALUD)} = 329.391 \text{ pts.}$$

Coste / Punto (Hospital Grupo 4) = 377.394 pts.

4. Cálculo Factura teórica / Punto FJD

Factura teórica / Punto FJD = Factura total FJD / Producción FJD.

Es teórica porque, como ha quedado dicho, se ha descontado la penalización por exceso del tope presupuestario. La facturación real sería, por tanto, algo inferior.

La factura teórica por punto fue de 300.654 pesetas.

Factura teórica / Punto = 300.654 pts.

La factura teórica por cada punto en la FJD en el año 1996 fue 28.737 pesetas inferior al coste de cada punto producido por los hospitales del INSALUD participantes en el estudio. Ello supuso una factura por punto correspondiente al 91,3 por ciento del coste real de cada punto en los hospitales del INSALUD.

Diferencia Fact. Teórica / Punto FJD 96 - Coste / Punto INSALUD 93 =

= 300.654 - 329.391 =

= - 28737 pts. (-8,72 %)

Considerando sólo los hospitales del grupo 4, la factura teórica por cada punto en la FJD en el año 1996 fue 76.740 pesetas inferior al coste de cada punto producido en los hospitales del INSALUD Grupo 4 participantes en el estudio. Ello supuso una factura por punto correspondiente al 79,7 por ciento del coste real de cada punto en los hospitales del INSALUD.

Diferencia Fact. Teórica / Punto FJD 96 - Coste / Punto INSALUD 93 (Grupo 4) =

$$300.654 - 377.394 =$$

$$= - 76.740 \text{ pts. } (- 20,3 \%)$$

COMPARATIVO COSTE INSALUD/ALTA. FACTURA FJD/ALTA.

Igualmente se realizó sobre el “**Proyecto coste por proceso en hospitales INSALUD**” desarrollado por la Secretaría General del INSALUD en el año 1995 (46).

Para ello se utilizó:

- **Pesos Relativos INSALUD**, ya que para este propósito son los más adecuados al explicar mejor los costes en el estudio INSALUD (mayor reducción de la Varianza).
- **Hospitales con costes depurados** (los que aportan los datos acerca del total de costes).
- **Total de altas** (codificadas y no codificadas) por estimar que no se ha deducido el coste de altas no codificadas del total del gasto de hospitales y por ser ésta la posibilidad más ventajosa para INSALUD.

1. Cálculo de la Producción

La producción de cada hospital fue calculada multiplicando el número de altas de cada hospital por su Peso Medio (obtenido de acuerdo con los pesos relativos del INSALUD).

Nº altas hospital 1 x PMI hospital 1.

Nº altas hospital 2 x PMI hospital 2.

.....

Nº altas hospital k x PMI hospital k.

La producción de los hospitales de INSALUD participantes en el estudio fue la suma de la producción individual de cada uno de ellos.

$$\sum n_j \times \text{PMI}_j = \text{Producción INSALUD}$$

PMI : Peso Medio del hospital de acuerdo con los pesos relativos de cada GRD (AP-GRD versión 10) en el estudio del INSALUD.

La producción así calculada para el total de hospitales intervinientes en el estudio del INSALUD fue de 332.336,79 puntos para un total de 328.447 altas.

$$\text{Producción INSALUD} = 332.336,79 \text{ Puntos (328.447 altas)}$$

Se realizó el mismo cálculo referido al conjunto de hospitales del grupo 4 del INSALUD, dado que la FJD se encuentra catalogada en dicho grupo.

La producción calculada para el total de hospitales del grupo 4 del INSALUD fue de 105.472,96 puntos para un total de 95.493 altas.

Producción INSALUD (Grupo 4) = 105.472,96 Puntos (95.493 altas)

2. Cálculo del Coste / Punto INSALUD (total y grupo 4)

Coste /Punto INSALUD = Coste total hospitalización INSALUD / Producción INSALUD.

Coste total hospitalización Grupo 4 / Producción INSALUD Grupo 4 = Coste / Punto INSALUD Grupo 4.

El coste medio por punto en los hospitales del INSALUD fue de 367.164 pesetas, mientras que en los del grupo 4 la media fue de 431.118 pts.

Coste / Punto INSALUD = 367.164 pts.

Coste / Punto INSALUD Grupo 4 = 431.118 pts.

3. Cálculo Coste / GRD INSALUD

El coste por GRD en el INSALUD en cada uno de los 2 grupos, se determinó multiplicando el Coste/Punto del INSALUD y el Coste/Punto del grupo 4 del INSALUD por el Peso Relativo de cada GRD en el estudio del INSALUD.

4. Cálculo Facturación media / GRD FJD

Se calculó la Facturación media / GRD en la FJD como suma de las facturas de los pacientes incluidos en cada grupo dividido entre el número de casos.

5. Cálculo costes totales INSALUD

Se multiplicaron los Costes por GRD del INSALUD (en cada uno de los dos grupos considerados) por el número de casos de la FJD, obteniéndose el coste total INSALUD, si hipotéticamente hubiesen realizado el mismo case mix de la FJD. Este coste total alcanzó los 10.187 millones de pesetas en un hospital medio del estudio y 11.961 millones en un hospital del grupo 4.

$$\Sigma \text{ Coste total / GRD INSALUD} = 10.187,106.612 \text{ pts.}$$

$$\Sigma \text{ Coste total / GRD INSALUD Grupo 4} = 11.961,534.977 \text{ pts.}$$

6. Cálculo coste medio / alta INSALUD

El coste medio por alta en un hospital del INSALUD, que hipotéticamente atendiera una casuística idéntica a la de la FJD, se estimó, a partir de los datos del estudio del INSALUD, en 500.324 pesetas, mientras que el mismo coste por alta en los hospitales del grupo 4 habría sido de 587.473 pesetas.

Coste medio/alta INSALUD con case mix F.J. D. = 500.324 pts.

Coste medio/alta INSALUD Grupo 4 con Case Mix FJD = 587.473 pts.

7. Cálculo Facturación media teórica / alta FJD

Se calculó la facturación media teórica por alta en la FJD, estimándose en 469.769 pesetas. Es teórica, como se dijo anteriormente, exclusivamente porque no se ha descontado la penalización aplicada por exceder el tope presupuestario. La facturación real por alta sería, en consecuencia, inferior.

Factura media teórica / alta FJD = 469.769 pts

En el **Apéndice III** se encuentra una tabla comparativa del coste medio por GRD en hospitales del INSALUD, coste medio por GRD en los del grupo 4 y facturación media por GRD en la FJD.

Los resultados anteriores despejan, de por sí, muchas de las dudas habituales en la firma y revisión anual de nuestro concierto con INSALUD. Un planteamiento general similar, a la hora de negociar conciertos con diversas entidades, podría aportar idéntica claridad.

Algunos de los interrogantes que con mayor frecuencia pueden surgir a la entidad pagadora como, por ejemplo, **¿cuánto me está costando prestar este mismo servicio con mis propios recursos?**, o bien, **¿dónde está el punto de equilibrio para alcanzar un acuerdo satisfactorio para ambas partes?**, tienen fácil respuesta con la información presentada.

Por otro lado, la entidad proveedora de servicios, en este caso la FJD, **conoce, de esta forma, si es correcta la distribución de la factura por procesos de acuerdo con los costes**, al poder repartir la factura según los propios pesos relativos y compararla con la facturación real por GRD (**Apéndice IV**).

También, podría conocer **dónde están los GRD de actuación preferente con respecto a la búsqueda de una tarifa más correcta en el próximo concierto**, siendo, en principio aquellos cuya factura, calculada según los pesos relativos, es muy diferente de la **facturación real (Apéndice V)**.

6.2.3.**COMPARACION DE LA ESTANCIA MEDIA POR GRD EN LA FJD FRENTE A LA DE HOSPITALES DEL INSALUD COMO FACTOR MODIFICADOR DEL CONCIERTO**

Se decía, al iniciar la discusión, que era necesario establecer una **comparación con el entorno** más próximo, porque el estudio descriptivo sólo tendría su verdadera dimensión al conocer la posición de la FJD frente a los hospitales propios del INSALUD. En consecuencia, se realizó un segundo estudio comparativo, entre la estancia media por GRD del conjunto de hospitales del INSALUD durante el año 96 y la registrada en la FJD en el mismo año.

El método escogido fue aplicar a la casuística atendida en la FJD, la estancia media registrada en los hospitales del INSALUD durante 1996 (17).

A pesar de que nuestro hospital es del tercer nivel y, por lo tanto, del grupo de mayor complejidad, y que el estándar está referido a la media de todos los hospitales de la red del INSALUD; **la FJD realizó la atención de los 20.364 pacientes del estudio con 160.924 días de hospitalización, en vez de los 192.079 potencialmente utilizados con la estancia media por GRD del INSALUD (Tabla XL, desarrollada por GRD en el Apéndice VI).**

E.M. FJD	E.M. INSALUD	Nº CASOS	ESTANCIAS FJD	ESTANCIAS INSALUD	DIFERENCIA ESTANCIAS
7,90	9,43	20.364	160.924	192079	-31.155

Tabla XL

Por tanto, se puede decir que la asistencia se produjo con el ahorro de 31.155 estancias, lo que supuso atender a cada paciente **rebajando un 16,22 por ciento** su estancia en el hospital, e independientemente de su repercusión económica, prestar una asistencia de mayor calidad, toda vez que se evitaron estancias innecesarias en el propio hospital y los parámetros de aquélla no sufrieron deterioro con respecto a años anteriores (4, 37, 45).

Como consideración anecdótica, se podría decir que el ahorro en gastos de hostelería en la FJD durante el año 1996, con respecto a los datos de hospitales del INSALUD para ese mismo año, sería el equivalente al de un hotel situado en una de las mejores zonas de Madrid con capacidad para albergar 85 clientes durante todo el año.

Los procedimientos por los que se rebajó la estancia media en la FJD con respecto a 1992, fueron, básicamente, los derivados de un sistema de concertación que establece un pago por proceso y los ocurridos como consecuencia de una gestión apoyada en un sistema de retribución variable en función de actividad.

Existen formas de rebajar la estancia media desde una mala práctica, como, por ejemplo, realizar ingresos innecesarios en patologías leves, dar altas prematuras, trasladar a hospitales de cuidados mínimos a pacientes con necesidad otro tipo de cuidados, etc. Sin embargo, a la vista de la **evolución registrada en el peso relativo del hospital** durante el periodo, **que pasó de 1,28 a 1,60, y en la tasa de mortalidad, que disminuyó de 5,8 a 4,2 por ciento**, registrándose un nivel **similar de complicaciones**, no parece razonable considerar que la disminución de la estancia media pudiera estar relacionada con los procedimientos de mala práctica anteriormente mencionados.

Con referencia a la posible captación de enfermos por la puerta de Urgencias, solamente recordar que en el periodo 92-96 se incrementó un 31,4 por ciento las urgencias atendidas. *De ellas las que no precisaron ingreso aumentaron en un 36,1 por ciento y las que lo precisaron se elevaron sólo en un 14,5 por ciento.* Ello da idea del esfuerzo que en dicho año realizó el hospital para evitar esta puerta de entrada que, entre otros inconvenientes, dio acceso a los enfermos de mayor complejidad (estancia media de 10,8 días frente a los 7,9

días del hospital en su conjunto o frente a los 5,6 de los programados) y no a pacientes con patologías leves.

Con respecto al traslado de pacientes a hospitales de cuidados mínimos, no es, desde luego, una posibilidad al alcance de la FJD, que ve como uno de sus mayores problemas la dificultad de la derivación de los casos sociales, que ya no precisan ninguna atención médica hospitalaria, a centros de cuidados mínimos o a residencias adecuadas.

A las consideraciones anteriores, se une la circunstancia de que la Inspección Médica del INSALUD tramita los ingresos en la FJD, revisando continuamente este procedimiento y la facturación de hospitalización, lo que hace aún más improbable la mala práctica como actitud propiciada desde los órganos de gestión del hospital, independientemente de cualquier posible mala actuación individual no detectada.

DISCUSION TERCERA : LA INTRODUCCION DE CORRECCIONES A LAS ACTUALES DEFICIENCIAS DEL CONCIERTO

La existencia en el Concierto INSALUD-FJD de 1992 de otras deficiencias en la concertación de la hospitalización, además de la no utilización de un sistema de agrupamiento fundamentado en el consumo de recursos, debe ser considerada en esta discusión, dado que, en caso de seguirse manteniendo, obrarían muy negativamente sobre futuros acuerdos.

En el **punto de partida** del Concierto de 1992 se situó el compromiso de no variar sustancialmente la facturación media por paciente, obtenida según la aplicación del anterior acuerdo por tramos de estancia. Este aspecto, aceptable en aquel momento, puede no serlo en la actualidad en caso de ser planteado por la entidad contratante. Si el desequilibrio entre el coste de cada proceso en la FJD y el importe de su factura, o bien entre los costes medios en hospitales del INSALUD, del mismo nivel de la FJD, y la factura del hospital, es de la importancia constatada y la tendencia no es corregida, sería preciso comenzar por la **aproximación a unas tarifas más realistas**.

La segunda circunstancia que requiere consideración es conocer si es coherente que la **situación de la estructura física y de la dotación tecnológica del hospital**, sea tenida en cuenta por el financiador, o si la entidad proveedora del servicio debe asumir en solitario las posibles deficiencias en este área. En principio, parece lo más lógico que, el mantenimiento del nivel estructural y del desarrollo tecnológico estuvieran incluidos en el modelo de financiación a través de la casuística. En caso contrario, deberían asignarse presupuestos complementarios para las reformas e inversiones necesarias para mantener el nivel de calidad exigido. De cualquier modo, sería poco sensato no incluir en el Concierto alguno de los dos sistemas de financiación referidos.

En lo referente a la facturación de la hospitalización, la Fundación mantiene actualmente abiertas dos posibilidades; por un lado, los procesos con tarifa específica en función de una codificación CIE-9-MC (Anexo II del Concierto) y, por otro, los procesos no recogidos en el mencionado Anexo, para los que se establece una tarifa media fijada anualmente y que es independiente del tipo de proceso o de los días de estancia del paciente. Esta situación debería cambiar, porque cualquier **sistema de facturación por proceso** debe ser, por definición, **universal**, en el sentido de **no dejar ningún proceso con tarifa media**, circunstancia que siempre, por exceso o defecto, es injusta; ni tampoco **ningún proceso fuera**, como es el caso de los recién nacidos sin patología, que son atendidos ocasionando un consumo de recursos, y que en la actualidad no pueden ser ingresados ni facturados. El mantenimiento de situaciones como ésta, desvirtuarían un sistema de financiación por GRD.

La posibilidad, cada vez mayor, de solucionar los procesos de **cirugía mayor** sin la hospitalización del paciente, no debería ser obstáculo para su facturación como proceso de hospitalización (modelo GRD), toda vez que el esfuerzo por **deshospitalizar** gran cantidad de procesos que actualmente se ingresan, se puede ver frenado si la facturación en vez de estimular esta tendencia, la penaliza. Asunto diferente es que el proceso se pueda resolver en escalones anteriores. De cualquier modo, la inclinación actual a extraer de la facturación de la hospitalización estos procesos, hace que se complique su sistemática. Parece más correcto aceptar su inclusión en el sistema GRD, con unos pesos relativos, que naturalmente suelen ser mucho más bajos en estos casos, y no complicar el modelo.

Mención específica requiere el capítulo de las **prótesis** implantadas al paciente, que actualmente se facturan por el total de su importe de forma independiente de las tarifas de hospitalización. Es evidente que esta situación es poco beneficiosa para la entidad concertadora de servicios, ya que el hospital no tiene ningún estímulo para mejorar la gestión de compra de las prótesis. Las tendencias actuales apuntan a la **no facturación independiente** de éstas, estableciéndose un **precio cerrado para cada proceso**; si bien, en caso de ser aplicado un sistema GRD, deben considerarse las grandes diferencias de precios con el mercado estadounidense, lo que haría variar enormemente su peso relativo con respecto al manejado en aquel país.

En lo referente a la penalización por **lista de espera quirúrgica**, sería necesario trabajar, en profundidad, sobre las circunstancias que posibilitan su existencia. Tarifación incorrecta por proceso, descoordinación asistencial con primaria y utilización insuficiente de escalones intermedios, son algunas de las causas que pueden estar en su origen. En cualquier caso, a la luz del presente estudio, y sin entrar en la mayor importancia de unas u otras, son las tarifas poco realistas las que fuerzan la situación de tener que realizar procesos que individualmente ocasionan importantes pérdidas para el hospital. El asumir en un momento dado una lista de espera con desequilibrios importantes entre el coste y la facturación ocasiona efectos desastrosos para el propio hospital, y especialmente para el servicio correspondiente, que se ve poco estimulado para su resolución.

En cuanto a la penalización por superación del **tope presupuestario**, es necesario decir que debería ser determinado en función de las **necesidades reales de la población de la zona asignada**, mediante estudios actualizados anualmente, debido a los importantes cambios que se pueden estar registrando en nuestro área de referencia.

La cláusula que penaliza los casos de **readmisión del paciente** en el plazo de **15 días**, y que la entidad contratante mantiene de forma continuada, no parece correcta, ya que se atribuye directamente la existencia de estos reingresos a problemas de calidad asistencial del hospital. Al respecto, se podría decir que, si del análisis de estos casos, se deduce una mala práctica reiterada o un problema de calidad asistencial, las sanciones deberían ser más importantes que la simple no facturación del reingreso. Si, por el contrario, éste obedece a circunstancias ocasionadas por el propio curso de la enfermedad en patologías crónicas, o al protocolo terapéutico, la penalización no debería existir. El modelo GRD pondría suficientes medios, a disposición de las partes, para analizar con celeridad estos casos, haciendo innecesaria esta injusta generalización.

En lo concerniente a que el Concierto no considera los casos con estancia muy superior a la media de su grupo (**outliers**), olvidando aquellos casos debidos, por ejemplo, a una problemática de tipo social, es preciso decir que esta circunstancia es tenida en cuenta en la mayoría de conciertos singulares, siendo incluso asumido por entidades aseguradoras de países como Estados Unidos. Por tanto, no parece justo que, en el caso de que estos

problemas no sean debidos a una mala gestión, sus costes recaigan unilateralmente sobre el hospital, sin realizar al menos una consideración en el clausulado del propio Concierto.

Finalmente, y en cuanto a las **actualizaciones**, mediante cláusulas adicionales de periodicidad anual, para la revisión de los objetivos asistenciales y del régimen económico, parece lógico que fueran firmadas en el momento del cierre contable del año precedente, y como fecha tope **en los primeros dos meses de cada año y no al final del año concertado**. En este sentido, un sistema de pago por GRD, obligaría exclusivamente a la revisión anual del valor del punto, lo que facilitaría cumplir con rapidez los compromisos de cierre y de actualización anuales.

7.

CONCLUSIONES

1. La **CIE-9-MC**, como sistema de asignación de tarifas, es el de **menor capacidad explicativa de los costes** individuales de cada proceso de hospitalización, pudiéndose mejorar, en consecuencia, el actual Concierto FJD-INSALUD mediante la utilización de cualquiera de los tres sistemas GRD contrastados.
2. De los tres sistemas GRD evaluados, **APR-GRD** demuestra la **mayor sensibilidad para explicar la variabilidad en los costes** de cada grupo de pacientes. Por tanto, debe plantearse la necesaria **evolución del Concierto FJD-INSALUD** hacia un modelo basado en dicho sistema.
3. El sistema **APR-GRD** evidencia la **mayor sensibilidad para explicar la variabilidad en los días de estancia** de cada grupo de pacientes. Por ello, constituye un **instrumento** apropiado para la **gestión** de pacientes hospitalizados.
4. El sistema **AP-GRD** manifiesta **buena sensibilidad para explicar la variabilidad en los costes de cada grupo de pacientes** y **está muy extendido en países de nuestro entorno**. Por todo ello, es una **herramienta** adecuada para la

concertación, y también para la **gestión** del hospital, al disponer de estándares de comparación.

5. La **explicación de costes** en los **casos quirúrgicos** fue muy **superior** en los tres sistemas GRD evaluados a la obtenida en los **casos médicos**, lo que refleja una mayor dificultad de agrupamiento en estos casos, corroborada por el estudio de Averill, y, fundamentalmente, una **menor protocolización** de este tipo de pacientes. Es necesario, pues, que en el plan de calidad del hospital se contemple la posibilidad de **comenzar por la implantación de guías de actuación** para los procesos de tipo médico.

6. De los tres sistemas GRD evaluados, **APR-GRD presenta un mayor número de grupos con coeficiente de variación, referido a costes, de comportamiento muy bueno (CV<50) o bueno (CV<100), lo que confirma la superioridad de este sistema.** Su utilización posibilita la certidumbre en la gestión de un amplio número de grupos GRD que presentan alta capacidad predictiva y el inicio de un proceso de revisión de los de peor comportamiento.

7. El empleo de **pesos relativos unificados** (estadounidenses en tanto no se dispone de unos pesos estatales con garantía), hace factible la **comparación de la actividad** de hospitalización desarrollada en todos los hospitales. Su aplicación otorga, no sólo la posibilidad de una **asignación más equilibrada y justa de los recursos económicos** en el sistema sanitario, sino también la de una **simplificación del proceso de negociación de los contratos**, ya que sólo sería necesario acordar el precio de la Unidad de Hospitalización.

8. La utilización de una **tarifación individualizada por GRD**, en particular APR-GRD, o AP-GRD, **adaptada a los pesos relativos propios de la FJD**, proporcionaría a las entidades contratantes de nuestros servicios de hospitalización, y a la propia Clínica de la Concepción, un **instrumento de negociación seguro y potencialmente más estable**, toda vez que el sistema trasladaría directamente a cada tarifa los costes reales de cada proceso. Por consiguiente, esta alternativa debería ser propuesta a dichas entidades.

9. El conocimiento de los **pesos relativos propios del hospital por AP-GRD**, y su **comparación con los de referencia**, permite descubrir con facilidad las fortalezas y debilidades de la FJD al respecto y, en consecuencia, su posibilidad de conquista de mayores cuotas de mercado, o de pérdida de las ya conseguidas. Por todo ello, éste debería ser un importante **factor a considerar en las negociaciones por líneas de producto con las diferentes aseguradoras y en la apertura de nuevos mercados**.

10. **Las tarifas por AP-GRD de la FJD**, de continuar la tendencia mostrada en el estudio, se sitúan en la mayor parte de casos **por debajo de los costes medios de hospitalización por AP-GRD de los hospitales del INSALUD** y, especialmente, de los de nivel terciario. Tal situación debería facilitar la **lógica continuidad en la concertación de servicios con esta entidad**.

11. **La tarifa media por alta de hospitalización en la FJD** se sitúa en el estudio **por debajo de los costes por alta de un hipotético hospital de nuestro mismo nivel de la red INSALUD** que presente igual casuística de hospitalización, independientemente de su estructura. Por ello, éste debería ser un factor importante a considerar en la **planificación de la red asistencial hospitalaria del INSALUD**.

12. La **inferior estancia media** de la FJD respecto a la del INSALUD, en los **AP-GRD más representados** cuantitativamente en el estudio, al igual que la **inferior estancia media global de la FJD**, proporciona una situación adecuada para ensayar nuevas fórmulas en la gestión de procesos. Por tanto, el momento actual podría ser apropiado para la **iniciación de la descentralización de la gestión clínica por Servicios**.

13. El desequilibrio creciente y permanente entre el coste de cada proceso en la Fundación y el importe de su factura, junto a una situación de costes medios en los hospitales grupo 4 del INSALUD mayores que la facturación de la FJD, dificulta indebidamente su estabilidad y subsistencia. Como consecuencia de ello, queda justificado, que en la realización de un **Concierto por AP-GRD, se sitúe como lógico punto de partida los costes reales, totales y actualizados del INSALUD**.

14. La **estructura física del hospital y su dotación tecnológica** son circunstancias no tenidas en cuenta habitualmente por la entidad pagadora, a diferencia de lo que ocurre con los hospitales de la red del INSALUD. Esta situación debe ser revisada y establecer su financiación, bien a través de la casuística, bien mediante **presupuestos complementarios para mantener el nivel de calidad exigido**. En suma, es fundamental que, de una u otra forma, esta circunstancia quede **adecuadamente reflejada**, con la suficiente precisión, **en el clausulado** del Concierto.

15. Es posible que, en ciertos casos, el **desfase estructural** del hospital esté propiciado por la **permuta del área** por otra de características diferentes, o por **cambios de la población residente** en la de referencia. Por ello, esta situación

debe quedar adecuadamente prevista en el Concierto, siendo necesario definir los procedimientos de corrección frente a este tipo de cambios en la casuística, a la vez que queden establecidas la **vinculación del hospital a una población durante un periodo de tiempo prefijado** en el contrato y la **necesaria actualización del tope presupuestario de acuerdo con los cambios registrados en el área.**

16. En determinadas circunstancias, es posible un **desfase estructural selectivo** propiciado por la **desconcertación de servicios acordados previamente entre las partes, sin un periodo de amortización** para la entidad proveedora. Esta situación debe quedar adecuadamente prevista en el Concierto y establecerse un **lógico periodo de garantía para cada nueva inclusión en la cartera de servicios.**

17. La doble vía de facturación actual de la hospitalización, por un lado los procesos con tarifa específica y, por otro, los procesos no determinados en el Anexo II del Concierto para los que se establece una tarifa media, independientemente del tipo de proceso o de los días de estancia del paciente, es preciso que sea corregida, ya que en uno u otro sentido, es evidentemente injusta. En consecuencia, **la sistemática de facturación debe afectar igualmente a todos los procesos de hospitalización, incluyendo aquellos que actualmente no son objeto de ingreso.**

18. La resolución de los **procesos de cirugía mayor que no estén incluidos en los programas de cirugía sin ingreso del INSALUD**, sin la hospitalización del paciente, no debería ser obstáculo para su facturación como proceso de hospitalización, ya que, de otro modo, se frustraría todo esfuerzo por **deshospitalizar** algunos casos que actualmente se ingresan. El abaratamiento de

costes, si se produce de forma diferencial con otros hospitales, debe contribuir a **liberar recursos para otras actividades deficientes del propio servicio médico**, que vería recompensado de esta manera su mayor esfuerzo.

19. La resolución de los procesos de **cirugía mayor**, que estén **incluidos en los programas de cirugía sin ingreso del INSALUD**, mediante la hospitalización del paciente, siendo habitual en toda la red su tratamiento ambulatorio, no debe constituir impedimento para su facturación según las tarifas de cirugía sin ingreso. Como regulación interna del centro, debe establecerse un sistema de reajuste del presupuesto del servicio, en la medida que el mantenimiento de este proceso perjudique los resultados del hospital.

20. La exigencia de normalización dentro del sistema GRD obliga a la inclusión del precio de la prótesis en el de facturación, lo que, para el hospital, supone un estímulo para mejorar la gestión de su compra, y un beneficio derivado para la entidad pagadora. Por tanto, las **prótesis** implantadas al paciente, y que actualmente se facturan por el total de su importe de forma independiente de las tarifas de hospitalización, deben quedar **incluidas** en el importe de cada proceso, con la condición de que, si se aplican los pesos relativos estadounidenses, se **revisen los de los GRD que incluyan prótesis**, habida cuenta de la extraordinaria diferencia en su precio entre el mercado español y el de aquel país.

21. En la existencia de **lista de espera quirúrgica**, es necesario deslindar las circunstancias, intrínsecas en el actual Concierto, que la están desencadenando y que deben ser subsanadas. La tarificación del proceso por debajo de costes, fuerza la situación de tener que realizar intervenciones que en conjunto ocasionan importantes pérdidas para el hospital. Por tanto, un **precio adecuado para cada proceso** puede corregir en parte esta situación.

22. **Los reingresos de pacientes** en el plazo de **15 días**, no deben ser atribuidos directamente a problemas de calidad asistencial del hospital. **La cláusula** que establece la no facturación de estos reingresos **debe ser retirada**. En contrapartida, se debería implantar, desde el propio Concierto, un verdadero **sistema de evaluación y seguimiento de la calidad asistencial del hospital basado en GRD**.
23. Como factor de corrección del propio sistema, en lo referente a **outliers**, es necesario la existencia de **una tarifa adicional** para cubrir los gastos generados por estos casos extremos, al igual que en la mayoría de los países que tienen conciertos determinados por GRD. Esto permitiría asegurar una tarifa media por GRD más próxima a costes, liberando en buena medida al hospital de esta incertidumbre y permitiendo realizar una oferta menos cautelosa, en cuanto este riesgo quedara suficientemente cubierto. En interés de ambas partes, sería imprescindible contemplar y desarrollar dicha circunstancia en el clausulado del Concierto.
24. Una línea de acuerdo prácticamente cerrada en cuanto al valor económico de cada proceso, mediante asignación de pesos relativos a cada grupo, obligaría exclusivamente, a la revisión anual del valor de la Unidad de Hospitalización. Todo ello facilitaría la realización de los **cierres anuales en los dos primeros meses de cada año, y la actualización anual del Concierto en este mismo periodo de tiempo**. Por tanto, este **fundamental compromiso** debe quedar adecuadamente recogido en la letra del contrato, como primera garantía para el correcto desarrollo del plan de gestión anual del hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahicart C. La medición del producto hospitalario. En : Casas M: Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona, Masson, 1991;4-22.
2. Ahicart C. Técnicas de medición del case mix hospitalario : III. AS-score, Patient Severity of Illness, APACHE, Disease Staging, Patient Management categories. Hospital 2000, 1988; Suplemento nº 3.
3. Arce JM et al. Asignación de presupuesto, facturación y coste por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Todo Hospital /127. Junio 1996.
4. Arce JM, Polo M. Variación en la tasa de letalidad en los APR-GRD con mayor frecuencia de fallecimientos durante los años 1992 y 1994 en la Fundación Jiménez Díaz. Gestión Hospitalaria 4/95.
5. Astorqui F, Bengoechea J, López Varela J. La reorganización de un hospital terciario y la formación en gestión : una solución para cumplir dos objetivos. Melbourne, 1997.
6. Averill RF et al. History of the development of Diagnosis Related Groups. En All Patient Refined Diagnosis Related Groups. Definition Manual. Version 12.0. Vol 1. 3M HIS, 1994.
7. Averill RF et al. The evolution of case mix measurement using Diagnosis Related Groups (DRGs). 3M HIS Working Paper 10-97, 1997.
8. Bentes M, Gonsalves ML. DRG based funding in Portugal: two years after. Madrid, 1992, 3ª EuroDRG Workshop.

9. Bentes M, Urbano J. Resource allocation in Portugal. Dublín, 1991, 2º EuroDRG Workshop.
10. Beveridge W. Social Insurance and Allied Services. Londres, His Majesty's Stationery Office, 1942.
11. Casas M, Wiley MM Diagnosis Related Groups in Europe. Uses and perspectives. Berlín Heidelberg : Springer Verlag, 1993.
12. Casas M. GRD. Guía práctica para médicos. Barcelona, Iasist, 1995.
13. Casas M. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencias y perspectivas de utilización. Barcelona, Masson, 1991.
14. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica. 3ª Edición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. 1997. Volumen 1.
15. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica. 3ª Edición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. 1997. Volumen 2.
16. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica. 3ª Edición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. 1997. Volumen 3.
17. CMBD INSALUD. Datos generales. Año 1996. Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria. Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria.
18. Comunidad Autónoma de Andalucía. Resolución de 4 de junio de 1993. Regulación del Informe de Alta Hospitalaria y del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización.
19. Comunidad Autónoma de Cataluña. Decreto 169/1996 de 23 de Mayo de 1996. Regulación del establecimiento de convenios y contratos de gestión de servicios

- sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud (SCS). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) 2211, 29 mayo 1996.
20. Comunidad Autónoma de Cataluña. Decreto 179/1997 de 22 de julio de 1996. Establecimiento de las modalidades de pago que rigen la contratación de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud (SCS). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) 2445, 31 julio 1997.
 21. Comunidad Autónoma de Cataluña. Orden de 20/4/1993. Modificación de la Orden de 23/11/1990.
 22. Comunidad Autónoma de Cataluña. Orden de 23/11/1990. Regulación del Informe de Alta y del CMBDH.
 23. Comunidad Autónoma de Galicia. Diario Oficial de Galicia. Orden de 7/4/1993. Regulación del CMBDH en la Comunidad Autónoma de Galicia.
 24. Comunidad Autónoma de Madrid. CMBD. Consejería de Salud CAM, 1994, ISBN 84-451-0903-0.
 25. Comunidad Autónoma de Navarra. 1994. Instrucciones sobre el Informe de alta y el CMBD.
 26. Comunidad Autónoma de Valencia. Orden de 8/10/1992. Regulación del CMBDH.
 27. Concierto INSALUD-FJD 1992.
 28. Davis K et al. Health care cost containment. Salt Lake, 1990, John Hopkins University Press.
 29. DRG Working Guidebook. 1993, St Anthony Publishing.
 30. Fetter RB. Diagnosis Related Groups : The product of the hospital. Washington: APCR Publiv Pohey Simposium, 1984.
 31. Gracia D. Medicina social. Enciclopedia Labor. Avances del saber. Editorial Labor, 1980.

32. Guadalajara N. Análisis de costes en los hospitales. Valencia, 1994, M/C/Q Ediciones S.L.
33. HCFA. Prospective payment rule. Federal register, nº 168, Sept. 1, 1993:46390.
34. Hornbrook MC. Hospital Case Mix : Its definition, measurement and use. Med Care Rev 1982; 39:73-123.
35. Iglehart JK. Medicare begins prospective payment of hospitals. N Engl J Med 1983; 308:1428-1432.
36. López Rois et al. Criterios metodológicos para la elaboración de un Contrato Programa o Concierto singular sectorizado de atención especializada a partir de las UPH. Experiencias en Galicia. Secretaría Xeral Sergas. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Xunta de Galicia, 1996.
37. Memoria 1996 de la Fundación Jiménez Díaz. Madrid, 1996. Ibañez y Plaza.
38. Moniteur Belge. Belgisch Staatsblad N.15. Bruxelles, 21 Janvier 1994.
39. Mullin R et al. Development of the All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRGs). En All Patient Refined Diagnosis Related Groups. Definition Manual. Version 12.0. Vol 1. 3M-HIS.
40. Oliva H. Maestros y Dómines. Fundación Jiménez Díaz 1997.
41. País Vasco. Decreto 3/11/1992. Regulación del CMBDH y creación del Registro de Altas Hospitalarias de Euskadi.
42. País Vasco. Resolución 15/6/1993. Requisitos de las variables que constituyen el CMBDH del Registro de Altas Hospitalarias de Euskadi.
43. País Vasco. Resolución 30/7/1993. Modificación de la Resolución 15/6/1993. Requisitos de las variables que constituyen el CMBDH del Registro de Altas Hospitalarias de Euskadi.

44. Patient Management Categories. Pittsburgh Research Institut, 1988, Pittsburgh. Pennsylvania.
45. Polo M, Arce JM. Variación en la proporción de outliers por servicio médico en la Fundación Jiménez Díaz entre los años 1992 y 1994. *Gestión Hospitalaria* 4/95.
46. Proyecto coste por proceso. Hospitales INSALUD. Madrid, Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General, 1995.
47. Roger FH. The minimum basic data set for hospital statistics in Europe. En : Lambert PM, Roger FH. *Hospital statistics in Europe*. North Holland, 1982; 83-112.
48. Sistema Nacional de Salud. Normativa del Consejo Interterritorial (CISNS) 14/12/1987. Contenido del CMBD.
49. Sistema Nacional de Salud. Resolución de la Secretaría General 24/1/1992. Obligatoriedad del registro y codificación del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización en los centros hospitalarios propios y administrados por el INSALUD Gestión Directa.
50. Taroni, F et al. Outcome management. Madrid, 1992, 3ª EuroDRG Workshop.
51. Temes JL, Díaz JL, Parra B. El coste por proceso hospitalario. Madrid, 1994, Interamericana McGraw Hill.
52. Wiley MM. Los GRD en Europa: revisión de los proyectos de investigación y experimentación. En : Casas M : Los Grupos Relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona, Masson, 1991;23-43.
53. Young W. The measurement of hospital case mix. *Med Care Rev*, 1982, 20:501-512.

Apéndice I

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
1	125	76
2	15	62
3	5	66
4	10	49
5	29	57
6	22	93
7	6	83
8	16	107
9	1	
10	23	80
11	35	101
12	86	133
13	66	195
14	290	97
15	106	61
16	4	93
17	5	128
18	5	47
19	14	75
20	27	225
21	11	184
22	6	61
23	6	210
24	23	87
25	100	102
26	28	118
27	6	137
28	7	108
29	17	126
30	1	
31	7	63
32	12	58
33	25	132
34	19	139
35	673	137
36	123	42
37	13	35
38	5	56
39	723	82
40	150	92
41	40	76
42	253	99
44	14	45
45	14	99
46	9	112

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
47	21	115
48	72	211
49	29	62
50	9	66
51	3	39
52	5	103
53	82	70
54	4	35
55	158	87
56	85	72
57	8	80
58	7	52
59	6	43
60	94	66
61	12	141
62	58	52
63	14	87
64	40	91
65	38	80
66	11	79
67	1	
68	3	83
69	15	227
70	90	80
71	5	35
72	1	
73	27	115
74	8	96
75	142	76
76	42	94
77	63	62
78	65	117
79	42	90
80	42	74
81	2	59
82	164	88
83	2	34
84	3	42
85	29	82
86	13	69
87	48	108
88	414	102
89	203	100
90	81	58
91	26	87
92	7	67

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
93	13	89
94	7	109
95	18	84
96	19	105
97	78	47
98	64	67
99	55	115
100	38	68
101	104	68
102	82	69
104	110	55
105	190	51
106	173	55
107	163	37
108	23	70
110	45	66
111	18	42
112	366	105
113	31	73
114	10	44
115	7	59
116	85	54
117	9	89
118	22	70
119	148	58
120	23	105
121	29	85
122	60	62
123	16	149
124	162	84
125	253	140
126	9	66
127	501	74
128	25	62
129	1	
130	54	91
131	57	71
132	22	57
133	10	73
134	8	66
135	23	83
136	13	77
138	58	99
139	81	107
140	45	53
141	42	106

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
142	78	100
143	112	64
144	63	84
145	33	115
146	14	35
147	10	81
148	74	65
149	54	46
150	4	52
151	3	77
152	8	77
153	9	28
154	52	72
155	42	64
156	2	9
157	13	104
158	129	103
159	14	59
160	73	55
161	48	43
162	258	46
163	25	79
164	13	52
165	12	89
166	8	57
167	112	50
168	1	
169	21	78
170	18	90
171	11	41
172	71	86
173	23	85
174	111	75
175	149	68
176	7	74
177	3	44
178	10	52
179	22	52
180	29	89
181	41	78
182	76	96
183	118	80
184	198	143
185	5	161
186	11	164
187	7	102

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
188	77	90
189	173	240
190	1	
191	50	78
192	14	95
193	12	46
194	4	89
195	2	15
197	35	95
198	74	43
199	4	79
200	1	
201	4	64
202	73	84
203	138	88
204	83	63
205	103	78
206	302	204
207	54	89
208	57	107
209	168	62
210	43	66
211	100	62
212	1	
213	5	53
214	14	85
215	145	76
216	6	147
217	18	72
218	12	86
219	104	50
220	4	55
221	2	115
222	63	92
223	12	30
224	48	66
225	112	66
226	4	97
227	43	114
228	9	124
229	86	80
230	24	126
231	120	147
232	48	60
233	6	68
234	35	113

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
235	6	83
236	17	158
238	3	89
239	32	62
240	11	74
241	40	68
242	3	89
243	58	68
244	9	60
245	19	70
246	4	133
247	12	70
248	12	69
249	6	76
250	1	
251	5	95
252	3	115
253	4	107
254	30	67
255	4	31
256	16	122
257	7	35
258	16	42
259	18	43
260	60	38
261	44	47
262	99	49
263	1	
264	7	67
265	2	69
266	48	89
267	38	186
268	16	76
269	10	67
270	209	118
271	3	44
272	5	44
273	7	66
274	47	56
275	25	48
276	2	88
277	10	123
278	10	65
279	1	
281	2	86
282	2	141

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
283	2	6
284	37	96
285	4	41
286	13	38
287	1	
288	6	48
289	20	43
290	44	66
291	5	39
292	1	
293	2	14
294	64	161
295	16	57
296	44	89
297	33	61
298	15	56
299	6	105
300	16	58
301	41	54
302	31	30
303	31	87
304	21	52
305	25	56
306	1	
307	8	45
308	4	95
309	2	11
310	37	73
311	113	48
312	2	11
313	13	67
314	1	
315	81	106
316	57	78
318	13	94
319	6	82
320	51	92
321	54	76
322	12	59
323	30	65
324	19	97
325	8	55
326	6	70
329	2	51
330	4	
331	15	94

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
332	22	71
333	4	62
334	15	33
335	42	33
336	34	87
337	135	34
338	6	68
339	40	91
340	16	43
341	17	76
342	24	106
343	39	186
344	3	42
345	1	
346	8	110
347	4	39
348	4	78
349	1	
350	8	70
351	13	61
352	12	83
353	26	123
354	6	60
355	9	44
356	41	41
357	7	74
358	28	61
359	243	66
360	47	192
361	35	87
362	9	41
363	95	84
364	71	65
365	7	63
366	13	100
367	12	66
368	7	69
369	62	137
370	7	35
371	90	32
372	21	60
373	412	52
374	5	70
375	1	
376	3	10
377	1	

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
378	11	44
379	14	90
380	9	90
381	98	94
382	8	168
383	19	54
384	12	123
385	2	15
386	14	58
387	4	58
388	2	128
389	37	98
390	38	145
391	4	55
392	8	58
394	32	85
395	92	88
396	7	86
397	38	99
398	57	67
399	13	108
400	18	82
401	3	63
402	25	103
403	31	100
404	54	100
405	37	173
406	1	
407	3	59
408	84	179
409	66	76
410	696	98
413	5	57
414	8	84
415	14	102
416	49	89
417	3	15
418	16	53
419	14	81
420	11	56
421	3	99
422	42	89
423	16	121
425	12	170
426	14	46
427	1	

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
428	3	52
429	17	65
430	19	74
432	130	52
433	1	
434	4	55
435	8	53
439	1	
440	1	
442	4	74
443	44	127
444	2	116
445	4	46
446	1	
447	1	
449	23	65
450	11	81
451	6	128
452	6	96
453	12	110
455	3	88
458	1	
460	1	
461	13	77
462	1	
463	22	111
464	172	139
466	49	106
467	197	147
468	48	107
471	3	22
473	42	88
477	19	114
478	57	80
479	44	69
481	20	55
482	13	58
483	14	44
485	2	41
486	2	89
487	3	127
488	2	1
489	168	103
490	50	90
491	4	8
492	28	164

HCFA-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
493	15	70
494	94	36
	20.364	34.644

COEFICIENTE VARIACION MEDIO = 80,19

EL DIVISOR ES EL NUMERO DE GRUPOS CON MAS DE 1 CASO

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
1	111	73
2	9	66
4	9	47
5	26	54
6	21	93
7	2	45
8	16	107
9	1	
10	18	83
11	36	98
12	85	133
13	66	195
14	259	96
15	101	54
16	3	60
17	5	128
18	6	89
19	11	79
20	25	236
21	9	36
22	6	61
23	2	18
24	8	86
25	104	101
34	13	94
35	675	138
36	123	42
37	13	35
38	5	56
39	720	82
40	147	80
41	40	76
42	252	104
44	14	45
45	14	99
46	2	29
47	21	115
48	72	211
49	1	
50	9	66
51	3	39

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
52	7	95
53	82	70
54	4	35
55	183	85
56	60	73
57	5	107
58	4	37
59	6	43
60	94	66
61	12	141
62	55	48
63	13	85
64	37	88
65	36	81
66	11	79
67	1	
68	2	55
69	15	227
70	88	81
71	5	35
72	1	
73	27	115
74	8	96
75	120	68
76	35	85
77	62	60
78	55	81
79	16	98
80	18	67
82	155	91
83	2	34
84	3	42
85	18	70
86	17	97
87	43	82
88	358	83
89	140	83
90	100	60
92	4	39
93	14	89
94	5	74
95	19	78
96	15	119
97	78	47
99	37	121
100	45	67

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
101	62	69
102	97	67
104	87	55
105	151	48
106	144	56
107	130	32
108	16	48
110	31	65
111	17	43
112	316	113
113	25	50
114	10	44
115	5	61
116	79	54
117	9	89
118	21	44
119	148	58
120	20	80
121	29	85
122	60	62
123	16	149
124	156	82
125	252	77
126	9	66
127	452	73
128	22	65
130	45	88
131	55	71
132	14	61
133	18	57
134	7	70
135	15	63
136	19	91
138	40	93
139	96	110
140	43	54
141	31	108
142	85	110
143	110	65
144	44	94
145	42	106
146	10	37
147	10	81
148	43	49
149	55	45
150	4	52

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
151	3	77
152	7	80
153	9	28
154	29	66
155	46	61
156	2	9
157	10	117
158	131	103
159	11	48
160	76	56
161	38	44
162	264	46
163	24	75
164	12	45
165	13	93
166	7	63
167	113	50
169	21	78
170	13	53
171	12	44
172	57	91
173	23	85
174	74	82
175	165	56
176	4	77
177	3	44
178	10	52
179	20	52
180	23	88
181	45	78
182	49	106
183	127	78
185	5	161
186	11	164
187	7	102
188	53	90
189	176	230
191	17	82
192	15	85
193	29	42
194	9	85
195	2	15
197	22	44
198	79	42
199	4	79
201	3	29

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
202	49	64
203	116	83
204	73	57
205	69	76
206	308	205
207	34	67
208	67	102
209	154	43
210	30	52
211	103	68
212	1	
213	1	
216	5	49
217	12	68
218	9	64
219	107	52
220	4	55
221	1	
222	56	90
223	11	31
224	51	64
225	112	66
226	2	106
227	46	115
228	8	97
229	88	81
230	16	118
231	122	144
232	46	61
233	6	74
234	34	100
235	6	83
236	15	106
238	3	89
239	31	63
240	8	69
241	40	68
242	3	89
243	56	68
244	3	40
245	20	68
246	4	133
247	12	70
248	12	69
249	6	76
250	1	

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
251	5	95
252	3	115
253	3	139
254	31	76
255	4	31
256	15	117
257	7	35
258	16	42
259	18	43
260	60	38
261	44	47
262	99	49
263	2	91
264	6	75
266	49	88
267	37	187
268	16	76
269	8	60
270	210	119
271	3	44
272	4	25
273	7	62
274	45	54
275	25	48
276	2	88
277	6	35
278	10	64
279	1	
281	2	86
282	2	141
283	2	74
284	37	96
285	4	41
286	13	38
287	1	
288	5	55
289	20	43
290	42	67
291	5	39
292	1	
293	2	14
294	58	64
295	16	57
296	32	75
297	36	59
298	14	59

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
299	6	105
300	13	64
301	44	52
302	31	30
303	26	59
304	17	49
305	26	47
307	8	45
308	2	64
309	3	95
310	31	49
311	113	52
312	2	11
313	13	67
314	1	
315	76	102
316	48	79
318	8	91
319	6	82
320	30	87
321	63	78
322	11	63
323	22	77
324	22	90
325	6	60
326	7	62
329	2	51
330	4	200
331	12	73
332	24	81
333	4	62
334	9	29
335	43	33
336	27	36
337	135	33
338	6	68
339	39	93
340	16	43
341	17	76
342	24	106
343	39	186
344	3	42
345	1	
346	6	156
347	4	39
348	2	5

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
349	2	22
350	8	70
351	13	61
352	12	83
353	26	123
354	2	26
355	7	36
356	44	41
357	6	51
358	20	50
359	247	66
360	44	206
361	35	87
362	9	41
363	95	84
364	71	65
365	7	63
366	11	101
367	12	66
368	7	69
369	62	137
370	5	41
371	89	32
372	78	51
373	354	54
374	4	57
375	2	33
376	3	10
377	1	
378	11	44
379	14	90
380	9	90
381	98	94
382	8	168
383	19	54
384	12	123
392	5	51
394	31	86
395	82	94
397	35	101
398	48	69
399	13	94
400	18	82
401	2	74
402	25	103
403	20	116

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
404	54	100
407	3	59
408	82	179
409	66	76
410	669	103
413	5	57
414	8	84
415	14	102
416	39	88
417	3	15
418	16	53
419	12	81
420	11	49
421	2	120
422	41	91
423	14	128
425	12	170
426	14	46
427	1	
428	2	57
429	17	65
430	19	74
432	129	47
439	1	
442	3	119
443	43	127
444	1	
445	4	46
446	1	
447	1	
449	9	51
450	19	73
451	6	128
452	6	106
453	12	113
455	3	88
458	1	
460	1	
461	13	77
462	1	
463	22	111
464	172	139
466	49	106
467	195	143
468	48	107
471	3	22

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
477	19	114
478	29	88
479	28	92
482	6	70
483	14	44
491	4	8
493	7	71
494	97	35
530	20	77
531	9	77
532	10	91
533	54	121
534	6	54
535	7	105
536	9	110
538	20	78
539	7	75
540	7	63
541	165	123
542	6	51
543	39	167
544	56	98
545	62	50
546	62	45
547	7	65
548	10	53
549	20	74
550	21	66
551	18	72
552	60	73
553	10	81
554	4	59
555	10	62
556	15	92
557	94	91
558	26	77
559	17	115
560	10	193
561	4	55
562	3	90
563	3	77
564	2	59
565	3	28
566	15	160
567	20	80
568	8	59

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
569	24	91
570	3	37
571	13	78
572	2	102
573	11	50
574	23	54
575	4	69
576	13	74
577	55	108
578	11	76
579	5	106
580	6	42
582	7	80
583	2	10
584	10	84
585	49	68
586	6	115
587	1	
607	2	0
617	1	
618	2	0
620	3	59
623	1	
624	1	
626	3	58
627	37	123
628	14	63
629	44	175
630	4	101
637	1	
639	1	
651	3	23
652	1	
703	4	63
704	2	3
705	4	85
706	2	42
708	1	
709	13	70
710	34	104
711	19	69
712	40	83
713	4	105
714	81	101
715	21	75
716	17	80

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
731	1	
732	1	
733	3	127
739	5	66
740	1	
744	1	
749	1	
750	2	14
751	8	53
753	2	44
755	3	106
756	11	39
757	10	66
758	135	65
761	6	137
762	25	132
763	1	
764	4	47
765	13	56
766	3	106
767	19	116
769	28	118
773	25	88
774	4	59
775	57	64
776	8	183
777	186	79
779	1	
780	6	136
781	30	184
782	15	92
783	14	96
785	6	86
786	35	57
789	5	69
791	1	
793	2	77
796	15	37
797	21	47
798	3	62
799	3	111
800	8	50
801	32	69
802	1	
804	20	55
808	40	60

AP-GRD 12	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
	20.364	39.033

COEFICIENTE VARIACION MEDIO = 76,69

EL DIVISOR ES EL NUMERO DE GRUPOS CON MAS DE 1 CASO

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
1	1	14	88
1	2	11	88
1	3	7	64
1	4	3	61
2	1	66	58
2	2	17	53
2	3	8	74
2	4	7	72
4	1	6	61
4	2	3	43
4	3	1	
5	1	15	44
5	2	11	49
5	3	1	
5	4	2	15
6	1	25	90
6	2	1	
7	1	10	106
7	2	5	36
7	3	2	103
7	4	1	
9	1	1	
9	2	3	61
10	1	32	101
10	2	13	77
10	3	12	83
10	4	1	
12	1	78	140
12	2	4	79
12	4	2	2
13	1	65	199
13	2	1	
14	1	96	79
14	2	80	96
14	3	35	104
14	4	11	68
15	1	57	61
15	2	45	64
15	3	4	56
16	1	4	140
16	2	2	15
16	3	2	56
16	4	1	
17	1	25	83
17	2	12	60

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
17	3	25	152
17	4	6	156
18	1	11	74
18	2	7	88
18	3	1	
19	1	12	57
19	2	3	144
19	3	2	104
20	1	5	59
20	2	3	137
20	3	2	96
21	1	9	36
21	2	1	
22	1	2	15
22	2	4	84
23	3	4	96
23	4	2	138
24	1	109	107
24	2	16	86
24	3	4	62
24	4	1	
25	1	12	85
25	2	3	59
27	1	10	117
27	2	3	81
27	3	3	87
28	1	10	85
28	2	5	106
31	1	34	109
31	2	6	69
31	3	3	52
31	4	1	
34	1	667	138
34	2	19	83
34	3	4	30
34	4	1	
36	1	114	39
36	2	9	48
37	1	13	35
39	1	693	81
39	2	24	83
39	3	2	100
40	1	185	79
40	2	1	
40	3	1	
42	1	233	103

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
42	2	31	73
44	1	9	50
44	2	5	28
45	1	12	109
45	2	1	
45	3	1	
46	1	88	150
46	2	7	67
46	3	6	95
46	4	1	
49	1	14	73
49	2	5	44
51	1	10	89
51	2	2	128
52	1	7	95
53	1	85	69
54	1	4	69
56	1	84	71
57	1	162	67
57	2	7	63
58	1	81	79
58	2	2	25
63	1	99	86
63	2	1	
64	1	17	100
64	2	8	33
64	3	15	89
65	1	27	86
65	2	11	42
66	1	9	63
66	2	2	128
67	3	1	
68	1	82	75
68	2	23	93
68	3	2	92
71	1	3	32
71	2	1	
71	3	1	
72	1	1	
73	1	32	89
73	2	3	75
75	1	75	72
75	2	47	48
75	3	18	80
75	4	2	74
76	1	67	60

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
76	2	26	82
76	3	8	42
76	4	2	11
78	1	21	33
78	2	23	91
78	3	15	65
78	4	6	135
79	1	45	68
79	2	21	59
79	3	14	110
79	4	5	71
82	1	53	44
82	2	60	90
82	3	46	99
82	4	5	35
83	1	3	42
83	2	1	
83	3	1	
85	1	15	85
85	2	19	82
85	3	7	62
87	1	10	84
87	2	28	80
87	3	9	121
87	4	2	117
88	1	170	65
88	2	168	92
88	3	71	66
88	4	5	79
89	1	113	80
89	2	110	69
89	3	71	123
89	4	14	94
90	1	2	68
92	1	10	102
92	2	7	55
92	3	1	
92	4	2	124
94	1	16	89
94	2	8	58
94	4	1	
96	1	127	58
96	2	26	56
96	3	4	82
96	4	1	
101	1	93	74

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
101	2	142	90
101	3	37	103
101	4	3	64
104	1	8	29
104	2	31	50
104	3	50	50
104	4	21	52
105	1	2	27
105	2	60	56
105	3	105	47
105	4	23	41
106	1	44	52
106	2	51	64
106	3	68	36
106	4	10	50
107	1	4	24
107	2	29	22
107	3	113	35
107	4	17	52
109	1	8	20
109	2	6	62
109	3	5	51
109	4	4	86
110	1	13	33
110	2	21	24
110	3	17	68
110	4	8	65
111	1	18	65
111	2	17	44
111	3	7	90
112	1	225	131
112	2	86	81
112	3	13	48
113	1	6	51
113	2	17	46
113	3	5	44
113	4	2	43
114	1	2	33
114	2	6	48
114	3	2	3
115	1	1	
115	2	3	14
115	3	3	90
116	1	49	35
116	2	31	63
116	3	5	54

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
116	4	1	
117	1	5	96
117	2	4	85
118	1	10	50
118	2	10	42
118	3	2	86
119	1	147	58
119	2	1	
120	1	11	58
120	2	9	53
120	3	2	41
120	4	1	
121	1	33	63
121	2	49	66
121	3	12	113
121	4	11	130
122	1	4	57
124	1	244	77
124	2	135	87
124	3	35	118
124	4	1	
126	1	4	87
126	2	3	27
126	3	1	
126	4	1	
127	1	163	58
127	2	244	69
127	3	80	81
127	4	14	90
128	1	15	41
128	2	8	65
128	3	2	68
129	3	1	
130	1	53	76
130	2	42	59
130	3	13	137
130	4	3	80
132	1	11	65
132	2	20	62
132	4	1	
134	1	4	78
134	2	3	58
134	4	1	
135	1	18	43
135	2	15	84
135	3	2	110

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
135	4	1	
138	1	79	72
138	2	55	91
138	3	4	72
138	4	1	
140	1	27	44
140	2	16	68
140	3	2	39
141	1	72	109
141	2	40	107
141	3	7	38
141	4	1	
143	1	69	69
143	2	41	54
143	3	2	101
144	1	41	118
144	2	45	81
144	3	9	73
144	4	1	
146	1	10	81
146	2	12	37
146	3	2	31
148	1	46	40
148	2	46	42
148	3	26	57
148	4	10	62
150	1	3	77
150	2	4	52
152	1	11	30
152	2	6	77
154	1	39	63
154	2	28	45
154	3	16	73
154	4	7	89
155	1	3	79
155	2	3	37
157	1	135	100
157	2	7	118
159	1	80	56
159	2	10	50
161	1	290	48
161	2	34	47
161	3	2	6
161	4	1	
164	1	127	62
164	2	15	51

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
164	3	3	95
168	1	22	140
170	1	13	44
170	2	7	38
170	3	6	124
170	4	3	52
172	1	23	80
172	2	25	56
172	3	41	106
172	4	5	61
174	1	124	56
174	2	99	73
174	3	33	89
174	4	5	47
176	1	10	62
176	2	6	43
176	4	1	
179	1	12	69
179	2	7	22
179	3	2	61
179	4	1	
180	1	38	75
180	2	25	66
180	3	6	88
180	4	1	
182	1	163	76
182	2	41	158
182	3	12	78
182	4	2	27
185	1	14	106
185	2	2	62
187	1	7	102
188	1	287	145
188	2	94	84
188	3	27	81
188	4	12	75
191	1	13	90
191	2	18	70
191	3	2	56
191	4	2	53
193	1	26	59
193	2	13	56
193	3	2	21
193	4	4	88
195	1	2	15
197	1	77	43

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
197	2	25	45
197	3	6	40
197	4	1	
199	2	4	79
199	3	1	
201	1	1	
201	2	2	41
201	4	1	
202	1	13	73
202	2	27	61
202	3	26	68
202	4	7	85
203	1	43	77
203	2	48	75
203	3	33	101
203	4	14	81
204	1	51	50
204	2	21	58
204	3	6	75
204	4	5	75
205	1	292	205
205	2	86	76
205	3	23	65
205	4	4	72
207	1	63	101
207	2	39	72
207	3	7	69
207	4	2	116
209	1	42	27
209	2	26	32
209	3	3	29
209	4	2	43
210	1	88	36
210	2	31	57
210	3	9	33
210	4	5	68
211	1	6	74
211	2	4	69
211	3	1	
211	4	1	
212	1	80	51
212	2	11	68
212	3	6	71
212	4	1	
213	2	1	
216	1	5	49

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
217	1	6	67
217	2	4	45
217	3	1	
218	1	174	63
218	2	9	70
218	3	1	
218	4	1	
223	1	10	31
224	1	51	64
224	2	1	
225	1	109	55
225	2	3	70
226	1	44	115
226	2	5	110
226	4	2	114
228	1	3	98
228	2	1	
229	1	89	81
229	2	2	99
230	1	14	51
230	2	9	148
230	4	1	
231	1	106	97
231	2	13	77
231	3	1	
232	1	46	61
233	1	35	99
233	2	5	66
233	3	1	
235	1	5	91
235	2	1	
236	1	8	79
236	2	4	42
236	3	4	105
236	4	1	
238	1	3	89
239	1	10	62
239	2	17	65
239	3	5	43
240	1	34	74
240	2	15	52
240	3	1	
240	4	1	
242	2	3	89
243	1	50	70
243	2	6	48

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
243	3	2	120
244	1	17	70
244	2	9	55
244	3	2	78
246	1	4	133
247	1	11	75
247	2	1	
248	1	10	68
248	2	1	
248	3	1	
249	1	6	76
250	1	42	77
250	2	5	91
256	1	15	117
256	2	1	
257	1	75	40
257	2	25	40
257	3	1	
261	1	44	47
262	1	98	48
262	2	1	
263	1	6	75
263	2	2	91
265	1	48	89
265	2	1	
265	3	1	
267	1	35	84
267	2	2	137
268	1	15	75
268	2	1	
269	1	213	119
269	2	3	39
269	3	3	38
271	1	2	26
271	2	1	
272	1	6	70
272	2	6	48
274	1	13	63
274	2	30	46
274	3	28	57
274	4	1	
276	1	2	88
277	1	10	100
277	2	8	112
277	3	1	
277	4	1	

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
280	1	4	105
283	1	37	96
283	2	2	
285	2	3	48
285	3	1	
286	1	7	47
286	2	6	25
287	2	1	
288	1	4	65
288	2	1	
288	3	1	
289	1	62	59
289	2	6	61
289	3	1	
292	1	2	14
292	2	1	
292	3	1	
294	1	45	57
294	2	24	65
294	3	8	78
294	4	3	147
296	1	4	91
296	2	72	71
296	3	11	94
296	4	4	124
299	1	6	105
300	1	36	55
300	2	20	59
300	3	1	
302	1	14	29
302	2	12	22
302	3	4	24
302	4	1	
303	1	17	40
303	2	6	47
304	1	25	48
304	2	16	57
304	3	5	67
306	1	8	45
306	3	1	
307	1	3	18
307	2	1	
307	3	3	85
307	4	2	32
308	1	2	11
308	2	3	88

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
310	1	111	49
310	2	30	56
310	3	7	55
310	4	2	3
312	1	14	74
312	2	2	61
315	1	52	94
315	2	23	86
315	3	2	65
315	4	3	74
316	1	16	97
316	2	21	67
316	3	16	84
316	4	3	67
318	1	4	67
318	2	3	90
318	3	8	80
318	4	4	84
320	1	51	79
320	2	54	89
320	3	10	66
320	4	1	
323	1	9	51
323	2	6	56
323	3	2	49
324	1	22	90
324	2	7	82
324	3	3	25
325	1	6	70
325	2	7	53
325	3	1	
328	1	5	180
328	2	1	
331	1	18	91
331	2	17	73
331	3	6	93
334	1	43	35
334	2	11	27
334	3	3	46
336	1	140	34
336	2	26	34
336	3	4	105
338	1	5	75
338	2	1	
339	1	54	91
339	2	1	

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
341	1	15	62
341	3	2	72
344	1	2	24
344	3	1	
345	1	64	256
346	1	4	39
346	2	2	127
346	3	5	103
346	4	1	
352	1	30	87
352	2	7	32
352	4	1	
353	1	19	42
353	2	4	51
353	3	1	
353	4	2	29
354	1	7	36
354	2	3	38
354	3	1	
356	1	37	42
356	2	7	28
357	1	5	53
357	2	1	
357	3	1	
358	1	243	61
358	2	29	58
358	3	3	48
360	1	41	69
360	2	3	116
361	1	45	96
361	2	1	
363	1	93	85
363	2	2	20
364	1	68	67
364	2	1	
365	1	3	48
365	2	3	83
365	3	1	
366	1	11	71
366	2	5	68
366	3	9	100
368	1	7	69
369	1	61	139
369	2	1	
370	1	72	29
370	2	24	34

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
370	3	1	
372	1	331	41
372	2	98	76
372	3	3	56
374	1	4	84
374	2	1	
375	1	2	33
376	1	2	6
376	3	1	
377	1	1	
378	1	10	33
378	2	1	
379	1	8	68
379	2	6	71
380	1	8	86
380	2	1	
381	1	94	96
381	2	4	62
382	1	8	168
383	1	14	105
383	2	14	53
383	3	3	37
392	1	4	60
392	2	3	40
392	4	1	
394	1	28	74
394	2	4	65
395	1	38	60
395	2	54	99
395	3	7	23
397	1	23	97
397	2	7	135
397	3	7	69
397	4	1	
398	1	8	85
398	2	50	58
398	3	12	76
400	1	16	80
400	2	1	
400	3	1	
401	1	25	103
401	2	2	74
401	4	1	
403	1	50	106
403	2	20	106
403	3	9	73

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
403	4	6	94
405	1	43	143
405	2	13	116
405	3	15	74
405	4	8	78
406	1	2	31
406	2	1	
406	4	1	
408	1	82	179
408	2	2	47
409	1	30	82
409	2	36	71
410	1	578	90
410	2	105	149
410	3	41	121
413	1	7	86
413	2	3	35
413	3	2	126
413	4	1	
415	1	8	120
415	2	6	64
416	1	6	82
416	2	19	67
416	3	18	94
416	4	8	90
418	1	10	57
418	2	6	30
419	1	19	88
419	2	16	89
419	3	3	36
421	1	23	68
421	2	9	123
423	1	1	
423	2	15	113
423	3	1	
425	1	5	157
425	2	7	77
426	1	9	57
426	2	4	22
426	3	1	
427	1	1	
428	1	2	57
429	1	12	63
429	2	3	15
429	3	1	
429	4	1	

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
430	1	14	90
430	2	5	39
432	1	129	47
439	2	1	
442	1	43	127
442	2	3	65
442	3	2	58
444	1	5	43
444	3	2	116
447	1	1	
449	1	18	86
449	2	16	63
449	3	6	60
452	1	13	105
452	2	5	114
454	1	3	88
458	1	1	
460	1	1	
461	1	12	77
461	2	1	
462	2	1	
463	1	172	139
463	2	6	54
463	3	16	126
465	1	33	122
465	2	14	67
465	3	2	46
467	1	129	139
467	2	50	129
467	3	16	176
468	1	15	105
468	2	17	97
468	3	11	70
468	4	4	95
471	1	1	
471	2	1	
471	3	1	
477	1	12	174
477	2	6	64
477	4	1	
478	1	43	85
478	2	47	67
478	3	7	89
478	4	4	56
481	1	7	52
481	2	11	24

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
481	3	1	
481	4	1	
482	1	4	45
482	2	2	57
483	2	3	90
483	3	4	8
483	4	7	32
491	1	4	8
622	2	2	
656	1	1	
656	2	1	
657	1	2	90
657	2	2	
665	1	2	141
671	1	3	63
671	2	1	
672	1	10	50
672	2	1	
672	3	2	66
673	1	1	
674	1	4	58
674	2	1	
675	2	1	
676	1	12	84
676	2	1	
677	1	10	88
677	2	4	76
677	3	4	53
678	1	16	170
678	2	28	183
678	3	4	84
691	2	1	
702	2	2	94
702	3	2	60
703	2	2	3
704	1	2	0
704	2	4	78
705	1	34	77
705	2	4	79
705	3	8	101
705	4	1	
706	1	50	80
706	2	5	71
706	3	5	69
707	1	5	72
707	2	71	106

APR-GRD 12	NIVEL	CASOS	COEFICIENTE DE VARIACION (%)
707	3	9	59
708	1	23	75
708	2	2	5
708	3	13	69
731	1	1	
731	3	1	
732	2	1	
732	3	1	
733	1	2	112
733	3	1	
737	1	5	64
737	2	1	
737	3	4	74
737	4	2	71
740	3	1	
743	2	1	
744	3	1	
750	1	7	58
750	2	2	8
750	3	1	
753	1	2	44
755	1	4	20
756	1	6	44
756	2	2	86
756	3	1	
757	1	136	65
757	2	10	75
757	3	4	39
786	1	14	54
786	2	3	6
786	3	1	
787	1	95	36
787	2	13	74
787	4	1	
791	4	1	
		20.364	50.118

COEFICIENTE VARIACION MEDIO = 71,60

EL DIVISOR ES EL NUMERO DE GRUPOS CON MAS DE 1 CASO

Apéndice II

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA	109	3,6835	2,5579	1,44	44
2	CRANEOTOMIA POR TRAUMA EDAD>17	9	2,6694	2,3940	1,12	12
4	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	8	2,8389	1,7739	1,60	60
5	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES	26	2,0030	1,1194	1,79	79
6	LIBERACION DE TUNEL CARIANO	21	0,3293	0,4018	0,82	-18
7	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ CON CC	2	1,6325	1,6072	1,02	2
8	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ SIN CC	16	1,3233	0,8201	1,61	61
9	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	1	0,5744	1,0296	0,56	-44
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	18	1,2959	1,4085	0,92	-8
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	36	1,1412	0,8133	1,40	40
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	85	0,4992	0,9908	0,50	-50
13	ESCLEROSIS MULTIPLE Y ATAXIA CEREBELOS	65	0,2074	0,7216	0,29	-71
14	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT	259	1,0803	1,2741	0,85	-15
15	ACC. ISQUEMICO TRANSITORIO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES	101	0,5801	0,5771	1,01	1
16	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	3	1,8174	1,0890	1,67	67
17	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	5	1,0609	0,6128	1,73	73
18	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS CON CC	6	1,0012	0,8382	1,19	19
19	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS SIN CC	11	0,9994	0,5059	1,98	98
20	INFEC. SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	25	3,1894	1,2961	2,46	146
21	MENINGITIS VIRICA	9	0,5058	0,5352	0,95	-5
22	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	6	0,8574	0,6951	1,23	23
23	ESTUPOR Y COMA NO TRAUMATICOS	2	0,0692	0,5248	0,13	-87
24	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 CON CC	8	0,8703	0,7072	1,23	23
25	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 SIN CC	102	0,6421	0,5161	1,24	24
34	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	12	0,6874	0,8159	0,84	-16
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	675	0,2278	0,5604	0,41	-59
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	123	0,8786	0,5824	1,51	51
37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	13	1,0877	1,0093	1,08	8
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	5	0,7135	0,4052	1,76	76
39	PROC. SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	719	0,3320	0,5087	0,65	-35
40	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	146	0,3851	0,4091	0,94	-6
41	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	40	0,3563	0,3908	0,91	-9
42	PROC. INTRAOcul. EXCEPTO RETINA, IRIS Y CRISTALINO	251	0,4288	0,6346	0,68	-32
44	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DEL OJO	14	0,5815	0,4600	1,26	26
45	TRASTORNOS NEUROLOGICOS DEL OJO	14	0,5229	0,4694	1,11	11
46	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	2	2,7800	0,6518	4,26	326
47	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	21	0,4460	0,4681	0,95	-5
48	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	72	0,0980	0,4241	0,23	-77

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
49	PROC. MAYORES CABEZA Y CUELLO EXCEPTO NEOPL. MALIGNA	1	0,3488	1,2782	0,27	-73
50	SIALOADENECTOMIA	9	0,5033	0,5808	0,87	-13
51	PROC. GLANDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMIA	3	0,0480	0,5234	0,09	-91
52	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL Y PALADAR	4	0,6081	0,6754	0,90	-10
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD>17	82	0,4287	0,4571	0,94	-6
54	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD<18	4	0,4108	0,5501	0,75	-25
55	PROC. MISCELANEOS EN OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	182	0,1964	0,4065	0,48	-52
56	RINOPLASTIA	59	0,2412	0,4288	0,56	-44
57	PROC. AMIG.Y ADEN. EXCEPTO AMIGDALEC. Y/O ADENOIDECTOMIA,EDAD>17	5	0,2247	0,3533	0,64	-36
58	PROC. AMIG.Y ADEN. EXCEPTO AMIGDALEC. Y/O ADENOIDECTOMIA,EDAD<18	4	0,5587	0,4118	1,36	36
59	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	6	0,1844	0,2768	0,67	-33
60	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	94	0,2189	0,3137	0,70	-30
61	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	12	0,1454	0,4225	0,34	-66
62	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	55	0,1741	0,3541	0,49	-51
63	OTROS PQ SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	10	0,4388	1,0364	0,42	-58
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	37	0,6889	1,1412	0,60	-40
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	36	0,6261	0,3709	1,69	69
66	EPISTAXIS	11	0,4968	0,4225	1,18	18
67	EPIGLOTTIS	1	1,5352	0,5305	2,89	189
68	OTITIS MEDIA E ÍTRS EDAD>17 CON CC	2	0,5465	0,4492	1,22	22
69	OTITIS MEDIA E ÍTRS EDAD>17 SIN CC	15	0,4389	0,2870	1,53	53
70	OTITIS MEDIA E ÍTRS EDAD<18	88	0,4842	0,3745	1,29	29
71	LARINGOTRAQUEITIS	5	0,5896	0,2519	2,34	134
72	TRAUMATISMO Y DEFORMIDAD NASAL	1	0,1495	0,2943	0,51	-49
73	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD>17	27	0,2216	0,4409	0,50	-50
74	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD<18	8	0,2486	0,3350	0,74	-26
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	120	1,8573	1,8892	0,98	-2
76	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	34	1,5834	1,7938	0,88	-12
77	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	62	1,0851	1,0185	1,07	7
78	EMBOLISMO PULMONAR	55	1,1035	1,0922	1,01	1
79	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 CON CC	16	1,0589	1,2984	0,82	-18
80	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 SIN CC	18	1,1964	0,7829	1,53	53
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	154	1,0817	1,2463	0,87	-13
83	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	2	0,4153	0,6765	0,61	-39
84	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	3	0,4132	0,3892	1,06	6
85	DERRAME PLEURAL CON CC	18	1,0672	1,0175	1,05	5
86	DERRAME PLEURAL SIN CC	17	1,2550	0,6707	1,87	87
87	EDEMA PULMONAR E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	42	0,7576	1,0065	0,75	-25
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	358	0,6846	0,7567	0,90	-10

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
89	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	140	0,8554	0,8901	0,96	-4
90	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	100	0,7408	0,5402	1,37	37
92	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	4	1,0680	0,9562	1,12	12
93	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	14	1,0303	0,7161	1,44	44
94	NEUMOTORAX CON CC	5	0,8165	0,7706	1,06	6
95	NEUMOTORAX SIN CC	19	0,3902	0,4610	0,85	-15
96	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 CON CC	15	0,7552	0,6020	1,25	25
97	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 SIN CC	78	0,4669	0,4590	1,02	2
99	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	37	1,1449	0,5779	1,98	98
100	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	42	0,8051	0,3926	2,05	105
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	62	0,7154	0,6523	1,10	10
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	97	0,6089	0,4047	1,50	50
104	PROC. VALVULAS CARDIACAS CON CATETERISMO CARDIACO	87	7,0289	6,3056	1,11	11
105	PROC. VALVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO CARDIACO	151	4,8748	3,8571	1,26	26
106	BYPASS CORONARIO CON CATETERISMO CARDIACO	144	3,4983	3,8301	0,91	-9
107	BYPASS CORONARIO SIN CATETERISMO CARDIACO	130	3,1030	2,7156	1,14	14
108	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	16	2,9200	2,8063	1,04	4
110	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	31	4,6131	2,6111	1,77	77
111	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	17	2,5298	1,6866	1,50	50
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS	314	1,4709	1,0536	1,40	40
113	AMPUTACION POR TRAST. CIRCUL. EXCEPTO M.SUP Y DEDOS PIE	25	2,6722	3,6561	0,73	-27
114	AMPUTACION M.SUP Y DEDOS PIE POR TRASTORNOS CIRCULATORIOS	10	1,7518	1,6237	1,08	8
115	IMPL.MARCAPASOS PERM. CON IAM,FALLO CARD. O SHOCK	5	3,3158	2,9012	1,14	14
116	IMPL.MARCAPASOS PERM. SIN IAM,FALLO CARD. O SHOCK	76	3,6490	2,3686	1,54	54
117	REVISION MARCAPASOS EXCEPTO SUSTITUCION DE GENERADOR	9	2,2815	1,3660	1,67	67
118	REVISION MARCAPASOS POR SUSTITUCION DE GENERADOR	21	2,3998	1,3291	1,81	81
119	LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS	148	0,4624	0,4843	0,95	-5
120	OTROS PROCED. QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	20	1,4217	1,8806	0,76	-24
121	TRAST. CON IAM Y COMPL. CARDIOVASC. ALTA CON VIDA	29	1,2453	1,7259	0,72	-28
122	TRAST. CON IAM SIN COMPL.CARDIOVASC.ALTA CON VIDA	60	1,3023	1,1697	1,11	11
123	TRASTORNOS CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	16	0,9259	2,1975	0,42	-58
124	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM,CON CATETER. Y DIAG. COMPLEJO	156	1,2154	0,8531	1,42	42
125	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM, CON CATETER. SIN DIAG. OMPLEJO	252	0,7570	0,4081	1,86	86
126	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	9	1,4554	2,3770	0,61	-39
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	451	0,7986	0,9504	0,84	-16
128	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS	22	0,8069	0,6469	1,25	25
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	45	0,8508	0,8059	1,06	6
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	55	0,8360	0,5627	1,49	49
132	ATEROSCLEROSIS CON CC	14	0,9595	0,6510	1,47	47

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC	18	0,5942	0,4333	1,37	37
134	HIPERTENSION	7	0,8375	0,5520	1,52	52
135	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES EDAD>17 CON CC	15	0,9544	0,8211	1,16	16
136	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES EDAD>17 SIN CC	19	0,8725	0,4377	1,99	99
138	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION CON CC	39	0,9889	0,8031	1,23	23
139	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION SIN CC	96	0,8313	0,4972	1,67	67
140	ANGINA DE PECHO	43	0,8021	0,5612	1,43	43
141	SINCOPE Y COLAPSO CON CC	31	1,1318	0,6233	1,82	82
142	SINCOPE Y COLAPSO SIN CC	85	0,5611	0,4370	1,28	28
143	DOLOR TORACICO	110	0,7238	0,3399	2,13	113
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	44	1,0166	0,9404	1,08	8
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	42	0,7958	0,5174	1,54	54
146	RESECCION RECTAL CON CC	10	1,7555	1,9668	0,89	-11
147	RESECCION RECTAL SIN CC	10	1,8952	1,2704	1,49	49
148	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	43	2,1822	1,9893	1,10	10
149	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC	55	1,6400	1,2269	1,34	34
150	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	4	1,4729	1,5435	0,95	-5
151	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	3	0,9113	0,8717	1,05	5
152	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	7	1,4708	1,3624	1,08	8
153	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC	9	1,1720	0,9365	1,25	25
154	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 CON CC	29	2,6383	2,4161	1,09	9
155	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 SIN CC	46	1,8624	1,2607	1,48	48
156	PROC. SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD<18	2	1,0706	0,9281	1,15	15
157	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA CON CC	10	1,0105	0,8104	1,25	25
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA SIN CC	131	0,3959	0,3701	1,07	7
159	PROC. HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC	11	1,0740	0,9118	1,18	18
160	PROC. HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	76	0,6122	0,5811	1,05	5
161	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC	38	0,5638	0,7855	0,72	-28
162	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	263	0,4798	0,4172	1,15	15
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	24	0,3210	0,3863	0,83	-17
164	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. CON CC	12	1,1039	1,3213	0,84	-16
165	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. SIN CC	13	0,7735	0,8647	0,89	-11
166	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. CON CC	7	0,7821	0,7740	1,01	1
167	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. SIN CC	113	0,5174	0,5022	1,03	3
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	20	0,1930	0,5148	0,37	-63
170	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	13	1,3854	1,9403	0,71	-29
171	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	12	0,8687	0,8374	1,04	4

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	57	0,7173	1,3768	0,52	-48
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	23	0,9461	0,7153	1,32	32
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	74	0,7504	0,8733	0,86	-14
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	165	0,5650	0,5203	1,09	9
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	4	0,7347	0,6694	1,10	10
177	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC	3	1,1146	0,5612	1,99	99
178	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	10	0,5358	0,4002	1,34	34
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	20	1,1706	0,7017	1,67	67
180	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	23	0,7403	0,6783	1,09	9
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	44	0,6021	0,3981	1,51	51
182	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 CON CC	49	0,8819	0,5444	1,62	62
183	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 SIN CC	127	0,5211	0,3588	1,45	45
185	TRAST.DENT.Y BUCALES EXCEPTO EXTRACC.Y REPOSIC. EDAD>17	5	0,7607	0,4558	1,67	67
186	TRAST.DENT.Y BUCALES EXCEPTO EXTRACC.Y REPOSIC. EDAD<18	11	0,2119	0,4076	0,52	-48
187	EXTRACCIONES Y REPOSICIONES DENTALES	7	0,1705	0,4650	0,37	-63
188	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	53	0,6178	0,6665	0,93	-7
189	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	176	0,1589	0,4081	0,39	-61
191	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION CON CC	17	2,7581	2,8540	0,97	-3
192	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION SIN CC	15	1,7241	1,4148	1,22	22
193	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB CON CC	28	1,5729	2,2459	0,70	-30
194	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	9	1,9281	1,1674	1,65	65
195	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	2	1,1719	1,6059	0,73	-27
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	22	1,2610	1,3420	0,94	-6
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	79	0,8985	0,8301	1,08	8
199	PROC. DIAG. HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	4	0,8005	1,4921	0,54	-46
201	OTROS PQ HEPATOBILIARES O DE PANCREAS	3	2,3369	1,9246	1,21	21
202	CIRROSIS Y HEPATITIS ALCOHOLICA	49	0,9587	0,9444	1,02	2
203	NEOPLASIA MALIG. SISTEMA HEPATOBILIAR O PANCREAS	116	0,9245	1,1438	0,81	-19
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	73	1,0236	0,6487	1,58	58
205	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG.,CIRROSIS,HEP.ALC. CON CC	69	1,2136	0,9538	1,27	27
206	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG.,CIRROSIS,HEP.ALC. SIN CC	308	0,1554	0,5761	0,27	-73
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	31	1,0182	0,7302	1,39	39
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	66	0,7827	0,4109	1,90	90
209	REIMPL. MAYOR ARTICULACION Y M.EXTR.INF. SIN INFEC.	154	2,2688	2,1762	1,04	4
210	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 CON CC	30	2,6843	2,1738	1,23	23
211	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 SIN CC	103	1,9441	1,3917	1,40	40
212	PROC. CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD<18	1	0,8934	1,2822	0,70	-30
213	AMPUTACION TRAST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO	1	1,8835	1,8924	1,00	0

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
	CONECTIVO					
216	BIOPSIAS SISTEMA MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	5	0,6372	1,6795	0,38	-62
217	DESBRID. HER. E INJ. PIEL, EXCEPTO HERIDA ABIERTA, POR TRAST. MUSC-ESQ Y TEJIDO CONECTIVO EXCEPTO MANO	12	2,9284	1,9185	1,53	53
218	PROC. EXT. INF. Y HUM. EXCEPTO CADERA, PIE, FEMUR EDAD>17 CON CC	9	1,7034	1,5257	1,12	12
219	PROC. EXT. INF. Y HUM. EXCEPTO CADERA, PIE, FEMUR EDAD>17 SIN CC	103	1,0328	0,8211	1,26	26
220	PROC. EXTR. INF. Y HUMERO EXCEPTO CADERA, PIE, FEMUR EDAD<18	4	1,3582	0,8877	1,53	53
221	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA CON CC	1	0,1524	1,0594	0,14	-86
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	55	0,6141	0,6725	0,91	-9
223	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO, U OTROS EXTR. SUP CON CC	11	0,7390	0,5606	1,32	32
224	PROC. HOMBRO, CODO O ANTEB., EXCEPTO MAYOR DE ART. CON CC	51	0,6269	0,5342	1,17	17
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	111	0,4524	0,7000	0,65	-35
226	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC	2	1,3637	1,1032	1,24	24
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	46	0,5116	0,5777	0,89	-11
228	PROC. MAYOR PULGAR O ARTIC. U OTROS MANO O MUÑ. CON CC	7	0,3988	0,6091	0,65	-35
229	PROC. MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC. MAYORES ARTIC. SIN CC	87	0,3957	0,5150	0,77	-23
230	ESCISION LOCAL Y ELIM. DISP. FIJAC. INTER. CADERA Y FEMUR	16	0,9310	0,7905	1,18	18
231	ESCISION LOCAL Y ELIM. DISP. FIJAC. INTER. EXCEPTO CAD. Y FEMUR	122	0,3749	0,8529	0,44	-56
232	ARTROSCOPIA	46	0,5548	0,4928	1,13	13
233	OTROS PQ S. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO CON CC	6	2,1748	1,7042	1,28	28
234	OTROS PQ S. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO SIN CC	34	0,8337	0,9339	0,89	-11
235	FRACTURAS DE FEMUR	6	0,7285	1,3616	0,54	-46
236	FRACTURAS DE CADERA Y PELVIS	15	0,7947	0,9842	0,81	-19
238	OSTEOMIELITIS	3	0,7884	1,2680	0,62	-38
239	FRACTURAS PATOL. Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQ. Y T. CONEC.	31	1,3645	1,2919	1,06	6
240	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO CON CC	8	1,2377	1,0046	1,23	23
241	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO SIN CC	40	1,0028	0,5892	1,70	70
242	ARTRITIS SEPTICA	1	0,9785	0,8196	1,19	19
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	55	0,7257	0,5035	1,44	44
244	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	2	0,5361	0,7625	0,70	-30
245	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	19	0,8074	0,4495	1,80	80
246	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS	4	0,6600	0,5583	1,18	18
247	SIGNOS Y SINTOMAS SIST. MUSCULOESQ. Y T. CONECTIVO	11	0,5542	0,3793	1,46	46
248	TENDINITIS, MIOSITIS Y BURSITIS	11	0,4150	0,4466	0,93	-7
249	CUIDADOS POSTERIORES, S. MUSCULOESQ. Y T. CONECTIVO	6	0,2329	0,6584	0,35	-65
250	FRACT., ESG., DESG. Y LUX. ANTEB., MANO, PIE EDAD>17 CON CC	1	0,8614	0,5383	1,60	60
251	FRACT., ESG., DESG. Y LUX. ANTEB., MANO, PIE EDAD>17 SIN CC	5	0,4686	0,2826	1,66	66
252	FRACT., ESGUINCE, DESG. Y LUX. ANTEB., MANO, PIE EDAD<18	2	0,2536	0,2702	0,94	-6

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
253	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXCEPTO PIE EDAD>17 CON CC	2	0,0764	0,8828	0,09	-91
254	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXCEPTO PIE EDAD>17 SIN CC	30	0,4599	0,4411	1,04	4
255	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIERNA EXCEPTO PIE EDAD<18	3	0,5599	0,2959	1,89	89
256	OTROS DIAG. SIST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	15	0,7553	0,4545	1,66	66
257	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	7	1,0016	0,9326	1,07	7
258	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	16	1,0330	0,7701	1,34	34
259	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	18	0,8788	0,8054	1,09	9
260	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	60	0,8769	0,5871	1,49	49
261	PROC.MAMA PROCESO NO MALIG.EXCEPTO BIOPSIA Y ESCISION LOCAL	44	0,8349	0,6196	1,35	35
262	BIOPSIA MAMA Y ESCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	99	0,4252	0,4424	0,96	-4
263	INJ.PIEL Y/O DESBRID.ULCERA CUTANEA,CELULIT. CON CC	2	2,3314	1,9705	1,18	18
264	INJ.PIEL Y/O DESBRID.ULCERA CUTANEA,CELULIT. SIN CC	6	0,7245	1,1978	0,60	-40
266	INJ.PIEL Y/O DESBR. EXCEPTO ULCERA CUTANEA,CELULIT.SIN CC	49	0,6282	0,8531	0,74	-26
267	PROC. DE REGION PERIANAL Y ENFERMEDAD. PILONIDAL	36	0,4887	0,3268	1,50	50
268	PROC. PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA	16	0,3730	0,5059	0,74	-26
269	OTROS PROC.SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA CON CC	8	1,2444	1,0612	1,17	17
270	OTROS PROC.SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA SIN CC	205	0,2103	0,5971	0,35	-65
271	ULCERAS CUTANEAS	3	0,4196	1,0198	0,41	-59
272	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC	4	0,8574	1,1640	0,74	-26
273	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC	7	0,8516	0,9414	0,90	-10
274	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	45	0,9455	1,4948	0,63	-37
275	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	25	1,0373	0,7161	1,45	45
276	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA	2	0,2613	0,4424	0,59	-41
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	6	0,6191	0,6854	0,90	-10
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	10	0,3995	0,4167	0,96	-4
279	CELULITIS EDAD<18	1	1,7508	0,3795	4,61	361
281	TRAUMATISMO DE PIEL,T.SUBCUTANEO Y MAMA EDAD>17 SIN CC	2	0,2293	0,2416	0,95	-5
282	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA EDAD<18	2	0,3154	0,2390	1,32	32
283	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	2	1,5655	0,5520	2,84	184
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	37	0,2621	0,3656	0,72	-28
285	AMPUTACION M.INF.POR TRAST.ENDOCRINOS,NUTRIC. Y METAB.	4	3,1431	2,5161	1,25	25
286	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES E HIPOFISIS	13	2,0911	1,6599	1,26	26
287	INJ.PIEL Y DESB.HERIDA EN TRAST. ENDOCR., NUTR. Y METAB.	1	0,5529	1,4161	0,39	-61
288	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBESIDAD	5	1,2030	0,8217	1,46	46
289	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	20	1,0130	0,7155	1,42	42
290	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	42	0,9821	0,5803	1,69	69
291	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO	3	0,5569	0,4207	1,32	32
292	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y	1	2,9320	2,4459	1,20	20

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
	METABOLICOS CON CC					
293	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METABOLICOS SIN CC	2	0,5909	0,8961	0,66	-34
294	DIABETES EDAD>35	57	0,9373	0,6209	1,51	51
295	DIABETES EDAD<36	16	0,9034	0,5318	1,70	70
296	TRAST. NUTRIC.Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	32	0,8632	0,6982	1,24	24
297	TRAST. NUTRIC.Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	36	0,6933	0,3646	1,90	90
298	TRAST. NUTRICION. Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	14	0,4884	0,3344	1,46	46
299	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	6	0,1836	0,5305	0,35	-65
300	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	13	1,2536	0,7782	1,61	61
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	43	1,0921	0,4823	2,26	126
302	TRASPLANTE RENAL	31	3,9946	6,6503	0,60	-40
303	PROC.RIÑON,URETER Y PROC.MAYOR VEJIGA POR NEOPLASIA	26	1,8861	1,8072	1,04	4
304	PROC.RIÑON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA P.NO NEOP. CON CC	17	2,3887	1,5564	1,53	53
305	PROC.RIÑON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA P.NO NEOP. SIN CC	26	1,5532	0,9910	1,57	57
307	PROSTATECTOMIA SIN CC	8	0,7524	0,7625	0,99	-1
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	3	0,9951	1,3821	0,72	-28
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	3	1,3397	0,8440	1,59	59
310	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	31	0,8424	0,8217	1,03	3
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	113	0,7971	0,4697	1,70	70
312	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC	2	0,3833	0,8896	0,43	-57
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	13	0,7236	0,4346	1,67	67
314	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18	1	0,2588	0,6207	0,42	-58
315	OTROS PROCED. QUIR. SOBRE RIÑON Y TRACTO URINARIO	76	0,7268	1,5695	0,46	-54
316	INSUFICIENCIA RENAL	48	0,9225	0,9220	1,00	0
318	NEOPLASIAS DE RIÑON Y TRACTO URINARIO CON CC	8	0,6537	1,0917	0,60	-40
319	NEOPLASIAS DE RIÑON Y TRACTO URINARIO SIN CC	6	0,6491	0,4401	1,47	47
320	INFECC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	30	0,7552	0,6752	1,12	12
321	INFECC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	63	0,5483	0,4270	1,28	28
322	INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	11	0,6037	0,5549	1,09	9
323	CALC.URIN.CON CC,Y/O LITOTRI.EXTRAC. ONDA CHOQUE	21	0,4758	0,3897	1,22	22
324	CALCULOS URINARIOS SIN CC	22	0,7545	0,2495	3,02	202
325	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URIN.EDAD>17 CON CC	6	0,7842	0,6059	1,29	29
326	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URIN.EDAD>17 SIN CC	7	0,8385	0,3399	2,47	147
329	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC	2	0,8450	0,3866	2,19	119
330	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18	4	0,0272	0,4611	0,06	-94
331	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	12	1,2845	0,8020	1,60	60
332	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	23	0,7900	0,4396	1,80	80
333	OTROS DIAG. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO	4	0,3112	0,5798	0,54	-46

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
	EDAD<18					
334	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	9	2,0141	1,5821	1,27	27
335	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	43	1,5289	1,3008	1,18	18
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	27	1,0377	0,9577	1,08	8
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	135	0,8777	0,5782	1,52	52
338	PROCED. SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA	6	1,6663	0,6057	2,75	175
339	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	38	0,6555	0,4217	1,55	55
340	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	15	0,4763	0,3743	1,27	27
341	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	17	0,6341	1,0156	0,62	-38
342	CIRCUNCISION EDAD>17	24	0,2681	0,3900	0,69	-31
343	CIRCUNCISION EDAD<18	39	0,1327	0,2002	0,66	-34
344	OTROS PQ AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	3	1,0027	0,9734	1,03	3
345	OTROS PQ DE AP.GENITAL MASC. EXCEPTO PARA NEOPLASIA MALIGNA	1	5,0809	0,6126	8,29	729
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., CON CC	6	0,5378	1,2641	0,43	-57
347	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., SIN CC	4	0,9137	0,6054	1,51	51
348	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	2	0,5420	0,6175	0,88	-12
349	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	2	0,6593	0,3531	1,87	87
350	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	8	0,3882	0,4244	0,91	-9
351	ESTERILIZACION, VARON	13	0,1511	0,1573	0,96	-4
352	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	12	0,1953	0,2749	0,71	-29
353	EVISC.PELVICA,HISTERECT.RADICAL Y VULVECT.RADICAL	26	2,3812	1,9498	1,22	22
354	PROC.UTERO,ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. CON CC	2	2,4758	1,1967	2,07	107
355	PROC.UTERO,ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. SIN CC	7	1,2308	0,8468	1,45	45
356	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	44	0,8477	0,5808	1,46	46
357	PROC. UTERO Y ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	6	1,3972	1,3527	1,03	3
358	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. CON CC	20	1,1390	0,9071	1,26	26
359	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. SIN CC	242	0,7339	0,6652	1,10	10
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX Y VULVA	44	0,5067	0,4739	1,07	7
361	INTERRUP. TUBARICA POR LAPAROSCOPIA Y LAPAROTOMIA	35	0,4903	0,4815	1,02	2
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	9	0,1560	0,2907	0,54	-46
363	DILAT.Y LEGRADO, CONIZ. Y RADIO-IMPLANTE NEOPLASIA MALIG.	95	0,1261	0,6532	0,19	-81
364	DILAT.Y LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	70	0,2791	0,3777	0,74	-26
365	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	7	0,9441	0,8817	1,07	7
366	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., CON CC	11	1,1640	1,2424	0,94	-6
367	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., SIN CC	12	0,6286	0,6220	1,01	1
368	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO	7	0,5173	0,4715	1,10	10

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
369	TRAST. MENSTRUALES Y OTROS PROBL. AP.GEN.FEMENINO	62	0,1856	0,2385	0,78	-22
370	CESAREA, CON COMPLICACIONES	5	1,3434	0,6898	1,95	95
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	89	0,8634	0,5591	1,54	54
372	PARTO CON COMPLICACIONES	78	0,2791	0,3667	0,76	-24
373	PARTO SIN COMPLICACIONES	354	0,2737	0,3019	0,91	-9
374	PARTO CON ESTERILIZACION Y/O DILATAION Y LEGRADO	4	1,1803	0,4956	2,38	138
375	PARTO CON PQ EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACION	2	0,1909	0,3664	0,52	-48
376	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO SIN PQ	3	0,2478	0,3488	0,71	-29
377	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO CON PQ	1	0,1923	0,6665	0,29	-71
378	EMBARAZO ECTOPICO	11	0,9350	0,6657	1,40	40
379	AMENAZA DE ABORTO	13	0,3022	0,2647	1,14	14
380	ABORTO SIN DILATAION Y LEGRADO	9	0,1807	0,2015	0,90	-10
381	ABORTO CON DILAT.Y LEGRADO,ASPIRAC.O HISTEROTOMIA	98	0,3399	0,2956	1,15	15
382	FALSO TRABAJO DE PARTO	8	0,0799	0,0883	0,90	-10
383	OTROS DIAG. ANTEPARTO CON COMPLICACIONES MEDICAS	19	0,4646	0,3662	1,27	27
384	OTROS DIAG. ANTEPARTO SIN COMPLICACIONES MEDICAS	11	0,4532	0,2584	1,75	75
392	ESPLENECTOMIA EDAD>17	5	1,6187	1,5370	1,05	5
394	OTROS PQ HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	31	0,4555	1,0872	0,42	-58
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	82	0,9714	0,6891	1,41	41
397	TRASTORNOS DE COAGULACION	35	0,7448	0,7934	0,94	-6
398	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS CON CC	48	1,0892	0,8959	1,22	22
399	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS SIN CC	13	0,5686	0,5601	1,02	2
400	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROCED. QUIRURGICO MAYOR	18	1,6622	1,5414	1,08	8
401	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ CON CC	2	3,4516	2,1343	1,62	62
402	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ SIN CC	25	0,7959	1,0178	0,78	-22
403	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	20	2,0444	1,6714	1,22	22
404	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	54	1,4234	0,8172	1,74	74
407	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON PQ MAYOR SIN CC	3	2,8329	1,0867	2,61	161
408	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PQ	82	0,1054	1,0141	0,10	-90
409	RADIOTERAPIA	66	0,5739	0,6492	0,88	-12
410	QUIMIOTERAPIA	668	0,5893	0,6856	0,86	-14
413	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. CON CC	5	1,4942	1,4374	1,04	4
414	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. SIN CC	8	0,4396	0,9150	0,48	-52
415	PQ POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	14	1,8519	1,5545	1,19	19
416	SEPTICEMIA EDAD>17	39	0,9439	1,1320	0,83	-17
417	SEPTICEMIA EDAD<18	3	0,5119	0,6262	0,82	-18
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS Y POSTRAUMATICAS	16	0,8072	0,5507	1,47	47
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	12	1,2290	0,6704	1,83	83

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
420	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	11	0,7351	0,4770	1,54	54
421	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	2	2,5322	0,4186	6,05	505
422	ENF. VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	41	0,5851	0,3677	1,59	59
423	OTROS DIAG.DE ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA	13	1,3023	0,6699	1,94	94
425	REACCION ADAPTAC.AGUDA Y TRAST.DISFUNC. PSICOSOC.	12	1,1624	0,4862	2,39	139
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	14	0,6123	0,4713	1,30	30
427	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	1	0,1566	0,6571	0,24	-76
428	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS	2	0,9986	0,4290	2,33	133
429	ALTERACIONES ORGANICAS Y RETRASO MENTAL	16	1,1288	1,2597	0,90	-10
430	PSICOSIS	17	1,1165	0,9525	1,17	17
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	129	0,3177	0,6896	0,46	-54
439	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	1	0,4183	1,2235	0,34	-66
442	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA CON CC	3	2,9313	1,3341	2,20	120
443	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA SIN CC	42	1,1850	0,5491	2,16	116
444	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULTIPLES EDAD>17 CON CC	1	6,8235	0,5037	13,55	1255
445	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULTIPLES EDAD>17 SIN CC	4	0,2089	0,3452	0,61	-39
446	LESIONES DE LOCAL. NO ESPECIF. O MULTIPLE EDAD<18	1	0,1686	0,2860	0,59	-41
447	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	1	0,0101	0,2896	0,03	-97
449	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	9	0,9565	0,6754	1,42	42
450	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	18	0,5920	0,3350	1,77	77
451	ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	6	0,2584	0,3132	0,82	-18
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	6	0,5944	0,6178	0,96	-4
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	12	0,5582	0,3821	1,46	46
455	OTROS DIAG. LESION, ENVENEN. Y EFECTO TOXICO SIN CC	3	0,1055	0,2264	0,47	-53
458	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON INJERTO DE PIEL	1	0,7427	3,1945	0,23	-77
460	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN PROCED. QUIRURGICO	1	0,6008	0,9418	0,64	-36
461	PQ CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVIC.SANITAR.	13	0,3109	0,4047	0,77	-23
462	REHABILITACION	1	0,9889	1,4898	0,66	-34
463	SIGNOS Y SINTOMAS CON CC	22	0,6198	0,8342	0,74	-26
464	SIGNOS Y SINTOMAS SIN CC	172	0,6251	0,3884	1,61	61
466	CUIDADOS POST.SIN HIST. NEOPLASIA MALIGNA COMO DIAG. SEC.	49	0,5103	0,2639	1,93	93
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	193	0,2186	0,1573	1,39	39
468	PQ EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAG. PRINCIPAL	65	2,4196	2,5337	0,95	-5
469	DIAGNOSTICO PRINCIPAL NO VALIDO COMO DIAG.DE ALTA	6	0,2956	0,0000		-100
470	NO AGRUPABLE	71	0,9412	0,0000		-100
471	PROC.MAYORES ARTICULAC. M.INFERIOR, BILAT.O MULTIPLE	3	4,8149	4,2652	1,13	13
477	PQ NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	26	1,2627	0,9976	1,27	27

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	29	1,3907	1,5370	0,90	-10
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	28	1,3702	0,9603	1,43	43
482	TRAQUEOSTOMIA CON TRAST. BOCA, LARINGE O FARINGE	6	1,4897	3,4946	0,43	-57
483	TRAQUEOSTOMIA, EXCEPTO TRAST. BOCA, LARINGE O FARINGE	14	10,5316	14,7382	0,71	-29
491	PROC. MAYORES REIMPL. ARTICULAC. Y M. EXTR. SUPERIOR	4	2,2511	1,5137	1,49	49
493	COLECISTEC. LAPAROSC. SIN EXPLOR. CONDUCTO BIL. CON CC	7	0,8835	1,0418	0,85	-15
494	COLECISTEC. LAPAROSC. SIN EXPLOR. CONDUCTO BIL. SIN CC	97	0,6532	0,5271	1,24	24
530	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	20	4,7184	6,5795	0,72	-28
531	PROC. S. NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	9	2,9004	4,1281	0,70	-30
532	AIT, OCLUS. PRECER., CONVUL. Y CEFALEA CON CC MAYOR	10	0,8823	1,2717	0,69	-31
533	OTROS S. NERVIOSO EXCEPTO AIT, CONVUL. Y CEF. CON CC MAYOR	54	1,8676	3,0259	0,62	-38
534	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	6	0,8149	1,1886	0,69	-31
535	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR	7	0,5095	1,2313	0,41	-59
536	PROC. ORL Y BUCALES EXCEPTO PROC. MAYOR CABEZA Y CUELLO	9	0,4635	1,6137	0,29	-71
538	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	19	3,1352	3,7336	0,84	-16
539	PROC. RESP. EXCEPTO PROC. TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	7	3,8587	3,6477	1,06	6
540	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. CON CC MAYOR	7	2,8534	2,2889	1,25	25
541	TRAST. RESP. EXCEPTO INFECC., BRONQ., ASMA CON CC MAYOR	163	1,2600	1,5370	0,82	-18
542	BRONQUITIS Y ASMA CON CC MAYOR	6	1,1399	0,9181	1,24	24
543	TRAST. CIRC. EXCEPTO IAM, ENDOC., ICC Y ARRIT. CON CC MAYOR	39	1,5965	1,6675	0,96	-4
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	56	1,3665	2,2085	0,62	-38
545	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	62	8,0080	8,7927	0,91	-9
546	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	62	4,2518	5,3770	0,79	-21
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	7	5,8236	7,2536	0,80	-20
548	IMPLANTAC. O REVISION DE MARCAPASOS CON CC MAYOR	10	5,3132	4,4017	1,21	21
549	PROCED. CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	20	5,5537	5,9702	0,93	-7
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	21	3,3090	3,3130	1,00	0
551	ESOFAG., GASTROENT. Y ULCERA NO COMPLIC. CON CC MAYOR	18	0,9061	1,0746	0,84	-16
552	TRAST. DIG. EXCEPTO ESOF., GASTRO. Y ULC N COMP. CON CC MAYORES	60	1,0713	2,1592	0,50	-50
553	PROC. AP. DIGEST. EXCEPTO HERNIA Y PROC. MAYOR ESTOMAGO	10	2,1768	2,8089	0,77	-23
554	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	4	0,6676	1,6137	0,41	-59
555	PROC. PANCREAS, HIGADO Y OTROS VIA BILIAR EXCEPTO TRASPL. HEPATICO CON CC MAYOR	10	3,4794	4,7768	0,73	-27
556	COLECISTECT. Y OTROS PROC. HEPATOBIL. CON CC MAYOR	15	2,3643	2,5476	0,93	-7
557	TRAST. HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	93	1,3605	2,2950	0,59	-41
558	PROC. MUSC. ESQ. MAYOR EXCEPTO ARTIC. MAYOR BILAT. O MULTIPLE CON CC MAYOR	26	3,4464	4,2413	0,81	-19

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
559	PROC. MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	16	1,8520	2,8181	0,66	-34
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXCEPTO OSTEOMIEL.,ART. SEPTICA Y TRAST. TEJ.CONEC. CON CC MAYOR	10	1,1872	1,6662	0,71	-29
561	OSTEOM.,ARTRITIS SEP.Y TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	4	2,7366	2,8257	0,97	-3
562	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR	3	1,1574	2,0735	0,56	-44
563	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	3	2,6347	1,1512	2,29	129
564	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR	2	2,3487	3,0986	0,76	-24
565	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. Y METAB. EXCEPTO AMPUTACION	3	1,2138	3,3777	0,36	-64
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. Y METAB. EXCEPTO TRAST. DE INGESTA CON CC MAYOR	15	2,3849	1,6363	1,46	46
567	PROC.RINON Y TRACTO URIN. EXCEPTO TRASPL. RENAL CON CC MAYOR	20	3,1294	4,0025	0,78	-22
568	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	8	1,7469	2,3625	0,74	-26
569	TRAST. RINON Y TRACTO URIN. EXCEPTO INSUFIC.RENAL CON CC MAYOR	24	0,9548	1,0963	0,87	-13
570	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	3	1,5310	1,1043	1,39	39
571	PROC. APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	13	2,0401	2,1450	0,95	-5
572	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	2	2,2759	1,3592	1,67	67
573	PROC.NO RADICALES APAR. GENITAL FEM. CON CC MAYOR	11	2,7873	1,7123	1,63	63
574	TRAST. SANGRE, ORG.HEMOPOY. E INMUNOL. CON CC MAYOR	23	1,0860	1,6758	0,65	-35
575	PROC. SANGRE, ORG. HEMOPOY. E INMUNOL. CON CC MAYOR	4	2,7664	3,9881	0,69	-31
576	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	13	5,0115	7,3084	0,69	-31
577	TRAST. MIELOPROLIF. Y NEO. MAL DIFERENC. CON CC MAYOR	55	0,3198	2,1238	0,15	-85
578	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	11	2,3731	4,2780	0,55	-45
579	PROC.LINFOMA,LEUCEMIA Y TRAST.MIELOPROLIF. CON CC MAYOR	5	3,6774	5,6731	0,65	-35
580	INFECC.Y PARASITOSIS SIST.EXCEPTO SEPTIC. CON CC MAYOR	6	1,3087	1,3514	0,97	-3
582	LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	7	1,0775	1,3331	0,81	-19
583	PROC. PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLES CON CC MAYOR	2	2,6810	2,6165	1,02	2
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	10	0,6283	2,4808	0,25	-75
585	PROC. MAYOR ESTOMAGO, ESOFAGO, DUODENO, I. DELGADO Y GRUESO CON CC MAYOR	49	3,5088	3,7213	0,94	-6
586	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD>17	6	0,6936	1,1828	0,59	-41
607	NEONATO, PESO 1000-1499 G, SIN PQ SIGN.,ALTA VIDA	2	0,1157	7,0951	0,02	-98
617	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIFICATIVO, CON MULTIPLES PROBL. MAYORES	1	0,8836	2,2779	0,39	-61
618	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIFICATIVO, CON PROBL. MAYORES	2	0,5685	1,2230	0,46	-54
620	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIFICATIVO, DCO NEONATO NORMAL	2	1,3269	0,2713	4,89	389
623	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PQ SIGNIFICATIVO, SIN MULTIPLES PROBL. MAYORES	1	0,2687	1,3821	0,19	-81
624	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCED. ABDOMINAL MENOR	1	0,0000	0,6948	0,00	-100

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
626	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIFICATIVO, CON MULTIPLES PROBL. MAYORES	3	1,7357	1,6148	1,07	7
627	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIFICATIVO, CON PROBL. MAYORES	32	0,6280	0,6401	0,98	-2
628	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIFICATIVO, CON PROBL. MENORES	14	0,9597	0,4298	2,23	123
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIFICATIVO, DCO. NEONATO NORMAL	42	0,6581	0,1489	4,42	342
630	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIFICATIVO, CON OTROS PROBLEMAS	4	0,7485	0,4647	1,61	61
637	NEONATO, EXITUS PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO	1	0,2711	0,3672	0,74	-26
639	NEONATO, TRASLADADO <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	8	0,2904	0,4665	0,62	-38
651	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	3	1,0972	0,6725	1,63	63
652	PARTO VAGINAL ALTO RIESGO CON ESTERILIZ. Y/O D+L	1	0,2901	0,5779	0,50	-50
703	VIH CON PQ CON DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	4	1,5657	3,3932	0,46	-54
704	VIH CON PQ SIN DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	2	0,3336	2,3070	0,14	-86
705	VIH CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS CON TB	4	1,4057	3,9810	0,35	-65
706	VIH CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS SIN TB	2	2,0043	3,8791	0,52	-48
708	VIH CON DIAG. RELACIONADO MAYOR, ALTA VOLUNTARIA	1	0,2346	1,4065	0,17	-83
709	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. CON DIAG MAYORES MULTIPLES O SIGNIF. CON TB	12	1,3118	2,3809	0,55	-45
710	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. CON DIAG MAYORES MULTIPLES O SIGNIF. SIN TB	33	1,8186	2,1941	0,83	-17
711	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. SIN DIAG MAYORES MULTIPLES O SIGNIF. CON TB	18	1,1654	1,5749	0,74	-26
712	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. SIN DIAG MAYORES MULTIPLES O SIGNIF. SIN TB	40	1,0684	1,4732	0,73	-27
713	VIH DIAG. RELACIONADO SIGNIFICATIVO, ALTA VOLUNT.	4	0,6500	0,9666	0,67	-33
714	VIH CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO	80	0,9351	1,2754	0,73	-27
715	VIH CON OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	21	0,5878	0,7347	0,80	-20
716	VIH SIN OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	17	1,4763	0,2671	5,53	453
731	PROC. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMB. TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	1	2,2077	3,9535	0,56	-44
732	OTROS PQ PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	1	0,9409	2,6886	0,35	-65
733	DIAG. TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. CABEZA, TORAX Y M. INF.	3	1,5590	1,5233	1,02	2
739	CRANEOTOMIA EDAD <18 SIN CC	5	2,5365	1,5461	1,64	64
740	FIBROSIS QUISTICA	1	2,1822	1,3627	1,60	60
744	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	1	3,5986	0,6977	5,16	416
749	ABUSO O DEPEND. DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	1	0,1512	0,2466	0,61	-39
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	2	1,2904	0,4967	2,60	160
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	8	0,9708	0,3575	2,72	172
753	REHABILITACION PARA TRAST. COMPULSIVO NUTRICIONAL	2	0,9233	1,9849	0,47	-53
755	FUSION VERTEBRAL CON CC	3	3,7561	2,0284	1,85	85
756	FUSION VERTEBRAL SIN CC	11	4,1340	1,2460	3,32	232
757	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL CON CC	10	3,1412	1,1931	2,63	163

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
758	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL SIN CC	134	1,3935	0,6704	2,08	108
761	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H	6	2,2701	1,2340	1,84	84
762	CONMOCION, LESION INTRACR. COMA < 1H O SIN COMA EDAD < 18	25	0,2180	0,1893	1,15	15
763	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 H, EDAD < 18	1	0,4742	0,5876	0,81	-19
764	CONM., LES. INTRACR. COMA < 1H. O SIN COMA EDAD > 17 CON CC	4	1,1697	0,5667	2,06	106
765	CONM., LES. INTRACR. COMA < 1H. O SIN COMA EDAD > 17 SIN CC	13	0,4985	0,2537	1,96	96
766	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA < 1H, EDAD > 17 CON CC	3	3,2113	1,1338	2,83	183
767	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA < 1H, EDAD > 17 SIN CC	19	1,2968	0,6128	2,12	112
769	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD < 18 SIN CC	24	0,6436	0,4699	1,37	37
773	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD < 18 SIN CC	25	1,1941	0,4482	2,66	166
774	BRONQUITIS Y ASMA EDAD < 18 CON CC	4	1,1381	0,5080	2,24	124
775	BRONQUITIS Y ASMA EDAD < 18 SIN CC	57	0,5516	0,3740	1,47	47
776	ESOF., GASTROENT. Y TRAST. DIG. MISCEL. EDAD < 18 CON CC	8	1,5724	0,4555	3,45	245
777	ESOF., GASTROENT. Y TRAST. DIG. MISCEL. EDAD < 18 SIN CC	186	0,4265	0,2710	1,57	57
779	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD < 18 SIN CC	1	0,3443	0,2456	1,40	40
780	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD < 18 CON CC	6	1,5008	3,3176	0,45	-55
781	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD < 18 SIN CC	30	1,0477	1,1577	0,90	-10
782	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD > 17 CON CC	15	4,2714	4,4738	0,95	-5
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD > 17 SIN CC	14	2,1097	1,1412	1,85	85
785	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD < 18	6	1,7981	0,5735	3,14	214
786	PROC. MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	35	1,3963	2,5945	0,54	-46
789	REIMPL. MAYOR ARTIC. Y M. EXTR. INFERIOR CON INFECC.	5	6,1774	2,5725	2,40	140
791	DESBRID. HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	1	0,1747	0,8558	0,20	-80
793	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXCEPTO CRANEOTOMIA	2	2,6742	6,2800	0,43	-57
796	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR CON CC	15	3,5875	2,3418	1,53	53
797	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR SIN CC	21	2,9895	1,2830	2,33	133
798	TUBERCULOSIS CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	3	0,6120	2,9256	0,21	-79
799	TUBERCULOSIS, ALTA VOLUNTARIA	3	1,0916	1,2874	0,85	-15
800	TUBERCULOSIS CON CC	8	1,2300	1,9634	0,63	-37
801	TUBERCULOSIS SIN CC	32	0,9739	1,4943	0,65	-35
802	NEUMOCISTOSIS	1	1,7600	1,5309	1,15	15
804	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO	20	3,8062	10,1423	0,38	-62
808	PROC. CARDIOV. PERCUT. CON IMA, FALLO CARD. O SHOCK	40	3,1132	1,9437	1,60	60
		20.364	676,4929	676,4929		

GRD AP 12	DESCRIPCION	CASOS	PR. FJD 12	PR. USA 12 CORREG.	IND. "A"	FJD/USA (%)
FACTOR CORRECCION = SUMA P.R. USA / SUMA P.R. FJD = 0,6236						

Apéndice III

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA	4,7305	1.736.869	2.039.404	111	1.219.321
2	CRANEOTOMIA POR TRAUMA EDAD>17	5,9943	2.200.891	2.584.251	9	1.561.258
4	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	2,5621	940.711	1.104.567	9	829.126
5	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES	3,3024	1.212.522	1.423.724	26	733.761
6	LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	0,3771	138.458	162.575	21	88.446
7	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ CON CC	3,4721	1.274.830	1.496.885	2	418.886
8	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ SIN CC	1,0876	399.328	468.884	16	640.674
9	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	1,7408	639.159	750.490	1	418.886
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	1,6476	604.939	710.310	19	374.793
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	1,4511	532.792	625.595	35	413.937
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	1,6836	618.157	725.830	85	372.527
13	ESCLEROSIS MULTIPLE Y ATAXIA CEREBELOSA	1,0905	400.392	470.134	65	231.998
14	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT	1,4180	520.639	611.325	258	419.038
15	ACC. ISQUEMICO TRANSITORIO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES	1,0533	386.734	454.097	101	406.444
16	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	1,2068	443.094	520.273	3	418.886
17	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	0,9580	351.743	413.011	5	418.886
18	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS CON CC	1,8850	692.104	812.657	6	612.100
19	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS SIN CC	0,9654	354.460	416.201	11	418.886
20	INFECC. SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	2,0719	760.727	893.233	25	418.886
21	MENINGITIS VIRICA	0,8998	330.374	387.920	9	418.886
22	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	1,1660	428.113	502.684	6	418.886
23	ESTUPOR Y COMA NO TRAUMATICOS	0,8231	302.213	354.853	1	418.886
24	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 CON CC	0,9505	348.989	409.778	11	418.886
25	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 SIN CC	0,5472	200.912	235.908	96	456.691
34	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	2,8041	1.029.565	1.208.898	15	317.522
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	0,5228	191.953	225.388	673	181.129
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	2,0109	738.330	866.935	123	495.161
37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	1,2846	471.659	553.814	13	468.075
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	0,9009	330.778	388.394	5	478.806
39	PROC. SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	0,7883	289.435	339.850	720	198.276
40	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	0,5506	202.160	237.374	147	286.035
41	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	0,3473	127.516	149.727	40	221.331
42	PROC. INTRAOCUL. EXCEPTO RETINA, IRIS Y CRISTALINO	1,3323	489.173	574.379	252	315.130
44	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO	1,4183	520.749	611.455	14	428.134
45	TRASTORNOS NEUROLOGICOS DEL OJO	0,7440	273.170	320.752	14	338.512
46	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	0,8857	325.197	381.841	2	418.886

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
47	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	0,6301	231.350	271.647	21	315.778
48	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	0,5241	192.431	225.949	72	130.100
49	PROC. MAYORES CABEZA Y CUELLO EXCEPTO NEOPL. MALIGNA	1,5012	551.187	647.194	1	418.886
50	SIALOADENECTOMIA	1,1595	425.727	499.881	9	159.493
51	PROC. GLANDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMIA	0,7307	268.287	315.018	3	418.886
52	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL Y PALADAR	0,9130	335.221	393.611	5	418.886
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD>17	0,8858	325.234	381.884	82	308.314
54	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD<18	0,8894	326.556	383.436	4	366.056
55	PROC. MISCELANEOS EN OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	0,6553	240.603	282.512	183	219.701
56	RINOPLASTIA	0,7054	258.997	304.111	60	183.260
57	PROC. AMIG.Y ADEN. EXCEPTO AMIGDALEC. Y/O ADENOIDEC.,EDAD>17	0,7104	260.833	306.266	9	346.911
58	PROC. AMIG.Y ADEN. EXCEPTO AMIGDALEC. Y/O ADENOIDEC.,EDAD<18	0,3809	139.853	164.213	57	112.809
59	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	0,5950	218.463	256.515	6	77.235
60	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	0,3096	113.674	133.474	94	81.739
61	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	0,4462	163.829	192.365	10	134.172
62	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	0,3233	118.704	139.380	2	94.041
63	OTROS PQ SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	1,3215	485.207	569.722	12	434.890
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	1,0627	390.185	458.149	37	357.808
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	0,5745	210.936	247.677	36	411.490
66	EPISTAXIS	0,5128	188.282	221.077	11	418.886
67	EPIGLOTTIS	0,7476	274.492	322.304	1	418.886
68	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD>17 CON CC	0,7970	292.630	343.601	2	418.886
69	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD>17 SIN CC	0,4671	171.502	201.375	15	376.567
70	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD<18	0,5355	196.616	230.864	88	414.126
71	LARINGOTRAQUEITIS	0,4863	178.552	209.653	5	418.886
72	TRAUMATISMO Y DEFORMIDAD NASAL	0,2566	94.214	110.625	1	418.886
73	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD>17	0,4294	157.660	185.122	27	292.310
74	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD<18	0,3797	139.412	163.696	8	383.345
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	3,9122	1.436.419	1.686.620	123	818.209
76	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	2,5342	930.467	1.092.539	35	520.722
77	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	2,2877	839.961	986.269	63	516.215
78	EMBOLISMO PULMONAR	1,2169	446.802	524.627	55	416.724
79	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 CON CC	4,0586	1.490.172	1.749.736	28	419.860
80	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 SIN CC	1,2768	468.795	550.451	45	467.848
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	1,5875	582.873	684.400	155	410.404
83	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	1,8069	663.429	778.987	2	418.886
84	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	0,7787	285.911	335.712	3	418.886

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
85	DERRAME PLEURAL CON CC	1,7204	631.669	741.695	21	582.660
86	DERRAME PLEURAL SIN CC	1,0936	401.531	471.471	14	512.169
87	EDEMA PULMONAR E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	1,1810	433.621	509.150	43	409.144
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	1,1418	419.228	492.251	358	406.655
89	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	1,3380	491.265	576.836	157	424.136
90	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	0,8376	307.537	361.104	80	413.650
92	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	1,5708	576.741	677.200	5	432.339
93	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	1,0689	392.462	460.822	13	418.886
94	NEUMOTORAX CON CC	1,7996	660.748	775.840	6	646.503
95	NEUMOTORAX SIN CC	0,6850	251.507	295.316	18	583.640
96	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 CON CC	1,0343	379.758	445.905	13	418.886
97	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 SIN CC	0,6004	220.445	258.843	78	410.748
99	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	1,2901	473.678	556.185	42	409.956
100	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	0,7510	275.740	323.770	40	387.470
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	1,0363	380.492	446.768	78	419.585
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	0,7086	260.172	305.490	83	419.243
104	PROC. VALVULAS CARDIACAS CON CATETERISMO CARDIACO	6,4634	2.373.128	2.786.488	89	2.838.995
105	PROC. VALVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO CARDIACO	4,8790	1.791.393	2.103.425	154	2.241.979
106	BYPASS CORONARIO CON CATETERISMO CARDIACO	4,9499	1.817.425	2.133.991	147	1.424.134
107	BYPASS CORONARIO SIN CATETERISMO CARDIACO	4,0963	1.504.014	1.765.989	133	1.423.332
108	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	2,5279	928.154	1.089.823	16	1.196.635
110	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	3,3166	1.217.736	1.429.846	31	1.137.796
111	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	3,1348	1.150.986	1.351.469	17	954.336
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS	1,2826	470.925	552.952	356	1.400.146
113	AMPUTACION POR TRAST. CIRCUL. EXCEPTO M.SUP Y DEDOS PIE	3,3890	1.244.319	1.461.059	25	830.340
114	AMPUTACION M.SUP Y DEDOS PIE POR TRAST. CIRCULATORIOS	2,5612	940.380	1.104.179	10	922.248
115	IMPL.MARCAPASOS PERM. CON IAM,FALLO CARD. O SHOCK	4,6124	1.693.507	1.988.489	5	1.345.669
116	IMPL.MARCAPASOS PERM. SIN IAM,FALLO CARD. O SHOCK	3,8894	1.428.048	1.676.790	80	1.545.636
117	REVISION MARCAPASOS EXCEPTO SUSTITUCION DE GENERADOR	1,1354	416.878	489.491	9	791.144
118	REVISION MARCAPASOS POR SUSTITUCION DE GENERADOR	1,1585	425.359	499.450	21	1.036.593
119	LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS	0,4402	161.626	189.778	148	185.240
120	OTROS PROCED. QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	2,5247	926.979	1.088.444	20	359.776
121	TRAST. CON IAM Y COMPL. CARDIOVASC. ALTA CON VIDA	1,6888	620.067	728.072	29	753.644
122	TRAST. CON IAM SIN COMPL.CARDIOVASC.ALTA CON VIDA	1,3726	503.969	591.753	60	815.613
123	TRASTORNOS CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	1,2252	449.849	528.206	16	780.519

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
124	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM.CON CATETER. Y DIAG. COMPLEJO	1,3255	486.676	571.447	156	434.191
125	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM, CON CATETER.SIN DIAG.COMPLEJO	0,6121	224.741	263.887	252	416.941
126	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	3,3035	1.212.926	1.424.198	9	418.886
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	1,1378	417.759	490.526	454	409.976
128	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS	1,1326	415.850	488.284	22	418.886
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	0,9893	363.235	426.505	44	409.366
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	0,7826	287.343	337.393	54	401.401
132	ATEROSCLEROSIS CON CC	1,2834	471.218	553.297	22	399.846
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC	0,9858	361.950	424.996	10	418.886
134	HIPERTENSION	1,5739	577.879	678.537	7	359.045
135	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES EDAD>17 CON CC	1,3632	500.518	587.700	21	405.739
136	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES EDAD>17 SIN CC	0,8050	295.567	347.050	13	470.296
138	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION CON CC	0,8679	318.662	374.167	48	505.465
139	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION SIN CC	0,7537	276.732	324.934	88	513.978
140	ANGINA DE PECHO	0,9114	334.633	392.921	43	418.886
141	SINCOPE Y COLAPSO CON CC	0,7711	283.120	332.435	41	454.563
142	SINCOPE Y COLAPSO SIN CC	0,6851	251.544	295.359	76	404.398
143	DOLOR TORACICO	0,5664	207.962	244.185	110	413.197
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	1,3798	506.613	594.857	51	431.070
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	1,0234	375.756	441.206	35	436.042
146	RESECCION RECTAL CON CC	3,1239	1.146.984	1.346.770	12	914.415
147	RESECCION RECTAL SIN CC	2,7695	1.016.861	1.193.981	10	989.719
148	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	2,8576	1.049.208	1.231.963	52	839.746
149	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC	2,3567	865.295	1.016.016	54	848.643
150	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	2,5274	927.970	1.089.608	4	373.420
151	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	1,4117	518.325	608.609	3	461.899
152	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	2,1814	800.932	940.441	7	401.549
153	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC	1,3088	480.544	564.247	9	397.825
154	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 CON CC	2,9406	1.079.682	1.267.746	34	655.804
155	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 SIN CC	1,9632	720.816	846.371	43	639.563
156	PROC. SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD<18	1,1615	426.461	500.744	2	418.886
157	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA CON CC	1,3016	477.901	561.143	12	202.891
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA SIN CC	0,5244	192.541	226.078	129	188.086
159	PROC. HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC	1,6370	601.047	705.740	14	387.338
160	PROC. HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	0,8863	325.417	382.100	73	396.672
161	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC	1,1970	439.495	516.048	44	181.472
162	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL	0,6346	233.002	273.587	259	171.353

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
	EDAD>17 SIN CC					
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	0,4119	151.235	177.578	24	183.487
164	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. CON CC	1,8128	665.595	781.531	12	204.569
165	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. SIN CC	1,0918	400.870	470.695	12	218.254
166	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. CON CC	1,4822	544.210	639.003	8	261.832
167	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. SIN CC	0,6297	231.203	271.475	112	224.141
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	1,2346	453.301	532.258	21	418.886
170	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	2,9966	1.100.244	1.291.888	14	536.256
171	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	1,8717	687.221	806.924	10	524.676
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	1,1971	439.532	516.091	57	443.448
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	1,0495	385.339	452.458	23	464.874
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	0,8060	295.934	347.481	79	418.886
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	0,5297	194.487	228.363	161	416.284
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	0,7317	268.654	315.449	4	418.886
177	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC	0,8246	302.763	355.500	3	418.886
178	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	0,5893	216.370	254.058	10	419.386
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	1,1750	431.418	506.564	20	418.886
180	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	0,9583	351.853	413.140	28	389.902
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	0,5717	209.908	246.470	41	419.963
182	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 CON CC	0,7934	291.308	342.049	55	430.127
183	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 SIN CC	0,5156	189.310	222.284	120	421.527
185	TRAST.DENT.Y BUCALES EXCEPTO EXTRACC.Y REPOSIC. EDAD>17	0,5846	214.644	252.032	5	418.886
186	TRAST.DENT.Y BUCALES EXCEPTO EXTRACC.Y REPOSIC. EDAD<18	0,4422	162.360	190.640	11	418.886
187	EXTRACCIONES Y REPOSICIONES DENTALES	0,2666	97.886	114.936	7	419.600
188	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	1,2627	463.618	544.373	55	399.738
189	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	0,4694	172.347	202.367	174	169.436
191	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION CON CC	4,5480	1.669.862	1.960.725	22	616.571
192	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION SIN CC	2,6326	966.596	1.134.961	13	646.530
193	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB CON CC	2,6402	969.386	1.138.238	35	356.587
194	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	2,3484	862.248	1.012.438	5	386.509
195	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	2,8596	1.049.942	1.232.825	2	311.976
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	2,2251	816.977	959.281	27	321.083
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	1,1737	430.940	506.003	74	309.263
199	PROC. DIAG. HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	3,0780	1.130.131	1.326.981	4	483.405
201	OTROS PQ HEPATOBILIARES O DE PANCREAS	1,2423	456.128	535.578	3	786.395
202	CIRROSIS Y HEPATITIS ALCOHOLICA	0,9679	355.378	417.279	48	364.970
203	NEOPLASIA MALIG. SISTEMA HEPATOBILIAR O PANCREAS	1,5775	579.201	680.089	116	373.850

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	0,9726	357.104	419.305	74	407.919
205	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG., CIRROSIS, HEP.ALC. CON CC	1,0204	374.654	439.913	75	393.292
206	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG., CIRROSIS, HEP.ALC. SIN CC	0,5770	211.854	248.755	302	173.785
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	0,9807	360.078	422.797	44	432.051
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	0,7170	263.257	309.112	57	412.944
209	REIMPL. MAYOR ARTICULACION Y M.EXTR.INF. SIN INFE.	3,3891	1.244.356	1.461.102	154	1.188.483
210	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 CON CC	3,4443	1.264.623	1.484.900	33	810.116
211	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 SIN CC	2,1592	792.781	930.870	99	800.341
212	PROC. CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD<18	1,7618	646.870	759.544	1	548.545
213	AMPUTACION TRAST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	3,9946	1.466.673	1.722.144	1	936.660
216	BIOPSIAS SISTEMA MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	1,2526	459.910	540.018	6	627.621
217	DESBRID. HER. E INJ. PIEL, EXCEPTO HERIDA ABIERTA, POR TRAST. MUSC-ESQ Y TEJIDO CONECTIVO EXCEPTO MANO	3,0168	1.107.660	1.300.597	15	728.050
218	PROC.EXT.INF.Y HUM.EXCEPTO CADERA, PIE, FEMUR EDAD>17 CON CC	2,6625	977.574	1.147.852	8	570.481
219	PROC.EXT.INF.Y HUM.EXCEPTO CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	1,4583	535.435	628.699	106	519.238
220	PROC. EXTR.INF.Y HUMERO EXCEPTO CADERA,PIE,FEMUR EDAD<18	0,9382	344.473	404.475	4	477.855
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	0,9271	340.398	399.689	64	433.714
223	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO,U OTROS EXTR.SUP CON CC	1,1298	414.822	487.077	11	458.132
224	PROC.HOMBRO,CODO O ANTEB.,EXCEPTO MAYOR DE ART. CON CC	0,7610	279.412	328.081	51	439.814
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	0,7215	264.909	311.052	112	214.936
226	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC	1,6921	621.278	729.495	2	418.886
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	0,7470	274.272	322.045	46	433.510
228	PROC.MAYOR PULGAR O ARTIC.U OTROS MANO O MUÑ.CON CC	0,9210	338.158	397.060	8	337.806
229	PROC. MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES ARTIC. SIN CC	0,4469	164.086	192.667	87	257.242
230	ESCISION LOCAL Y ELIM.DISP.FIJAC.INTER.CADERA YFEMUR	0,8456	310.474	364.553	16	344.545
231	ESCISION LOCAL Y ELIM.DISP.FIJAC.INTER.EXCEPTO CAD.YFEMUR	0,5931	217.765	255.696	120	294.762
232	ARTROSCÓPIA	0,4844	177.854	208.834	46	253.066
233	OTROS PQ S.MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO CON CC	2,9306	1.076.011	1.263.434	5	429.337
234	OTROS PQ S.MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO SIN CC	1,4532	533.563	626.501	35	461.488
235	FRACTURAS DE FEMUR	1,3104	481.132	564.937	6	368.865
236	FRACTURAS DE CADERA Y PELVIS	1,0368	380.676	446.983	15	424.257
238	OSTEOMIELITIS	2,0474	751.732	882.671	3	418.886
239	FRACTURAS PATOL.Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQ.Y T.CONEC.	1,7890	656.856	771.270	31	413.283
240	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO CON CC	2,1098	774.643	909.573	8	418.886

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
241	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO SIN CC	1,2468	457.780	537.518	40	416.045
242	ARTRITIS SEPTICA	1,5942	585.333	687.288	3	139.629
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	0,8730	320.534	376.366	56	461.802
244	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	1,0840	398.006	467.332	4	418.886
245	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	0,8631	316.899	372.098	19	396.839
246	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS	0,7901	290.096	340.626	4	418.886
247	SIGNOS Y SINTOMAS SIST. MUSCULOESQ. Y T.CONECTIVO	0,7117	261.311	306.827	12	418.886
248	TENDINITIS, MIOSITIS Y BURSITIS	0,6718	246.661	289.625	12	365.040
249	CUIDADOS POSTERIORES, S.MUSCULOESQ. Y T.CONECTIVO	1,0541	387.028	454.441	6	360.657
250	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE EDAD>17 CON CC	0,6411	235.389	276.390	1	418.886
251	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC	0,4784	175.651	206.247	5	388.874
252	FRACT., ESGUINCE, DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE EDAD<18	0,2728	100.162	117.609	3	318.845
253	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXCEPTO PIE EDAD>17 CON CC	1,0373	380.859	447.199	3	318.845
254	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXCEPTO PIE EDAD>17 SIN CC	0,5089	186.850	219.396	31	361.419
255	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIERNA EXCEPTO PIE EDAD<18	0,4093	150.280	176.457	4	268.824
256	OTROS DIAG. SIST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	0,6087	223.493	262.422	14	386.419
257	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	2,2676	832.581	977.603	7	432.438
258	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	1,5766	578.871	679.701	16	432.438
259	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	2,0105	738.183	866.763	18	432.438
260	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	0,9670	355.048	416.891	60	437.580
261	PROC.MAMA PROCESO NO MALIG.EXCEPTO BIOPSIA Y ESCISION LOCAL	0,6461	237.225	278.545	44	449.815
262	BIOPSIA MAMA Y ESCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	0,4917	180.535	211.981	99	259.108
263	INJ.PIEL Y/O DESBRID.ULCERA CUTANEA,CELULIT. CON CC	3,8714	1.421.439	1.669.030	2	661.952
264	INJ.PIEL Y/O DESBRID.ULCERA CUTANEA,CELULIT. SIN CC	3,3867	1.243.474	1.460.067	6	418.886
265	INJ.PIEL Y/O DESBR.EXCEPTO ULCERA CUTANEA,CELULIT.CON CC	3,0854	1.132.848	1.330.171	1	305.250
266	INJ.PIEL Y/O DESBR.EXCEPTO ULCERA CUTANEA,CELULIT.SIN CC	1,3119	481.682	565.584	48	438.248
267	PROC. DE REGION PERIANAL Y ENFERMEDAD PILONIDAL	0,5971	219.234	257.421	37	102.716
268	PROC. PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA	1,2429	456.348	535.837	15	411.644
269	OTROS PROC.SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA CON CC	1,5621	573.547	673.449	8	406.690
270	OTROS PROC.SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA SIN CC	0,8294	304.526	357.569	210	318.274
271	ULCERAS CUTANEAS	1,2948	475.404	558.212	3	418.886
272	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC	1,5739	577.879	678.537	4	418.886
273	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC	1,4482	531.727	624.345	7	418.886

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
274	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	1,3244	486.272	570.973	45	400.298
275	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	0,7915	290.610	341.230	25	372.461
276	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA	0,3999	146.829	172.404	2	418.886
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	1,0994	403.660	473.971	6	418.886
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	0,7177	263.514	309.413	10	418.886
279	CELULITIS EDAD<18	0,7117	261.311	306.827	1	418.886
281	TRAUMATISMO DE PIEL,T.SUBCUTANEO Y MAMA EDAD>17 SIN CC	0,4171	153.144	179.819	2	418.886
282	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA EDAD<18	0,3456	126.892	148.994	2	418.886
283	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	1,0877	399.364	468.927	2	418.886
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	0,6663	244.641	287.254	37	409.984
285	AMPUTACION M.INF.POR TRAST.ENDOCRINOS,NUTRIC. Y METAB.	2,6000	954.626	1.120.907	4	792.536
286	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES E HIPOFISIS	2,5841	948.788	1.114.052	13	1.169.093
287	INJ.PIEL Y DESB.HERIDA TRAST.ENDOCR.,NUTR.YMETAB.	2,4938	915.634	1.075.122	1	418.886
288	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBESIDAD	1,5688	576.007	676.338	5	443.920
289	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	1,4607	536.316	629.734	20	431.274
290	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	0,9954	365.475	429.135	42	562.064
291	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO	0,6962	255.620	300.144	5	399.186
292	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METABOLICOS CON CC	2,9494	1.082.914	1.271.539	1	547.924
293	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METABOLICOS SIN CC	1,3762	505.291	593.305	2	388.070
294	DIABETES EDAD>35	0,9777	358.976	421.504	58	415.285
295	DIABETES EDAD<36	0,9179	337.020	395.723	16	418.886
296	TRAST. NUTRIC.Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	1,1161	409.792	481.171	35	424.850
297	TRAST. NUTRIC.Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	0,7598	278.971	327.563	33	418.886
298	TRAST. NUTRICION. Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	0,7559	277.539	325.882	14	418.886
299	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	0,8179	300.303	352.611	6	418.886
300	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	1,2818	470.631	552.607	16	418.886
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	0,8035	295.016	346.403	41	412.278
302	TRASPLANTE RENAL	7,0495	2.588.323	3.039.166	31	1.869.887
303	PROC.RIÑON,URETER Y PROC.MAYOR VEJIGA POR NEOPLASIA	2,8433	1.043.957	1.225.798	26	775.668
304	PROC.RIÑON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA NO NEOP. CON CC	2,6833	985.211	1.156.819	19	573.433
305	PROC.RIÑON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA NO NEOP. SIN CC	2,0350	747.179	877.325	25	603.160
307	PROSTATECTOMIA SIN CC	1,3843	508.265	596.797	8	282.689
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	1,9388	711.858	835.852	4	418.886
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	1,6371	601.084	705.783	2	374.787
310	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	1,6657	611.585	718.113	32	358.439
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	1,1606	426.131	500.356	112	343.166
312	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC	1,5858	582.249	683.667	2	418.886
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	1,0149	372.635	437.542	13	386.664

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
314	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18	0,8249	302.874	355.629	1	418.886
315	OTROS PROCED. QUIR. SOBRE RIÑON Y TRACTO URINARIO	3,2206	1.182.488	1.388.459	76	285.716
316	INSUFICIENCIA RENAL	2,7739	1.018.476	1.195.878	49	418.886
318	NEOPLASIAS DE RIÑON Y TRACTO URINARIO CON CC	1,1787	432.776	508.159	8	418.886
319	NEOPLASIAS DE RIÑON Y TRACTO URINARIO SIN CC	0,8298	304.673	357.742	6	418.886
320	INFECC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	0,9588	352.037	413.356	37	396.244
321	INFECC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	0,6814	250.186	293.764	56	419.173
322	INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	0,8551	313.962	368.649	11	418.886
323	CALC.URIN.CON CC,Y/O LITOTRI..EXTRAC. ONDA CHOQUE	0,5871	215.562	253.109	23	266.907
324	CALCULOS URINARIOS SIN CC	0,5461	200.508	235.434	19	415.341
325	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URIN.EDAD>17 CON CC	0,9877	362.648	425.815	7	418.886
326	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URIN.EDAD>17 SIN CC	0,6995	256.831	301.567	6	349.072
329	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC	0,6958	255.473	299.972	2	418.886
330	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18	0,6803	249.782	293.290	4	418.886
331	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	2,2021	808.532	949.365	16	402.245
332	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	1,5331	562.899	660.947	19	412.630
333	OTROS DIAG. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	1,1082	406.891	477.765	3	418.886
334	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	1,9971	733.263	860.986	11	387.250
335	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	1,6734	614.412	721.433	42	413.281
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	1,8300	671.910	788.946	27	277.380
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	1,3237	486.015	570.671	135	278.643
338	PROCED. SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA	1,2765	468.685	550.322	6	424.678
339	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	0,7130	261.788	307.387	39	226.535
340	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	0,5009	183.912	215.947	16	180.839
341	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	0,8483	311.465	365.717	17	378.805
342	CIRCUNCISION EDAD>17	0,3210	117.860	138.389	24	45.208
343	CIRCUNCISION EDAD<18	0,4347	159.606	187.407	39	45.000
344	OTROS PQ AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	1,4462	530.993	623.483	3	398.225
345	OTROS PQ DE AP.GENITAL MASC. EXCEPTO PARA NEOPLASIA MALIGNA	1,1854	435.236	511.047	1	418.886
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., CON CC	1,2269	450.474	528.939	6	349.072
347	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., SIN CC	0,7852	288.297	338.514	4	418.886
348	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	0,8419	309.115	362.958	2	418.886
349	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	0,5570	204.510	240.133	2	418.886
350	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	0,5792	212.661	249.704	8	418.886
351	ESTERILIZACION, VARON	0,2961	108.717	127.654	13	418.886
352	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	0,3793	139.265	163.523	12	418.886

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSSALUD	COSTE MEDIO INSSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
353	EVISC.PELVICA,HISTERECT.RADICAL Y VULVECT.RADICAL	2,6943	989.250	1.161.561	26	583.642
354	PROC.UTERO,ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. CON CC	2,7409	1.006.360	1.181.651	3	411.782
355	PROC.UTERO,ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. SIN CC	1,8754	688.579	808.519	7	395.211
356	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	1,3403	492.110	577.827	44	435.011
357	PROC. UTERO Y ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	2,6357	967.734	1.136.298	6	412.877
358	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. CON CC	1,7669	648.742	761.742	22	365.350
359	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. SIN CC	1,2571	461.562	541.958	243	386.717
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX Y VULVA	0,5451	200.141	235.002	44	403.241
361	INTERRUP. TUBARICA POR LAPAROSCOPIA Y LAPAROTOMIA	0,4871	178.846	209.998	36	194.891
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	0,3590	131.812	154.771	9	87.505
363	DILAT.Y LEGRADO, CONIZ. Y RADIO-IMPLANTE NEOPLASIA MALIG.	0,7440	273.170	320.752	95	374.090
364	DILAT.Y LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	0,3382	124.175	145.804	71	208.214
365	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	1,8969	696.473	817.788	7	511.056
366	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., CON CC	1,4396	528.569	620.637	12	383.979
367	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., SIN CC	0,9415	345.685	405.898	12	422.141
368	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO	0,6083	223.346	262.249	8	366.525
369	TRAST. MENSTRUALES Y OTROS PROBL. AP.GEN.FEMENINO	0,3625	133.097	156.280	62	270.249
370	CESAREA CON CC	1,2834	471.218	553.297	6	429.385
371	CESAREA SIN CC	1,1760	431.785	506.995	88	431.355
372	PARTO CON CC	0,3890	142.827	167.705	78	203.500
373	PARTO SIN CC	0,3514	129.021	151.495	354	205.571
374	PARTO CON ESTERILIZACION Y/O DILATAION Y LEGRADO	0,8370	307.316	360.846	4	203.500
375	PARTO CON PQ EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACION	0,6827	250.663	294.324	2	203.500
376	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO SIN PQ	0,4228	155.237	182.277	3	418.886
377	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO CON PQ	0,5566	204.363	239.960	1	203.500
378	EMBARAZO ECTOPICO	0,7165	263.073	308.896	11	413.860
379	AMENAZA DE ABORTO	0,4661	171.135	200.944	14	388.966
380	ABORTO SIN DILATAION Y LEGRADO	0,2793	102.549	120.411	9	389.742
381	ABORTO CON DILAT.Y LEGRADO,ASPIRAC.O HISTEROTOMIA	0,3225	118.410	139.036	98	116.104
382	FALSO TRABAJO DE PARTO	0,2043	75.012	88.077	8	339.602
383	OTROS DIAG. ANTEPARTO CON COMPLICACIONES MEDICAS	0,4467	164.012	192.580	19	418.886
384	OTROS DIAG. ANTEPARTO SIN COMPLICACIONES MEDICAS	0,4319	158.578	186.200	12	370.247
392	ESPLENECTOMIA EDAD>17	1,9724	724.194	850.337	5	423.676
394	OTROS PQ HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	1,0367	380.639	446.940	31	415.940
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	0,8365	307.133	360.630	83	419.228
397	TRASTORNOS DE COAGULACION	0,9737	357.508	419.780	35	385.450

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
398	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS CON CC	1,1085	407.001	477.894	48	392.706
399	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS SIN CC	0,7265	266.745	313.207	13	410.145
400	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROCED. QUIRURGICO MAYOR	2,4037	882.552	1.036.278	18	443.835
401	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ CON CC	2,7409	1.006.360	1.181.651	2	517.223
402	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ SIN CC	1,9041	699.117	820.892	25	403.265
403	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	1,7758	652.010	765.579	20	387.999
404	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	1,1086	407.038	477.937	54	384.835
407	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON PQ MAYOR SIN CC	2,4261	890.777	1.045.935	3	423.918
408	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PQ	1,3520	496.406	582.872	82	358.485
409	RADIOTERAPIA	0,7627	280.036	328.814	66	358.027
410	QUIMIOTERAPIA	0,4367	160.341	188.269	672	418.850
413	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. CON CC	1,5591	572.445	672.156	4	418.886
414	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. SIN CC	1,0521	386.293	453.579	8	299.960
415	PQ POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2,1600	793.074	931.215	14	585.837
416	SEPTICEMIA EDAD>17	1,4874	546.120	641.245	39	411.991
417	SEPTICEMIA EDAD<18	1,0311	378.583	444.526	3	418.886
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS Y POSTRAUMATICAS	0,9058	332.577	390.507	16	385.603
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	1,1819	433.951	509.538	12	418.886
420	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	0,7580	278.310	326.787	11	418.886
421	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	0,7791	286.057	335.884	2	418.886
422	ENF. VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	0,5614	206.126	242.030	41	418.886
423	OTROS DIAG.DE ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA	1,1293	414.638	486.862	14	431.735
425	REACCION ADAPTAC.AGUDA Y TRAST.DISFUNC. PSICOSOC.	1,3434	493.248	579.164	12	418.886
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	1,1034	405.129	475.696	14	418.886
427	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	0,9424	346.015	406.286	1	418.886
428	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS	1,1745	431.234	506.348	2	418.886
429	ALTERACIONES ORGANICAS Y RETRASO MENTAL	1,2124	445.150	522.687	17	418.886
430	PSICOSIS	1,7687	649.403	762.518	19	396.839
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	0,5556	203.996	239.529	129	167.349
439	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	2,9319	1.076.488	1.263.995	1	418.886
442	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA CON CC	3,6314	1.333.319	1.565.562	2	597.373
443	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA SIN CC	1,8142	666.109	782.134	44	599.375
444	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULTIPLES EDAD>17 CON CC	1,3372	490.972	576.491	1	418.886
445	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULTIPLES EDAD>17 SIN CC	0,866	317.964	373.348	4	418.886
446	LESIONES DE LOCAL. NO ESPECIF. O MULTIPLE EDAD<18	0,4642	170.438	200.125	1	418.886

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
447	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	0,4397	161.442	189.563	1	418.886
449	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	0,9495	348.622	409.347	17	418.886
450	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	0,3749	137.650	161.626	11	418.886
451	ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	0,3249	119.292	140.070	6	418.886
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	1,5412	565.873	664.439	6	418.886
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	0,7907	290.317	340.885	12	374.509
455	OTROS DIAG. LESION, ENVENEN. Y EFECTO TOXICO SIN CC	0,4351	159.753	187.579	3	418.886
458	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON INJERTO DE PIEL	6,0511	2.221.746	2.608.738	1	418.886
460	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN PROCED. QUIRURGICO	1,4029	515.094	604.815	1	418.886
461	PQ CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVIC. SANITAR.	0,7866	288.811	339.117	13	380.418
462	REHABILITACION	2,3780	873.116	1.025.199	1	418.886
463	SIGNOS Y SINTOMAS CON CC	1,0192	374.214	439.395	22	418.886
464	SIGNOS Y SINTOMAS SIN CC	0,3803	139.632	163.954	172	388.096
466	CUIDADOS POST. SIN HIST. NEOPLASIA MALIGNA COMO DIAG. SEC.	0,4170	153.107	179.776	49	406.465
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	0,3514	129.021	151.495	194	175.242
468	PQ EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAG. PRINCIPAL	3,1194	1.145.331	1.344.829	51	683.644
470	NO AGRUPABLE	0,0000	0	0	32	444.250
471	PROC.MAYORES ARTICULAC. M.INFERIOR, BILAT.O MULTIPLE	7,9869	2.932.502	3.443.296	3	1.648.032
477	PQ NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	1,7785	653.001	766.743	17	401.408
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	2,8003	1.028.169	1.207.260	50	820.356
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	2,0139	739.432	868.229	42	916.873
481	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA	14,7113	5.401.460	6.342.306	20	1.838.683
482	TRAQUEOSTOMIA CON TRAST. BOCA, LARINGE O FARINGE	3,7049	1.360.306	1.597.249	6	302.319
483	TRAQUEOSTOMIA, EXCEPTO TRAST.BOCA, LARINGE O FARINGE	22,7052	8.336.532	9.788.620	14	1.012.819
491	PROC.MAYORES REIMPL.ARTICULAC. Y M.EXTR. SUPERIOR	3,2653	1.198.901	1.407.730	4	752.119
530	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	6,4359	2.363.031	2.774.632	20	1.390.829
531	PROC. S.NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	5,5831	2.049.913	2.406.975	9	530.837
532	AIT, OCLUS.PRECER., CONVUL. Y CEFALEA CON CC MAYOR	1,5060	552.949	649.264	16	418.886
533	OTROS S.NERVIOSO EXCEPTO AIT, CONVUL. Y CEF. CON CC MAYOR	2,3502	862.909	1.013.214	53	406.892
534	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	1,5756	578.504	679.270	6	244.045
535	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR	2,1072	773.688	908.452	7	716.974
536	PROC.ORL Y BUCALES EXCEPTO PROC.MAYOR CABEZA Y CUELLO	2,1594	792.854	930.956	8	94.145
537	TRAST. BUCALES Y ORL CON CC MAYOR	1,3782	506.025	594.167	7	422.402
538	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	7,2562	2.664.215	3.128.278	19	871.606
539	PROC. RESP.EXCEPTO PROC.TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	4,2808	1.571.756	1.845.530	7	707.641

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
540	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. CON CC MAYOR	1,6938	621.902	730.228	9	543.640
541	TRAST.RESP.EXCEPTO INFECC., BRONQ., ASMA CON CC MAYOR	2,0404	749.161	879.653	167	435.800
542	BRONQUITIS Y ASMA CON CC MAYOR	1,4807	543.660	638.356	8	422.163
543	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM,ENDOC.,ICC Y ARRIT. CON CC MAYOR	1,7989	660.491	775.538	40	425.584
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	1,8945	695.592	816.753	54	411.634
545	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	9,9240	3.643.736	4.278.415	57	2.425.377
546	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	5,0197	1.843.053	2.164.083	56	1.429.989
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	7,4464	2.734.050	3.210.277	7	1.366.113
548	IMPLANTAC. O REVISIÓN DE MARCAPASOS CON CC MAYOR	5,7545	2.112.845	2.480.869	9	1.617.025
549	PROCED. CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	6,2255	2.285.779	2.683.925	20	1.175.480
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	3,2170	1.181.167	1.386.907	21	953.519
551	ESOFAG.,GASTROENT.Y ULCERA NO COMPLIC. CON CC MAYOR	1,5523	569.949	669.224	18	438.157
552	TRAST. DIG.EXCEPTO ESOF.,GASTRO.Y ULC N COMP.CON CC MAYORES	1,7519	643.235	755.276	61	414.936
553	PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA Y PROC.MAYOR ESTOMAGO	2,9305	1.075.974	1.263.391	9	561.300
554	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	1,8235	669.524	786.144	3	285.602
555	PROC. PANCREAS, HIGADO Y OTROS VIA BILIAR EXCEPTO TRASPL. HEPATICO CON CC MAYOR	5,4778	2.011.251	2.361.578	5	432.953
556	COLECISTECT. Y OTROS PROC. HEPATOBIL. CON CC MAYOR	2,6386	968.799	1.137.548	15	337.381
557	TRAST. HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	1,7071	626.786	735.962	94	396.539
558	PROC.MUSC.ESQ.MAYOR EXCEPTO ARTIC.MAYOR BILAT. O MULTIPLE CON CC MAYOR	5,2017	1.909.877	2.242.547	25	941.839
559	PROC. MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	3,6972	1.357.479	1.593.929	15	379.700
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXCEPTO OSTEOMIEL.,ART. SEPTICA Y TRAST. TEJ.CONEC. CON CC MAYOR	1,7372	637.837	748.938	10	424.715
561	OSTEOM.,ARTRITIS SEP.Y TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	2,5774	946.328	1.111.164	4	418.886
562	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR	2,8932	1.062.279	1.247.311	3	418.886
563	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	1,5813	580.596	681.727	3	418.886
564	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR	3,3857	1.243.107	1.459.636	4	232.134
565	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. Y METAB.	5,4949	2.017.529	2.368.950	3	512.712
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. Y METAB. EXCEPTO TRAST. DE INGESTA CON CC MAYOR	1,7046	625.868	734.884	15	418.886
567	PROC.RIÑON Y TRACTO URIN. EXCEPTO TRASPL. RENAL CON CC MAYOR	4,9714	1.825.319	2.143.260	20	610.181
568	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	4,0894	1.501.480	1.763.014	7	418.886
569	TRAST. RIÑON Y TRACTO URIN. EXCEPTO INSUFIC.RENAL CON CC MAYOR	1,9211	705.359	828.221	25	390.572
570	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	1,1464	420.917	494.234	3	279.257

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
571	PROC. APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	2,3398	859.090	1.008.730	12	324.086
572	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	1,1661	428.150	502.727	1	418.886
573	PROC.NO RADICALES APAR. GENITAL FEM. CON CC MAYOR	2,4345	893.861	1.049.557	10	395.438
574	TRAST. SANGRE, ORG.HEMOPOY. E INMUNOL. CON CC MAYOR	1,4500	532.388	625.121	22	380.805
575	PROC. SANGRE, ORG. HEMOPOY. E INMUNOL. CON CC MAYOR	2,3186	851.306	999.590	4	424.874
576	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	7,4611	2.739.447	3.216.615	13	344.480
577	TRAST. MIELOPROLIF. Y NEO. MAL DIFERENC. CON CC MAYOR	1,4597	535.949	629.303	52	607.563
578	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	2,3208	852.114	1.000.539	11	418.886
579	PROC.LINFOMA,LEUCEMIA Y TRAST.MIELOPROLIF. CON CC MAYOR	6,0554	2.223.325	2.610.592	5	521.380
580	INFECC.Y PARASITOSIS SIST.EXCEPTO SEPTIC. CON CC MAYOR	1,9994	734.108	861.977	6	418.886
582	LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	1,5940	585.259	687.202	7	515.548
583	PROC. PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	3,4635	1.271.673	1.493.177	2	339.296
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	2,0691	759.699	892.026	10	418.886
585	PROC. MAYOR ESTOMAGO, ESOFAGO, DUODENO, I. DELGADO Y GRUESO CON CC MAYOR	4,3365	1.592.207	1.869.543	39	738.213
607	NEONATO, PESO 1000-1499 G, SIN PQ SIGN.,ALTA VIDA	10,8786	3.994.230	4.689.960	2	418.886
617	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON MULTIPLES PROB. MAYORES	3,8376	1.409.029	1.654.458	1	418.886
618	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON PROB. MAYORES	2,2813	837.611	983.509	2	418.886
620	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON DCO NEONATO NORMAL	1,1682	428.921	503.632	3	418.886
623	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PQ SIGNIF. SIN MULTIPLES PROB. MAYORES	2,0990	770.677	904.917	1	418.886
624	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCED. ABDOMINALES MENORES	1,3272	487.300	572.180	1	150.000
626	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON MULTIPLES PROB. MAYORES	2,9152	1.070.356	1.256.795	3	418.886
627	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON PROB. MAYORES	1,4582	535.399	628.656	37	407.565
628	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON PROB. MENORES	1,0505	385.706	452.889	14	418.886
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON DCO NEONATO NORMAL	0,5433	199.480	234.226	44	409.366
630	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON MULTIPLES OTROS PROBLEMAS	0,5717	209.908	246.470	4	418.886
637	NEONATO, EXITUS PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO	0,5136	188.575	221.422	1	418.886
639	NEONATO, TRASLADADO <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	0,1880	69.027	81.050	1	418.886
650	CESAREA DE ALTO RIESGO CON CC	1,6129	592.199	695.350	1	429.385
651	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	1,4277	524.200	615.507	2	429.385
652	PARTO VAGINAL ALTO RIESGO CON ESTERILIZ. Y/O D+L	1,0211	374.911	440.215	1	203.500
702	VIH CON ENF. SNC RELACIONADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	1,4143	519.280	609.730	1	757.204
705	VIH CON NEOPLASIA MALIGNA RELACIONADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	1,8605	683.109	802.095	34	578.227

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
707	INFECCION RELACIONADA CON VIH, CON USO OPIACEOS, EDAD>12	1,4935	548.359	643.875	20	627.268
708	INFECCION RELACIONADA CON VIH, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	1,4288	524.604	615.981	125	620.396
710	VIH CON OTRA CONDICION RELACIONADA, CON USO OPIACEOS, EDAD>12	0,7375	270.783	317.950	1	418.886
711	VIH CON OTRA CONDICION RELACIONADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	0,9680	355.415	417.322	20	418.886
713	VIH SIN CONDICION RELACIONADA ESPECIFICADA, CON USO OPIACEOS, EDAD>12	1,3583	498.719	585.588	1	757.204
714	VIH SIN CONDICION RELACIONADA ESPECIFICADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	1,1899	436.888	512.987	17	659.367
731	PROC.COLUMNNA,CADERA,FEMUR O MIEMB.TRAUMA MULTIPLES SIGNIFICATIVO	6,7106	2.463.891	2.893.060	1	921.762
732	ÓTROS PQ PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	4,1768	1.533.571	1.800.694	1	547.924
733	DIAG.TRAUMA MULTIPLES SIGNIF. CABEZA,TORAX Y M.INF.	2,5455	934.616	1.097.411	3	567.602
739	CRANEOTOMIA EDAD<18 SIN CC	2,8133	1.032.942	1.212.864	5	827.318
740	FIBROSIS QUISTICA	1,5711	576.851	677.329	1	418.886
744	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	1,0769	395.399	464.271	1	418.886
749	ABUSO O DEPEND. DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	0,4733	173.779	204.048	1	418.886
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	1,4671	538.666	632.493	3	418.886
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	0,7623	279.889	328.641	8	418.886
753	REHABILITACION PARA TRAST. COMPULSIVO NUTRICIONAL	2,9451	1.081.335	1.269.686	2	418.886
755	FUSION VERTEBRAL CON CC	3,3195	1.218.801	1.431.096	2	1.495.277
756	FUSION VERTEBRAL SIN CC	2,3338	856.887	1.006.143	11	1.367.623
757	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL CON CC	2,7398	1.005.956	1.181.177	11	743.542
758	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL SIN CC	1,7173	630.531	740.359	133	721.219
761	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 HORA	1,7655	648.228	761.139	6	712.779
762	CONMOCION,LESION INTRACR. COMA<1HORA O SIN COMA EDAD<18	0,2988	109.709	128.818	25	421.233
763	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 HORA, EDAD < 18	0,4335	159.166	186.890	1	418.886
764	CONM., LES.INTRACR. COMA<1HORA O SIN COMA EDAD>17 CON CC	0,8980	329.713	387.144	5	418.886
765	CONM., LES.INTRACR. COMA<1HORA O SIN COMA EDAD>17 SIN CC	0,4102	150.611	176.845	12	418.886
766	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA<1HORA, EDAD>17 CON CC	2,5197	925.143	1.086.288	5	418.886
767	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA<1HORA, EDAD>17 SIN CC	0,9103	334.229	392.447	17	418.886
769	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD<18 SIN CC	0,6042	221.840	260.481	23	504.103
771	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. EDAD<18 SIN CC	0,8788	322.664	378.866	2	418.886
773	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	0,8044	295.347	346.791	24	401.432
774	BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 CON CC	1,1795	433.070	508.504	4	418.886
775	BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 SIN CC	0,6770	248.570	291.867	57	404.188
776	ESOF., GASTROENT.Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD<18 CON CC	0,6774	248.717	292.039	11	394.680
777	ESOF., GASTROENT.Y TRAST.DIG. MISCEL.	0,5091	186.923	219.482	183	410.564

GRD AP 10	DESCRIPCION	PR. INS.10	COSTE MEDIO INSALUD	COSTE MEDIO INSALUD GRUPO 4	CASOS	FACTURA MEDIA FJD
	EDAD<18 SIN CC					
779	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	0,4077	149.693	175.767	1	418.886
780	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD<18 CON CC	3,3373	1.225.336	1.438.770	6	418.886
781	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD<18 SIN CC	1,4902	547.148	642.452	30	363.035
782	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD>17 CON CC	2,5004	918.057	1.077.967	15	371.309
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD>17 SIN CC	2,0843	765.280	898.579	14	425.726
785	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD<18	0,6432	236.160	277.295	6	418.886
786	PROC. MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	4,6532	1.708.488	2.006.078	35	495.100
788	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPL. BILIAR	0,7555	277.392	325.710	104	293.754
789	REIMPL. MAYOR ARTIC.Y M.EXTR.INFERIOR CON INFECC.	4,0070	1.471.226	1.727.490	5	1.335.747
791	DESBRID. HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	1,6409	602.479	707.422	1	418.886
793	PROC. POR TRAUMA MULTIPLES SIGNIF. EXCEPTO CRANEOTOMIA	8,5968	3.156.435	3.706.235	2	481.696
			500.324	587.473	20364	469.769

Apéndice IV

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA	111	3,6681	1.723.146	1.219.321	503.825	41,3
2	CRANEOTOMIA POR TRAUMA EDAD>17	9	2,6694	1.254.013	1.561.258	-307.245	-19,7
4	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	9	2,8248	1.326.990	829.126	497.864	60,0
5	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES	26	2,0030	940.928	733.761	207.167	28,2
6	LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	21	0,3293	154.682	88.446	66.235	74,9
7	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ CON CC	2	1,6325	766.903	418.886	348.017	83,1
8	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ SIN CC	16	1,3233	621.647	640.674	-19.027	-3,0
9	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	1	0,5744	269.850	418.886	-149.036	-35,6
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	19	1,3522	635.241	374.793	260.448	69,5
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	35	1,1062	519.672	413.937	105.735	25,5
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	85	0,4992	234.503	372.527	-138.024	-37,1
13	ESCLEROSIS MULTIPLE Y ATAXIA CEREBELOSA	65	0,2074	97.420	231.998	-134.578	-58,0
14	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT	258	1,0797	507.223	419.038	88.185	21,0
15	ACC. ISQUEMICO TRANSITORIO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES	101	0,5801	272.497	406.444	-133.947	-33,0
16	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	3	1,8174	853.755	418.886	434.869	103,8
17	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	5	1,0609	498.392	418.886	79.506	19,0
18	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS CON CC	6	1,0012	470.311	612.100	-141.789	-23,2
19	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS SIN CC	11	0,9994	469.472	418.886	50.586	12,1
20	INFECC. SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	25	3,1894	1.498.272	418.886	1.079.386	257,7
21	MENINGITIS VIRICA	9	0,5058	237.627	418.886	-181.259	-43,3
22	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	6	0,8574	402.757	418.886	-16.129	-3,9
23	ESTUPOR Y COMA NO TRAUMATICOS	1	0,0599	28.146	418.886	-390.740	-93,3
24	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 CON CC	11	0,7648	359.294	418.886	-59.592	-14,2
25	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 SIN CC	96	0,6385	299.926	456.691	-156.765	-34,3
34	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	15	0,8379	393.628	317.522	76.106	24,0
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	673	0,2251	105.756	181.129	-75.373	-41,6
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	123	0,8786	412.753	495.161	-82.408	-16,6
37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	13	1,0877	510.953	468.075	42.877	9,2
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	5	0,7135	335.193	478.806	-143.613	-30,0
39	PROC. SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	720	0,3319	155.930	198.276	-42.347	-21,4
40	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	147	0,3874	181.966	286.035	-104.069	-36,4
41	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	40	0,3563	167.402	221.331	-53.929	-24,4
42	PROC. INTRAOCUL. EXCEPTO RETINA, IRIS Y CRISTALINO	252	0,4271	200.645	315.130	-114.485	-36,3
44	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO	14	0,5815	273.185	428.134	-154.949	-36,2
45	TRASTORNOS NEUROLÓGICOS DEL OJO	14	0,5229	245.632	338.512	-92.880	-27,4
46	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	2	2,7800	1.305.950	418.886	887.064	211,8
47	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	21	0,4460	209.526	315.778	-106.252	-33,6

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
48	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	72	0,0980	46.030	130.100	-84.070	-64,6
49	PROC. MAYORES CABEZA Y CUELLO EXCEPTO NEOPL. MALIGNA	1	0,3488	163.846	418.886	-255.040	-60,9
50	SIALOADENECTOMIA	9	0,5033	236.443	159.493	76.950	48,2
51	PROC. GLANDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMIA	3	0,0480	22.564	418.886	-396.322	-94,6
52	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL Y PALADAR	5	0,4553	213.883	418.886	-205.003	-48,9
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD>17	82	0,4287	201.385	308.314	-106.929	-34,7
54	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD<18	4	0,4108	192.980	366.056	-173.075	-47,3
55	PROC. MISCELANEOS EN OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	183	0,1964	92.252	219.701	-127.449	-58,0
56	RINOPLASTIA	60	0,2410	113.227	183.260	-70.033	-38,2
57	PROC. AMIG.Y ADEN. EXCEPTO AMIGDALEC. Y/O ADENOIDEC.,EDAD>17	9	0,2690	126.370	346.911	-220.541	-63,6
58	PROC. AMIG.Y ADEN. EXCEPTO AMIGDALEC. Y/O ADENOIDEC.,EDAD<18	57	0,2046	96.115	112.809	-16.694	-14,8
59	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	6	0,1844	86.615	77.235	9.380	12,1
60	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	94	0,2189	102.826	81.739	21.087	25,8
61	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	10	0,1048	49.246	134.172	-84.926	-63,3
62	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	2	0,0754	35.440	94.041	-58.601	-62,3
63	OTROS PQ SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	12	0,3926	184.427	434.890	-250.463	-57,6
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	37	0,6889	323.634	357.808	-34.174	-9,6
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	36	0,6261	294.144	411.490	-117.346	-28,5
66	EPISTAXIS	11	0,4968	233.397	418.886	-185.489	-44,3
67	EPIGLOTITIS	1	1,5352	721.185	418.886	302.299	72,2
68	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD>17 CON CC	2	0,5465	256.746	418.886	-162.140	-38,7
69	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD>17 SIN CC	15	0,4389	206.182	376.567	-170.385	-45,2
70	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD<18	88	0,4842	227.465	414.126	-186.661	-45,1
71	LARINGOTRAQUEITIS	5	0,5896	276.987	418.886	-141.899	-33,9
72	TRAUMATISMO Y DEFORMIDAD NASAL	1	0,1495	70.233	418.886	-348.653	-83,2
73	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD>17	27	0,2216	104.116	292.310	-188.195	-64,4
74	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD<18	8	0,2486	116.795	383.345	-266.550	-69,5
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	123	1,8849	885.457	818.209	67.248	8,2
76	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	35	1,5781	741.354	520.722	220.632	42,4
77	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	63	1,0600	497.975	516.215	-18.240	-3,5
78	EMBOLISMO PULMONAR	55	1,1035	518.407	416.724	101.682	24,4
79	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 CON CC	28	1,0144	476.516	419.860	56.656	13,5
80	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 SIN CC	45	1,1042	518.728	467.848	50.880	10,9
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	155	1,0801	507.398	410.404	96.994	23,6
83	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	2	0,4153	195.112	418.886	-223.774	-53,4
84	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	3	0,4132	194.100	418.886	-224.786	-53,7
85	DERRAME PLEURAL CON CC	21	1,2144	570.501	582.660	-12.159	-2,1
86	DERRAME PLEURAL SIN CC	14	1,0744	504.721	512.169	-7.448	-1,5
87	EDEMA PULMONAR E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	43	0,7962	374.050	409.144	-35.095	-8,6
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA	358	0,6846	321.583	406.655	-85.072	-20,9

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
	CRONICA						
89	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	157	0,8530	400.710	424.136	-23.426	-5,5
90	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	80	0,7283	342.110	413.650	-71.539	-17,3
92	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	5	0,9739	457.491	432.339	25.152	5,8
93	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	13	1,0636	499.637	418.886	80.751	19,3
94	NEUMOTORAX CON CC	6	0,7816	367.176	646.503	-279.327	-43,2
95	NEUMOTORAX SIN CC	18	0,3781	177.634	583.640	-406.006	-69,6
96	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 CON CC	13	0,5190	243.807	418.886	-175.079	-41,8
97	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 SIN CC	78	0,4706	221.080	410.748	-189.668	-46,2
99	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	42	1,0830	508.757	409.956	98.801	24,1
100	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	40	0,7901	371.181	387.470	-16.289	-4,2
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	78	0,6817	320.264	419.585	-99.321	-23,7
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	83	0,6132	288.046	419.243	-131.197	-31,3
104	PROC. VALVULAS CARDIACAS CON CATETERISMO CARDIACO	89	7,0714	3.321.932	2.838.995	482.937	17,0
105	PROC. VALVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO CARDIACO	154	4,9226	2.312.490	2.241.979	70.511	3,1
106	BYPASS CORONARIO CON CATETERISMO CARDIACO	147	3,5185	1.652.869	1.424.134	228.735	16,1
107	BYPASS CORONARIO SIN CATETERISMO CARDIACO	133	3,1688	1.488.627	1.423.332	65.295	4,6
108	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	16	2,9200	1.371.715	1.196.635	175.081	14,6
110	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	31	4,6131	2.167.108	1.137.796	1.029.312	90,5
111	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	17	2,5298	1.188.430	954.336	234.095	24,5
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS	356	1,6519	776.015	1.400.146	-624.131	-44,6
113	AMPUTACION POR TRAST. CIRCUL. EXCEPTO M.SUP Y DEDOS PIE	25	2,6722	1.255.296	830.340	424.956	51,2
114	AMPUTACION M.SUP Y DEDOS PIE POR TRAST. CIRCULATORIOS	10	1,7518	822.931	922.248	-99.317	-10,8
115	IMPL.MARCAPASOS PERM. CON IAM,FALLO CARD. O SHOCK	5	3,3158	1.557.647	1.345.669	211.978	15,8
116	IMPL.MARCAPASOS PERM. SIN IAM,FALLO CARD. O SHOCK	80	3,6419	1.710.855	1.545.636	165.219	10,7
117	REVISION MARCAPASOS EXCEPTO SUSTITUCION DE GENERADOR	9	2,2815	1.071.784	791.144	280.640	35,5
118	REVISION MARCAPASOS POR SUSTITUCION DE GENERADOR	21	2,3998	1.127.329	1.036.593	90.735	8,8
119	LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS	148	0,4624	217.235	185.240	31.995	17,3
120	OTROS PROCED. QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	20	1,4217	667.848	359.776	308.072	85,6
121	TRAST. CON IAM Y COMPL. CARDIOVASC. ALTA CON VIDA	29	1,2453	584.992	753.644	-168.652	-22,4
122	TRAST. CON IAM SIN COMPL. CARDIOVASC. ALTA CON VIDA	60	1,3023	611.759	815.613	-203.854	-25,0
123	TRASTORNOS CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	16	0,9259	434.981	780.519	-345.538	-44,3
124	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM,CON CATETER. Y DIAG. COMPLEJO	156	1,2154	570.957	434.191	136.766	31,5
125	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM, CON CATETER.SIN DIAG.COMPLEJO	252	0,7570	355.609	416.941	-61.332	-14,7
126	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	9	1,4554	683.681	418.886	264.795	63,2
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	454	0,8067	378.948	409.976	-31.029	-7,6
128	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS	22	0,8069	379.064	418.886	-39.822	-9,5

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	44	0,7728	363.053	409.366	-46.313	-11,3
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	54	0,8365	392.947	401.401	-8.453	-2,1
132	ATEROSCLEROSIS CON CC	22	0,8772	412.096	399.846	12.250	3,1
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC	10	0,4829	226.873	418.886	-192.013	-45,8
134	HIPERTENSION	7	0,8375	393.439	359.045	34.394	9,6
135	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES EDAD>17 CON CC	21	0,9722	456.696	405.739	50.957	12,6
136	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES EDAD>17 SIN CC	13	0,8059	378.592	470.296	-91.704	-19,5
138	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION CON CC	48	0,9507	446.615	505.465	-58.850	-11,6
139	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION SIN CC	88	0,8315	390.630	513.978	-123.349	-24,0
140	ANGINA DE PECHO	43	0,8021	376.812	418.886	-42.074	-10,0
141	SINCOPE Y COLAPSO CON CC	41	1,1168	524.632	454.563	70.070	15,4
142	SINCOPE Y COLAPSO SIN CC	76	0,4991	234.444	404.398	-169.954	-42,0
143	DOLOR TORACICO	110	0,7238	340.041	413.197	-73.156	-17,7
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	51	1,0026	470.986	431.070	39.916	9,3
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	35	0,8057	378.511	436.042	-57.531	-13,2
146	RESECCION RECTAL CON CC	12	1,8473	867.786	914.415	-46.629	-5,1
147	RESECCION RECTAL SIN CC	10	1,8952	890.322	989.719	-99.397	-10,0
148	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	52	2,3870	1.121.337	839.746	281.591	33,5
149	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC	54	1,6772	787.911	848.643	-60.732	-7,2
150	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	4	1,4729	691.916	373.420	318.497	85,3
151	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	3	0,9113	428.081	461.899	-33.818	-7,3
152	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	7	1,4708	690.923	401.549	289.374	72,1
153	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC	9	1,1720	550.591	397.825	152.766	38,4
154	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 CON CC	34	2,7558	1.294.580	655.804	638.775	97,4
155	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 SIN CC	43	1,7869	839.418	639.563	199.855	31,2
156	PROC. SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD<18	2	1,0706	502.927	418.886	84.041	20,1
157	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA CON CC	12	1,0290	483.410	202.891	280.518	138,3
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA SIN CC	129	0,3846	180.670	188.086	-7.417	-3,9
159	PROC. HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC	14	0,9289	436.375	387.338	49.037	12,7
160	PROC. HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	73	0,6211	291.771	396.672	-104.901	-26,4
161	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC	44	0,5724	268.907	181.472	87.435	48,2
162	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	259	0,4781	224.615	171.353	53.262	31,1
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	24	0,3210	150.805	183.487	-32.682	-17,8
164	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. CON CC	12	1,0192	478.776	204.569	274.207	134,0
165	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. SIN CC	12	0,8204	385.398	218.254	167.144	76,6
166	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. CON CC	8	0,8123	381.614	261.832	119.782	45,7
167	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. SIN CC	112	0,5128	240.919	224.141	16.778	7,5

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	21	0,1856	87.212	418.886	-331.674	-79,2
170	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	14	1,3149	617.705	536.256	81.449	15,2
171	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	10	0,9272	435.584	524.676	-89.092	-17,0
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	57	0,7177	337.160	443.448	-106.288	-24,0
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	23	0,9450	443.941	464.874	-20.933	-4,5
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	79	0,7180	337.292	418.886	-81.594	-19,5
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	161	0,5760	270.583	416.284	-145.702	-35,0
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	4	0,7347	345.127	418.886	-73.759	-17,6
177	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC	3	1,1146	523.616	418.886	104.730	25,0
178	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	10	0,5358	251.697	419.386	-167.689	-40,0
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	20	1,1706	549.931	418.886	131.045	31,3
180	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	28	0,7194	337.968	389.902	-51.934	-13,3
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	41	0,6188	290.683	419.963	-129.280	-30,8
182	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 CON CC	55	0,7529	353.712	430.127	-76.415	-17,8
183	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 SIN CC	120	0,5162	242.516	421.527	-179.011	-42,5
185	TRAST.DENT.Y BUCALES EXCEPTO EXTRACC.Y REPOSIC. EDAD>17	5	0,7607	357.370	418.886	-61.516	-14,7
186	TRAST.DENT.Y BUCALES EXCEPTO EXTRACC.Y REPOSIC. EDAD<18	11	0,2119	99.529	418.886	-319.357	-76,2
187	EXTRACCIONES Y REPOSICIONES DENTALES	7	0,1705	80.112	419.600	-339.488	-80,9
188	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	55	0,6189	290.752	399.738	-108.986	-27,3
189	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	174	0,1533	72.017	169.436	-97.419	-57,5
191	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION CON CC	22	2,8498	1.338.757	616.571	722.186	117,1
192	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION SIN CC	13	1,5786	741.597	646.530	95.067	14,7
193	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB CON CC	35	1,7193	807.654	356.587	451.067	126,5
194	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	5	1,8467	867.541	386.509	481.033	124,5
195	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	2	1,1719	550.501	311.976	238.525	76,5
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	27	1,2137	570.161	321.083	249.078	77,6
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	74	0,8913	418.712	309.263	109.449	35,4
199	PROC. DIAG. HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	4	0,8005	376.068	483.405	-107.337	-22,2
201	OTROS PQ HEPATOBILJARES O DE PANCREAS	3	2,3369	1.097.820	786.395	311.425	39,6
202	CIRROSIS Y HEPATITIS ALCOHOLICA	48	0,9646	453.131	364.970	88.161	24,2
203	NEOPLASIA MALIG. SISTEMA HEPATOBILIAR O PANCREAS	116	0,8958	420.805	373.850	46.955	12,6
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	74	1,0175	478.004	407.919	70.084	17,2
205	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG.,CIRROSIS,HEP.ALC. CON CC	75	1,1951	561.443	393.292	168.151	42,8
206	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG.,CIRROSIS,HEP.ALC. SIN CC	302	0,1387	65.180	173.785	-108.605	-62,5
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	44	0,9337	438.638	432.051	6.588	1,5
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	57	0,8009	376.252	412.944	-36.692	-8,9
209	REIMPL. MAYOR ARTICULACION Y M.EXTR.INF.SININFE.	154	2,2688	1.065.815	1.188.483	-122.668	-10,3
210	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 CON CC	33	2,6202	1.230.902	810.116	420.786	51,9
211	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL.	99	1,9003	892.692	800.341	92.351	11,5

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
	MAYOR EDAD>17 SIN CC						
212	PROC. CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD<18	1	0,8934	419.675	548.545	-128.870	-23,5
213	AMPUTACION TRAST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	1	1,8835	884.824	936.660	-51.836	-5,5
216	BIOPSIAS SISTEMA MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	6	1,5809	742.644	627.621	115.023	18,3
217	DESBRID. HER. E INJ. PIEL, EXCEPTO HERIDA ABIERTA, POR TRAST. MUSC-ESQ Y TEJIDO CONECTIVO EXCEPTO MANO	15	2,9105	1.367.245	728.050	639.195	87,8
218	PROC.EXT.INF.Y HUM.EXCEPTO CADERA, PIE, FEMUR EDAD>17 CON CC	8	1,7630	828.204	570.481	257.723	45,2
219	PROC.EXT.INF.Y HUM.EXCEPTO CADERA, PIE, FEMUR EDAD>17 SIN CC	106	1,0327	485.109	519.238	-34.129	-6,6
220	PROC. EXTR.INF.Y HUMERO EXCEPTO CADERA, PIE, FEMUR EDAD<18	4	1,3582	638.021	477.855	160.166	33,5
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	64	0,6934	325.745	433.714	-107.968	-24,9
223	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO,U OTROS EXTR.SUP CON CC	11	0,7390	347.152	458.132	-110.980	-24,2
224	PROC.HOMBRO,CODO O ANTEB.,EXCEPTO MAYOR DE ART. CON CC	51	0,6269	294.508	439.814	-145.306	-33,0
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	112	0,4575	214.941	214.936	5	0,0
226	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC	2	1,3637	640.635	418.886	221.749	52,9
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	46	0,5225	245.458	433.510	-188.052	-43,4
228	PROC.MAYOR PULGAR O ARTIC.U OTROS MANO O MUN.CON CC	8	0,6641	311.996	337.806	-25.810	-7,6
229	PROC. MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES ARTIC. SIN CC	87	0,3673	172.528	257.242	-84.714	-32,9
230	ESCISION LOCAL Y ELIM.DISP.FIJAC.INTER.CADERA YFEMUR	16	0,9310	437.336	344.545	92.791	26,9
231	ESCISION LOCAL Y ELIM.DISP.FIJAC.INTER.EXCEPTO CAD.YFEMUR	120	0,3718	174.667	294.762	-120.095	-40,7
232	ARTROSCOPIA	46	0,5548	260.618	253.066	7.552	3,0
233	OTROS PQ S.MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO CON CC	5	1,6176	759.899	429.337	330.562	77,0
234	OTROS PQ S.MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO SIN CC	35	0,9516	447.021	461.488	-14.467	-3,1
235	FRACTURAS DE FEMUR	6	0,7285	342.216	368.865	-26.650	-7,2
236	FRACTURAS DE CADERA Y PELVIS	15	0,7947	373.348	424.257	-50.910	-12,0
238	OSTEOMIELITIS	3	0,7884	370.362	418.886	-48.524	-11,6
239	FRACTURAS PATOL.Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQ.Y T.CONEC.	31	1,3645	641.001	413.283	227.718	55,1
240	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO CON CC	8	1,3557	636.851	418.886	217.965	52,0
241	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO SIN CC	40	0,9792	460.016	416.045	43.971	10,6
242	ARTRITIS SEPTICA	3	0,4847	227.702	139.629	88.073	63,1
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	56	0,7235	339.893	461.802	-121.909	-26,4
244	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	4	0,8003	375.956	418.886	-42.930	-10,2
245	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	19	0,8574	402.768	396.839	5.929	1,5
246	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS	4	0,6600	310.048	418.886	-108.838	-26,0
247	SIGNOS Y SINTOMAS SIST. MUSCULOESQ. Y T.CONECTIVO	12	0,5777	271.371	418.886	-147.515	-35,2
248	TENDINITIS, MIOSITIS Y BURSITIS	12	0,4009	188.310	365.040	-176.729	-48,4
249	CUIDADOS POSTERIORES, S.MUSCULOESQ. Y T.CONECTIVO	6	0,2329	109.395	360.657	-251.263	-69,7
250	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE	1	0,8614	404.643	418.886	-14.243	-3,4

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
	EDAD>17 CON CC						
251	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC	5	0,4686	220.125	388.874	-168.748	-43,4
252	FRACT.,ESGUINCE,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE EDAD<18	3	0,1691	79.426	318.845	-239.419	-75,1
253	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXCEPTO PIE EDAD>17 CON CC	3	0,3887	182.588	318.845	-136.257	-42,7
254	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXCEPTO PIE EDAD>17 SIN CC	31	0,4491	210.951	361.419	-150.468	-41,6
255	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIERNA EXCEPTO PIE EDAD<18	4	0,5717	268.555	268.824	-269	-0,1
256	OTROS DIAG. SIST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	14	0,7442	349.603	386.419	-36.815	-9,5
257	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	7	1,0016	470.524	432.438	38.086	8,8
258	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	16	1,0330	485.261	432.438	52.823	12,2
259	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	18	0,8788	412.818	432.438	-19.620	-4,5
260	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	60	0,8769	411.924	437.580	-25.656	-5,9
261	PROC.MAMA PROCESO NO MALIG.EXCEPTO BIOPSIA Y ESCISION LOCAL	44	0,8349	392.203	449.815	-57.613	-12,8
262	BIOPSIA MAMA Y ESCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	99	0,4252	199.768	259.108	-59.340	-22,9
263	INJ.PIEL Y/O DESBRID.ULCERA CUTANEA,CELULIT. CON CC	2	2,3314	1.095.227	661.952	433.275	65,5
264	INJ.PIEL Y/O DESBRID.ULCERA CUTANEA,CELULIT. SIN CC	6	0,7245	340.356	418.886	-78.530	-18,7
265	INJ.PIEL Y/O DESBR.EXCEPTO ULCERA CUTANEA,CELULI.CON CC	1	1,1324	531.962	305.250	226.712	74,3
266	INJ.PIEL Y/O DESBR.EXCEPTO ULCERA CUTANEA,CELULI.SIN CC	48	0,6176	290.153	438.248	-148.096	-33,8
267	PROC. DE REGION PERIANAL Y ENFERMEDAD PILONIDAL	37	0,4986	234.204	102.716	131.488	128,0
268	PROC. PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA	15	0,3363	158.001	411.644	-253.642	-61,6
269	OTROS PROC.SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA CON CC	8	1,2444	584.590	406.690	177.900	43,7
270	OTROS PROC.SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA SIN CC	210	0,2077	97.550	318.274	-220.723	-69,4
271	ULCERAS CUTANEAS	3	0,4196	197.094	418.886	-221.792	-52,9
272	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC	4	0,9839	462.218	418.886	43.332	10,3
273	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC	7	0,7793	366.101	418.886	-52.785	-12,6
274	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	45	0,9455	444.174	400.298	43.876	11,0
275	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	25	1,0373	487.268	372.461	114.807	30,8
276	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA	2	0,2613	122.734	418.886	-296.152	-70,7
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	6	0,6191	290.837	418.886	-128.049	-30,6
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	10	0,3995	187.692	418.886	-231.194	-55,2
279	CELULITIS EDAD<18	1	1,7508	822.494	418.886	403.608	96,4
281	TRAUMATISMO DE PIEL,T.SUBCUTANEO Y MAMA EDAD>17 SIN CC	2	0,2293	107.710	418.886	-311.176	-74,3
282	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA EDAD<18	2	0,3154	148.160	418.886	-270.726	-64,6
283	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	2	1,5655	735.416	418.886	316.530	75,6
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	37	0,2621	123.118	409.984	-286.866	-70,0
285	AMPUTACION M.INF.POR TRAST.ENDOCRINOS,NUTRIC. Y METAB.	4	3,1431	1.476.526	792.536	683.990	86,3
286	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES E HIPOFISIS	13	2,0911	982.342	1.169.093	-186.751	-16,0

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
287	INJ.PIEL Y DESB.HERIDA TRAST.ENDOCR.,NUTR.YMETAB.	1	0,5529	259.718	418.886	-159.168	-38,0
288	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBESIDAD	5	1,2030	565.121	443.920	121.201	27,3
289	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	20	1,0130	475.853	431.274	44.579	10,3
290	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	42	0,9821	461.352	562.064	-100.712	-17,9
291	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO	5	0,5894	276.890	399.186	-122.296	-30,6
292	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METABOLICOS CON CC	1	2,9320	1.377.358	547.924	829.434	151,4
293	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METABOLICOS SIN CC	2	0,5909	277.583	388.070	-110.487	-28,5
294	DIABETES EDAD>35	58	0,9339	438.703	415.285	23.419	5,6
295	DIABETES EDAD<36	16	0,9034	424.405	418.886	5.519	1,3
296	TRAST. NUTRIC.Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	35	0,8435	396.256	424.850	-28.593	-6,7
297	TRAST. NUTRIC.Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	33	0,6987	328.220	418.886	-90.666	-21,6
298	TRAST. NUTRICION. Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	14	0,4884	229.447	418.886	-189.439	-45,2
299	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	6	0,1836	86.238	418.886	-332.648	-79,4
300	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	16	1,2512	587.753	418.886	168.867	40,3
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	41	1,0914	512.701	412.278	100.423	24,4
302	TRASPLANTE RENAL	31	3,9946	1.876.532	1.869.887	6.645	0,4
303	PROC.RINON,URETER Y PROC.MAYOR VEJIGA POR NEOPLASIA	26	1,8861	886.023	775.668	110.355	14,2
304	PROC.RINON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA P.NO NEOP. CON CC	19	2,3240	1.091.726	573.433	518.293	90,4
305	PROC.RINON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA P.NO NEOP. SIN CC	25	1,6277	764.647	603.160	161.487	26,8
307	PROSTATECTOMIA SIN CC	8	0,7524	353.452	282.689	70.764	25,0
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	4	1,4501	681.198	418.886	262.312	62,6
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	2	0,6020	282.812	374.787	-91.975	-24,5
310	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	32	0,9254	434.720	358.439	76.281	21,3
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	112	0,7729	363.103	343.166	19.936	5,8
312	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC	2	0,3833	180.052	418.886	-238.834	-57,0
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	13	0,7236	339.938	386.664	-46.726	-12,1
314	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18	1	0,2588	121.598	418.886	-297.288	-71,0
315	OTROS PROCED. QUIR. SOBRE RINON Y TRACTO URINARIO	76	0,7268	341.408	285.716	55.693	19,5
316	INSUFICIENCIA RENAL	49	0,9287	436.280	418.886	17.394	4,2
318	NEOPLASIAS DE RINON Y TRACTO URINARIO CON CC	8	0,6537	307.098	418.886	-111.788	-26,7
319	NEOPLASIAS DE RINON Y TRACTO URINARIO SIN CC	6	0,6491	304.929	418.886	-113.957	-27,2
320	INFECC. DE RINON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	37	0,7136	335.250	396.244	-60.994	-15,4
321	INFECC. DE RINON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	56	0,5499	258.320	419.173	-160.852	-38,4
322	INFECCIONES DE RINON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	11	0,6037	283.583	418.886	-135.303	-32,3
323	CALC.URIN.CON CC,Y/O LITOTRI.EXTRAC. ONDA CHOQUE	23	0,4887	229.558	266.907	-37.349	-14,0
324	CALCULOS URINARIOS SIN CC	19	0,7570	355.607	415.341	-59.734	-14,4
325	SIGNOS Y SINTOMAS RINON Y TRACTO URIN.EDAD>17 CON CC	7	0,8320	390.837	418.886	-28.049	-6,7

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
326	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URIN.EDAD>17 SIN CC	6	0,7918	371.979	349.072	22.907	6,6
329	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC	2	0,8450	396.953	418.886	-21.933	-5,2
330	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18	4	0,0272	12.756	418.886	-406.130	-97,0
331	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	16	1,0639	499.797	402.245	97.552	24,3
332	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	19	0,8385	393.910	412.630	-18.719	-4,5
333	OTROS DIAG. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	3	0,2690	126.370	418.886	-292.516	-69,8
334	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	11	1,9368	909.828	387.250	522.578	134,9
335	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	42	1,5449	725.724	413.281	312.443	75,6
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	27	1,0056	472.418	277.380	195.038	70,3
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	135	0,8841	415.342	278.643	136.699	49,1
338	PROCED. SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA	6	1,6663	782.772	424.678	358.094	84,3
339	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	39	0,6932	325.638	226.535	99.103	43,7
340	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	16	0,4667	219.242	180.839	38.403	21,2
341	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	17	0,6341	297.895	378.805	-80.911	-21,4
342	CIRCUNCISION EDAD>17	24	0,2681	125.925	45.208	80.717	178,5
343	CIRCUNCISION EDAD<18	39	0,1327	62.361	45.000	17.361	38,6
344	OTROS PQ AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	3	1,0027	471.034	398.225	72.809	18,3
345	OTROS PQ DE AP.GENITAL MASC. EXCEPTO PARA NEOPLASIA MALIGNA	1	5,0809	2.386.861	418.886	1.967.975	469,8
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., CON CC	6	0,5378	252.645	349.072	-96.427	-27,6
347	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., SIN CC	4	0,9137	429.251	418.886	10.365	2,5
348	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	2	0,5420	254.630	418.886	-164.256	-39,2
349	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	2	0,6593	309.708	418.886	-109.178	-26,1
350	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	8	0,3882	182.385	418.886	-236.501	-56,5
351	ESTERILIZACION, VARON	13	0,1511	70.988	418.886	-347.898	-83,1
352	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	12	0,1953	91.735	418.886	-327.151	-78,1
353	EVISC.PELVICA,HISTERECT.RADICAL Y VULVECT.RADICAL	26	2,3812	1.118.603	583.642	534.961	91,7
354	PROC.UTERO,ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. CON CC	3	3,1095	1.460.742	411.782	1.048.960	254,7
355	PROC.UTERO,ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. SIN CC	7	1,2308	578.215	395.211	183.003	46,3
356	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	44	0,8477	398.210	435.011	-36.802	-8,5
357	PROC. UTERO Y ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	6	1,3972	656.364	412.877	243.487	59,0
358	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. CON CC	22	1,1545	542.347	365.350	176.997	48,4
359	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. SIN CC	243	0,7313	343.550	386.717	-43.167	-11,2
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX Y VULVA	44	0,5067	238.025	403.241	-165.217	-41,0
361	INTERRUP. TUBARICA POR LAPAROSCOPIA Y LAPAROTOMIA	36	0,4846	227.635	194.891	32.744	16,8
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	9	0,1560	73.278	87.505	-14.227	-16,3
363	DILAT.Y LEGRADO, CONIZ. Y RADIO-IMPLANTE NEOPLASIA MALIG.	95	0,1261	59.234	374.090	-314.856	-84,2
364	DILAT.Y LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO	71	0,2792	131.141	208.214	-77.073	-37,0

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
	POR NEOPLASIA MALIGNA						
365	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	7	0,9441	443.492	511.056	-67.564	-13,2
366	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., CON CC	12	1,3946	655.130	383.979	271.152	70,6
367	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., SIN CC	12	0,6286	295.274	422.141	-126.867	-30,1
368	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO	8	0,5472	257.035	366.525	-109.491	-29,9
369	TRAST. MENSTRUALES Y OTROS PROBL. AP.GEN.FEMENINO	62	0,1856	87.175	270.249	-183.074	-67,7
370	CESARÉA, CON COMPLICACIONES	6	1,3300	624.770	429.385	195.385	45,5
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	88	0,8588	403.455	431.355	-27.900	-6,5
372	PARTO CON COMPLICACIONES	78	0,2791	131.111	203.500	-72.389	-35,6
373	PARTO SIN COMPLICACIONES	354	0,2737	128.558	205.571	-77.013	-37,5
374	PARTO CON ESTERILIZACION Y/O DILATACION Y LEGRADO	4	1,1803	554.446	203.500	350.946	172,5
375	PARTO CON PQ EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACION	2	0,1909	89.682	203.500	-113.818	-55,9
376	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO SIN PQ	3	0,2478	116.409	418.886	-302.477	-72,2
377	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO CON PQ	1	0,1923	90.344	203.500	-113.156	-55,6
378	EMBARAZO ECTOPICO	11	0,9350	439.249	413.860	25.389	6,1
379	AMENAZA DE ABORTO	14	0,3006	141.208	388.966	-247.758	-63,7
380	ABORTO SIN DILATACION Y LEGRADO	9	0,1807	84.893	389.742	-304.849	-78,2
381	ABORTO CON DILAT. Y LEGRADO, ASPIRAC. O HISTEROTOMIA	98	0,3399	159.656	116.104	43.552	37,5
382	FALSO TRABAJO DE PARTO	8	0,0799	37.540	339.602	-302.062	-88,9
383	OTROS DIAG. ANTEPARTO CON COMPLICACIONES MEDICAS	19	0,4646	218.239	418.886	-200.647	-47,9
384	OTROS DIAG. ANTEPARTO SIN COMPLICACIONES MEDICAS	12	0,4299	201.937	370.247	-168.310	-45,5
392	ESPLENECTOMIA EDAD>17	5	1,6187	760.436	423.676	336.760	79,5
394	OTROS PQ HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	31	0,4555	213.959	415.940	-201.981	-48,6
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	83	0,9845	462.481	419.228	43.254	10,3
397	TRASTORNOS DE COAGULACION	35	0,7448	349.907	385.450	-35.543	-9,2
398	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS CON CC	48	1,0352	486.292	392.706	93.586	23,8
399	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS SIN CC	13	0,7682	360.886	410.145	-49.258	-12,0
400	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROCED. QUIRURGICO MAYOR	18	1,6622	780.850	443.835	337.015	75,9
401	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ CON CC	2	3,4516	1.621.433	517.223	1.104.211	213,5
402	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ SIN CC	25	0,7959	373.896	403.265	-29.369	-7,3
403	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	20	2,0444	960.408	387.999	572.409	147,5
404	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	54	1,4234	668.671	384.835	283.836	73,8
407	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON PQ MAYOR SIN CC	3	2,8329	1.330.831	423.918	906.913	213,9
408	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PQ	82	0,1054	49.514	358.485	-308.970	-86,2
409	RADIOTERAPIA	66	0,5739	269.623	358.027	-88.404	-24,7
410	QUIMIOTERAPIA	672	0,5902	277.253	418.850	-141.597	-33,8
413	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. CON CC	4	1,3192	619.704	418.886	200.818	47,9
414	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. SIN CC	8	0,4396	206.489	299.960	-93.471	-31,2
415	PQ POR ENFERMEADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	14	1,8519	869.955	585.837	284.118	48,5

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
416	SEPTICEMIA EDAD>17	39	0,9439	443.436	411.991	31.444	7,6
417	SEPTICEMIA EDAD<18	3	0,5119	240.495	418.886	-178.391	-42,6
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS Y POSTRAUMATICAS	16	0,8072	379.207	385.603	-6.396	-1,7
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	12	1,1539	542.080	418.886	123.194	29,4
420	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	11	0,8170	383.802	418.886	-35.084	-8,4
421	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	2	2,5322	1.189.533	418.886	770.647	184,0
422	ENF. VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	41	0,5851	274.871	418.886	-144.015	-34,4
423	OTROS DIAG.DE ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA	14	1,2531	588.657	431.735	156.922	36,3
425	REACCION ADAPTAC.AGUDA Y TRAST.DISFUNC. PSICOSOC.	12	1,1624	546.042	418.886	127.156	30,4
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	14	0,6123	287.645	418.886	-131.241	-31,3
427	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	1	0,1566	73.557	418.886	-345.329	-82,4
428	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS	2	0,9986	469.134	418.886	50.248	12,0
429	ALTERACIONES ORGANICAS Y RETRASO MENTAL	17	1,1014	517.426	418.886	98.540	23,5
430	PSICOSIS	19	1,0825	508.545	396.839	111.705	28,1
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	129	0,3177	149.241	167.349	-18.108	-10,8
439	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	1	0,4183	196.513	418.886	-222.373	-53,1
442	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA CON CC	2	4,0657	1.909.928	597.373	1.312.555	219,7
443	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA SIN CC	44	1,1529	541.583	599.375	-57.792	-9,6
444	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULTIPLES EDAD>17 CON CC	1	6,8235	3.205.475	418.886	2.786.589	665,2
445	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULTIPLES EDAD>17 SIN CC	4	0,2089	98.140	418.886	-320.746	-76,6
446	LESIONES DE LOCAL. NO ESPECIF. O MULTIPLE EDAD<18	1	0,1686	79.203	418.886	-339.683	-81,1
447	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	1	0,0101	4.766	418.886	-414.120	-98,9
449	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	17	0,8713	409.329	418.886	-9.557	-2,3
450	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	11	0,4924	231.323	418.886	-187.563	-44,8
451	ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	6	0,2584	121.380	418.886	-297.506	-71,0
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	6	0,4403	206.819	418.886	-212.067	-50,6
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	12	0,6353	298.449	374.509	-76.060	-20,3
455	OTROS DIAG. LESION, ENVENEN. Y EFECTO TOXICO SIN CC	3	0,1055	49.579	418.886	-369.307	-88,2
458	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON INJERTO DE PIEL	1	0,7427	348.889	418.886	-69.997	-16,7
460	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN PROCED. QUIRURGICO	1	0,6008	282.249	418.886	-136.637	-32,6
461	PQ CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVIC.SANITAR.	13	0,3109	146.074	380.418	-234.343	-61,6
462	REHABILITACION	1	0,9889	464.549	418.886	45.663	10,9
463	SIGNOS Y SINTOMAS CON CC	22	0,6198	291.159	418.886	-127.727	-30,5
464	SIGNOS Y SINTOMAS SIN CC	172	0,6251	293.635	388.096	-94.461	-24,3
466	CUIDADOS POST.SIN HIST. NEOPLASIA MALIGNA COMO DIAG. SEC.	49	0,5103	239.736	406.465	-166.729	-41,0
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	194	0,2175	102.181	175.242	-73.061	-41,7
468	PQ EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAG.	51	2,5678	1.206.253	683.644	522.609	76,4

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
	PRINCIPAL						
470	NO AGRUPABLE	32	1,2328	579.129	444.250	134.878	30,4
471	PROC.MAYORES ARTICULAC. M.INFERIOR, BILAT.O MULTIPLE	3	4,8149	2.261.909	1.648.032	613.877	37,2
477	PQ NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	17	1,7813	836.819	401.408	435.411	108,5
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	50	1,9829	931.501	820.356	111.144	13,5
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	42	2,2119	1.039.097	916.873	122.224	13,3
481	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA	20	3,8062	1.788.030	1.838.683	-50.653	-2,8
482	TRAQUEOSTOMIA CON TRAST. BOCA, LARINGE O FARINGE	6	1,4897	699.836	302.319	397.517	131,5
483	TRAQUEOSTOMIA, EXCEPTO TRAST.BOCA, LARINGE O FARINGE	14	10,5316	4.947.399	1.012.819	3.934.580	388,5
491	PROC.MAYORES REIMPL.ARTICULAC. Y M.EXTR. SUPERIOR	4	2,2511	1.057.493	752.119	305.375	40,6
530	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	20	4,7184	2.216.537	1.390.829	825.707	59,4
531	PROC. S.NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	9	2,9004	1.362.511	530.837	831.674	156,7
532	AIT, OCLUS.PRECER., CONVUL. Y CEFALEA CON CC MAYOR	16	0,6802	319.516	418.886	-99.370	-23,7
533	OTROS S.NERVIOSO EXCEPTO AIT, CONVUL. Y CEF. CON CC MAYOR	53	1,7471	820.745	406.892	413.852	101,7
534	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	6	0,8149	382.813	244.045	138.768	56,9
535	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR	7	0,5095	239.344	716.974	-477.630	-66,6
536	PROC.ORL Y BUCALES EXCEPTO PROC.MAYOR CABEZA Y CUELLO	8	0,5036	236.583	94.145	142.437	151,3
537	TRAST. BUCALES Y ORL CON CC MAYOR	7	0,7111	334.050	422.402	-88.351	-20,9
538	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	19	2,8169	1.323.281	871.606	451.675	51,8
539	PROC. RESP.EXCEPTO PROC.TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	7	3,8587	1.812.676	707.641	1.105.034	156,2
540	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. CON CC MAYOR	9	2,7200	1.277.753	543.640	734.113	135,0
541	TRAST.RESP.EXCEPTO INFECC., BRONQ., ASMA CON CC MAYOR	167	1,2611	592.428	435.800	156.628	35,9
542	BRONQUITIS Y ASMA CON CC MAYOR	8	1,3914	653.637	422.163	231.474	54,8
543	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM, ENDOC., ICC Y ARRIT. CON CC MAYOR	40	1,6311	766.262	425.584	340.678	80,0
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	54	1,3780	647.328	411.634	235.694	57,3
545	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	57	8,0118	3.763.701	2.425.377	1.338.323	55,2
546	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	56	4,1444	1.946.926	1.429.989	516.937	36,1
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	7	5,8236	2.735.733	1.366.113	1.369.620	100,3
548	IMPLANTAC. O REVISION DE MARCAPASOS CON CC MAYOR	9	5,5236	2.594.827	1.617.025	977.802	60,5
549	PROCED. CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	20	5,5537	2.608.959	1.175.480	1.433.479	121,9
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	21	3,3090	1.554.484	953.519	600.965	63,0
551	ESOFAG., GASTROENT Y ULCERA NO COMPLIC. CON CC MAYOR	18	0,9309	437.328	438.157	-829	-0,2
552	TRAST. DIG.EXCEPTO ESOF., GASTRO. Y ULC N COMP. CON CC MAY	61	1,0436	490.238	414.936	75.303	18,1
553	PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA Y PROC.MAYOR ESTOMAGO	9	2,0426	959.541	561.300	398.240	70,9
554	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	3	0,5356	251.604	285.602	-33.998	-11,9
555	PROC. PANCREAS, HIGADO Y OTROS VIA	5	3,4898	1.639.411	432.953	1.206.458	278,7

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
	BILIAR EXCEPTO TRASPL. HEPATICO CON CC MAYOR						
556	COLECISTECT. Y OTROS PROC. HEPATOBIL. CON CC MAYOR	15	2,3643	1.110.668	337.381	773.287	229,2
557	TRAST. HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	94	1,4303	671.922	396.539	275.383	69,4
558	PROC.MUSC.ESQ.MAYOR EXCEPTO ARTIC.MAYOR BILAT. O MULTIPLE CON CC MAYOR	25	3,5268	1.656.783	941.839	714.944	75,9
559	PROC. MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	15	2,2337	1.049.304	379.700	669.604	176,4
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXCEPTO OSTEOMIEL.,ART. SEPTICA Y TRAST. TEJ.CONEC. CON CC MAYOR	10	1,1872	557.729	424.715	133.014	31,3
561	OSTEOM.,ARTRITIS SEP.Y TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	4	2,7366	1.285.553	418.886	866.667	206,9
562	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR	3	1,1574	543.705	418.886	124.819	29,8
563	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	3	2,6347	1.237.712	418.886	818.826	195,5
564	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR	4	1,4865	698.297	232.134	466.163	200,8
565	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. Y METAB. EXCEPTO AMPUTACION	3	1,2138	570.219	512.712	57.507	11,2
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. Y METAB. EXCEPTO TRAST. DE INGESTA CON CC MAYOR	15	2,3849	1.120.341	418.886	701.455	167,5
567	PROC.RIÑON Y TRACTO URIN. EXCEPTO TRASPL. RENAL CON CC MAYOR	20	2,9603	1.390.676	610.181	780.495	127,9
568	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	7	1,8215	855.675	418.886	436.789	104,3
569	TRAST. RIÑON Y TRACTO URIN. EXCEPTO INSUFIC.RENAL	25	0,9553	448.762	390.572	58.190	14,9
570	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	3	1,5310	719.233	279.257	439.976	157,6
571	PROC. APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	12	2,0168	947.409	324.086	623.324	192,3
572	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	1	0,6206	291.516	418.886	-127.370	-30,4
573	PROC.NO RADICALES APAR. GENITAL FEM. CON CC MAYOR	10	2,6283	1.234.701	395.438	839.263	212,2
574	TRAST. SANGRE, ORG.HEMOPOY. E INMUNOL. CON CC MAYOR	22	1,0418	489.385	380.805	108.580	28,5
575	PROC. SANGRE, ORG. HEMOPOY. E INMUNOL. CON CC MAYOR	4	2,7664	1.299.554	424.874	874.680	205,9
576	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	13	5,0115	2.354.226	344.480	2.009.746	583,4
577	TRAST. MIELOPROLIF. Y NEO. MAL DIFERENC. CON CC MAYOR	52	0,3231	151.769	607.563	-455.794	-75,0
578	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	11	2,3731	1.114.820	418.886	695.934	166,1
579	PROC.LINFOMA,LEUCEMIA Y TRAST.MIELOPROLIF. CON CC MAYOR	5	3,6774	1.727.550	521.380	1.206.170	231,3
580	INFECC.Y PARASITISIS SIST.EXCEPTO SEPTIC. CON CC MAYOR	6	1,3087	614.768	418.886	195.882	46,8
582	LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	7	1,0775	506.199	515.548	-9.349	-1,8
583	PROC. PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	2	2,6810	1.259.465	339.296	920.169	271,2
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	10	0,6283	295.135	418.886	-123.751	-29,5
585	PROC. MAYOR ESTOMAGO, ESOFAGO, DUODENO, I. DELGADO Y GRUESO CON CC MAYOR	39	3,4083	1.601.094	738.213	862.881	116,9
607	NEONATO, PESO 1000-1499 G, SIN PQ SIGN., ALTA VIDA	2	0,1157	54.374	418.886	-364.512	-87,0

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
617	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON MULTIPLES PROB. MAYORES	1	0,8836	415.111	418.886	-3.775	-0,9
618	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON PROB. MAYORES	2	0,5685	267.084	418.886	-151.802	-36,2
620	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON DCO NEONATO NORMAL	3	0,9902	465.169	418.886	46.283	11,0
623	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PQ SIGNIF. SIN MULTIPLES PROB. MAYORES	1	0,2687	126.219	418.886	-292.667	-69,9
624	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCED. ABDOMINALES MENORES	1	0,0000	0	150.000	-150.000	-100,0
626	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON MULTIPLES PROB. MAYORES	3	1,7357	815.384	418.886	396.498	94,7
627	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON PROB. MAYORES	37	0,5819	273.352	407.565	-134.213	-32,9
628	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON PROB. MENORES	14	0,9597	450.831	418.886	31.945	7,6
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON DCO NEONATO NORMAL	44	0,6462	303.579	409.366	-105.787	-25,8
630	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON MULTIPLES OTROS PROBLEMAS	4	0,7485	351.635	418.886	-67.251	-16,1
637	NEONATO, EXITUS PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO	1	0,2711	127.335	418.886	-291.551	-69,6
639	NEONATO, TRASLADADO <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	1	0,2162	101.574	418.886	-317.312	-75,8
650	CESAREA DE ALTO RIESGO CON CC	1	1,1990	563.254	429.385	133.869	31,2
651	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	2	1,0463	491.515	429.385	62.130	14,5
652	PARTO VAGINAL ALTO RIESGO CON ESTERILIZ. Y/O D+L	1	0,2901	136.258	203.500	-67.242	-33,0
702	VIH CON ENF. SNC RELACIONADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	1	3,3339	1.566.171	757.204	808.967	106,8
705	VIH CON NEOPLASIA MALIGNA RELACIONADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	34	1,4672	689.252	578.227	111.025	19,2
707	INFECCION RELACIONADA CON VIH, CON USO OPIACEOS, EDAD>12	20	1,0497	493.132	627.268	-134.136	-21,4
708	INFECCION RELACIONADA CON VIH, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	125	1,1210	526.634	620.396	-93.762	-15,1
710	VIH CON OTRA CONDICION RELACIONADA, CON USO OPIACEOS, EDAD>12	1	0,3983	187.113	418.886	-231.773	-55,3
711	VIH CON OTRA CONDICION RELACIONADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	20	0,8465	397.643	418.886	-21.243	-5,1
713	VIH SIN CONDICION RELACIONADA ESPECIFICADA, CON USO OPIACEOS, EDAD>12	1	0,5298	248.894	757.204	-508.310	-67,1
714	VIH SIN CONDICION RELACIONADA ESPECIFICADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	17	1,4970	703.258	659.367	43.891	6,7
731	PROC. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMB. TRAUMA MULTIPLES SIGNIF.	1	2,2077	1.037.117	921.762	115.355	12,5
732	OTROS PQ PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	1	0,9409	442.004	547.924	-105.920	-19,3
733	DIAG. TRAUMA MULTIPLES SIGNIF. CABEZA, TORAX Y M. INF.	3	1,5590	732.380	567.602	164.778	29,0
739	CRANEOTOMIA EDAD<18 SIN CC	5	2,5365	1.191.573	827.318	364.255	44,0
740	FIBROSIS QUISTICA	1	2,1822	1.025.118	418.886	606.232	144,7
744	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	1	3,5986	1.690.493	418.886	1.271.607	303,6
749	ABUSO O DEPEND. DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	1	0,1512	71.029	418.886	-347.857	-83,0
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	3	1,4634	687.441	418.886	268.555	64,1
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	8	0,9708	456.038	418.886	37.152	8,9
753	REHABILITACION PARA TRAST. COMPULSIVO NUTRICIONAL	2	0,9233	433.759	418.886	14.873	3,6

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEORICA FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	FACT. TEOR. REAL FJD	VAR. (%)
755	FUSION VERTEBRAL CON CC	2	5,1822	2.434.460	1.495.277	939.183	62,8
756	FUSION VERTEBRAL SIN CC	11	4,1340	1.942.005	1.367.623	574.382	42,0
757	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL CON CC	11	2,7878	1.309.639	743.542	566.096	76,1
758	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL SIN CC	133	1,3664	641.905	721.219	-79.314	-11,0
761	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 HORA	6	2,2701	1.066.442	712.779	353.663	49,6
762	CONMOCION, LESION INTRACR. COMA < 1 HORA O SIN COMA EDAD < 18	25	0,2180	102.414	421.233	-318.818	-75,7
763	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 HORA, EDAD < 18	1	0,4742	222.746	418.886	-196.140	-46,8
764	CONM., LES. INTRACR. COMA < 1 HORA O SIN COMA EDAD > 17 CON CC	5	1,0339	485.674	418.886	66.788	15,9
765	CONM., LES. INTRACR. COMA < 1 HORA O SIN COMA EDAD > 17 SIN CC	12	0,4991	234.478	418.886	-184.408	-44,0
766	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA < 1 HORA, EDAD > 17 CON CC	5	2,7557	1.294.553	418.886	875.667	209,0
767	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA < 1 HORA, EDAD > 17 SIN CC	17	1,2056	566.350	418.886	147.464	35,2
769	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD < 18 SIN CC	23	0,6543	307.355	504.103	-196.748	-39,0
771	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. EDAD < 18 SIN CC	2	0,7703	361.844	418.886	-57.042	-13,6
773	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD < 18 SIN CC	24	1,1998	563.638	401.432	162.206	40,4
774	BRONQUITIS Y ASMA EDAD < 18 CON CC	4	1,1381	534.639	418.886	115.753	27,6
775	BRONQUITIS Y ASMA EDAD < 18 SIN CC	57	0,5516	259.135	404.188	-145.054	-35,9
776	ESOF., GASTROENT. Y TRAST. DIG. MISCEL. EDAD < 18 CON CC	11	1,2169	571.679	394.680	176.998	44,8
777	ESOF., GASTROENT. Y TRAST. DIG. MISCEL. EDAD < 18 SIN CC	183	0,4291	201.577	410.564	-208.987	-50,9
779	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD < 18 SIN CC	1	0,3443	161.755	418.886	-257.131	-61,4
780	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD < 18 CON CC	6	1,5008	705.045	418.886	286.159	68,3
781	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD < 18 SIN CC	30	1,0477	492.198	363.035	129.163	35,6
782	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD > 17 CON CC	15	4,2714	2.006.584	371.309	1.635.274	440,4
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD > 17 SIN CC	14	2,1097	991.079	425.726	565.353	132,8
785	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD < 18	6	1,7981	844.711	418.886	425.825	101,7
786	PROC. MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	35	1,3963	655.931	495.100	160.832	32,5
788	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPL. BILIAR	104	0,6687	314.139	293.754	20.385	6,9
789	REIMPL. MAYOR ARTIC. Y M. EXTR. INFERIOR CON INFECC.	5	6,1774	2.901.958	1.335.747	1.566.211	117,3
791	DESBRID. HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	1	0,1747	82.082	418.886	-336.804	-80,4
793	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXCEPTO CRANEOTOMIA	2	2,6742	1.256.275	481.696	774.579	160,8
		20.364	1,0000	469.769	469.769		

Apéndice V

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEOR. FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	DESV. FACT. TEOR. - REAL FJD	DESV. FACT. REAL FJD (TOTAL)
545	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	57	8,0118	3.763.701	2.425.377	1.338.323	76.284.433
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA	111	3,6681	1.723.146	1.219.321	503.825	55.924.570
483	TRAQUEOSTOMIA, EXCEPTO TRAST.BOCA, LARINGE O FARINGE	14	10,5316	4.947.399	1.012.819	3.934.580	55.084.126
104	PROC. VALVULAS CARDIACAS CON CATETERISMO CARDIACO	89	7,0714	3.321.932	2.838.995	482.937	42.981.363
585	PROC. MAYOR ESTOMAGO, ESOFAGO, DUODENO, I. DELGADO Y GRUESO CON CC MAYOR	39	3,4083	1.601.094	738.213	862.881	33.652.365
106	BYPASS CORONARIO CON CATETERISMO CARDIACO	147	3,5185	1.652.869	1.424.134	228.735	33.624.011
110	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	31	4,6131	2.167.108	1.137.796	1.029.312	31.908.664
546	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	56	4,1444	1.946.926	1.429.989	516.937	28.948.497
549	PROCED. CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	20	5,5537	2.608.959	1.175.480	1.433.479	28.669.575
20	INFECC. SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	25	3,1894	1.498.272	418.886	1.079.386	26.984.659
468	PQ EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAG. PRINCIPAL	51	2,5678	1.206.253	683.644	522.609	26.653.037
541	TRAST.RESP.EXCEPTO INFECC., BRONQ., ASMA CON CC MAYOR	167	1,2611	592.428	435.800	156.628	26.156.874
576	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	13	5,0115	2.354.226	344.480	2.009.746	26.126.702
557	TRAST. HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	94	1,4303	671.922	396.539	275.383	25.886.012
782	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD>17 CON CC	15	4,2714	2.006.584	371.309	1.635.274	24.529.117
14	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT	258	1,0797	507.223	419.038	88.185	22.751.822
533	OTROS S.NERVIOSO EXCEPTO AIT, CONVUL. Y CEF. CON CC MAYOR	53	1,7471	820.745	406.892	413.852	21.934.181
154	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 CON CC	34	2,7558	1.294.580	655.804	638.775	21.718.366
124	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM, CON CATETER. Y DIAG. COMPLEJO	156	1,2154	570.957	434.191	136.766	21.335.514
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	135	0,8841	415.342	278.643	136.699	18.454.325
558	PROC. MUSC. ESQ. MAYOR EXCEPTO ARTIC. MAYOR BILAT. O MULTIPLE CON CC MAYOR	25	3,5268	1.656.783	941.839	714.944	17.873.594
530	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	20	4,7184	2.216.537	1.390.829	825.707	16.514.149
191	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION CON CC	22	2,8498	1.338.757	616.571	722.186	15.888.081
193	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB CON CC	35	1,7193	807.654	356.587	451.067	15.787.337
567	PROC. RIÑON Y TRACTO URIN. EXCEPTO TRASPL. RENAL CON CC MAYOR	20	2,9603	1.390.676	610.181	780.495	15.609.909
404	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	54	1,4234	668.671	384.835	283.836	15.327.143
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	155	1,0801	507.398	410.404	96.994	15.034.006
148	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	52	2,3870	1.121.337	839.746	281.591	14.642.730
353	EVISC.PELVICA, HISTERECT.RADICAL Y VULVECT.RADICAL	26	2,3812	1.118.603	583.642	534.961	13.908.998
210	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 CON CC	33	2,6202	1.230.902	810.116	420.786	13.885.937
162	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y	259	0,4781	224.615	171.353	53.262	13.794.940

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEOR. FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	DESV. FACT. TEOR. - REAL FJD	DESV. FACT. TEOR.- REAL FJD (TOTAL)
	FEMORAL EDAD>17 SIN CC						
543	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM,ENDOC.,ICC Y ARRIT. CON CC MAYOR	40	1,6311	766.262	425.584	340.678	13.627.106
116	IMPL.MARCAPASOS PERM. SIN IAM,FALLO CARD. O SHOCK	80	3,6419	1.710.855	1.545.636	165.219	13.217.533
335	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	42	1,5449	725.724	413.281	312.443	13.122.590
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	54	1,3780	647.328	411.634	235.694	12.727.468
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	21	3,3090	1.554.484	953.519	600.965	12.620.262
205	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG.,CIRROSIS,HEP.ALC. CON CC	75	1,1951	561.443	393.292	168.151	12.611.313
556	COLECISTECT. Y OTROS PROC. HEPATOBIL. CON CC MAYOR	15	2,3643	1.110.668	337.381	773.287	11.599.304
403	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	20	2,0444	960.408	387.999	572.409	11.448.180
105	PROC. VALVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO CARDIACO	154	4,9226	2.312.490	2.241.979	70.511	10.858.655
113	AMPUTACION POR TRAST. CIRCUL. EXCEPTO M.SUP Y DEDOS PIE	25	2,6722	1.255.296	830.340	424.956	10.623.898
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. Y METAB. EXCEPTO TRAST. DE INGESTA CON CC MAYOR	15	2,3849	1.120.341	418.886	701.455	10.521.820
559	PROC. MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	15	2,2337	1.049.304	379.700	669.604	10.044.063
304	PROC. RIÑON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA P.NO NEOP. CON CC	19	2,3240	1.091.726	573.433	518.293	9.847.574
217	DESBRID. HER. E INJ. PIEL, EXCEPTO HERIDA ABIERTA, POR TRAST. MUSC-ESQ Y TEJIDO CONECTIVO EXCEPTO MANO	15	2,9105	1.367.245	728.050	639.195	9.587.929
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	7	5,8236	2.735.733	1.366.113	1.369.620	9.587.341
211	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 SIN CC	99	1,9003	892.692	800.341	92.351	9.142.734
548	IMPLANTAC. O REVISION DE MARCAPASOS CON CC MAYOR	9	5,5236	2.594.827	1.617.025	977.802	8.800.215
107	BYPASS CORONARIO SIN CATETERISMO CARDIACO	133	3,1688	1.488.627	1.423.332	65.295	8.684.275
155	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 SIN CC	43	1,7869	839.418	639.563	199.855	8.593.773
538	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	19	2,8169	1.323.281	871.606	451.675	8.581.827
573	PROC.NO RADICALES APAR. GENITAL FEM. CON CC MAYOR	10	2,6283	1.234.701	395.438	839.263	8.392.631
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	123	1,8849	885.457	818.209	67.248	8.271.559
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	74	0,8913	418.712	309.263	109.449	8.099.218
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD>17 SIN CC	14	2,1097	991.079	425.726	565.353	7.914.936
789	REIMPL. MAYOR ARTIC.Y M.EXTR.INFERIOR CON INFECC.	5	6,1774	2.901.958	1.335.747	1.566.211	7.831.054
539	PROC. RESP.EXCEPTO PROC.TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	7	3,8587	1.812.676	707.641	1.105.034	7.735.239
76	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	35	1,5781	741.354	520.722	220.632	7.722.119
578	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	11	2,3731	1.114.820	418.886	695.934	7.655.279
531	PROC. S.NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	9	2,9004	1.362.511	530.837	831.674	7.485.067
571	PROC. APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	12	2,0168	947.409	324.086	623.324	7.479.884
477	PQ NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON	17	1,7813	836.819	401.408	435.411	7.401.984

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEOR. FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	DESV. FACT. TEOR. - REAL FJD	DESV. FACT. TEOR.-REAL FJD (TOTAL)
	DIAG.PRINCIPAL						
239	FRACTURAS PATOL.Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQ.Y T.CONEC.	31	1,3645	641.001	413.283	227.718	7.059.270
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	27	1,2137	570.161	321.083	249.078	6.725.102
540	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. CON CC MAYOR	9	2,7200	1.277.753	543.640	734.113	6.607.021
756	FUSION VERTEBRAL SIN CC	11	4,1340	1.942.005	1.367.623	574.382	6.318.200
757	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL CON CC	11	2,7878	1.309.639	743.542	566.096	6.227.061
120	OTROS PROCED. QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	20	1,4217	667.848	359.776	308.072	6.161.440
400	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROCED. QUIRURGICO MAYOR	18	1,6622	780.850	443.835	337.015	6.066.268
555	PROC. PANCREAS, HIGADO Y OTROS VIA BILIAR EXCEPTO TRASPL. HEPATICO CON CC MAYOR	5	3,4898	1.639.411	432.953	1.206.458	6.032.289
579	PROC.LINFOMA,LEUCEMIA Y TRAST.MIELOPROLIF. CON CC MAYORES	5	3,6774	1.727.550	521.380	1.206.170	6.030.850
334	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	11	1,9368	909.828	387.250	522.578	5.748.363
786	PROC. MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	35	1,3963	655.931	495.100	160.832	5.629.110
78	EMBOLISMO PULMONAR	55	1,1035	518.407	416.724	101.682	5.592.530
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	50	1,9829	931.501	820.356	111.144	5.557.215
203	NEOPLASIA MALIG. SISTEMA HEPATOBILIAR O PANCREAS	116	0,8958	420.805	373.850	46.955	5.446.819
5	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES	26	2,0030	940.928	733.761	207.167	5.386.341
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	27	1,0056	472.418	277.380	195.038	5.266.033
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	74	1,0175	478.004	407.919	70.084	5.186.253
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	42	2,2119	1.039.097	916.873	122.224	5.133.419
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	19	1,3522	635.241	374.793	260.448	4.948.514
267	PROC. DE REGION PERIANAL Y ENFERMEDAD PILONIDAL	37	0,4986	234.204	102.716	131.488	4.865.052
119	LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS	148	0,4624	217.235	185.240	31.995	4.735.282
552	TRAST. DIG.EXCEPTO ESOF.,GASTRO. CON CC MAYORES	61	1,0436	490.238	414.936	75.303	4.593.469
398	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS CON CC	48	1,0352	486.292	392.706	93.586	4.492.148
4	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	9	2,8248	1.326.990	829.126	497.864	4.480.776
766	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA<1HORA, EDAD>17 CON CC	5	2,7557	1.294.553	418.886	875.667	4.378.334
470	NO AGRUPABLE	32	1,2328	579.129	444.250	134.878	4.316.101
381	ABORTO CON DILAT.Y LEGRADO,ASPIRAC.O HISTEROTOMIA	98	0,3399	159.656	116.104	43.552	4.268.111
315	OTROS PROCED. QUIR. SOBRE RINON Y TRACTO URINARIO	76	0,7268	341.408	285.716	55.693	4.232.638
202	CIRROSIS Y HEPATITIS ALCOHOLICA	48	0,9646	453.131	364.970	88.161	4.231.706
99	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	42	1,0830	508.757	409.956	98.801	4.149.645
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	41	1,0914	512.701	412.278	100.423	4.117.353
305	PROC.RINON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA P.NO NEOP. SIN CC	25	1,6277	764.647	603.160	161.487	4.037.182
111	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	17	2,5298	1.188.430	954.336	234.095	3.979.608

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	PESO RELAT. FJD	FACT. TEOR. FJD	FACT. MEDIA REAL FJD	DESV. FACT. TEOR. - REAL FJD	DESV. FACT. TEOR.- REAL FJD (TOTAL)
415	PQ POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	14	1,8519	869.955	585.837	284.118	3.977.652
358	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. CON CC	22	1,1545	542.347	365.350	176.997	3.893.935
773	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	24	1,1998	563.638	401.432	162.206	3.892.937
781	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD<18 SIN CC	30	1,0477	492.198	363.035	129.163	3.874.896
339	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	39	0,6932	325.638	226.535	99.103	3.865.029

Apéndice VI

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA	111	1.899	17,11	23,28	2.584	73,5
2	CRANEOTOMIA POR TRAUMA EDAD>17	9	96	10,67	19,87	179	53,7
4	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	9	142	15,78	21,23	191	74,3
5	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES	26	355	13,65	17,41	453	78,4
6	LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	21	37	1,76	2,74	58	64,3
7	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ CON CC	2	32	16,00	23,82	48	67,2
8	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ SIN CC	16	67	4,19	7,41	119	56,5
9	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	1	7	7,00	47,56	48	14,7
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	19	322	16,95	13,82	263	122,6
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	35	453	12,94	12,04	421	107,5
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	85	474	5,58	15,19	1.291	36,7
13	ESCLEROSIS MULTIPLE Y ATAXIA CEREBELOSA	65	137	2,11	9,08	590	23,2
14	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT	258	3.599	13,95	12,89	3.326	108,2
15	ACC. ISQUEMICO TRANSITORIO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES	101	699	6,92	9,04	913	76,6
16	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	3	47	15,67	14,40	43	108,8
17	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	5	48	9,60	10,35	52	92,8
18	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS CON CC	6	44	7,33	14,71	88	49,9
19	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS SIN CC	11	97	8,82	8,79	97	100,3
20	INFECC. SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	25	444	17,76	14,38	360	123,5
21	MENINGITIS VIRICA	9	54	6,00	6,67	60	90,0
22	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	6	43	7,17	7,94	48	90,3
23	ESTUPOR Y COMA NO TRAUMATICOS	1	1	1,00	8,71	9	11,5
24	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 CON CC	11	103	9,36	8,93	98	104,9
25	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 SIN CC	96	556	5,79	6,90	662	83,9
34	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	15	114	7,60	12,73	191	59,7
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	673	908	1,35	5,34	3.594	25,3
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	123	706	5,74	8,42	1.036	68,2
37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	13	62	4,77	6,39	83	74,6
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	5	19	3,80	4,46	22	85,2
39	PROC. SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	720	1.319	1,83	2,74	1.973	66,9
40	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	147	340	2,31	3,32	488	69,7
41	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	40	72	1,80	1,98	79	90,9
42	PROC. INTRAOCUL. EXCEPTO RETINA, IRIS Y CRISTALINO	252	739	2,93	4,92	1.240	59,6
44	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO	14	152	10,86	9,17	128	118,4
45	TRASTORNOS NEUROLOGICOS DEL OJO	14	82	5,86	8,15	114	71,9

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
46	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	2	68	34,00	6,39	13	532,1
47	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	21	141	6,71	4,01	84	167,4
48	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	72	88	1,22	3,68	265	33,2
49	PROC. MAYORES CABEZA Y CUELLO EXCEPTO NEOPL. MALIGNA	1	1	1,00	13,68	14	7,3
50	SIALOADENECTOMIA	9	29	3,22	5,51	50	58,5
51	PROC. GLANDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMIA	3	3	1,00	5,42	16	18,5
52	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL Y PALADAR	5	24	4,80	6,27	31	76,6
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD>17	82	194	2,37	5,13	421	46,1
54	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD<18	4	5	1,25	5,79	23	21,6
55	PROC. MISCELANEOS EN OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	183	254	1,39	3,50	641	39,7
56	RINOPLASTIA	60	79	1,32	3,26	196	40,4
57	PROC. AMIG.Y ADEN. EXCEPTO AMIGDALEC. Y/O ADENOIDEC.,EDAD>17	9	23	2,56	4,19	38	61,0
58	PROC. AMIG.Y ADEN. EXCEPTO AMIGDALEC. Y/O ADENOIDEC.,EDAD<18	57	66	1,16	1,88	107	61,6
59	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	6	8	1,33	2,72	16	49,0
60	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	94	117	1,24	1,79	168	69,5
61	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	10	11	1,10	2,46	25	44,7
62	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	2	2	1,00	2,23	4	44,8
63	OTROS PQ SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	12	65	5,42	7,96	96	68,0
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	37	315	8,51	11,68	432	72,9
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	36	234	6,50	6,21	224	104,7
66	EPISTAXIS	11	64	5,82	5,78	64	100,7
67	ÉPIGLOTITIS	1	6	6,00	5,48	5	109,5
68	ÓTITIS MEDIA E ITRS EDAD>17 CON CC	2	14	7,00	8,11	16	86,3
69	ÓTITIS MEDIA E ITRS EDAD>17 SIN CC	15	93	6,20	4,73	71	131,1
70	ÓTITIS MEDIA E ITRS EDAD<18	88	290	3,30	3,90	343	84,5
71	LARINGOTRAQUEITIS	5	22	4,40	3,94	20	111,7
72	TRAUMATISMO Y DEFORMIDAD NASAL	1	1	1,00	2,77	3	36,1
73	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD>17	27	46	1,70	4,39	119	38,8
74	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD<18	8	14	1,75	3,25	26	53,8
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	123	1.337	10,87	16,65	2.048	65,3
76	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	35	412	11,77	17,19	602	68,5
77	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	63	479	7,60	11,36	716	66,9
78	EMBOLISMO PULMONAR	55	705	12,82	14,84	816	86,4
79	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 CON CC	28	355	12,68	17,76	497	71,4
80	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EDAD>17 SIN CC	45	592	13,16	14,72	662	89,4
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	155	1.511	9,75	13,14	2.037	74,2
83	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON	2	10	5,00	8,29	17	60,3

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSAL UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
	CC						
84	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	3	14	4,67	5,48	16	85,2
85	DERRAME PLEURAL CON CC	21	222	10,57	14,30	300	73,9
86	DERRAME PLEURAL SIN CC	14	149	10,64	12,36	173	86,1
87	EDEMA PULMONAR E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	43	361	8,40	11,04	475	76,0
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	358	3.094	8,64	10,79	3.863	80,1
89	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 CON CC	157	1.541	9,82	12,18	1.912	80,6
90	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	80	672	8,40	10,27	822	81,8
92	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	5	55	11,00	12,13	61	90,7
93	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	13	150	11,54	12,14	158	95,0
94	NEUMOTORAX CON CC	6	62	10,33	11,22	67	92,1
95	NEUMOTORAX SIN CC	18	81	4,50	6,76	122	66,6
96	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 CON CC	13	99	7,62	10,05	131	75,8
97	BRONQUITIS Y ASMA EDAD>17 SIN CC	78	488	6,26	7,65	597	81,8
99	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	42	404	9,62	9,86	414	97,6
100	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	40	372	9,30	7,52	301	123,7
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	78	726	9,31	10,71	835	86,9
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	83	613	7,39	8,19	680	90,2
104	PROC. VALVULAS CARDIACAS CON CATETERISMO CARDIACO	89	2.047	23,00	24,46	2.177	94,0
105	PROC. VALVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO CARDIACO	154	2.380	15,45	18,72	2.883	82,6
106	BYPASS CORONARIO CON CATETERISMO CARDIACO	147	2.446	16,64	19,77	2.906	84,2
107	BYPASS CORONARIO SIN CATETERISMO CARDIACO	133	2.008	15,10	18,07	2.403	83,6
108	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	16	230	14,38	14,22	228	101,1
110	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	31	796	25,68	22,03	683	116,6
111	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	17	280	16,47	18,03	307	91,4
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS	356	2.765	7,77	7,12	2.535	109,1
113	AMPUTACION POR TRAST. CIRCUL. EXCEPTO M.SUP Y DEDOS PIE	25	813	32,52	25,21	630	129,0
114	AMPUTACION M.SUP Y DEDOS PIE POR TRAST. CIRCULATORIOS	10	340	34,00	21,95	220	154,9
115	IMPL.MARCAPASOS PERM. CON IAM,FALLO CARD. O SHOCK	5	94	18,80	12,78	64	147,1
116	IMPL.MARCAPASOS PERM. SIN IAM,FALLO CARD. O SHOCK	80	864	10,80	5,98	478	180,6
117	REVISION MARCAPASOS EXCEPTO SUSTITUCION DE GENERADOR	9	89	9,89	7,00	63	141,3
118	REVISION MARCAPASOS POR SUSTITUCION DE GENERADOR	21	136	6,48	7,13	150	90,8
119	LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS	148	332	2,24	3,16	468	71,0
120	OTROS PROCED. QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	20	294	14,70	16,95	339	86,7
121	TRAST. CON IAM Y COMPL. CARDIOVASC. ALTA CON VIDA	29	338	11,66	13,94	404	83,6

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSAL UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
122	TRAST. CON IAM SIN COMPL.CARDIOVASC.ALTA CON VIDA	60	613	10,22	11,20	672	91,2
123	TRASTORNOS CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	16	90	5,63	5,08	81	110,7
124	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM,CON CATETER. Y DIAG. COMPLEJO	156	1.578	10,12	11,37	1.774	89,0
125	TRAST.CIRC.EXCEPTO IAM, CON CATETER.SIN DIAG.COMPLEJO	252	1.570	6,23	4,77	1.202	130,6
126	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	9	150	16,67	27,51	248	60,6
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	454	4.556	10,04	10,61	4.817	94,6
128	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS	22	226	10,27	10,81	238	95,0
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	44	391	8,89	10,85	477	81,9
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	54	508	9,41	8,17	441	115,1
132	ATEROSCLEROSIS CON CC	22	193	8,77	9,38	206	93,5
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC	10	75	7,50	7,49	75	100,1
134	HIPERTENSION	7	58	8,29	8,34	58	99,3
135	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES EDAD>17 CON CC	21	262	12,48	10,11	212	123,4
136	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES EDAD>17 SIN CC	13	113	8,69	7,13	93	121,9
138	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION CON CC	48	376	7,83	8,15	391	96,1
139	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION SIN CC	88	610	6,93	5,88	517	117,9
140	ANGINA DE PECHO	43	382	8,88	8,41	362	105,6
141	SINCOPE Y COLAPSO CON CC	41	416	10,15	9,12	374	111,3
142	SINCOPE Y COLAPSO SIN CC	76	391	5,14	6,28	477	81,9
143	DOLOR TORACICO	110	874	7,95	5,98	658	132,9
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	51	486	9,53	10,75	548	88,6
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	35	238	6,80	8,38	293	81,1
146	RESECCION RECTAL CON CC	12	242	20,17	25,78	309	78,2
147	RESECCION RECTAL SIN CC	10	126	12,60	21,23	212	59,3
148	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	52	1.066	20,50	25,16	1.308	81,5
149	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC	54	705	13,06	18,77	1.014	69,6
150	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	4	50	12,50	17,74	71	70,5
151	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	3	17	5,67	10,99	33	51,6
152	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC	7	89	12,71	18,47	129	68,8
153	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC	9	87	9,67	12,70	114	76,1
154	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 CON CC	34	700	20,59	24,28	826	84,8
155	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 SIN CC	43	547	12,72	15,46	665	82,3
156	PROC. SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD<18	2	10	5,00	7,33	15	68,2
157	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA CON CC	12	84	7,00	9,16	110	76,4
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA SIN CC	129	312	2,42	3,85	497	62,8
159	PROC. HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC	14	114	8,14	11,36	159	71,7
160	PROC. HERNIA EXCEPTO INGUINAL Y	73	318	4,36	6,29	459	69,3

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
	FEMORAL EDAD>17 SIN CC						
161	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 CON CC	44	262	5,95	7,26	319	82,0
162	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	259	973	3,76	4,13	1.070	91,0
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	24	38	1,58	2,24	54	70,7
164	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. CON CC	12	124	10,33	13,28	159	77,8
165	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. SIN CC	12	65	5,42	7,51	90	72,1
166	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. CON CC	8	63	7,88	10,00	80	78,8
167	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. SIN CC	112	373	3,33	4,71	528	70,7
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	21	40	1,90	5,68	119	33,5
170	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	14	225	16,07	21,43	300	75,0
171	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	10	85	8,50	13,41	134	63,4
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	57	572	10,04	13,87	791	72,4
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	23	240	10,43	11,88	273	87,8
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	79	626	7,92	9,67	764	81,9
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	161	1.091	6,78	6,66	1.072	101,7
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	4	30	7,50	9,83	39	76,3
177	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC	3	38	12,67	10,78	32	117,5
178	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	10	50	5,00	9,02	90	55,4
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	20	215	10,75	13,71	274	78,4
180	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	28	290	10,36	10,69	299	96,9
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	41	361	8,80	7,13	292	123,5
182	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 CON CC	55	481	8,75	9,51	523	92,0
183	ESOFAG.,GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. EDAD>17 SIN CC	120	787	6,56	6,77	812	96,9
185	TRAST.DENT.Y BUCALES EXCEPTO EXTRACC.Y REPOSIC. EDAD>17	5	31	6,20	6,44	32	96,3
186	TRAST.DENT.Y BUCALES EXCEPTO EXTRACC.Y REPOSIC. EDAD<18	11	19	1,73	3,65	40	47,3
187	EXTRACCIONES Y REPOSICIONES DENTALES	7	7	1,00	2,98	21	33,6
188	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	55	383	6,96	10,19	560	68,3
189	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	174	349	2,01	6,06	1.054	33,1
191	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION CON CC	22	486	22,09	27,79	611	79,5
192	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION SIN CC	13	185	14,23	22,18	288	64,2
193	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB CON CC	35	563	16,09	24,35	852	66,1
194	PROC.VIA BILIAR EXCEPTO COLECIS.SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	5	84	16,80	21,56	108	77,9
195	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION	2	21	10,50	22,67	45	46,3

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSAL UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
	VIA BILIAR CON CC						
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	27	333	12,33	17,82	481	69,2
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	74	565	7,64	10,76	796	71,0
199	PROC. DIAG. HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	4	40	10,00	22,03	88	45,4
201	OTROS PQ HEPATOBILIARES O DE PANCREAS	3	51	17,00	24,32	73	69,9
202	CIRROSIS Y HEPATITIS ALCOHOLICA	48	535	11,15	11,94	573	93,3
203	NEOPLASIA MALIG. SISTEMA HEPATOBILIAR O PANCREAS	116	1.133	9,77	13,72	1.592	71,2
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	74	741	10,01	11,29	835	88,7
205	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG.,CIRROSIS,HEP.ALC. CON CC	75	912	12,16	12,40	930	98,1
206	TRAST. HIGADO EXCEPTO NEOPLASIA MALIG.,CIRROSIS,HEP.ALC. SIN CC	302	515	1,71	6,01	1.815	28,4
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	44	459	10,43	12,03	529	86,7
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	57	501	8,79	9,10	519	96,6
209	REIMPL. MAYOR ARTICULACION Y M.EXTR.INF.SININFEC.	154	2.865	18,60	17,44	2.686	106,7
210	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 CON CC	33	1.004	30,42	23,47	775	129,6
211	PROC.CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICUL. MAYOR EDAD>17 SIN CC	99	2.015	20,35	17,39	1.722	117,0
212	PROC. CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD<18	1	9	9,00	12,91	13	69,7
213	AMPUTACION TRAST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	1	29	29,00	27,52	28	105,4
216	BIOPSIAS SISTEMA MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	6	66	11,00	14,70	88	74,8
217	DESBRID. HER. E INJ. PIEL, EXCEPTO HERIDA ABIERTA, POR TRAST. MUSC- ESQ Y TEJIDO CONECTIVO EXCEPTO MANO	15	498	33,20	23,36	350	142,1
218	PROC.EXT.INF.Y HUM.EXCEPTO CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 CON CC	8	164	20,50	20,48	164	100,1
219	PROC.EXT.INF.Y HUM.EXCEPTO CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	106	1.165	10,99	11,08	1.174	99,2
220	PROC. EXTR.INF.Y HUMERO EXCEPTO CADERA,PIE,FEMUR EDAD<18	4	45	11,25	6,83	27	164,7
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	64	339	5,30	5,82	372	91,0
223	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO,U OTROS EXTR.SUP CON CC	11	51	4,64	8,31	91	55,8
224	PROC.HOMBRO,CODO O ANTEB.,EXCEPTO MAYOR DE ART. CON CC	51	199	3,90	5,71	291	68,3
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	112	390	3,48	5,04	564	69,1
226	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC	2	33	16,50	19,52	39	84,5
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	46	246	5,35	6,10	281	87,7
228	PROC.MAYOR PULGAR O ARTIC.U OTROS MANO O MUÑ.CON CC	8	25	3,13	4,17	33	74,9
229	PROC. MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES ARTIC. SIN CC	87	180	2,07	3,25	283	63,7
230	ESCISION LOCAL Y ELIM. DISP.FIJAC. INTER. CADERA Y FEMUR	16	131	8,19	8,23	132	99,5

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
231	ESCISION LOCAL Y ELIM. DISP. FIJAC. INTER. EXCEPTO CAD.Y FEMUR	120	389	3,24	5,66	679	57,3
232	ARTROSCOPIA	46	129	2,80	3,57	164	78,6
233	OTROS PQ S.MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO CON CC	5	78	15,60	21,12	106	73,9
234	OTROS PQ S.MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO SIN CC	35	259	7,40	10,39	364	71,2
235	FRACTURAS DE FEMUR	6	65	10,83	14,54	87	74,5
236	FRACTURAS DE CADERA Y PELVIS	15	147	9,80	12,12	182	80,9
238	OSTEOMIELITIS	3	34	11,33	21,55	65	52,6
239	FRACTURAS PATOL.Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQ.Y T.CONEC.	31	404	13,03	14,70	456	88,7
240	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO CON CC	8	132	16,50	13,52	108	122,0
241	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO SIN CC	40	389	9,73	10,35	414	94,0
242	ARTRITIS SEPTICA	3	16	5,33	14,68	44	36,3
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	56	550	9,82	9,76	547	100,6
244	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	4	43	10,75	11,14	45	96,5
245	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	19	176	9,26	7,33	139	126,4
246	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS	4	22	5,50	8,89	36	61,9
247	SIGNOS Y SINTOMAS SIST. MUSCULOESQ. Y T.CONECTIVO	12	77	6,42	8,70	104	73,8
248	TENDINITIS, MIOSITIS Y BURISITIS	12	53	4,42	7,00	84	63,1
249	CUIDADOS POSTERIORES, S.MUSCULOESQ. Y T.CONECTIVO	6	16	2,67	11,13	67	24,0
250	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE EDAD>17 CON CC	1	17	17,00	8,80	9	193,2
251	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC	5	23	4,60	4,22	21	109,0
252	FRACT.,ESGUINCE,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE EDAD<18	3	4	1,33	2,90	9	46,0
253	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXCEPTO PIE EDAD>17 CON CC	3	14	4,67	11,14	33	41,9
254	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXCEPTO PIE EDAD>17 SIN CC	31	169	5,45	5,45	169	100,0
255	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIERNA EXCEPTO PIE EDAD<18	4	13	3,25	4,63	19	70,2
256	OTROS DIAG. SIST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO	14	110	7,86	6,02	84	130,5
257	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	7	64	9,14	13,77	96	66,4
258	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	16	118	7,38	11,26	180	65,5
259	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	18	135	7,50	11,11	200	67,5
260	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	60	399	6,65	7,15	429	93,0
261	PROC.MAMA PROCESO NO MALIG.EXCEPTO BIOPSIA Y ESCISION LOCAL	44	218	4,95	5,08	224	97,5
262	BIOPSIA MAMA Y ESCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	99	306	3,09	3,52	348	87,8
263	INJ.PIEL Y/O DESBRID.ULCERA CUTANEA,CELULIT. CON CC	2	49	24,50	29,71	59	82,5

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSAL UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
264	INJ. PIEL Y/O DESBRID. ULCERA CUTANEA, CELULIT. SIN CC	6	42	7,00	19,31	116	36,3
265	INJ. PIEL Y/O DESBR. EXCEPTO ULCERA CUTANEA, CELULI. CON CC	1	7	7,00	18,04	18	38,8
266	INJ. PIEL Y/O DESBR. EXCEPTO ULCERA CUTANEA, CELULI. SIN CC	48	228	4,75	7,91	380	60,1
267	PROC. DE REGION PERIANAL Y ENFERMEDAD PILONIDAL	37	118	3,19	3,18	118	100,3
268	PROC. PLASTICOS SOBRE PIEL, T. SUBCUTANEO Y MAMA	15	43	2,87	6,97	105	41,1
269	OTROS PROC. SOBRE PIEL, T. SUBCUTANEO Y MAMA CON CC	8	90	11,25	12,46	100	90,3
270	OTROS PROC. SOBRE PIEL, T. SUBCUTANEO Y MAMA SIN CC	210	341	1,62	4,66	979	34,8
271	ÚLCERAS CUTANEAS	3	18	6,00	22,14	66	27,1
272	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC	4	47	11,75	14,41	58	81,5
273	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC	7	53	7,57	11,04	77	68,6
274	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	45	372	8,27	11,90	536	69,5
275	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	25	205	8,20	8,80	220	93,2
276	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA	2	6	3,00	3,82	8	78,5
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	6	56	9,33	12,06	72	77,4
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	10	69	6,90	7,82	78	88,2
279	CELULITIS EDAD<18	1	8	8,00	5,70	6	140,4
281	TRAUMATISMO DE PIEL, T. SUBCUTANEO Y MAMA EDAD>17 SIN CC	2	4	2,00	5,01	10	39,9
282	TRAUMATISMO DE PIEL, T. SUBCUTANEO Y MAMA EDAD<18	2	3	1,50	3,25	7	46,2
283	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	2	36	18,00	9,85	20	182,7
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	37	70	1,89	5,75	213	32,9
285	AMPUTACION M. INF. POR TRAST. ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METAB.	4	143	35,75	21,74	87	164,4
286	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES E HIPOFISIS	13	185	14,23	17,84	232	79,8
287	INJ. PIEL Y DESB. HERIDA TRAST. ENDOCR., NUTR. Y METAB.	1	5	5,00	17,89	18	27,9
288	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBESIDAD	5	65	13,00	16,69	83	77,9
289	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	20	171	8,55	8,63	173	99,1
290	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	42	292	6,95	6,64	279	104,7
291	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO	5	19	3,80	3,72	19	102,2
292	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METABOLICOS CON CC	1	29	29,00	19,36	19	149,8
293	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METABOLICOS SIN CC	2	12	6,00	9,83	20	61,0
294	DIABETES EDAD>35	58	703	12,12	10,78	625	112,4
295	DIABETES EDAD<36	16	129	8,06	7,50	120	107,5
296	TRAST. NUTRIC. Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	35	360	10,29	11,31	396	90,9
297	TRAST. NUTRIC. Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	33	257	7,79	9,22	304	84,5
298	TRAST. NUTRICION. Y METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	14	406	29,00	5,98	84	484,9
299	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	6	12	2,00	7,74	46	25,8
300	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	16	194	12,13	12,83	205	94,5

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	41	346	8,44	8,00	328	105,5
302	TRASPLANTE RENAL	31	576	18,58	24,31	754	76,4
303	PROC.RIÑON,URETER Y PROC.MAYOR VEJIGA POR NEOPLASIA	26	430	16,54	21,97	571	75,3
304	PROC.RIÑON,URET Y PROC.MAYOR VEJIGA P.NO NEOP. CON CC	19	346	18,21	18,80	357	96,9
305	PROC.RIÑON,URET.Y PROC.MAYOR VEJIGA P.NO NEOP. SIN CC	25	319	12,76	13,72	343	93,0
307	PRÓSTATECTOMIA SIN CC	8	52	6,50	8,77	70	74,1
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	4	46	11,50	15,99	64	71,9
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	2	14	7,00	11,62	23	60,2
310	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	32	267	8,34	11,40	365	73,2
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	112	773	6,90	7,55	846	91,4
312	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC	2	9	4,50	9,93	20	45,3
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	13	75	5,77	6,85	89	84,2
314	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18	1	2	2,00	5,55	6	36,0
315	OTROS PROCED. QUIR. SOBRE RIÑON Y TRACTO URINARIO	76	393	5,17	11,62	883	44,5
316	INSUFICIENCIA RENAL	49	451	9,20	10,50	515	87,7
318	NEOPLASIAS DE RIÑON Y TRACTO URINARIO CON CC	8	65	8,13	13,72	110	59,2
319	NEOPLASIAS DE RIÑON Y TRACTO URINARIO SIN CC	6	31	5,17	9,01	54	57,3
320	INFEC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	37	290	7,84	10,71	396	73,2
321	INFEC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	56	390	6,96	7,17	402	97,1
322	INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	11	42	3,82	6,53	72	58,5
323	CALC.URIN.CON CC,Y/O LITOTRI.EXTRAC. ONDA CHOQUE	23	157	6,83	5,49	126	124,3
324	CALCULOS URINARIOS SIN CC	19	137	7,21	6,09	116	118,4
325	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URIN.EDAD>17 CON CC	7	77	11,00	10,21	71	107,7
326	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URIN.EDAD>17 SIN CC	6	58	9,67	6,18	37	156,4
329	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC	2	20	10,00	6,43	13	155,5
330	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18	4	4	1,00	3,89	16	25,7
331	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	16	165	10,31	11,25	180	91,7
332	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	19	138	7,26	7,52	143	96,6
333	OTROS DIAG. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18	3	6	2,00	7,30	22	27,4
334	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	11	206	18,73	16,38	180	114,3
335	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	42	516	12,29	13,15	552	93,4
336	PRÓSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	27	251	9,30	11,48	310	81,0
337	PRÓSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	135	1.056	7,82	8,47	1.143	92,4
338	PROCED. SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA	6	78	13,00	7,57	45	171,7

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
339	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	39	237	6,08	4,23	165	143,7
340	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	16	41	2,56	2,70	43	94,9
341	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	17	88	5,18	5,38	91	96,2
342	CIRCUNCISION EDAD>17	24	31	1,29	2,04	49	63,3
343	CIRCUNCISION EDAD<18	39	44	1,13	1,80	70	62,7
344	OTROS PQ AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	3	28	9,33	13,06	39	71,5
345	OTROS PQ DE AP.GENITAL MASC. EXCEPTO PARA NEOPLASIA MALIGNA	1	35	35,00	9,43	9	371,2
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., CON CC	6	42	7,00	13,46	81	52,0
347	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., SIN CC	4	43	10,75	7,81	31	137,6
348	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	2	11	5,50	7,29	15	75,4
349	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	2	17	8,50	4,97	10	171,0
350	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	8	50	6,25	5,63	45	111,0
351	ESTERILIZACION, VARON	13	13	1,00	1,59	21	62,9
352	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	12	16	1,33	3,30	40	40,4
353	EVISC.PELVICA.HISTERECT.RADICAL Y VULVECT.RADICAL	26	355	13,65	18,20	473	75,0
354	PROC.UTERO,ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. CON CC	3	83	27,67	17,69	53	156,4
355	PROC.UTERO,ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. SIN CC	7	52	7,43	12,64	88	58,8
356	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	44	459	10,43	8,83	389	118,1
357	PROC. UTERO Y ANEJOS NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	6	63	10,50	17,38	104	60,4
358	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. CON CC	22	206	9,36	10,43	229	89,8
359	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. SIN CC	243	1.385	5,70	8,26	2.007	69,0
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX Y VULVA	44	128	2,91	3,96	174	73,5
361	INTERRUP. TUBARICA POR LAPAROSCOPIA Y LAPAROTOMIA	36	117	3,25	3,46	125	93,9
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	9	14	1,56	2,03	18	76,6
363	DILAT.Y LEGRADO, CONIZ. Y RADIO-IMPLANTE NEOPLASIA MALIG.	95	150	1,58	4,83	459	32,7
364	DILAT.Y LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	71	137	1,93	2,73	194	70,7
365	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	7	77	11,00	14,67	103	75,0
366	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., CON CC	12	188	15,67	14,78	177	106,0
367	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., SIN CC	12	52	4,33	7,29	87	59,4
368	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO	8	51	6,38	6,08	49	104,9
369	TRAST. MENSTRUALES Y OTROS PROBL. AP.GEN.FEMENINO	62	154	2,48	3,76	233	66,1
370	CESAREA, CON COMPLICACIONES	6	45	7,50	9,18	55	81,7
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	88	645	7,33	8,16	718	89,8
372	PARTO CON COMPLICACIONES	78	241	3,09	3,90	304	79,2

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
373	PARTO SIN COMPLICACIONES	354	1.074	3,03	3,27	1.158	92,8
374	PARTO CON ESTERILIZACION Y/O DILATACION Y LEGRADO	4	24	6,00	5,35	21	112,1
375	PARTO CON PQ EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACION	2	4	2,00	4,39	9	45,6
376	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO SIN PQ	3	8	2,67	4,46	13	59,8
377	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO CON PQ	1	2	2,00	3,45	3	58,0
378	EMBARAZO ECTOPICO	11	80	7,27	6,98	77	104,2
379	AMENAZA DE ABORTO	14	57	4,07	4,43	62	91,9
380	ABORTO SIN DILATACION Y LEGRADO	9	17	1,89	3,15	28	60,0
381	ABORTO CON DILAT.Y LEGRADO,ASPIRAC.O HISTEROTOMIA	98	150	1,53	2,37	232	64,6
382	FALSO TRABAJO DE PARTO	8	13	1,63	2,37	19	68,6
383	OTROS DIAG. ANTEPARTO CON COMPLICACIONES MEDICAS	19	97	5,11	3,97	75	128,6
384	OTROS DIAG. ANTEPARTO SIN COMPLICACIONES MEDICAS	12	46	3,83	4,22	51	90,8
392	ESPLENECTOMIA EDAD>17	5	58	11,60	13,43	67	86,4
394	OTROS PQ HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	31	93	3,00	8,42	261	35,6
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	83	813	9,80	9,20	764	106,5
397	TRASTORNOS DE COAGULACION	35	170	4,86	8,04	281	60,4
398	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS CON CC	48	477	9,94	10,13	486	98,1
399	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS SIN CC	13	93	7,15	7,04	92	101,6
400	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROCED. QUIRURGICO MAYOR	18	183	10,17	16,92	305	60,1
401	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ CON CC	2	55	27,50	23,97	48	114,7
402	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ SIN CC	25	164	6,56	13,55	339	48,4
403	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	20	383	19,15	14,70	294	130,3
404	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	54	500	9,26	9,37	506	98,8
407	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON PQ MAYOR SIN CC	3	49	16,33	16,07	48	101,6
408	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PQ	82	152	1,85	9,11	747	20,3
409	RADIOTERAPIA	66	375	5,68	7,89	521	72,0
410	QUIMIOTERAPIA	672	3.614	5,38	4,19	2.816	128,4
413	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. CON CC	4	46	11,50	16,17	65	71,1
414	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. SIN CC	8	40	5,00	10,74	86	46,6
415	PQ POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	14	212	15,14	16,52	231	91,7
416	SEPTICEMIA EDAD>17	39	373	9,56	12,34	481	77,5
417	SEPTICEMIA EDAD<18	3	10	3,33	8,87	27	37,6
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS Y POSTRAUMATICAS	16	164	10,25	10,88	174	94,2
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	12	126	10,50	9,62	115	109,1
420	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	11	97	8,82	8,86	97	99,5
421	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	2	45	22,50	8,23	16	273,4

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
422	ENF. VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	41	136	3,32	4,51	185	73,5
423	OTROS DIAG.DE ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA	14	156	11,14	11,57	162	96,3
425	REACCION ADAPTAC.AGUDA Y TRAST.DISFUNC. PSICOSOC.	12	151	12,58	9,71	117	129,6
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	14	119	8,50	12,03	168	70,7
427	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	1	2	2,00	10,66	11	18,8
428	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS	2	28	14,00	11,90	24	117,6
429	ALTERACIONES ORGANICAS Y RETRASO MENTAL	17	266	15,65	16,37	278	95,6
430	PSICOSIS	19	288	15,16	18,79	357	80,7
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	129	132	1,02	8,95	1.155	11,4
439	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	1	6	6,00	16,86	17	35,6
442	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA CON CC	2	47	23,50	17,82	36	131,9
443	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA SIN CC	44	514	11,68	9,46	416	123,5
444	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULTIPLES EDAD>17 CON CC	1	60	60,00	9,65	10	621,8
445	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULTIPLES EDAD>17 SIN CC	4	12	3,00	6,38	26	47,0
446	LESIONES DE LOCAL. NO ESPECIF. O MULTIPLE EDAD<18	1	1	1,00	4,18	4	23,9
447	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	1	1	1,00	4,50	5	22,2
449	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	17	161	9,47	8,74	149	108,4
450	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	11	64	5,82	5,25	58	110,8
451	ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	6	13	2,17	2,58	15	84,0
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	6	41	6,83	9,74	58	70,2
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	12	109	9,08	6,96	84	130,5
455	OTROS DIAG. LESION, ENVENEN. Y EFECTO TOXICO SIN CC	3	3	1,00	4,44	13	22,5
458	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON INJERTO DE PIEL	1	7	7,00	24,03	24	29,1
460	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN PROCED. QUIRURGICO	1	9	9,00	8,25	8	109,1
461	PQ CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVIC.SANITAR.	13	35	2,69	11,65	151	23,1
462	REHABILITACION	1	13	13,00	43,79	44	29,7
463	SIGNOS Y SINTOMAS CON CC	22	151	6,86	10,94	241	62,7
464	SIGNOS Y SINTOMAS SIN CC	172	924	5,37	5,70	980	94,2
466	CUIDADOS POST.SIN HIST. NEOPLASIA MALIGNA COMO DIAG. SEC.	49	168	3,43	5,77	283	59,4
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	194	453	2,34	6,45	1.251	36,2
468	PQ EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAG. PRINCIPAL	51	1.089	21,35	17,58	897	121,5
470	NO AGRUPABLE	32	337	10,53	10,49	336	100,4
471	PROC.MAYORES ARTICULAC. M.INFERIOR, BILAT.O MULTIPLES	3	200	66,67	32,50	98	205,1
477	PQ NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	17	188	11,06	11,40	194	97,0
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES	50	869	17,38	16,95	848	102,5

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
	CON CC						
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	42	690	16,43	13,50	567	121,7
481	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA	20	548	27,40	32,06	641	85,5
482	TRAQUEOSTOMIA CON TRAST. BOCA, LARINGE O FARINGE	6	99	16,50	24,77	149	66,6
483	TRAQUEOSTOMIA, EXCEPTO TRAST. BOCA, LARINGE O FARINGE	14	705	50,36	50,36	705	100,0
491	PROC. MAYORES REIMPL. ARTICULAC. Y M. EXTR. SUPERIOR	4	61	15,25	15,07	60	101,2
530	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	20	587	29,35	37,31	746	78,7
531	PROC. S. NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	9	176	19,56	60,96	549	32,1
532	AIT, OCLUS. PRECER., CONVUL. Y CEFALEA CON CC MAYOR	16	128	8,00	13,30	213	60,2
533	OTROS S. NERVIOSO EXCEPTO AIT, CONVUL. Y CEF. CON CC MAYOR	53	1.059	19,98	21,32	1.130	93,7
534	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	6	31	5,17	8,16	49	63,3
535	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR	7	58	8,29	17,89	125	46,3
536	PROC. ORL Y BUCALES EXCEPTO PROC. MAYOR CABEZA Y CUELLO	8	21	2,63	11,86	95	22,1
537	TRAST. BUCALES Y ORL CON CC MAYOR	7	49	7,00	12,05	84	58,1
538	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	19	359	18,89	25,28	480	74,7
539	PROC. RESP. EXCEPTO PROC. TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	7	222	31,71	22,83	160	138,9
540	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. CON CC MAYOR	9	173	19,22	19,40	175	99,1
541	TRAST. RESP. EXCEPTO INFECC., BRONQ., ASMA CON CC MAYOR	167	1.761	10,54	13,10	2.188	80,5
542	BRONQUITIS Y ASMA CON CC MAYOR	8	102	12,75	9,95	80	128,1
543	TRAST. CIRC. EXCEPTO IAM, ENDOC., ICC Y ARRIT. CON CC MAYOR	40	578	14,45	14,55	582	99,3
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	54	790	14,63	13,30	718	110,0
545	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	57	1.565	27,46	32,58	1.857	84,3
546	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	56	1.107	19,77	27,44	1.537	72,0
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	7	180	25,71	23,40	164	109,9
548	IMPLANTAC. O REVISION DE MARCAPASOS CON CC MAYOR	9	125	13,89	15,10	136	92,0
549	PROCED. CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	20	577	28,85	33,36	667	86,5
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	21	423	20,14	20,59	432	97,8
551	ESOFAG., GASTROENT. Y ULCERA NO COMPLIC. CON CC MAYOR	18	226	12,56	13,28	239	94,5
552	TRAST. DIG. EXCEPTO ESOF., GASTRO. Y ULC. N COMP. CON CC MAY	61	717	11,75	15,47	944	76,0
553	PROC. AP. DIGEST. EXCEPTO HERNIA Y PROC. MAYOR ESTOMAGO	9	134	14,89	19,35	174	76,9
554	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	3	20	6,67	14,80	44	45,0
555	PROC. PANCREAS, HIGADO Y OTROS VIA BILIAR EXCEPTO TRASPL. HEPATICO CON CC MAYOR	5	121	24,20	35,70	179	67,8

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSAL UD V10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
556	COLECISTECT. Y OTROS PROC. HEPATOBIL. CON CC MAYOR	15	320	21,33	18,64	280	114,4
557	TRAST. HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	94	1.481	15,76	16,04	1.508	98,2
558	PROC.MUSC.ESQ.MAYOR EXCEPTO ARTIC.MAYOR BILAT. O MULTIPLE CON CC MAYOR	25	1.137	45,48	30,07	752	151,2
559	PROC. MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	15	362	24,13	24,74	371	97,5
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXCEPTO OSTEOMIEL.,ART. SEPTICA Y TRAST. TEJ.CONEC. CON CC MAYOR	10	78	7,80	18,42	184	42,3
561	OSTEOM.,ARTRITIS SEP.Y TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	4	65	16,25	22,65	91	71,7
562	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR	3	35	11,67	21,54	65	54,2
563	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	3	64	21,33	14,38	43	148,4
564	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR	4	73	18,25	26,90	108	67,8
565	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. Y METAB. EXCEPTO AMPUTACION	3	33	11,00	21,88	66	50,3
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. Y METAB. EXCEPTO TRAST. DE INGESTA CON CC MAYOR	15	313	20,87	15,19	228	137,4
567	PROC.RIÑON Y TRACTO URIN. EXCEPTO TRASPL. RENAL CON CC MAYOR	20	509	25,45	28,03	561	90,8
568	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	7	131	18,71	14,84	104	126,1
569	TRAST. RIÑON Y TRACTO URIN. EXCEPTO INSUFIC.RENAL CO	25	264	10,56	13,74	344	76,9
570	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	3	67	22,33	14,25	43	156,7
571	PROC. APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	12	190	15,83	17,20	206	92,1
572	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	1	9	9,00	14,37	14	62,6
573	PROC.NO RADICALES APAR. GENITAL FEM. CON CC MAYOR	10	191	19,10	14,61	146	130,7
574	TRAST. SANGRE, ORG.HEMOPOY. E INMUNOL. CON CC MAYOR	22	204	9,27	15,37	338	60,3
575	PROC. SANGRE, ORG. HEMOPOY. E INMUNOL. CON CC MAYOR	4	85	21,25	25,92	104	82,0
576	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	13	430	33,08	29,75	387	111,2
577	TRAST. MIELOPROLIF. Y NEO. MAL DIFERENC. CON CC MAYOR	52	201	3,87	15,91	827	24,3
578	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	11	266	24,18	22,41	247	107,9
579	PROC.LINFOMA,LEUCEMIA Y TRAST.MIELOPROLIF. CON CC MAYOR	5	135	27,00	35,47	177	76,1
580	INFECC.Y PARASITOSIS SIST.EXCEPTO SEPTIC. CON CC MAYOR	6	69	11,50	17,58	105	65,4
582	LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	7	73	10,43	10,88	76	95,9
583	PROC. PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLES CON CC MAYOR	2	73	36,50	27,45	55	133,0
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	10	76	7,60	13,20	132	57,6
585	PROC. MAYOR ESTOMAGO, ESOFAGO, DUODENO, I. DELGADO Y GRUESO CON CC MAYOR	39	941	24,13	26,51	1.034	91,0
607	NEONATO, PESO 1000-1499 G, SIN PQ SIGN.,ALTA VIDA	2	2	1,00	48,71	97	2,1
617	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G,	1	7	7,00	21,70	22	32,3

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
	SIN PQ SIGNIF. CON MULTIPLES PROB. MAYORES						
618	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON PROB. MAYORES	2	12	6,00	14,63	29	41,0
620	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON DCO NEONATO NORMAL	3	13	4,33	9,05	27	47,9
623	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PQ SIGNIF. SIN MULTIPLES PROB. MAYORES	1	1	1,00	18,63	19	5,4
624	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCED. ABDOMINALES MENORES	1	1	1,00	8,46	8	11,8
626	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON MULTIPLES PROB. MAYORES	3	29	9,67	15,39	46	62,8
627	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON PROB. MAYORES	37	148	4,00	8,84	327	45,2
628	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON PROB. MENORES	14	88	6,29	6,93	97	90,7
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON DCO NEONATO NORMAL	44	186	4,23	3,74	165	113,0
630	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN PQ SIGNIF. CON MULTIPLES OTROS PROBLEMAS	4	15	3,75	3,98	16	94,2
637	NEONATO, EXITUS PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO	1	1	1,00	0,38	0	263,2
639	NEONATO, TRASLADADO <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	1	2	2,00	2,35	2	85,1
650	CESAREA DE ALTO RIESGO CON CC	1	7	7,00	11,37	11	61,6
651	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	2	16	8,00	9,46	19	84,6
652	PARTO VAGINAL ALTO RIESGO CON ESTERILIZ. Y/O D+L	1	4	4,00	5,74	6	69,7
702	VIH CON ENF. SNC RELACIONADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	1	42	42,00	22,78	23	184,4
705	VIH CON NEOPLASIA MALIGNA RELACIONADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	34	449	13,21	22,75	774	58,0
707	INFECCION RELACIONADA CON VIH, CON USO OPIACEOS, EDAD>12	20	252	12,60	16,85	337	74,8
708	INFECCION RELACIONADA CON VIH, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	125	1.772	14,18	19,16	2.395	74,0
710	VIH CON OTRA CONDICION RELACIONADA, CON USO OPIACEOS, EDAD>12	1	7	7,00	10,57	11	66,2
711	VIH CON OTRA CONDICION RELACIONADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	20	205	10,25	12,33	247	83,1
713	VIH SIN CONDICION RELACIONADA ESPECIFICADA, CON USO OPIACEOS, EDAD>12	1	4	4,00	10,18	10	39,3
714	VIH SIN CONDICION RELACIONADA ESPECIFICADA, SIN USO OPIACEOS, EDAD>12	17	310	18,24	14,67	249	124,3
731	PROC.COLUMNA,CADERA,FEMUR O MIEMB.TRAUMA MULTIPLES SIG	1	14	14,00	32,32	32	43,3
732	OTROS PQ PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	1	6	6,00	24,39	24	24,6
733	DIAG.TRAUMA MULTIPLES SIGNIF. CABEZA,TORAX Y M.INF.	3	26	8,67	16,94	51	51,2
739	CRANEOTOMIA EDAD<18 SIN CC	5	35	7,00	15,38	77	45,5
740	FIBROSIS QUISTICA	1	26	26,00	14,57	15	178,4

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSALUD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
744	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	1	10	10,00	9,40	9	106,4
749	ABUSO O DEPEND. DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	1	1	1,00	6,72	7	14,9
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	3	41	13,67	11,43	34	119,6
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	8	95	11,88	8,49	68	139,9
753	REHABILITACION PARA TRAST. COMPULSIVO NUTRICIONAL	2	23	11,50	30,45	61	37,8
755	FUSION VERTEBRAL CON CC	2	58	29,00	25,87	52	112,1
756	FUSION VERTEBRAL SIN CC	11	241	21,91	18,59	204	117,9
757	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL CON CC	11	413	37,55	18,12	199	207,2
758	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXCEPTO FUSION ESPINAL SIN CC	133	1.452	10,92	12,09	1.608	90,3
761	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 HORA	6	86	14,33	11,99	72	119,5
762	CONMOCION, LESION INTRACR. COMA < 1 HORA O SIN COMA EDAD < 18	25	44	1,76	2,46	62	71,5
763	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 HORA, EDAD < 18	1	3	3,00	4,24	4	70,8
764	CONM., LES. INTRACR. COMA < 1 HORA O SIN COMA EDAD > 17 CON CC	5	73	14,60	7,72	39	189,1
765	CONM., LES. INTRACR. COMA < 1 HORA O SIN COMA EDAD > 17 SIN CC	12	93	7,75	4,18	50	185,4
766	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA < 1 HORA, EDAD > 17 CON CC	5	99	19,80	14,25	71	138,9
767	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA < 1 HORA, EDAD > 17 SIN CC	17	188	11,06	9,76	166	113,3
769	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD < 18 SIN CC	23	108	4,70	4,62	106	101,6
771	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. EDAD < 18 SIN CC	2	11	5,50	8,09	16	68,0
773	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD < 18 SIN CC	24	157	6,54	6,24	150	104,8
774	BRONQUITIS Y ASMA EDAD < 18 CON CC	4	36	9,00	6,95	28	129,5
775	BRONQUITIS Y ASMA EDAD < 18 SIN CC	57	228	4,00	4,85	276	82,5
776	ESOF., GASTROENT. Y TRAST. DIG. MISCEL. EDAD < 18 CON CC	11	39	3,55	5,62	62	63,1
777	ESOF., GASTROENT. Y TRAST. DIG. MISCEL. EDAD < 18 SIN CC	183	528	2,89	3,85	705	74,9
779	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD < 18 SIN CC	1	1	1,00	3,37	3	29,7
780	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD < 18 CON CC	6	107	17,83	23,02	138	77,5
781	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD < 18 SIN CC	30	125	4,17	8,09	243	51,5
782	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD > 17 CON CC	15	437	29,13	23,35	350	124,8
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD > 17 SIN CC	14	250	17,86	15,13	212	118,0
785	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD < 18	6	51	8,50	6,44	39	132,0
786	PROC. MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	35	635	18,14	28,10	984	64,6
788	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPL. BILIAR	104	473	4,55	5,49	571	82,8
789	REIMPL. MAYOR ARTIC. Y M. EXTR. INFERIOR CON INFECC.	5	304	60,80	26,65	133	228,1
791	DESBRID. HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	1	1	1,00	15,21	15	6,6

GRD AP 10	DESCRIPCION	CASOS	ESTANCIAS	EM V10 FJD	EM INSAL UD v10	ESTANC. EN INSALUD CON CASE MIX FJD	% ESTANC. FJD / INSALUD
793	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXCEPTO CRANEOTOMIA	2	128	64,00	33,55	67	190,8
	TOTAL	20.364	160.924	7,90	9,43	192.079	83,8



BIBLIOTECA