

**ORIGINALES****ANÁLISIS DE ACTIVIDAD Y GASTO EN LOS HOSPITALES DEL INSALUD DE 1990 A 1993**

Elvira Poves Martínez, Santiago Esteban Gonzalo, Asunción Prieto Orzanco y Francisco Sevilla Pérez

Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

**RESUMEN**

**Fundamento:** La mejora de la eficiencia de los centros hospitalarios, es un objetivo común en todos los Sistemas Sanitarios. En los últimos años, en el territorio de gestión directa de Insalud se han implantado distintas medidas de gestión que buscan una mejora continua de la eficiencia de los centros hospitalarios. En este trabajo hemos analizado la actividad y el gasto realizado en los últimos cuatro años en los hospitales de gestión directa Insalud.

**Método:** Se ha realizado un estudio descriptivo de la actividad y el gasto en los últimos cuatro años en el total de los 88 hospitales y por grupos, con indicadores clásicos de productos intermedios y la actividad y gasto medido en UPAs.

**Resultados:** Se ha producido de forma global un aumento de la actividad: ingresos, consultas y actividad quirúrgica, fundamentalmente de la ambulatoria; con un descenso de la estancia media y aumento del índice de rotación. La actividad, medida en UPAs, ha aumentado en un 2,54% en el año 1993, respecto a 1992, y el coste UPA en pesetas constantes se ha abaratado en 688 pesetas en el mismo período; así mismo, los distintos grupos de hospitales se han ido comportando cada vez de una forma más homogénea, tanto en indicadores de producción como de costes.

**Conclusiones:** Las distintas medidas de gestión, introducidas en los últimos años, han producido un aumento de la actividad y del control del gasto, necesitándose cada vez menores aumentos de financiación para realizar una mayor actividad hospitalaria.

**Palabras Clave:** Actividad hospitalaria. UPA Unidad ponderada de asistencia. Eficiencia hospitalaria.

**ABSTRACT****Activity and Cost in Hospitals of Managed by INSALUD 1990-1993**

**Background:** The improvement of the efficiency of the hospitals is a common objective in all the Health Systems. In the last years, different management measures have been implemented in the territory directly managed by Insalud, looking for a continuous improvement of the hospital efficiency. In this paper we analyze the activity and the expenses during the last four years in the Insalud managed hospitals.

**Methods:** A descriptive study of activity and costs during the last four years has been done in all 88 hospitals and also by groups, using usual indicators of intermediary products and activity and costs measured by UPAs.

**Results:** A global increase of activity is shown: inpatients, outpatients and surgery (above all ambulatory surgery) with a decrease of the average stay and an increase of the rotation index. The activity measured in UPAs has increased in a 2.54% in 1993 compared to 1992 and the UPA cost in constant pesetas has been reduced in 688 pesetas in the same period. The different groups of hospitals are developing a more homogeneous behaviour regarding production indicators as well as costs.

**Conclusions:** The different management measures implemented in the last years have produced an increase of the activity and of the expenses control leading to less financial increases to perform more hospital activity.

**Key words:** Hospital Activity. UPA Pondered Unit of Health Care. Hospital Efficiency.

**INTRODUCCIÓN**

La Ley General de Sanidad<sup>1</sup> define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas. Cada uno de dichos Servicios de Salud de

Correspondencia:

Elvira Poves Martínez

C/ Santiago de Compostela, 28 3º D.

MADRID 28034.

FAX: 3380190

las Comunidades Autónomas es responsable de la gestión de todos los recursos sanitarios públicos de cualquier Administración intracomunitaria, mediante la integración en el mismo de los servicios sanitarios de Ayuntamientos y Diputaciones, además de la red de servicios sanitarios de la propia Comunidad Autónoma. Como forma descentralizada de gestión del sistema sanitario español, no ha completado aún su desarrollo. Así, a partir de 1981 se inicia la transferencia de la gestión asistencial a Cataluña y posteriormente a Andalucía (1984), País Vasco y Valencia (1987), Galicia y Navarra (1990). Durante el período de referencia 1990-1993 INSALUD gestión directa, atendía el 43% de la población española.

En España, el Sistema Nacional de Salud, que garantiza por la Ley General de Sanidad la cobertura de los Servicios Sanitarios a toda la población, es un sistema eficiente, si tenemos presente que el gasto nacional en Sanidad es del 6,9% del P.I.B.<sup>2</sup> y que el nivel de Salud de la población evidenciado en indicadores de salud es de los mejores de Europa (Esperanza de vida al nacer, mortalidad materno-infantil...<sup>3</sup>), y además con un elevado nivel de prestaciones. No obstante, nuestro Sistema Sanitario tiene áreas en las que es necesario progresar, como serían a nivel de atención especializada: mejorar el proceso de asignación de recursos a los hospitales, aumentar la actividad de los mismos, controlar el incremento de los costes y orientar los servicios hacia los propios usuarios.

En los últimos años en la Atención Hospitalaria, del Territorio de gestión directa de Insalud (no transferido), se han ido implantando distintas medidas de Gestión, que buscan una mejora continua de la eficiencia de los Centros Hospitalarios. En 1989, se inicia la Dirección por Objetivos<sup>4</sup>, en 1991 y 1992, se realizan pactos de actividad con cada centro hospitalario, vinculándolos en la negociación del 1992 a un presupuesto glo-

bal prospectivo<sup>5</sup>. En 1993, la Actividad del Insalud debe adecuarse al logro de los Objetivos Sanitarios fijados en el Ministerio de Sanidad y Consumo, lo que exige engranar actividad, recursos y procesos en un Plan de Gestión<sup>6</sup>, que se acompaña necesariamente de la adopción de un compromiso anual entre el Ministerio de Sanidad y Consumo-Financiador, y el Insalud-Proveedor. Este compromiso, se formaliza en el primer Contrato-Programa<sup>7</sup>, cuyo objetivo central ha sido la vinculación del presupuesto a actividad dentro de la capacidad de gestión del Insalud, fijándose para cada hospital una financiación global prospectiva vinculada a la actividad medida en UPAS (Unidad Ponderada Asistencial).

En el presente trabajo analizamos la evolución de la actividad y Gasto de los Hospitales, Territorio Insalud, desde 1990 a 1993.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La medida fundamental de actividad utilizada para realizar un análisis comparado con el gasto ha sido la Unidad Ponderada de Asistencia (UPA), la cual fue desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1991, vinculando a través de ella el presupuesto a la actividad de los hospitales y teniendo como base los sistemas de información, entonces existentes. Su metodología de análisis y desarrollo se encuentra explicada en el trabajo de "La unidad ponderada asistencial: nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria"<sup>8,9</sup>. Con este esquema de presupuestación, la actividad del hospital queda reflejada en dos grandes grupos:

a) Diez actividades ponderadas (Tabla 1) en líneas de producción con tarifa específica para cada Hospital, que se fija teniendo presente la capacidad de financiación del sistema, la producción total, las caracte-

**TABLA 1**  
**Unidad Ponderada Asistencial. UPA**

<i>Línea de producción</i>	<i>N.º de UPAs</i>
Estancias:	
Médica	1
Quirúrgica	1,5
Obstétrica	1,2
Pediátrica	1,3
Neonatólogica	1,3
U.C.I.	5,8
Consultas:	
— Primera	0,25
— Sucesiva	0,15
Urgencias no ingresadas	0,30
Cirugía ambulatoria (no especificada)	0,25

rísticas de complejidad y producción de cada hospital y sus necesidades específicas de financiación<sup>10</sup>.

b) 17 actividades específicas con tarifa única (Tabla 2) común para todos los Hospi-

tales en 1993; diferenciadas por el gran consumo de recursos que tienen o para incentivar su realización en los hospitales.

Para el análisis gasto real hospitalario, ocurrido durante cada año, se ha contabilizado las obligaciones reconocidas y contabilizadas durante el año menos las deudas imputadas de ejercicios anteriores.

Con el fin de hacer más comparables los indicadores de actividad, producción y gasto se ha utilizado en este trabajo la agrupación de Hospitales, realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo por medio de un análisis de Clusters no jerárquico<sup>11</sup>, en 5 grupos; 4 de ellos según tamaño y complejidad (Tabla 3) y un grupo misceláneo de Hospitales de menos de 80 camas y monográficos, que si bien se incluyen en el análisis global del INSALUD por su peculiaridad, no son motivo de análisis a la hora de comparar los grupos entre ellos.

Las fuentes de información utilizadas han sido: la actividad general se ha obtenido

**TABLA 2**  
**Actividades extraídas de la UPA**

<i>Tipo de actividad o proceso</i>	<i>Unidad a tarifar</i>	<i>Tarifa 1993</i>
Trasplantes de órganos	Renal	1.600.000
	Cardiaco	3.000.000
	Hepático	4.000.000
Extracciones de órganos	Renal Bilateral	750.000
	Multiorgánica	1.250.000
Hemodinámica	Cateterismo diagnóstico	87.000
	Cateterismo terapéutico	470.000
Diálisis	Paciente-Mes	280.000
Docencia	M.I.R.	2.500.000
Cirugía ambulatoria	Cataratas	105.000
	Herniorrafia unilateral	60.000
	Herniorrafia bilateral	105.000
	Sanefectomía	90.000
	Hallux Valgus	48.000
	Adenoidectomía	18.000
	Fimosis	35.000
	Quiste lacrimal	22.000

**TABLA 3**  
**Clasificación de Hospitales**

<i>GRUPO I</i> 26 Centros	<i>GRUPO II</i> 25 Centros	<i>GRUPO IIIA</i> 12 Centros	<i>GRUPO IIIB</i> 12 Centros
< 200 CAMAS	> 200 CAMAS	6-8 ESP. COMP.	> 8 ESP. COMP.
	< 5 ESP. COMP.	O	O
	< 2 EQUIP. TECNOL	< 6 ESP. COMP.	6-8 ESP. COMP.
		CON:	CON:
		> 29 ESP. TOTAL	> 7 EQUIP. TECNOL.
		> 2 EQUIP. TECNOL.	TRASP. > 2 ORG.

ESP. COMP.: Especialidades complejas.

EQUIP. TECNOL.: Equipos alta tecnología.

TRASP. ORG.: Trasplantes de órganos.

de los anexos de información mensuales remitidos por los hospitales a la Subdirección General de Atención Especializada del Insalud y el gasto real, de la Subdirección General de Financiación y Presupuestos del Ministerio de Sanidad y Consumo

En base a estos datos se ha realizado una descripción de la actividad y gasto, así como su evolución desde los años 1990 a 1993.

## RESULTADOS

La actividad de los 88 hospitales del INSALUD en los últimos cuatro años se ha incrementado en general, con un ligero descenso en el número de camas funcionantes, y el ratio de personal/cama igual en el año 1992 y 1993 (Tabla 4). Así, los ingresos totales hospitalarios han aumentado un 4% en el año 1993 y la actividad quirúrgica total un 9% (tabla 4).

Junto a este aumento de actividad, se refleja una mejora de indicadores sobre utilización de recursos:

1) La Estancia Media global pasa de 9,96 días en el 1990 a 9,01 en el 1993 y descensos similares son también reflejados en los distintos grupos de Hospitales (Figura 1),

con una mayor homogeneidad en cuanto al comportamiento de los mismos, ya que presentan también un descenso de su coeficiente de variación, con la excepción del grupo 1 en el año 1993 (Figura 2).

2) El índice de Rotación aumenta un 4,1% en el último año, pasando de 28,69 en el 1990 a 32,34 en el 1993 (tabla 4).

3) La actividad quirúrgica ambulatoria tiene un aumento progresivo en los últimos años, y en 1993 aumenta un 22,7% respecto al 1992, también acompañada de aumentos de la actividad quirúrgica con hospitalización en un 2,9% en el último año (Tabla 4). En 1993 se recoge por primera vez, en todos los hospitales, de forma desahogada ocho procesos de cirugía mayor ambulatoria, destacando la actividad realizada de forma ambulatoria en cataratas y hernias (Tabla 4).

La actividad de consultas externas presenta igualmente un aumento progresivo, tanto para primeras como sucesivas consultas (Tabla 4).

La producción hospitalaria, medida en UPAs, ha tenido un aumento progresivo en los últimos 4 años, representando un 2,54% de aumento en 1993 respecto al 1992, con un

TABLA 4

## Evolución actividad de los Hospitales INSALUD

	Año 90	Año 91	Año 92	Año 93
Camas funcionantes	36.334	35.615	35.137	35.048
Efectivos totales		113.447	115.967	115.503
Efectivos / Camas funcionantes		3,19	3,30	3,30
Ingresos totales (externos hospitalarios)	1.042.431	1.055.883	1.090.504	1.133.612
Estancia media	9,96	9,63	9,25	9,01
Estancias totales	10.382.179	10.170.588	10.090.374	10.209.992
Índice de rotación	28,69	29,65	31,04	32,34
Consultas primeras	6.021.037	6.575.139	6.624.840	6.816.503
Consultas sucesivas	13.257.499	14.232.628	14.548.189	14.683.295
Intervenciones quirúrgicas totales	551.579	600.950	658.171	718.379
Intervenciones quirúrgicas con hospitalización		434.401	450.324	463.291
Intervenciones quirúrgicas ambulatorias		166.549	207.847	255.088
Extracciones renales		95	99	135
Extracciones múltiples		181	197	194
Trasplantes renales	368	421	474	479
Trasplantes hepáticos	132	167	171	178
Trasplantes cardíacos	63	86	88	99
Hemod. diagnóstica		15.236	16.223	16.723
Hmod. terapéutica		3.446	3.350	4.017
Amigdalectomía				7.230
Cataratas				5.945
Cirugía de varices				365
Fimosis				8.315
Herniorrafia unilateral				2.853
Herniorrafia bilateral				488
Hallux valgus				466
Inc. y dren. quiste-lacrimal				2.973
Total C.M.A.				28.635
Total UPAS	18.443.231	18.796.326	18.815.245	19.293.916
UPAS /cama	508	528	535	550
UPAS /efectivos		166	162	167
Gasto real / UPA	26.457	29.683	32.316	33.114

incremento en la relación upas/cama todos los años y un aumento de la relación UPAs/efectivos en el 1993, respecto del 1992 (Tabla 4).

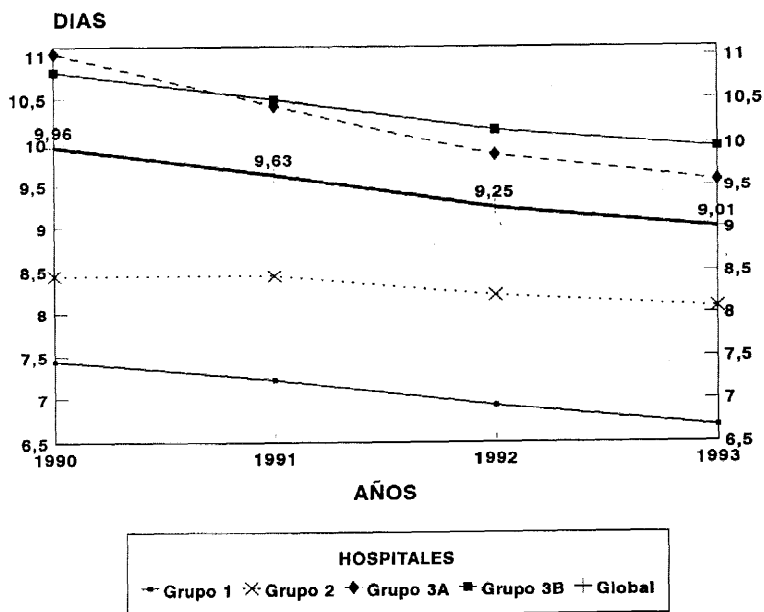
Las actividades extraídas de la UPA, han presentado también una evolución favorable en los últimos años (Tabla 4), fundamentalmente en relación con la actividad de extracción y trasplantes de órganos.

El gasto real por cada unidad producida (UPA) ha ido representando un aumento

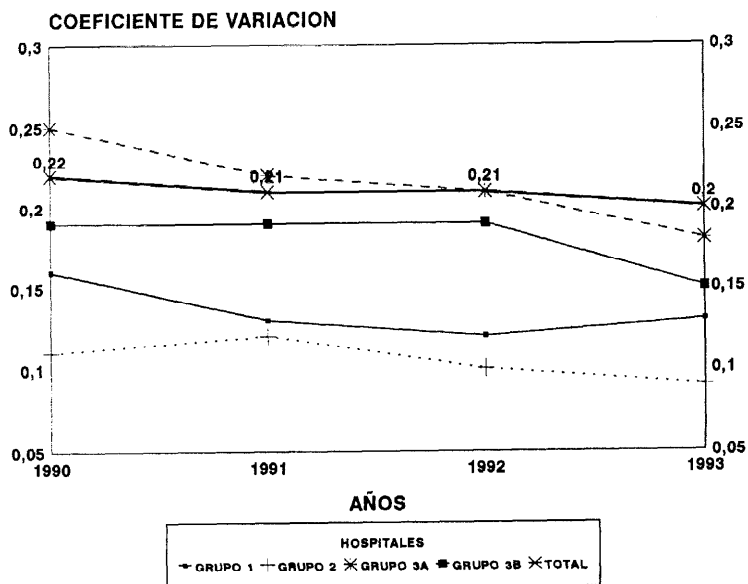
cada vez menor en los años sucesivos, con incrementos del 12, 8 y 2% respectivamente, tanto para el global del INSALUD, como por grupos de Hospitales (Figura 3); así como su comportamiento ha sido también cada vez más homogéneo para cada grupo de hospitales, con coeficientes de variación muy pequeños (Figura 4).

Si de forma global valoramos la actividad total de los Hospitales, medida en UPAs, con el coste de producción, gasto real/UPA,

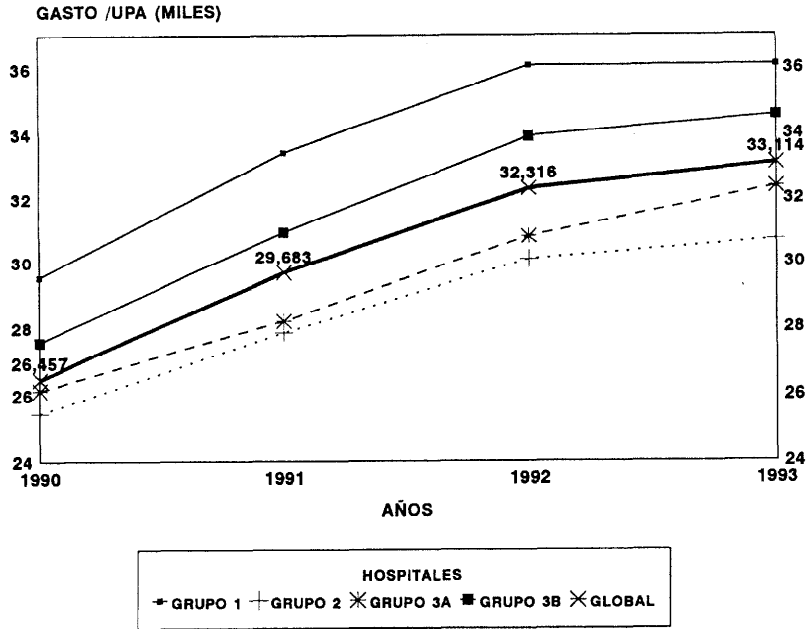
**FIGURA 1**  
Estancia media 1990-1993



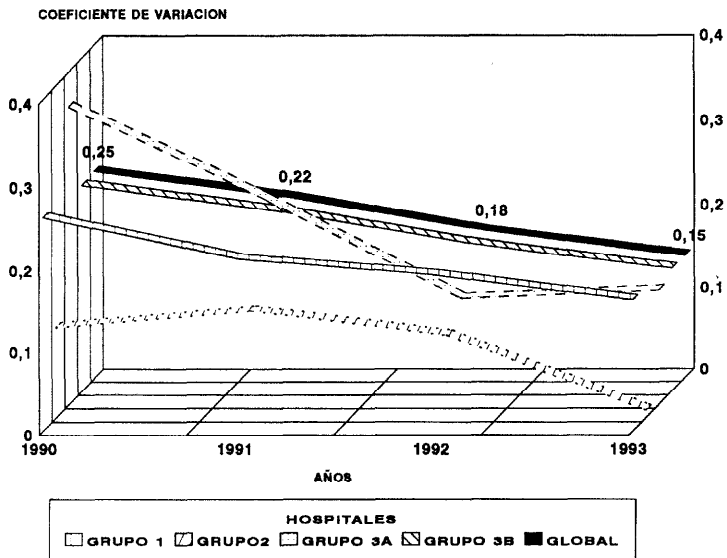
**FIGURA 2**  
Dispersión estancia media 1990-1993



**FIGURA 3**  
Gasto real / UPA



**FIGURA 4**  
Dispersión coste / UPA



en pesetas corrientes, ésta aumenta un 2,46% en el 1993, pero si este mismo análisis lo realizamos con el gasto real/UPA en pesetas constantes de 1993, según índice de costes de la vida del INE <sup>12</sup>, en el 1993 el Gasto real de producción se ha abaratado en 688 pts por unidad de producto (Figura 5).

En global, los incrementos de actividad han sido progresivos en los últimos 4 años y, sin embargo, los incrementos del gasto han ido decreciendo progresivamente, necesitándose cada vez menores aumentos de financiación para realizar una mayor actividad hospitalaria (Tabla 4) (Figura 6).

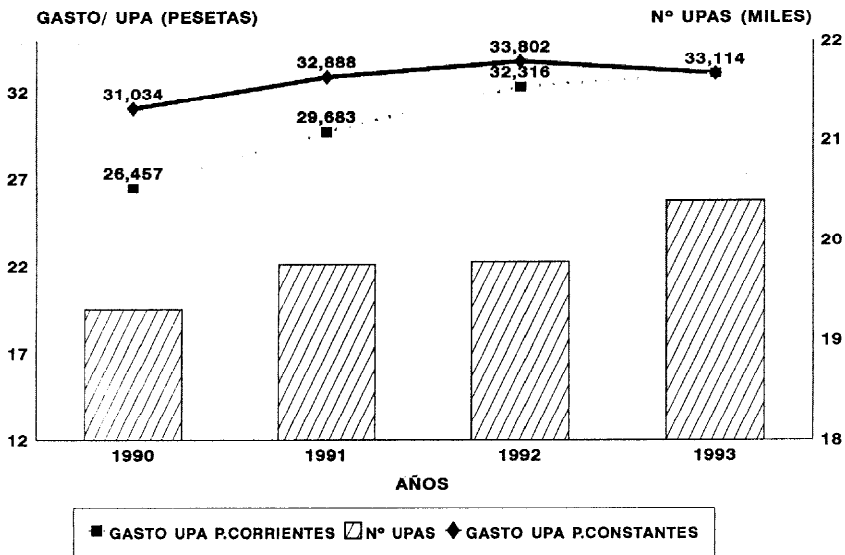
### DISCUSIÓN

Mejorar la eficiencia de la atención hospitalaria, dentro de una garantía de calidad,

es el objetivo clave, que las distintas herramientas de gestión introducidas en los últimos años han ido buscando. La mejora en la asignación equitativa de los recursos financieros en los centros hospitalarios es una pieza clave, que evita la asignación de unos presupuestos más altos en los centros más ineficientes, en detrimento de los más eficientes; por ello, ha sido muy importante que en los últimos años se haya vinculado el presupuesto global prospectivo de cada hospital a unos objetivos de actividad, medidos en UPAs, junto a indicadores de calidad asistencial; ésto queda reflejado en los distintos contratos programas que cada hospital ha contraído en 1993.

La financiación global prospectiva, que pone un techo al gasto total, es el método que más fehacientemente ha demostrado su capacidad para controlar los costes hospita-

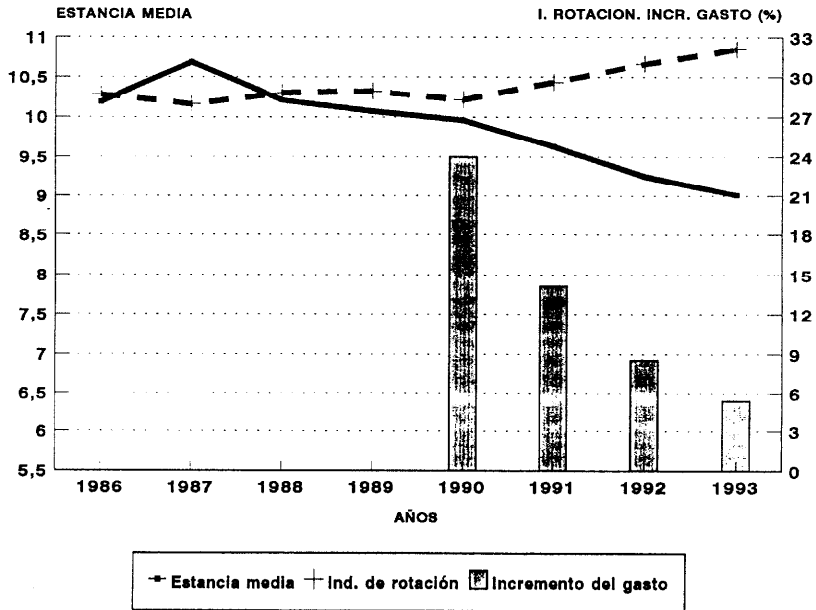
FIGURA 5  
Producción / Gasto



PESETAS CONSTANTES 1993 (SEGUN INDICE COSTES DE LA VIDA INE)



FIGURA 6  
Evolución de actividad y gasto años 1986-1993



larios y el más adecuado para la distribución de recursos de los Servicios Sanitarios en los distintos países; se ha empleado con éxito, entre otros en Canadá<sup>13,14</sup>.

La medida de producción hospitalaria utilizada para poder vincular el presupuesto a actividad, y poder transformarlo en una herramienta de gestión del centro, ha sido la Unidad Ponderada Asistencial UPA, la cual cumple los siguientes requisitos:

- Permite vincular el presupuesto a objetivos de actividad, y realizar con ello un seguimiento y cuenta de resultados al finalizar el ejercicio de cada hospital.

- Es acorde con los sistemas de información existentes en todos los hospitales, no siendo necesario el desarrollo de nuevos sistemas de información que pudieran encarecer el gasto administrativo y retrasar su utilización.

- Refleja los distintos tipos de activi-

dad hospitalaria, no solo el área de hospitalización sino la ambulatoria y urgencias.

- Pondera las actividades con los diferentes consumos de recursos de las mismas.

- Tiene presente las características que diferencian a los hospitales, pues establece tarifas diferenciadas en cada hospital según sus Carteras de servicios.

Los distintos instrumentos de gestión introducidos han generado un aumento de actividad global en los últimos años, fundamentalmente en 1993 con la existencia de los primeros contratos programa de los hospitales. Estos aumentos de actividad han sido a expensas de mejorar los indicadores de utilización de los recursos disponibles, como estancia media, índice de rotación, y de incremento de la actividad quirúrgica ambulatoria; asimismo, los distintos grupos de hospitales se han ido comportando cada vez de una forma más homogénea, tanto en indicadores de producción, como en consu-

mo de recursos financieros, lo que indica que la mejora de la eficiencia se produce aparentemente con un comportamiento más homogéneo de los centros que son similares. Estos indicadores de utilización de recursos, aunque han evolucionado favorablemente, aún pueden seguir mejorando si los comparamos con otros países de la OCDE (tabla 5)<sup>15</sup>.

Los aumentos de actividad producidos en el 1990, 1991 y 1992 se han acompañado de un incremento de las necesidades de financiación, aunque estos cada vez han sido menores; en 1993, se ha producido un aumento muy importante de actividad, y el incremento presupuestario ha sido menor; lo que ha generado un abaratamiento de la unidad de producción hospitalaria, respecto del año 1992, si la comparación la realizamos en pesetas constantes del año 1993, según índice de costes de la vida.

Las mejoras reflejadas en eficacia y eficiencia animan a continuar desarrollando y potenciando las herramientas de financiación y gestión clínica de los hospitales, implicando a los profesionales sanitarios en ello y potenciando una autonomía de gestión en los distintos hospitales, siempre sujeta al logro de los objetivos pactados y al techo presupuestario.

TABLA 5

Indicadores en Hospitales de agudos

País	Estancia media	Índice de ocupación
Canadá	8,9	80,3
Dinamarca	6,6	80,4
Alemania	12,4	85,2
Irlanda	6,9	85,1
Países Bajos	11,2	73,2
Noruega	7,8	77,1
Suiza	13,4	79,8
Estados Unidos	7,3	66,8

Fuente: OECD 1993 (DATOS 1990)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986
2. OCDE. Health Care Financing Review. Paris: OCDE, 1992
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicios de Salud: Indicadores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993
4. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud. Criterios de actuación del Insalud para el bienio 1989/1990. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
5. Elola Somoza FJ, Sevilla F, Espadas Moncalvillo L. Aseguramiento como gestión del Sistema Nacional de Salud. Actividades y Resultados en Insalud Gestión directa 1992. Economía y Gestión Sanitaria en España: Aportaciones para el debate. Presupuesto y Gasto Público número 10. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1993: 149-157
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Gestión para el Insalud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Contrato-Programa Marco. Ministerio Sanidad y Consumo-Insalud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
8. Bestard J, Sevilla F, Corella I. et al. La unidad ponderada asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria. Gac Sanit 1993; 7: 263-273
9. Sevilla F y Corella I. Presupuestación Hospitalaria: la Unidad Ponderada Asistencial (UPA). Barcelona: Puntexpress número 98, 1993.
10. Sevilla F, Corella I, Bestard J. et al. Presupuestación prospectiva en los hospitales de Insalud. Economía y Gestión Sanitaria en España: Aportaciones para el debate. Presupuesto y Gasto Público número 10. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales 1993: 143-147.
11. Sevilla F, Corella I, Elola J. Presupuestación Global prospectiva: Análisis actividad y

- gasto hospitales Insalud. XIII Jornadas de Economía de la Salud; 1993 Jun. Granada.
12. El País. Anuario el País 1994. Madrid: El País, 1994.
  13. Evans RG, Lomas J, Morris MA et al. Controlling Health expenditure. The Canadian reality. *N Engl J Med* 1989, 320: 571-577.
  14. Vandermeule LJR. European Health Care Systems and the financing of hospitals. Strategies for cost containment and efficiency in Health Care. Proceedings of European Public Sector Conference; 1991 Oct. Lisboa.
  15. OECD. Health Systems. Fact and Trends 1960-1991. Paris: OECD, 1993.