

Altas en Contra de la Opinión Clínica (A.C.O.C.) de toxicómanos activos en una unidad de enfermos infecciosos: Análisis económico

Julia González, Gloria Díaz, M^a Angeles Torre, Mercedes Galbaldón, Teresa Mora, Nuria Mira, Margarita Ramírez, Pascual Balsalobre. HGU "Gregorio Marañón". Madrid

RESUMEN

El abandono de las recomendaciones y los cuidados sanitarios en contra del consejo sanitario es una contrariedad que eventualmente ocurre en el ejercicio del profesional sanitario. En un estudio piloto realizado en la unidad de Enfermedades Infecciosas del HGU Gregorio Marañón durante los cinco primeros meses de 1998, la incidencia de Altas en Contra de la Opinión Clínica (ACOC) fue 12,3 veces superior a la media hospitalaria (7,03% vs 0,57%). Los pacientes implicados en este tipo de evento eran toxicómanos activos, que sufrían procesos infecciosos agudos sobre la base de la infección por VIH y/o una politoxicomanía, y el 42% de ellos volvían al hospital en un plazo inferior a 15 días. El equipo investigador se planteó estudiar este problema bajo la siguiente hipótesis de trabajo: El Alta en Contra de la Opinión Clínica, además de suponer consecuencias nocivas para el propio paciente y la salud pública, supone un encarecimiento del coste/estancia del paciente.

El Objetivo principal de este trabajo es establecer la desviación económica en el coste/estancia entre el grupo de pacientes toxicómanos activos con ACOC y Alta Normal (AN). Se trata de un estudio observacional y prospectivo. Los sujetos de estudio son 284 toxicómanos activos ingresados en la citada unidad entre el 1-10-99 y el 30-9-00. Las Variables de estudio recogidas son: 1. Sociodemográficas: Iniciales, edad, sexo y nº de historia. 2. Clínicas: Diagnóstico médico al alta, diagnóstico médico al reingreso. 3. Administrativas: Grupo de diagnósticos relacionados (GDR), fecha de ingreso, fecha de alta, fecha de reingreso, tipo de reingreso y coste estimado del episodio. Todos los episodios se agruparon por tipo de alta y GDR. Posteriormente se calculó el coste/estancia corregido por GDR, procediéndose al análisis de las desviaciones intra-GDR para los grupos de AN y ACOC.

Resultados: En torno al 90% de los episodios de ingreso fueron agrupados en 6 GDR: 714 (47.92%), 541 (8.85%), 709 (8.85%), 710 (7.81%), 101 (7.29%) y 715 (7.29%). La neumonía en VIH+ (GRD 714) fue el motivo de ingreso más importante. La desviación global ponderada en el coste/estancia corregido fue del 29,44% (más caro en el grupo con ACOC).

PALABRAS CLAVE: ACOC, alta voluntaria, alta por fuga, enfermos infecciosos, toxicómano, gestión sanitaria

ABSTRACT

Giving up health recommendations and care against medical advice is a setback that may happen in daily health work. In a pilot study made at the Department of Infectious Diseases in Hospital Gregorio Marañón (Madrid, Spain), during the first five months in 1998, the incidence of leaving against medical advice was 12,3 times higher than the mean in that hospital (7,03% vs 0,57%). Patients involved in this kind of event were drug abusers with acute infectious problems in a HIV primary infection or a multiple drug dependency. 42% of this patients returned to the hospital in the next 15 days. The research group thought out to study this problem under this hypothesis: Leaving against medical advice, besides having harmful consequences for the patient and the public health, produces an increase in the cost and the stay of the patient in hospital.

The main objective of the research was to set up the economic the deviation in the cost/stay of a group of patients that had left against medical advice or in a regular process. It is a prospective and observational study. We studied 284 drug abusers staying in the Department of Infectious Diseases between Oct, 1st, 1999 and Sept, 30th, 2000. The research variables were: 1. Sociodemographic: Initials, , age, sex, and history number. 2. Clinical: Leaving medical diagnosis, returning medical diagnosis. 3. Administrative: Group of Related Diagnosis (GRD), admission date, leaving date, returning date and estimated cost of the episode. All episodes were grouped by kind of leaving and GRD. The cost/stay was calculated adjusted to GRD, and the deviations inside GRD were analyzed in the regular leaving group and the leaving against medical advice group.

Results: Around 90% admission episodes were grouped in 6 GRD: 714 (47.92%), 541 (8.85%), 709 (8.85%), 710 (7.81%), 101 (7.29%) y 715 (7.29%). The Pneumonia in HIV (GRD 714) caused the majority of the admissions. Global deviation adjusted to cost/stay was 29,44% (more expensive in the leaving against medical advice group).

KEY WORDS: Living AMA, discharges AMA, infectious patients, drug abuser, hospital financial management

INTRODUCCION

El abandono de las recomendaciones y los cuidados sanitarios en contra del consejo sanitario es una contrariedad que eventualmente ocurre en el ejercicio del profesional sanitario. Dicho evento es definido administrativamente como *Alta Voluntaria o Alta por Fuga*, existiendo como única diferencia entre ambas terminologías el hecho de que en el primer caso el enfermo, que abandona la institución sin la autorización del facultativo responsable, asume explícitamente la responsabilidad sobre las consecuencias que se puedan derivar de su acción. En el estudio de este fenómeno, el equipo investigador ha considerado la conveniencia de agrupar ambos términos bajo una única denominación: **Alta en Contra de la Opinión Clínica**, en un intento además de reconocer el papel del resto de profesionales sanitarios que, si bien no tienen capacidad legal para firmar el alta de un paciente, si participan activamente en el intento de inducir un cambio de actitud en el paciente que quiere abandonar la institución de forma voluntaria y en la documentación administrativa de dicho evento¹.

En un análisis retrospectivo en el Servicio de Enfermos Infecciosos del HGU Gregorio Marañón se encontró una incidencia de ACOC del 7.03% respecto al número total de ingresos (toxicómanos o no). La incidencia media hospitalaria de dicho fenómeno en el mismo período de estudio fue del 0.57%. Si bien en el caso de dicha unidad los enfermos solían presentar procesos infecciosos agudos sobre la base de la infección por VIH y/o una politoxicomanía asociada, los episodios de ACOC en el resto de usuarios del hospital estaban relacionados con pacientes terminales, puerperas o pacientes quirúrgicos que rehusaban la intervención para la que habían sido ingresados.

Datos parecidos a esta segunda situación han sido encontrados en la bibliografía. Un estudio realizado en el St. Vicent Hospital de Melbourne² refleja una incidencia anual de ACOC del 1.5%, con una media de edad de los pacientes que la solicitaban de 60 años. El seguimiento de dichos pacientes concluyó que la supervivencia media de los mismos fuera del hospital era aproximadamente de un mes, lo que, unido a la alta edad media anteriormente citada, hacía pensar en una elevada incidencia de procesos terminales en la población de estudio.

En el caso de los enfermos toxicómanos ingresados por un proceso infeccioso agudo, además de los riesgos para la salud pública por la alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas como la tuberculosis, el fenómeno del ACOC se asocia a un incremento innecesario en el consumo de recursos. Dicha desviación en el gasto sanitario está relacionada con una alta tasa de reingreso. Se trata de pacientes que no sólo vuelven sino que además lo hacen más deteriorados, a los que hay que repetir pruebas diagnósticas (sobrecargando innecesariamente el servicio de Urgencias), y en los que los costosos tratamientos antibióticos, además de haber sido inefectivos, pueden haber quedado inutilizados por el alto riesgo de resistencias microbianas asociadas a un tratamiento antibiótico subóptimo.

De lo anteriormente expuesto se puede deducir que este tipo de práctica tiene un elevado coste económico y social. Si tenemos en cuenta la posibilidad de que el abandono precoz del régimen de hospitalización esté muy condicionado por la dependencia de drogas, una intervención encaminada a invertir esta situación, aunque solo dure lo que el ingreso, puede ser tanto rentable para las arcas del sistema sanitario como para la salud pública y del enfermo³.

La Ley General de Sanidad contempla la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva en su capítulo V, permitiendo la inmovilización de productos y personas en el caso de que exista un riesgo inminente y extraordinario para la salud. Pero en su artículo 28 establece algunos principios que regirán esta actuación preventiva: preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias, no se podrán ordenar medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida, las limitaciones sanitarias deberán ser proporcionadas a los fines que en cada caso se persigan y se deberán utilizar las medidas que menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y los bienes. Igualmente, en la "Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios de la Sanidad Pública, recogida en la misma Ley, se contempla el derecho del paciente a negarse al tratamiento, debiendo, para ello, solicitar el *Alta Voluntaria*⁴. De este modo, la falta de consenso legal que conjugue el derecho a la autonomía del usuario con la protección de la Salud Pública y la eficiencia en la gestión de los recursos impide que el requerimiento de la autoridad judicial sea una medida eficaz para evitar la marcha prematura de un enfermo con una patología con riesgo social y alta probabilidad de reingreso precoz. En cualquier caso, las medidas coercitivas deben ser el último recurso, procurando de forma prioritaria intervenciones preventivas que minimicen este problema.

En la revisión bibliográfica sobre el tema no se han encontrado estudios que aborden las consecuencias para la economía y la gestión sanitaria del ACOC en general y en el caso de toxicómanos activos ingresados por procesos agudos en particular. Probablemente haya suscitado mayor interés el abandono de los tratamientos de desintoxicación en unidades psiquiátricas dedicadas a tal efecto, aunque tampoco con una orientación económica^{5,6}.

Con estos antecedentes, nuestro grupo de investigación se planteó como objetivo de investigación establecer la desviación económica en el coste/estancia entre el grupo de pacientes toxicómanos activos con ACOC y el grupo con Alta Nomal (AN).

BIBLIOGRAFIA

1. Calfee BE "Documenting an AMA discharge". Nursing. 1996; 10: 17
2. O'Hara D, Hart W, McDonal I. "Leaving hospital against medical advice". Journal Qual Clin Pract. 1996; 16: 157-64
3. Balsalobre P, González J, Ramírez M et al. "Epidemiología de las Altas en Contra de la Opinión Clínica (ACOC)". Metas de Enfermería 2003; 57: 50-56
4. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Ley General de Sanidad
5. Pérez de los Cobos J, Trujols J, Ribalta E. "Cocaine use immediately prior to entry in an inpatient heroin detoxification unit as a predictor of discharges against medical advice". Am J Drug Alcohol Abuse. 1997; 23: 267-79
6. Maddux DP, Desmond M. "Rapid admisión and retention on methadone" American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1995; 21: 533-47
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud". 1999

PACIENTES Y MÉTODOS

Con objeto de dar respuesta a la pregunta planteada diseñamos un estudio observacional y prospectivo. El ámbito de estudio fue la Unidad de Infecciosos y el Departamento de Urgencias del HGU "Gregorio Marañón", siendo definidos los sujetos de estudio como los *toxicómanos activos ingresados en la Unidad de Infecciosos del HGU "Gregorio Marañón" durante el período anual comprendido entre 1/Oct/ 99 y 30/Sep/00*. Consideramos **toxicómano activo** aquel que había consumido heroína y/o cocaína en la semana previa a su ingreso en la unidad de hospitalización. Esta información fue recogida a partir de la historia clínica o la entrevista con el paciente.

Como unidad de estudio consideramos los **Episodios de ingreso (EI)** de cada uno de los sujetos de estudio, definido como el *período comprendido entre el momento de ingreso y su alta médica* (Fig. 1).

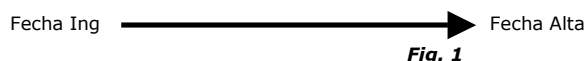


Fig. 1

En el caso de pacientes con ACOC este período dependió de la existencia o no de **Reingreso Clínico (RC)**, entendido como el *registro de novo del paciente en el Servicio de Admisión del hospital en los 15 días siguientes al ACOC (Reingreso Administrativo) y con diagnóstico clínico similar o relacionado con el presente en el momento de su marcha prematura*:

- A. **Sin RC:** Desde la fecha de ingreso hasta la fecha de ACOC. (Fig. 1.1)

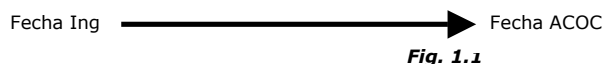


Fig. 1.1

- B. **Con RC:** Todas las estancias generadas por el sujeto de estudio desde su ingreso hasta que fue dado de alta por un facultativo (excluyendo los períodos intermedios en los que no estuvo ingresado). (Fig. 1.2)

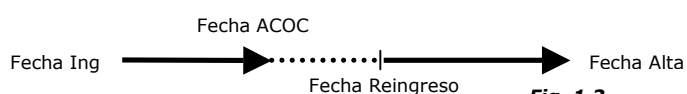
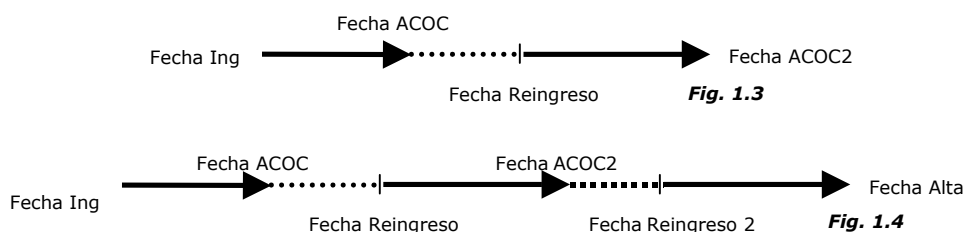


Fig. 1.2

- C. **Pacientes con ACOC, RC y reincidencia de ACOC con o sin RC:** Todas las estancias generadas por el sujeto desde su ingreso en el hospital hasta la fecha del último ACOC (Fig. 1.3) o alta facultativa (Fig. 1.4) (excluyendo los períodos intermedios en los que no estuvo ingresado).



Variables de estudio:

1. Sociodemográficas
 - Iniciales
 - Edad
 - Sexo
 - Nº historia clínica
2. Clínicas
 - Diagnóstico médico al alta (AN ó ACOC)
 - Diagnóstico médico al reingreso
3. Administrativas
 - Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR) de cada EI
 - Coste-estancia por GDR
 - Fecha de ingreso
 - Fecha de alta
 - Tipo de alta (*Normal/ACOC*)
 - Fecha de reingreso
 - Tipo de reingreso (*Clínico/Administrativo*)

Una vez identificados los casos de toxicomanía activa entre los sujetos ingresados en la Unidad de Infecciosos del HGU "Gregorio Marañón" se procedió a la recogida de la información referente a las variables sociodemográficas. Posteriormente se hizo un seguimiento de los sujetos de estudio hasta el alta, registrando la fecha y el tipo de la misma. En los casos de ACOC el seguimiento se prolongó durante 15 días mas con objeto de identificar los casos de reingreso y, en caso de producirse, monitorizar la evolución del paciente de cara a nuevos eventos de ACOC/reingreso que pudieran agruparse dentro de un mismo EI.

Una vez cerrada la inclusión de sujetos en el estudio se procedió a identificar el GDR⁷ de cada uno de los EI y al cálculo del coste-estancia para cada uno de los GDR identificados en los grupos de ACOC y AN.

Teniendo en cuenta que el coste/estancia por GDR se calcula a partir del total de las estancias anuales originadas por cada GDR en la institución y que el período de estudio abarcó los años 1999 y 2000, tal parámetro tuvo que ser recalculado a partir de los 2 valores de los que se disponía para cada uno de los años. Este cálculo fue ponderado en función de las estancias para cada GDR correspondientes a los sujetos de estudio en cada uno de los períodos anuales.

Análisis de los datos

Para el grupo de **pacientes con AN** el único ajuste que hubo que hacer fue el citado con anterioridad y relacionado con el diferente coste-estancia por GDR en función del año en el que se produjese el EI. A partir del coste/estancia establecido en nuestra institución para cada GDR en los años 99 y 00 y el número de estancias asociado al EI, se estimó el **Coste** de cada **Episodio de Ingreso (CEI)**. (Fig. 2)



Fig. 2

Posteriormente se agruparon todos los casos por GDR y se obtuvo un **coste corregido por estancia** ajustado al número de estancias que cada GDR había generado entre los sujetos de estudio. Para ello se dividió el sumatorio del coste de todos los episodios de ingreso relacionados con un GDR por el número de estancias asociadas al mismo. (Fig. 2.1)

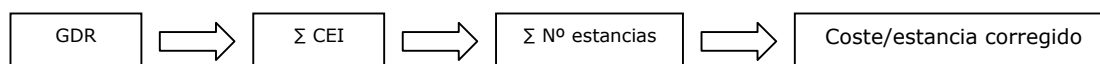


Fig. 2.1

En el caso de **pacientes con ACOC** en primer lugar se procedió a recalcular el GDR en el momento de su alta, con objeto de evitar la homogeneidad que confiere al mismo el criterio administrativo de *Alta Voluntaria* ó *Alta por fuga*, utilizando exclusivamente el resto de variables que conforman cada uno de los GDR. Posteriormente, con objeto de calcular el **CEI** de cada uno de los sujetos con ACOC se segregó a los mismos en 4 grupos:

1. **Pacientes con ACOC sin reingreso clínico:** El **CEI** fue calculado de acuerdo al esquema explicado para los pacientes con AN. (Fig. 3.1)

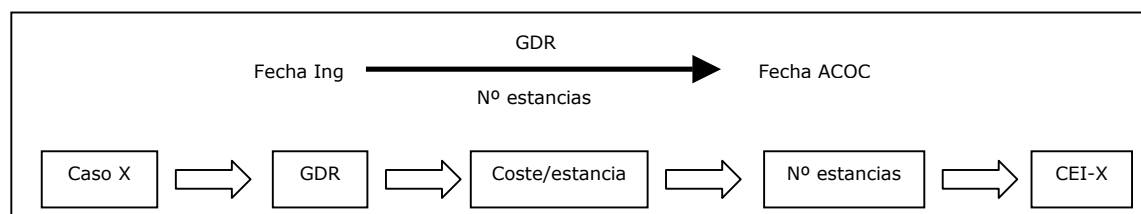


Fig. 3.1

2. **Pacientes con ACOC y reingreso clínico en el Servicio de Urgencias:** El CEI fue calculado de acuerdo al esquema anterior sumando al mismo el coste de la asistencia en Urgencias facturado por el hospital para pacientes que no son ingresados en planta (18526 pts en 1999 y 19312 pts en 2000). (Fig. 3.2)

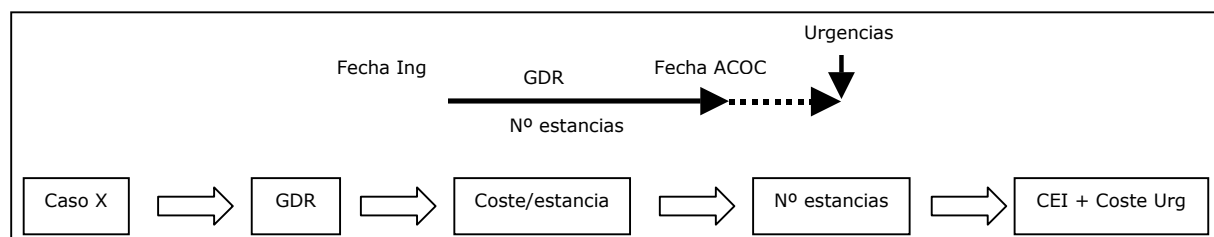


Fig. 3.2

3. **Pacientes con ACOC y reingreso clínico en la unidad de hospitalización:** El CEI se calculó a partir de la suma de cada uno de los sub-episodios de ingreso. (Fig. 3.3)

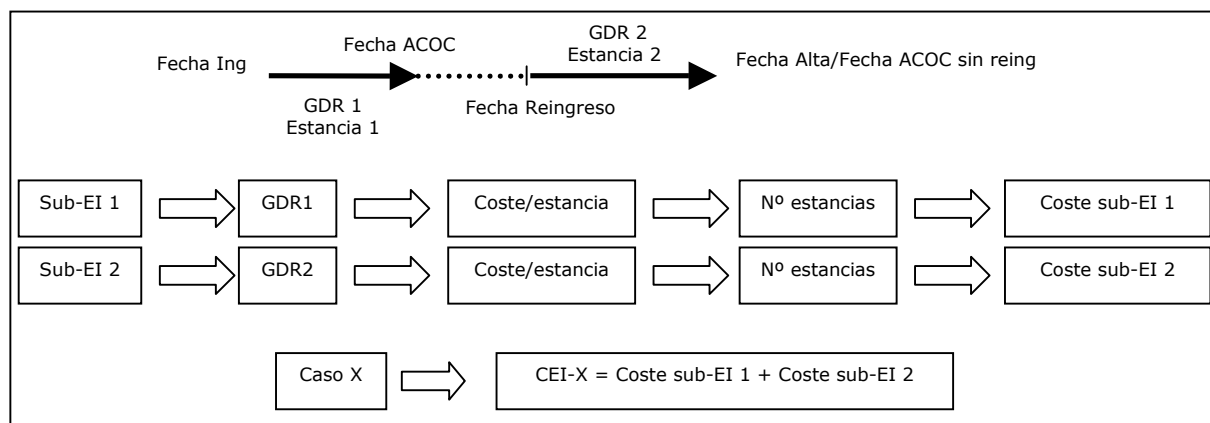


Fig. 3.3

4. **Pacientes con más de un episodio de ACOC para el mismo EI:** Se procedió siguiendo el esquema anterior y, en el caso de un último reingreso en Urgencias, se sumó el coste relacionado con tal asistencia. (Fig. 3.4)

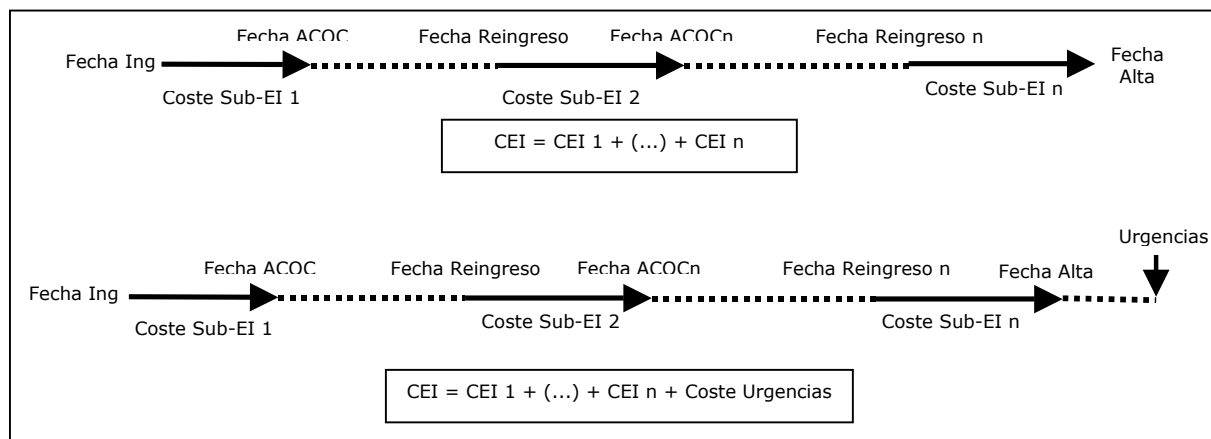


Fig. 3.4

Una vez hechos los cálculos anteriores cada **CEI** se dividió por el sumatorio de estancias asociadas a cada sub-episodio de ingreso, calculando un **Coste/estancia corregido nominal**. Todos estos valores se agruparon de acuerdo al GDR correspondiente al primer sub-episodio de ingreso (primer ingreso hasta el primer y/o único ACOC), procediendo a calcular el valor medio de los mismos. Así obtuvimos un **coste corregido por estancia** para los GDR asociados a los sujetos con ACOC. (Fig. 4)

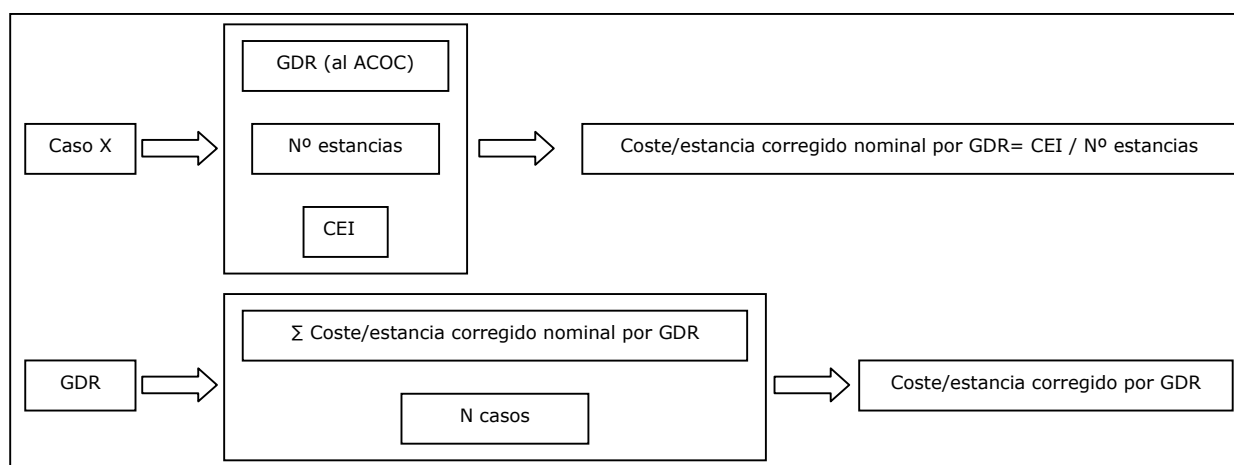


Fig. 4

Finalmente se analizó la desviación porcentual del **Coste/Estancia corregido por GDR** en los grupos de pacientes con ACOC y con AN. Los GDR en el grupo de pacientes con AN que no habían generado ninguna estancia en el grupo de pacientes con ACOC se obviaron por no ser relevantes para los objetivos de nuestro estudio. (Fig. 5)

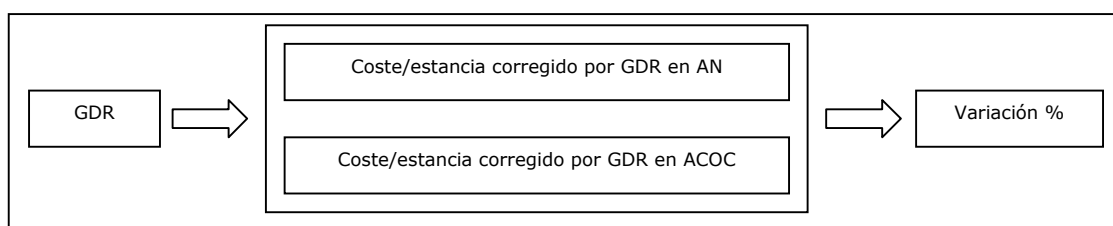


Fig. 5

RESULTADOS

Durante el período de estudio se reclutaron 284 sujetos de estudio, con una estancia media de 13,04 días. 43 pacientes (15%) se marcharon con ACOC. Su perfil coincide con el de un varón (72.1 %), con una edad en torno 34,6 años y una estancia media de 6,04 días. En cuanto los diagnósticos más representativos al ACOC destaca que el 97.6% de los pacientes son seropositivos para el VIH, la neumonía aparece como el principal motivo de ingreso (60.4%) y hay que hacer especial mención a los 6 casos de tuberculosis (13.9%).

El 51.16% (22/43) de los pacientes que se marcharon con ACOC volvió al hospital en los 15 días siguientes a su marcha (*reingreso administrativo*). El tiempo medio en volver fue de 1.04 días. El 95% (21/22) de los pacientes que volvieron lo hizo por un motivo igual o relacionado con el diagnóstico de alta (*reingreso clínico*) y el 54 % (12/22) tuvo que volver a ser hospitalizado en planta.

El 41% (9/21) de los pacientes que reingresaron se volvió a marchar de ACOC reingresando en un 66.7% (6/9) y el 9.1 % (2/21) se llegó a marchar hasta 3 veces de ACOC antes de que algún médico del hospital firmara su alta de forma normalizada.

Desde el punto de vista del análisis económico el número de casos elegibles fue de 192. En ellos se incluía a todos los Episodios de Ingreso con ACOC cuya codificación fue proporcionada por el Servicio de Admisión del hospital, y sus homólogos, en cuanto a GDR, en el grupo de Episodios de Ingreso con AN. De los 36 Episodios de Ingreso con ACOC codificados hubo 4 cuyo coste no pudo ser comparada al carecer de casos homólogos en el grupo de pacientes con AN.

Casi el 90% de los Episodios de Ingreso fueron agrupados en 6 GDR: 714 (47,92%), 541 (8,85%), 709 (8,85%), 710 (7,81%), 101 (7,29%) y 715 (7,29%).

Estos porcentajes se mantienen relativamente estables cuando se segregan los casos por tipo de alta:

- Normal: 714 (47,43%), 541(10,25%), 709 (9%), 710 (8,33%), 715 (8,33%) y 101 (7,7%)
- ACOC: 714 (50%), 709 (8,33%), 710 (5,55%), 101 (5,55%), 711 (5,55%), 541 (2,78%)

De acuerdo con el coste/estancia para cada GDR establecido en nuestra institución en los años 1999 y 2000 y con el número de estancias originadas por los sujetos en estudio con **AN**, el Coste/estancia corregido por GDR para este tipo de pacientes se muestra en la tabla 1.

En cuanto al grupo de pacientes con **ACOC**, el Coste/Estancia corregido por GDR se muestra en la tabla 2.

Las desviaciones por tipo de alta (ACOC/Normal) en el **Coste/estancia corregido por GDR** fueron inferiores al 10%, excepto para los GDR 714 (61,28%) y 89 (-14,22%). Sin embargo, cuando ponderamos las desviaciones entre grupos de acuerdo al peso porcentual de cada GDR obtenido a partir del número de estancias generadas en el grupo de ACOC, obtenemos una desviación global del coste generado por el paciente con ACOC del 29,44 %. (tabla 3)

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La incidencia de ACOC (15.14%) no parece haber tenido un incremento significativo respecto al análisis piloto previo a nuestro estudio (7.03%) ya que en este último caso se midió sobre la totalidad de los pacientes ingresados y no exclusivamente sobre los toxicómanos activos (39.77%)

El índice de reingresos (51.16%) y los diagnósticos al ACOC han reforzado nuestras hipótesis iniciales sobre las nocivas consecuencias del mismo no solo para el paciente sino para la economía hospitalaria y la salud pública (TBC en el 14% (6/43) de los sujetos con ACOC), así como la necesidad de derivar importantes recursos humanos y materiales a la reevaluación clínica del enfermo.

Sólo en el 20% de los GDR asociados a los Episodios de Ingreso de los pacientes con ACOC hemos encontrado un incremento porcentual del **Coste corregido por estancia**. Este bajo porcentaje es explicado por los Episodios de Ingreso de sujetos con ACOC que no vuelven al hospital de forma precoz y en relación con el problema de salud presente en el momento de su marcha. Este efecto tampón vinculado probablemente a los procesos mas banales desaparece al ponderar las variaciones de acuerdo al número de episodios de ACOC para cada GDR, obteniendo en este caso una desviación positiva global (encarecimiento) para el grupo de pacientes con ACOC en torno al 30%. La extrapolación de este dato a otros entornos asistenciales equiparables en cuanto a tipo de población atendida podría estar cuestionada, más que por las limitaciones en el tamaño de la muestra, por la variabilidad epidemiológica, tanto intra como intercentros, en la presentación del fenómeno de ACOC.

A la luz de los hallazgos de este estudio al equipo investigador le parece oportuno concluir que el coste estimado por estancia en pacientes toxicómanos activos ingresados por un proceso agudo puede llegar a encarecerse considerablemente en sujetos con ACOC; y que se hace necesaria la puesta en marcha de medidas que disminuyan la incidencia de ACOC en esta población y de estudios que analicen su impacto económico.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo es el fruto del tesón e ilusionado trabajo de un grupo de profesionales de la enfermería que excede la lista de autores. Agradecemos especialmente el soporte metodológico, e incluso emocional, de Azucena Pedraz, Goyo Garrido, Ismael Buño y Rafael Carrion, excelentes profesionales y mejores amigos. Asimismo agradecemos la financiación del FIS (Proyecto FIS 99-0345) sin la cual la culminación de esta intensa, enriquecedora y absolutamente recomendable aventura difícilmente hubiese llegado a buen puerto.

Tabla 1

	1999		2000		Sº Infecciosas
GRD	Nº de estancias	Coste/estancia	Nº de estancias	Coste/estancia	Coste/estancia corregido
89	40	51.290 pta	30	53.470 pta	52.224 pta
101	16	57.695 pta	50	60.147 pta	59.552 pta
540	1	51.997 pta	0	54.207 pta	51.997 pta
541	88	65.397 pta	129	68.176 pta	67.163 pta
704	20	46.668 pta	8	48.651 pta	47.234 pta
709	70	47.824 pta	315	49.857 pta	49.487 pta
710	131	45.987 pta	225	47.941 pta	47.117 pta
711	5	36.821 pta	67	38.386 pta	38.277 pta
714	222	42.857 pta	619	44.678 pta	44.197 pta
715	14	42.571 pta	62	44.380 pta	44.047 pta

Tabla 2

GDR El 1	Coste/estancia corregido
89	44.931 pta
96	149.175 pta
101	56.123 pta
316	70.091 pta
540	51.997 pta
541	65.397 pta
561	87.296 pta
580	91.775 pta
704	47.177 pta
709	47.892 pta
710	47.597 pta
711	37.603 pta
714	71.144 pta
715	44.628 pta

Tabla 3

	AN	ACOC		Desviación		
GDR	Coste/estancia	Coste/estancia	peso %	Pts	%	Ponderada
89	52.224 pta	44.931 pta	2,78	-7293	-14,00	-0,39%
96		149.175 pta	2,78	,		,
101	59.552 pta	56.123 pta	5,55	-3429	-5,76	-0,32%
316		70.091 pta	2,78	,		,
540	51.997 pta	51.997 pta	2,78	0	0,00	0
541	67.163 pta	65.397 pta	2,78	-1766	-2,63	-0,07%
561		87.296 pta	2,78	,		,
580		91.775 pta	2,78	,		,
704	47.234 pta	47.177 pta	2,78	-57	-0,12	0%
709	49.487 pta	47.892 pta	8,33	-1595	-3,22	-0,27%
710	47.117 pta	47.598 pta	5,55	481	1,02	0,06%
711	38.277 pta	37.603 pta	5,55	-674	-1,76	-0,10%
714	44.197 pta	71.144 pta	50,00	26947	60,97	30,49%
715	44.047 pta	44.628 pta	2,78	581	1,32	0,04%
Total			100			29,44%