



BOLETIN OFICIAL
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura

Pamplona, 15 de marzo de 2012

NÚM. 25

S U M A R I O

SERIE G:

Informes, Convocatorias e Información Parlamentaria:

—Informe de asesoramiento sobre el análisis del estudio de costes de la actividad concertada con el Hospital San Juan de Dios, emitido por la Cámara de Comptos (Pág. 2).

**Serie G:
 INFORMES, CONVOCATORIAS E INFORMACIÓN PARLAMENTARIA**

Informe de asesoramiento sobre el análisis del estudio de costes de la actividad concertada con el Hospital San Juan de Dios, emitido por la Cámara de Comptos

La Mesa del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 17 de octubre de 2011, acordó ordenar la publicación del informe de asesoramiento, emitido por la Cámara de Comptos, sobre el análisis del estudio de costes de la actividad concertada con el Hospital San Juan de Dios.

Pamplona, 18 de octubre de 2011

El Presidente: Alberto Catalán Higuera

Informe de asesoramiento sobre el análisis del estudio de costes de la actividad concertada con el Hospital San Juan de Dios, emitido por la Cámara de Comptos

ÍNDICE

- I. Introducción (Pág.).
- II. El Hospital San Juan de Dios (Pág.).
- III. Objetivo y alcance (Pág.).
- IV. Análisis del estudio comparativo de costes de la asistencia concertada con el Hospital San Juan de Dios (Pág.).
 - IV.1. Revisión de la metodología utilizada en el estudio del SNS-O (Pág.).
 - IV.2 Revisión del cálculo seguido en el estudio (Pág.).
 - IV.3 Análisis de la justificación del concierto con el HSJD (Pág.).
- V. Propuesta de metodología de costes, aplicación práctica y comparación de los resultados obtenidos (Pág.).
 - V.1. Propuesta de una metodología de costes por proceso (Pág.).

V.2. Aplicación práctica de la metodología propuesta y comparación de los resultados obtenidos (Pág.).

VI. Conclusiones y recomendaciones (Pág.).

I. INTRODUCCIÓN

En febrero de 2010 la Cámara de Comptos emitió un informe, respondiendo a la solicitud de la Agrupación de Parlamentarios Forales de Izquierda Unida de Navarra-Nafarroako Ezker Batua, acerca de la gestión durante 2008 del concierto firmado entre el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) y el Hospital San Juan de Dios (HSJD).

En dicho informe se puso de manifiesto que "... no consta un estudio previo ni planificación de los recursos propios del SNS-O que evidencie las necesidades reales del SNS-O y la imposibilidad de prestar la asistencia sanitaria y por tanto la justificación de concertarla..." Además, se recomendaba realizar estudios sobre el coste de prestar un servicio con medios propios o ajenos que facilitara la toma de decisiones.

En mayo de 2010, la consejera compareció en la Comisión de Salud indicando que el Departamento de Salud disponía del estudio sobre las recomendaciones de la Cámara de Comptos. El grupo parlamentario Nafarroa Bai solicitó dicho informe y se le facilitó en junio de 2010 llevando por título "Estudio comparativo del coste de la asistencia concertada con San Juan de Dios con medios propios del SNS-O"

El estudio concluía que si en el año 2008 se hubiera realizado la asistencia hospitalaria concertada con el HSJD con medios propios, el gasto del SNS-O se habría incrementado en 7,45 millones de euros superando en un 44 por ciento el importe abonado al HSJD por esa asistencia. En

el año 2009 el ahorro se cifró en 8,02 millones de euros, un 43 por ciento más del importe abonado al HSJD por esa asistencia.

En octubre de 2010, se registró en la Cámara de Comptos una petición de asesoramiento de la Junta de Portavoces del Parlamento de Navarra a petición del grupo parlamentario mencionado. En esta petición se solicitaba que se realizara un informe sobre dicho estudio para ver si con él se evidenciaban las necesidades reales del SNS-O y la imposibilidad de prestar esa asistencia justificándose así la concertación. La Cámara de Comptos incluyó esta petición en su programa de fiscalización para el año 2011.

El trabajo lo ha realizado un equipo integrado por una técnica de auditoría y una auditora durante los meses de mayo y junio, con la colaboración de los servicios jurídicos, informáticos y administrativos de la Cámara.

Agradecemos al personal del SNS-O, y especialmente a la persona que realizó el estudio analizado, la colaboración prestada en este trabajo.

II. EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

El HSJD de Pamplona se inauguró en 1943 y es propiedad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Actualmente cuenta con 135 camas y 38 boxes de cirugía mayor ambulatoria.

En 1969 firmó el primer concierto con la red pública y, desde entonces, ha renovado estos contratos siendo el último el firmado con el SNS-O en febrero de 2008. La vigencia de éste era del 1 de

enero hasta el 31 de diciembre de 2008, prorrogable anualmente hasta 31 de diciembre de 2011. La prórroga para los años 2009, 2010 y 2011 fue aprobada por las Resoluciones del Director Gerente del SNS-O 600/2009, 350/2010 y 678/2011 respectivamente.

Los pacientes asistidos habitualmente en este centro proceden del SNS-O en un 97 por ciento, de compañías de seguros en un dos por ciento y del ámbito privado en un uno por ciento.

Las prestaciones de asistencia sanitaria especializada concertadas por el SNS-O son:

- Asistencia hospitalaria: cuidados paliativos y estancias de medicina interna o geriatría.
- Asistencia ambulatoria: rehabilitación, exploraciones diagnósticas (eco-doppler y ecografías), tratamientos especiales ambulatorios y procesos quirúrgicos de cirugía menor y mayor ambulatoria con personal médico del SNS-O poniendo el resto del personal el HSJD.

El concierto recoge las tarifas para cada modalidad de asistencia concertada, negociadas entre representantes del HSJD y el SNS-O, que son de distintos tipos: tarifas diarias para estancias en función de la especialidad y del número de días que permanezca ingresado el paciente, tarifa por sesión de rehabilitación, tarifa fija por proceso quirúrgico, etc.

En el cuadro siguiente se muestra la facturación del concierto del HSJD en millones de euros abonada por el SNS-O por tipo de asistencia en los años 2008 y 2009:

	2008		2009	
	Total	%	Total	%
Gasto concierto: actividad hospitalaria	10,9	64%	11	58%
Gasto concierto: actividad ambulatoria	6,2	36%	7,9	42%
Gasto total concierto	17,1	100%	18,9	100%

A finales de este año 2011 o comienzos del 2012, el HSJD va a iniciar la renovación de sus infraestructuras y pasará a tener 144 habitaciones, 47 boxes de cirugía mayor ambulatoria y 20 habitaciones de corta estancia para este tipo de intervenciones. La inversión estimada alcanza los 33,5 millones de euros y el Gobierno de Navarra avalará a través de la sociedad pública NAFINCO (Navarra de Financiación y Control, S.A.) el 50 por ciento del préstamo necesario para acometer las obras.

III. OBJETIVOS Y ALCANCE

Los objetivos perseguidos con la emisión de este informe son los siguientes:

- Revisar la metodología del estudio comparativo mencionado del coste de la asistencia concertada con el HSJD con medios propios del SNS-O.
- Revisar los cálculos obtenidos en dicho estudio.
- Determinar si el estudio evidencia las necesidades reales y la imposibilidad de prestar la asistencia sanitaria, justificando así la concertación.

Además, en función de los resultados obtenidos, se consideró la oportunidad de:

- Realizar una propuesta de metodología de costes y aplicarla a un proceso quirúrgico concreto.

El alcance de la fiscalización ha sido el estudio citado. Se ha revisado la metodología empleada y el ahorro calculado para el año 2009 ya que en el 2008 ambos fueron similares.

El trabajo se ha ejecutado de acuerdo con los principios y normas de fiscalización del sector público aprobados por la Comisión de Coordinación de los Órganos Públicos de Control Externo del Estado Español y desarrollados por la Cámara de Comptos en su manual de fiscalización.

En la revisión del estudio de costes mencionado, no se han podido obtener algunas cifras como los costes de los servicios de los hospitales del SNS-O, el porcentaje de actividad de esos servicios dedicado a hospitalización o las amortizaciones. Esto ha constituido una limitación a nuestro trabajo ya que no se ha podido alcanzar una cifra concreta del ahorro o desahorro resultante de la concertación de la actividad hospitalaria, si bien se ha alcanzado una conclusión aproximada.

Por otro lado, en la aplicación práctica de la metodología de costes propuesta, no se han calculado de forma exhaustiva los costes no relacionados directamente con el proceso evaluado. Esto

supone una limitación a los resultados obtenidos aunque la variación en la cifra alcanzada no sería significativa y no alteraría las conclusiones.

IV. ANÁLISIS DEL ESTUDIO COMPARATIVO DE COSTES DE LA ASISTENCIA CONCERTADA CON EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Se ha analizado el estudio comparativo de costes presentado por el Departamento de Salud en el que se concluía que en la actividad asistencial hospitalaria derivada al HSJD, el SNS-O ahorra 7,45 millones de euros y 8,02 en los años 2008 y 2009, respectivamente.

IV.1 REVISIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL ESTUDIO DEL SNS-O:

La metodología seguida en el estudio fue:

1. Cálculo del coste por paciente hospitalizado en el SNS-O utilizando las liquidaciones presupuestarias, considerando gastos de personal y sin tenerlos en cuenta.

2. Cálculo del coste por paciente hospitalizado derivado al HSJD teniendo en cuenta la facturación de éste al SNS-O.

3. Comparación del coste de los pacientes ingresados en el SNS-O con el de los hospitalizados en el HSJD, diferenciando si pasaron o no por el quirófano. En el primer caso, se consideran los costes por paciente del SNS-O excluyendo los gastos de personal, ya que los pacientes son intervenidos por facultativos del SNS-O en el HSJD, y en el segundo caso se toman los costes incluyendo gastos de personal.

4. Cálculo del ahorro en cada caso.

El sistema utilizado en el estudio del SNS-O para calcular los costes en sus hospitales y el de los pacientes derivados al HSJD fue el de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) cuyo diseño y desarrollo comenzó a finales de 1960 en Estados Unidos. Este método creó grupos de pacientes similares en función del diagnóstico, del consumo de recursos y de si el paciente era o no intervenido, alcanzando un número aproximado de 700 grupos.

A cada grupo se le asoció un peso relacionado con el consumo de recursos que se convertía en la clave de reparto de los costes hospitalarios. Estas ponderaciones se establecieron en función de unas bases de datos hospitalarios americanos referidos fundamentalmente a costes de personal, consumos de material, tecnología existente, estancias medias, etc.

Se estableció el siguiente método para repartir los costes:

1. Todos los pacientes ingresados al ser dados de alta se asignan a un GRD de una especialidad médica determinada.

2. A final de año, se reparten los costes del hospital entre sus centros, ya sean estructurales (como dirección o contabilidad) intermedios (como alimentación) o finalistas (especialidades médicas).

3. A continuación, se asignan los costes de los centros intermedios y estructurales a los finalistas.

4. Finalmente, se imputan los costes de los centros finalistas a los GRD. Para ello, se suma el producto del peso de cada GRD por el número de pacientes asignados al mismo, obteniéndose la actividad del centro medida en unidades homogéneas de GRD. Se dividen los costes del centro finalista entre esa actividad homogeneizada y se obtiene el coste por unidad de GRD. El reparto posterior a cada grupo se realiza en función de la importancia que tenga en la actividad total y a cada paciente dividiendo esa cantidad entre el número de altas de cada GRD.

La ventaja fundamental de este sistema era la rapidez y sencillez con la que se obtenían los costes por paciente tras repartir los costes entre los centros. Por este motivo, muchos hospitales lo adoptaron como sistema de clasificación de pacientes y cálculo de costes de los mismos.

A pesar de su aplicación, su utilidad ha sido cuestionada en el ámbito sanitario por varios motivos de los cuales citamos los más significativos:

- La primera crítica que recibió el sistema fue la agrupación que realizaba de los pacientes. A pesar de que se fue aumentando el número de grupos teniendo en cuenta posibles complicaciones que pudieran surgir, la variabilidad de éstas es tan amplia, que resulta difícil asumir que los pesos asignados a cada grupo se ajusten a la realidad de los consumos de los pacientes. Añadido a esto, la similitud clínica de los pacientes y la variabilidad de la estancia dentro de cada grupo también han sido cuestionadas.

- Otro problema importante radicaba en la codificación de los pacientes que implicaba asignarles ponderaciones de consumo de recursos diferente. Se ha constatado que existen errores en la asignación de los pacientes a los grupos lo que distorsiona el cálculo de costes.

- La complejidad de la casuística atendida o la especialidad de un centro, hace que el consumo

de recursos no sea equiparable entre los centros, restando validez al diseño de los pesos. Por este motivo, se aconsejó calcular pesos diferentes en función de la estructura del hospital, especialidad, etc.

- La carencia de protocolos hace que en cada centro el proceso de atención, y por ende el consumo de recursos, difiera sin que sean aplicables los mismos pesos para hospitales distintos.

- Añadido a lo anterior, los pesos se obtuvieron con bases de datos americanas útiles para ese contexto y no extrapolables a otros países. En 1997, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad trabajó en la adecuación de los pesos a la realidad española, obteniendo unas ponderaciones para cada estructura hospitalaria, diferenciando 4 tipos en función del número de camas. A pesar de los intentos realizados, los algoritmos utilizados para obtener los pesos siguieron basándose en datos americanos lo que seguía restando utilidad a los datos obtenidos.

Estas y otras circunstancias han hecho que los gestores y facultativos de los centros hospitalarios perciban el sistema GRD como un procedimiento de cálculo global de los costes y de agrupación de pacientes y no lo utilicen como una herramienta de gestión a la hora de tomar decisiones.

Además de los inconvenientes del sistema GRD especificados, la metodología del estudio analizado presenta otras deficiencias significativas que son:

- En el cálculo de los costes del SNS-O, no existió un reparto inicial de los costes de cada hospital a sus centros, ni uno posterior a los centros finalistas, lo que resta precisión al cálculo del coste obtenido.

- Se utilizaron los mismos pesos para los hospitales del SNS-O y para el HSJD cuando su realidad es diferente en cuanto al número de camas (Hospital Virgen del Camino y Hospital de Navarra con 500 camas cada uno, Hospital Reina Sofía con 180, Hospital García Orcoyen con 95, Clínica Ubarmin con 115 y HSJD con 135) y a la casuística atendida (el Hospital Virgen del Camino atiende lo materno-infantil, Ubarmin está especializada en Cirugía Ortopédica y Traumatología, etc.). Estas diferencias, tal y como se reconoció desde el propio Ministerio, provocan que las ponderaciones de los GRD en cada hospital deberían ser diferentes. Al utilizar los mismos pesos, la fiabilidad del reparto de costes del estudio de nuevo estaría disminuyendo.

- Los pesos utilizados en el estudio analizado para repartir los costes se corresponden con los de un agrupador americano (AP 23), y no son los que el Ministerio ha ido adaptando a la situación española desde el año 1997. Esto provoca que la calidad del reparto de costes a cada GRD se reduzca por las diferencias entre la sanidad española y la americana.

- En el caso del HSJD se deberían haber utilizado las tarifas establecidas en el concierto que son las cifras reales del coste de los pacientes ingresados en este centro para el SNS-O. Se ha verificado que al utilizar el sistema GRD para calcular los costes se obtienen resultados distorsionados. Así, por ejemplo, el GRD 119 "Ligaduras o stripping de venas (varices)" cuya tarifa asciende, según el concierto, a 1.253 euros, el sistema GRD en el estudio le asigna un coste de 1.710 euros.

- Además, hay que destacar que la metodología GRD tan solo sirve para calcular el coste de los pacientes ingresados. El porcentaje del gasto del concierto con el HSJD en 2009 en este tipo de atención fue del 58 por ciento. El 42 por ciento restante, correspondiente a la atención ambulatoria, no fue evaluado. La ausencia de un sistema de costes de este tipo de atención y la falta de tiempo provocó que no se analizaran estas prestaciones concertadas. Sin embargo, dada la relevancia del gasto en atención ambulatoria en el total del concierto, consideramos que esta circunstancia debería haberse puesto de manifiesto en el informe presentado por el SNS-O, ya que las conclusiones alcanzadas tan solo eran aplicables al 58 por ciento del gasto del concierto con el HSJD.

- Añadido a todo lo anterior, en el cálculo de los costes sin personal en el SNS-O, se repartieron con los mismos pesos para cada GRD. Sin embargo, un pilar fundamental para determinar esas ponderaciones fue el coste del personal consumido por cada grupo. Si eliminamos ese componente de los totales a repartir, los pesos pierden relación con cada grupo por lo que no serían válidos para imputar los costes a cada GRD.

En definitiva, a pesar de que el sistema GRD se utilizó por falta de tiempo y por no existir otro método más riguroso, dadas las deficiencias descritas, consideramos que no aporta fiabilidad suficiente a los resultados obtenidos y no permite alcanzar cifras útiles para la toma de decisiones.

IV.2 REVISIÓN DEL CÁLCULO SEGUIDO EN EL ESTUDIO

A pesar de que se consideró que la metodología utilizada en el cálculo de costes no era ade-

cuada, se examinaron los cálculos del estudio detectándose las deficiencias que se citan a continuación:

IV.2.1 Cálculo de los costes de la asistencia hospitalaria en el SNS-O

Inicialmente se obtuvo la liquidación presupuestaria del año correspondiente de los programas relacionados con salud que se clasificaron en: programas de "Hospitalización" (Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino, Hospital Reina Sofía, Hospital García Orcoyen y Clínica Ubarmin), programas "Indirectos" (aquellos que no se dedican específicamente a la asistencia pero son necesarios para que los hospitales funcionen como Dirección de Salud o Inspección), programas de "Ambulatorios", programas de "Atención Primaria", programas de "Salud Mental" y el resto que se desecharon por no tener relación alguna con la asistencia hospitalaria (por ejemplo Salud Laboral).

Posteriormente, se calcularon los costes de la asistencia hospitalaria en el SNS-O diferenciando costes con y sin personal. El motivo de esta distinción fue comparar los costes de la actividad quirúrgica derivada al HSJD con los del SNS-O sin considerar los costes de personal, ya que son los facultativos de este organismo los que intervienen a los pacientes. Para contrastar los resultados del resto de pacientes ingresados, que no precisaron pasar por quirófano, se utilizaron los costes incluyendo los gastos de personal.

A continuación se analiza cada cifra total obtenida:

- *Costes de la asistencia hospitalaria en el SNS-O con personal:*

Los costes de la asistencia hospitalaria con personal se obtuvieron sumando tres conceptos: costes directos, indirectos y amortizaciones.

Se imputó como coste directo la liquidación presupuestaria de los programas de "Hospitalización". La cifra total ascendió a 464,87 millones de euros.

Se ha verificado que esa cifra no se corresponde con la ejecución presupuestaria del año 2009 ya que fue de 463,84 millones de euros. De igual forma, la inclusión de los gastos del capítulo 4, 6 y 7, correspondientes a transferencias e inversiones, no es adecuada. Eliminando esos capítulos la cifra final ascendería a 449,55 millones de euros.

Sin embargo, no todo ese gasto se dedica a atender pacientes hospitalizados ya que un porcentaje importante del mismo se destina a la acti-

vidad ambulatoria o externa. Ejemplos de ello son: las consultas, los servicios que dedican la mayor parte de sus recursos a actividad no hospitalaria como Radiología, Laboratorios, Hemodiálisis, Rehabilitación o Urgencias, todo el gasto que conlleva la cirugía mayor y menor ambulatoria sin estancia, etc. Es aquí donde nos hemos encontrado con una limitación al trabajo que se pretendía realizar. No se ha podido disponer de los gastos de cada servicio hospitalario ni el porcentaje de esa cantidad dedicado a pacientes hospitalizados.

Para solventar esta limitación, la Cámara consideró el porcentaje del presupuesto de un hospital destinado a la hospitalización utilizando una cifra estimada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en un estudio del año 1997 utilizando datos del año 1996 de 18 hospitales.

En dicho estudio, se solicitó que cada centro remitiera los gastos presupuestarios divididos en costes de hospitalización y costes de actividades excluidas. Estas actividades excluidas incluían: consultas, hospitalización a domicilio, medicación especial externa, urgencias no ingresadas, hospital de día, tratamientos ambulatorios y cirugía menor ambulatoria. El resultado obtenido fue que, en término medio, un 34,65% del gasto presupuestario de un hospital se dedica a pacientes que no ingresan.

Si aplicamos ese porcentaje a la cifra anterior, los costes directos se reducirían significativamente alcanzando un total de 293,78 millones de euros frente a los 464,87 imputados en el estudio.

Añadido a estos costes directos, se imputaron los costes indirectos obtenidos de la liquidación presupuestaria de los programas así clasificados que ascendían a 84 millones de euros. Dado que estos programas trabajan para el resto, se utilizó como clave de reparto la liquidación presupuesta-

ria del resto de programas. Los programas de hospitalización suponían el 57 por ciento por lo que se imputaron 48,16 millones de euros por este concepto.

Se ha verificado que la cifra citada de 84 millones de euros a repartir no coincide con la liquidación presupuestaria del año 2009 que fue de 115 millones de euros. Además, se clasificó como programa indirecto el Servicio de Prestaciones y Conciertos (cuya liquidación presupuestaria ascendió a 69,95 millones de euros) que no debería haberse incluido. Si lo eliminamos, al igual que la ejecución presupuestaria de los capítulos 4, 6 y 7 del resto de programas indirectos, los costes a repartir serían 37,97 millones de euros. Utilizando la misma clave de reparto la cifra a imputar como coste indirecto sería 17,25 millones de euros frente a los 48,16 considerados en el estudio.

Finalmente, se incluyen costes de amortizaciones de los hospitales. El criterio utilizado para su cálculo fue la aplicación de un cinco por ciento a la liquidación presupuestaria. La cifra resultante ascendió a 23,24 millones de euros.

No es un sistema adecuado ya que la liquidación presupuestaria no está relacionada con la depreciación que sufren los elementos de inmovilizado. Además, se aplica el mismo método para todos los hospitales del SNS-O cuando su realidad es diferente por su estructura, especialidades atendidas, etc. Aun aceptando que el criterio fuera correcto, la cifra a tener en cuenta no sería 23,24 millones de euros sino 14,69 ya que se debería aplicar ese porcentaje al total de gastos correspondientes a la asistencia hospitalaria del capítulo 1 y 2.

En definitiva, los costes totales con personal que se deberían haber tenido en cuenta en el estudio tras corregir las deficiencias que se han podido cuantificar son:

Descripción	Coste considerado en el estudio	Coste revisado
Costes directos	464.871.568,85 €	293.783.577,35 €
Costes indirectos	48.157.424,17 €	17.248.016,66 €
Amortizaciones	23.243.578,44 €	14.689.178,87 €
Total	536.272.571,46 €	325.720.772,87 €

Hay que tener en cuenta que las cifras obtenidas tras la revisión no son exactas ya que sería necesario realizar más ajustes:

- En lo que a los costes directos se refiere, la cifra de corrección referida a los gastos presu-

puestarios que se dedica a la hospitalización data del año 1996. Se ha analizado la evolución de la actividad en Navarra desde 1996 hasta 2009 de algunos indicadores relevantes a la hora de determinar la actividad de un centro hospitalario y el resultado es el siguiente:

	1996	2009	% variación
Nº camas en funcionamiento en el SNS-O	1.629	1.389	-15%
Estancias	754.949	366.509	-51%
Consultas de especialistas	678.245	1.007.024	48%
% Cirugía Mayor y Menor Ambulatoria sobre total intervenciones	21%	55%	158%
Nº urgencias	237.246	252.964	7%
% ingreso urgencias	15%	14,50%	-1%
Visitas Hospital de Día	22.598	113.653	403%
Visitas Hospitalización a Domicilio	4.343	13.036	200%
Sesiones rehabilitación	469.179	693.711	48%
Sesiones hemodiálisis	20.350	32.916	62%

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para el año 1996 y Memoria SNS-O para el año 2009

Si el número de camas y estancias ha disminuido considerablemente e indicadores de la atención ambulatoria han aumentado significativamente, es de esperar que el porcentaje del 34,65% de gasto dedicado a actividad no hospitalaria sea mayor. Como ya se ha mencionado previamente, no se dispone de información suficiente para determinarlo con exactitud.

- En el caso de los costes indirectos, la cifra a incluir sería menor ya que los programas así calificados trabajan para sí mismos y para otros programas indirectos. Este autoconsumo no se ha tenido en cuenta. No se ha podido determinar esta cantidad por lo que no se ha eliminado ese mayor gasto imputado en el informe.

- Finalmente, la inexistencia de un inventario en los hospitales del SNS-O ha impedido la obtención del importe adecuado que debe incluirse como coste de amortizaciones. Por este motivo, no se ha podido determinar si el importe final sería mayor o menor al incluido.

Concluyendo, los costes de la asistencia hospitalaria incluyendo el del personal del SNS-O del estudio son superiores a los que se deberían haber tenido en cuenta, si bien no se ha podido calcular con exactitud el importe que se tendría que haber considerado. Esto implicaría que los

costes obtenidos para cada GRD en el SNS-O deberían ser menores al repartir una cantidad menor entre la misma actividad.

- *Costes de la asistencia hospitalaria en el SNS-O sin personal:*

El procedimiento utilizado en la obtención de esta cifra es similar al anterior y también está compuesta de costes directos, indirectos y amortizaciones.

Como costes directos se toma solamente el capítulo 2 de los programas de "Hospitalización". La cifra es correcta y asciende a 149,26 millones de euros según la liquidación presupuestaria del 2009.

Sin embargo, al igual que en el caso anterior, deberíamos considerar tan solo el porcentaje de los gastos que se utiliza para la atención hospitalaria. Aplicando la cifra empleada previamente, los costes directos pasarían a ser 97,54 millones de euros.

Por otro lado, consideramos que los costes directos deberían ser mayores ya que se ha eliminado todo el capítulo 1 de personal. Los costes de la asistencia sin personal se utilizaron para comparar el coste del SNS-O con el asumido al derivar actividad quirúrgica al HSJD, centro en el cual

los facultativos propios intervienen a los pacientes. Este hecho implica que se debería haber eliminado tan solo el coste de los facultativos que intervienen a los pacientes en el HSJD y no el del resto de personal.

Ante la imposibilidad de determinar con exactitud qué facultativos son los que intervienen en el HSJD, se ha contemplado todo el coste del personal excepto el de los facultativos de las especialidades médicas intervenidas quirúrgicamente en el HSJD. El importe a añadir sería de 167,59 millones de euros.

La estimación de los costes indirectos se cifra en 76,21 millones de euros siguiendo el procedi-

miento del punto anterior aunque se tiene en cuenta solamente el capítulo 2.

De nuevo habría que eliminar el programa “Servicio de Prestaciones y Conciertos” y tener en cuenta el porcentaje del gasto hospitalario dedicado a actividades diferentes a la hospitalización, por lo que la cantidad imputable descendería hasta 5,95 millones de euros.

El importe de las amortizaciones es igual al obtenido previamente, por lo que es de aplicación lo señalado en el punto anterior.

En resumen, los costes totales de la asistencia sin personal que deberían haberse considerado eliminando algunas de las deficiencias son:

Descripción	Coste considerado en el estudio	Coste revisado
Costes directos: capítulo 1 personal no facultativo	--	167.590.769,26 €
Costes directos capítulo 2	149.256.912,37 €	97.539.392,23 €
Costes indirectos capítulo 2	62.160.499,59 €	5.950.221,54 €
Amortizaciones	23.243.578,44 €	14.689.178,87 €
Total	234.660.990,40 €	285.769.561,90 €

Al igual que en el caso anterior, no debemos dar por exacta la cifra revisada ya que se deberían realizar más ajustes a estos datos:

- Los costes directos del personal que se han imputado probablemente deberían ser mayores ya que se ha eliminado el de todos los facultativos pertenecientes a las especialidades que se intervienen en el HSJD, a pesar de que todos no operan en este centro. Por otro lado, no hay que olvidar que el porcentaje de costes imputado debería ser menor según los cálculos del Ministerio, dada la evolución de la actividad mostrada en el cuadro anterior.

- Los costes indirectos también deberían disminuir asumiendo que el porcentaje de gasto dedicado a hospitalización será menor y teniendo en cuenta que no se ha eliminado el autoconsumo.

- Asimismo, los importes de las amortizaciones no se sabe si son adecuados o no ya que el sistema utilizado no está relacionado con la realidad de cada centro.

En definitiva, los costes de la asistencia hospitalaria sin personal del SNS-O utilizados en el estudio deberían haber sido superiores a los considerados, si bien la incertidumbre existente en torno a algunas cifras hace que no se pueda determinar de una manera fiable el resultado final.

IV.2.2 Cálculo de los costes de la asistencia hospitalaria en el HSJD

Como ya se ha mencionado, a pesar de existir unas tarifas definidas en el concierto para este tipo de atención, se utilizó el sistema GRD. Revisando el cálculo seguido en este caso se encontraron las siguientes deficiencias:

Los costes que se repartieron entre los pacientes derivados al HSJD se obtuvieron de una estimación que se hizo del gasto total del concierto en asistencia a pacientes hospitalizados. De un total de 18,45 millones de euros se consideró que el 92 por ciento se destinaba a la atención a pacientes ingresados y se cifraron los costes a repartir en 16,98 millones de euros. Sin embargo, se ha comprobado que el gasto total del concierto ascendió a 18,87 millones, de los cuales 11,05 millones se destinaron a financiar la atención a pacientes ingresados.

Además, se consideró una actividad de 8.201 pacientes ingresados. Examinando esta cifra se ha verificado que, además de los pacientes ingresados, en esa cantidad estaban incluidos los pacientes intervenidos de forma ambulatoria que abandonaron el HSJD el mismo día de la intervención. Esto hace que el número de altas que se debería haber tenido en cuenta sea de 2.635 y no

8.201 ya que el estudio del SNS-O se limitó a la asistencia hospitalaria.

Por todo lo anterior, se puede concluir que el cálculo de los costes por paciente derivado al HSJD que permanece ingresado no se ajusta a la realidad dada la relevancia de las deficiencias expuestas.

IV.2.3 Cálculo del ahorro en la actividad derivada al HSJD

El estudio del SNS-O concluyó con la comparación de los datos obtenidos en los epígrafes IV.2.1 y IV.2.2. El resultado final arrojó un saldo positivo o ahorro para el SNS-O de 8,02 millones de euros, es decir, que de haber asumido esa actividad el SNS-O además del gasto que le supuso el concierto habría incurrido en ese importe añadido.

Teniendo en cuenta las conclusiones de los apartados anteriores, no podemos afirmar que el ahorro obtenido haya seguido una metodología y cálculo adecuados que proporcione fiabilidad a las conclusiones alcanzadas, por lo que las cifras obtenidas de ahorro no son válidas.

Hemos realizado una simulación del resultado obtenido incluyendo la corrección de las deficiencias del cálculo que se han podido cuantificar y aumentando ligeramente el porcentaje del gasto dedicado a la actividad ambulatoria. Se ha comprobado que el ahorro se reduce significativamente acercándose a un equilibrio e incluso se podría generar desahorro.

A pesar de este hecho, considerando las deficiencias de la metodología GRD y los errores que no se han podido valorar, no se puede afirmar que esta inversión de la cifra atienda a la realidad, aunque sí habría afectado a los resultados alcanzados en el estudio del SNS-O que deberían haber sido totalmente diferentes.

IV.3 ANÁLISIS DE LA JUSTIFICACIÓN DEL CONCIERTO CON EL HSJD

El informe presentado por el SNS-O es una exposición de datos económicos que no menciona la justificación del concierto con el HSJD, si bien de los datos resultantes de ahorro se podría deducir la rentabilidad para el SNS-O. Dada la relevancia de las deficiencias descritas en los apartados anteriores, las cifras de ahorro obtenidas no son correctas y no permiten concluir que el SNS-O evitara esos gastos de haber prestado la atención con medios propios y no justifica, por lo tanto, la concertación.

Añadido a esto, el estudio solo examinó la asistencia hospitalaria cuando esta atención supuso en el 2009 el 58% del gasto del concierto representado la actividad ambulatoria el 42% restante. A pesar de que el motivo para no evaluar la actividad ambulatoria fue la escasez de tiempo y la ausencia de un sistema de costes aplicable a la actividad ambulatoria, no se analizó un porcentaje significativo del gasto del concierto. Este hecho restaría validez a la posible justificación del concierto derivada de los resultados obtenidos en el informe y así debería haber conestado en el informe presentado.

Aunque el estudio de costes presentado no justifica la concertación, esto no implica que la concertación con el HSJD no haya sido oportuna en los últimos años. De hecho, la derivación de la actividad quirúrgica ha permitido en algunos casos incrementar el rendimiento de los facultativos que intervienen en ese centro y no podían hacerlo en el SNS-O por falta de quirófanos, siendo muy útil, además, la concertación de camas de larga estancia que permiten una mayor rotación en los hospitales públicos. Sin embargo, el estudio presentado muestra unas cifras de ahorro que no deben llevar a extraer conclusiones erróneas acerca de los costes en el SNS-O.

V. PROPUESTA DE METODOLOGÍA DE COSTES, APLICACIÓN PRÁCTICA Y COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Ante las carencias del sistema GRD para calcular los costes de los pacientes ingresados y la ausencia de métodos para obtener los del resto de asistencias prestadas en un hospital, se ha considerado conveniente proponer desde la Cámara de Comptos una metodología de costes que se aproxime a la realidad de la atención sanitaria, que sea aplicable a cualquier tipo de prestación y sea útil para la toma de decisiones. Para mostrar el funcionamiento del método propuesto se ha realizado una aplicación práctica a un caso sencillo.

V.1 PROPUESTA DE UNA METODOLOGÍA DE COSTES POR PROCESO

La metodología que se propone está basada en el cálculo del coste por proceso que permite obtener el coste unitario de cada prestación.

Este sistema supone diseñar el protocolo de atención al paciente y el consumo de recursos de cada etapa del mismo. La única forma de conocer esta información es trabajando directamente con las personas que prestan el servicio que son las auténticas conocedoras del procedimiento. A tra-

vés de entrevistas se debe llegar a un diseño de este proceso de atención al paciente y a una asignación de recursos (personal, material fungible, amortización, etc.).

En lo que se refiere a la imputación de los costes indirectos (como Dirección del Hospital, Contabilidad o Servicios Centrales) que deberían formar parte del coste, se deberían definir las actividades que se realizan, asignarles recursos a las mismas y repartir posteriormente estos costes a los centros finalistas en función de la actividad realizada para cada uno de ellos.

V.2 APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA METODOLOGÍA PROPUESTA Y COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Con el fin de demostrar la aplicabilidad del sistema propuesto, se eligió una intervención sencilla realizada en el HSJD en un número significativo de pacientes que nos permitiera cotejar los resultados obtenidos con los del estudio fiscalizado.

En concreto, la intervención elegida fue la fimosis que se realizó a 194 pacientes en el HSJD (36 por ciento del total de fimosis realizadas) y en el SNS-O a 344 repartidos entre el Hospital Virgen del Camino (HVC) (250 pacientes), Hospital Reina Sofía de Tudela (HRS) (57 pacientes) y Hospital García Orcoyen de Estella (HGO) (37 pacientes). En el Hospital de Navarra no se realizó ninguna intervención porque su totalidad se operó en el HSJD.

Tras mantener reuniones con los jefes de la especialidad de urología de cada centro, se observa que el protocolo de atención al paciente es el mismo: consulta previa al paciente y realización de la intervención. Finalizada la intervención, el paciente vuelve a su casa sin permanecer ingresado.

Hay que mencionar que en el cálculo de los costes indirectos, la escasa relevancia de este elemento en la cifra final de costes y el esfuerzo que supondría aplicar un sistema de las características descritas, motivaron la no aplicación del sistema propuesto.

En el caso de los costes indirectos de cada centro en particular, se realizó una estimación de los costes indirectos calculando el porcentaje que

éstos suponen en el presupuesto de cada hospital. Este porcentaje se aplicó posteriormente al coste directo. Esto supone una limitación al coste obtenido, aunque su cálculo correcto no modificaría de forma significativa la cifra alcanzada.

Respecto a los costes indirectos del Departamento de Salud, se consideraron como tales los gastos liquidados del capítulo 1 y 2 de los programas presupuestarios que no prestan atención directa al paciente y que son:

- Programa 500: Dirección y Servicios Generales de Salud
- Programa 501: Salud Pública
- Programa 511: Asistencia Sanitaria (exceptuando el gasto correspondiente a la coordinación de trasplantes de órganos)
- Programa 512: Docencia, investigación y desarrollo
- Programa 513: Agencia Navarra de la Salud
- Programa 514: Salud laboral
- Programa 540: Servicios centrales del SNS-O
- Programa 541: Asistencia especializada (exceptuando el gasto correspondiente al Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra)
- Programa 548: Instituto de Salud Pública (exceptuando el gasto correspondiente a la Detección Precoz)

Estos gastos se imputaron teniendo en cuenta el peso del capítulo 1 de cada centro en el total del Departamento de Salud. Al igual que en el caso anterior, la calidad del reparto podría mejorarse si bien la incidencia en la cifra final sería poco significativa.

En cuanto a la amortización de las estructuras hospitalarias, se ha considerado tan solo la de los edificios de los centros, atendiendo al inventario de bienes y derechos del Gobierno de Navarra. Se ha aplicado una cuota lineal siguiendo los criterios del Plan General de Contabilidad.

Se presenta a continuación el coste de una fimosis en el año 2009 en los hospitales públicos navarros, así como el coste medio ponderado por el número de intervenciones en el SNS-O:

Proceso	Coste HVC	Coste HRS	Coste HGO	Coste SNS-O
Consulta	25,09 €	24,24 €	17,58 €	24,14 €
Intervención	126,41 €	106,23 €	101,93 €	120,43 €
Coste directo	151,50 €	130,48 €	119,51 €	144,57 €
% Coste indirecto propio	9,41%	12,89%	17,30%	10,84%
% Coste indirecto Dpto. Salud	5,50%	4,95%	5,32%	5,39%
% total indirectos	14,91%	17,84%	22,62%	16,22%
Coste indirecto	26,55 €	28,33 €	34,94 €	28,01 €
Coste directo + coste indirecto	178,05 €	158,81 €	154,45 €	172,58€

En la tabla siguiente se ha comparado el resultado obtenido con la tarifa abonada al HSJD y con los costes obtenidos para el SNS-O y para el HSJD en el estudio analizado:

Coste fimosis SNS-O	Coste fimosis SNS-O comparable con tarifa	Tarifa fimosis abonada al HSJD	Coste GRD fimosis SNS-O		Coste GRD fimosis del HSJD para el SNS-O	
			<18 años	>18 años	<18 años	<18 años
173 €	87 €	246 €	1.923 €	3.695 €	697 €	1.339 €

A efectos comparativos con la tarifa abonada al HSJD, hay que tener en cuenta que han de considerarse solamente las prestaciones incluidas en la tarifa del concierto. Por este motivo, el coste medio del SNS-O en el año 2009 comparable con la tarifa asciende a 87 euros (se elimina el coste de la consulta y del facultativo en la intervención). La tarifa fija que se abona al HSJD por este proceso en el 2009 es de 246 euros.

A pesar de que las organizaciones privadas en general aplican un margen de beneficio a su actividad, y que quizás el porcentaje de costes indirectos sea mayor, la diferencia es muy significativa.

Prosiguiendo con las comparaciones, el coste asignado en el estudio fiscalizado a esta intervención en el SNS-O fue de 3.695 euros para pacientes mayores de 18 años y 1.923 para el resto, cifras que difieren sustancialmente del coste obtenido (172,58 euros).

Por otro lado, el estudio fiscalizado asignó un coste al HSJD para esta intervención de 1.339 euros para personas mayores de 18 años y 697 euros para el resto, datos que también presentan diferencias significativas respecto a la tarifa realmente abonada al HSJD por este proceso, que fue de 246 euros.

Hay que destacar que las diferencias tan significativas con el sistema GRD se deben a que en el estudio se consideró que estos pacientes habían permanecido ingresados cuando se ha constatado que no fue así en ningún caso. Esto es un ejemplo más de las deficiencias del sistema GRD por errores de codificación en este caso.

Para finalizar hay que destacar que la metodología propuesta precisa de un esfuerzo inicial importante en cuanto a tiempo y recursos. Sin embargo, la actualización posterior de la información se convertiría en un proceso sencillo que reportaría datos muy útiles para la gestión mayores al esfuerzo inicial realizado.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los objetivos del trabajo se han alcanzado las siguientes conclusiones:

- *La metodología utilizada en el estudio comparativo del coste de la asistencia hospitalaria en el SNS-O y en el HSJD no fue la adecuada por los siguientes motivos:*

- El sistema de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) es el método de cálculo global de costes que se ha venido utilizando tradicionalmente en el ámbito sanitario. Sin embargo,

actualmente se ha demostrado que no es el más adecuado para la gestión por: problemas en la creación de los grupos de pacientes, variabilidad de la estancia dentro de cada grupo, errores de codificación, uso de pesos para repartir los costes contruidos con bases de datos ajenas a nuestra realidad sanitaria, etc.

Esta metodología se empleó por falta de tiempo y por la ausencia de una contabilidad analítica en el SNS-O que permita obtener el coste unitario de cada prestación.

– Problemas específicos en la aplicación del sistema GRD en el informe del SNS-O como: ausencia de un reparto primario y secundario de los costes, utilización del mismo peso para todos los hospitales del SNS-O y para el HSJD cuando son diferentes en cuanto a estructura y especialidades atendidas, empleo de pesos americanos cuando existen adaptaciones a la realidad española hechas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, etc.

– Utilización del sistema GRD para calcular los costes en el HSJD cuando se disponía de las tarifas establecidas en el concierto, que son las cifras reales del coste de derivar pacientes a ese centro para el SNS-O.

• *Se han detectado errores en los cálculos seguidos que reducen aun más la validez de las conclusiones alcanzadas.*

a) En el cálculo de los costes del SNS-O estos errores han sido:

– Inclusión de toda la liquidación presupuestaria de los hospitales del SNS-O para el cálculo del coste de la atención a pacientes hospitalizados, cuando se ha estimado que al menos el 34,65% se dedica a la atención ambulatoria.

– Utilización de un criterio de amortización basado en la aplicación de un cinco por ciento a la liquidación presupuestaria de los hospitales del SNS-O sin tener este cálculo relación alguna con la depreciación del inmovilizado.

– Para calcular el coste en el SNS-O de los procesos quirúrgicos realizados en el HSJD (intervenciones por facultativos del SNS-O) se eliminó todo el gasto del capítulo 1 de personal, cuando se deberían haber eliminado solamente los costes de los facultativos que intervienen en el HSJD.

– La no consideración del autoconsumo de los costes indirectos y la inclusión de algunos que no lo eran.

– Fallos en la captación de datos en las liquidaciones presupuestarias hospitalarias del SNS-O.

Tras subsanar algunas de las deficiencias anteriores, los costes para el SNS-O que se deberían haber tenido en cuenta en el caso de pacientes hospitalizados que no pasaron por quirófano son:

Descripción	Coste considerado en el estudio	Coste revisado
Costes directos	464.871.568,85 €	293.783.577,35 €
Costes indirectos	48.157.424,17 €	17.248.016,66 €
Amortizaciones	23.243.578,44 €	14.689.178,87 €
Total	536.272.571,46 €	325.720.772,87 €

Las cifras revisadas no son totalmente exactas ya que no se ha podido determinar con rigurosidad la variación en algunas de las cantidades aunque probablemente la reducción de costes fuera aún mayor.

En el caso de los pacientes intervenidos y posteriormente hospitalizados, los costes pasarían a ser:

Descripción	Coste considerado en el estudio	Coste revisado
Costes directos: capítulo 1 personal no facultativo	--	167.590.769,26 €
Costes directos capítulo 2	149.256.912,37 €	97.539.392,23 €
Costes indirectos capítulo 2	62.160.499,59 €	5.950.221,54 €
Amortizaciones	23.243.578,44 €	14.689.178,87 €
Total	234.660.990,40 €	285.769.561,90 €

Al igual que en el caso anterior, las cifras revisadas no son estrictamente correctas, sin poder asegurar en este caso si la cifra final sería mayor o menor a la estimada.

b) En el cálculo de los costes en el HSJD los errores cometidos fueron:

– Consideración de 8.201 pacientes ingresados cuando tan solo fueron 2.635.

– Consideración de un 92 por ciento del gasto del concierto para la atención hospitalaria (17,39 millones de euros) cuando solo se destinó el 58 por ciento a este tipo de atención (11 millones de euros).

• *Si la metodología utilizada no fue adecuada y los cálculos realizados presentan errores significativos, las cifras de ahorro obtenidas en el estudio presentado por el SNS-O de 7,45 millones de euros en el año 2008 y 8,02 en el 2009 no son válidas.*

El cálculo lógico del ahorro debería haber comparado lo que le cuesta al SNS-O realizar todas las prestaciones que se concertan en el HSJD con la tarifa abonada a este centro por cada modalidad concertada. El sistema de costes que se debe utilizar tiene que proporcionar la garantía de que el resultado obtenido se ajuste a la realidad frente a un coste global medio que implique alcanzar conclusiones erróneas.

• *Incorporando algunas de las correcciones detectadas, aumentando ligeramente el porcentaje de gasto dedicado a la actividad ambulatoria y utilizando el sistema GRD, esas cifras se reducirían significativamente pudiendo generar incluso desahorro, por lo que las conclusiones del informe del SNS-O deberían haber sido diferentes.*

A pesar de la inversión de la cifra de ahorro, hay que ser conscientes de que la metodología GRD no es adecuada y que no se han podido cuantificar todos los errores detectados. Por ello no se puede afirmar que se haya generado desahorro en la concertación con el HSJD, pero sí

que los resultados del informe del SNS-O tendrían que haber sido distintos.

• *Todo lo anterior implica que el estudio comparativo de costes presentado por el SNS-O no evidencia sus necesidades reales, ni la imposibilidad de prestar la asistencia sanitaria y, por lo tanto, no justifica la concertación.*

Además de lo anterior, en el año 2009 solo se evaluó el 58 (64 en 2008) por ciento del gasto del concierto correspondiente a la asistencia hospitalaria, dejando el 42 por ciento restante (38 en 2008) sin analizar. Por este motivo, las conclusiones del informe presentado tan solo serían aplicables a ese porcentaje del gasto del concierto y a este tipo de atención y debería haberse mencionado en el estudio dicha circunstancia.

Esto no implica que la concertación no haya sido oportuna en los últimos años debido a la falta de quirófanos en el SNS-O y a la necesidad de camas, pero no debe llevar a conclusiones erróneas sobre los costes en los hospitales públicos navarros ni a justificar determinadas decisiones.

Vistas las deficiencias del sistema GRD expuestas y la carencia de otros sistemas de evaluación de actividades diferentes a la hospitalización, recomendamos:

• *Utilizar metodologías de costes más adecuadas a la realidad de la atención sanitaria que sean verdaderas herramientas de gestión para la toma de decisiones.*

La Cámara de Comptos ha propuesto un sistema basado en la filosofía del coste por proceso que implica diseñar protocolos de atención al paciente, asignando consumos de recursos con la ayuda de los responsables de cada servicio.

Se ha aplicado la metodología propuesta al caso concreto de la fimosis (por ser un proceso sencillo realizado en un número significativo de pacientes) obteniéndose un coste medio para el SNS-O de 173 euros en 2009.

Se ha comparado el dato obtenido con la tarifa abonada al HSJD por este proceso eliminando las prestaciones no incluidas en dicha tarifa. Además,

se ha contrastado el dato obtenido y la tarifa con los costes asignados por el sistema GRD al SNS-O y al HSJD.

Coste fimosis SNS-O	Coste fimosis SNS-O comparable con tarifa	Tarifa fimosis abonada al HSJD	Coste GRD fimosis SNS-O		Coste GRD fimosis del HSJD para el SNS-O	
			<18 años	>18 años	<18 años	<18 años
173 €	87 €	246 €	1.923 €	3.695 €	697 €	1.339 €

Las diferencias en todos los casos son muy significativas y son un ejemplo de la distorsión en el cálculo de los costes del sistema GRD y de la ausencia de información adecuada para la negociación de las tarifas. Hay que tener en cuenta, asimismo, que las diferencias con los GRD son tan significativas por considerar que estos pacientes permanecieron ingresados sin ser este hecho cierto.

Hay que destacar que la metodología propuesta necesita la colaboración, voluntad y convencimiento de todos los profesionales implicados ya que sin ellos la aplicación del sistema fracasaría. Aunque inicialmente precisaría invertir mucho tiempo y esfuerzo, convirtiéndose su implantación en un proceso largo, la actualización posterior sería muy sencilla y la información que reportaría sería tan útil para la gestión que compensaría el trabajo inicial.

• *Realizar un análisis previo de las prestaciones a concertar*

Antes de decidir si se concerta una prestación o si se presta con medios propios, se deberían tener en cuenta factores de diversa índole como la optimización y la capacidad de los recursos disponibles, el factor económico, la calidad del servicio prestado, el cumplimiento de la Ley Foral 14/2008 de Garantías de Espera en Atención Especializada, etc.

Así, si bien la escasez de quirófanos disponibles y la necesidad de camas podía justificar en algunos casos la derivación al HSJD, las remodelaciones actuales del Pabellón C del Hospital de Navarra, del bloque quirúrgico del HVC o de la Clínica Ubarmin, que han supuesto un aumento de quirófanos, se han llevado a cabo sin que conste la existencia de un estudio previo sobre la posible asunción de la actividad derivada habitualmente al HSJD.

• *Constituir formalmente un equipo que continúe con el trabajo que un grupo de profesionales del SNS-O está realizando sobre reparto de costes en los centros hospitalarios para implantar un sistema de contabilidad analítica atendiendo a un calendario previsto de actuaciones:*

Existe, desde hace varios años en el SNS-O, un conjunto de profesionales trabajando en la implantación de un sistema de costes. Actualmente se encuentran realizando la fase de reparto primario de los costes en cada hospital, especialmente en el área de personal. Consideramos que se debería seguir en esta línea para avanzar a posteriori en un reparto secundario que permita implantar una contabilidad analítica para mejorar la eficiencia en la gestión hospitalaria.

Este grupo de trabajo debe contar con la participación de los servicios sanitarios hospitalarios, ya que se ha constatado que la mayoría dispone de información detallada sobre la actividad y consumos de recursos realizados.

En definitiva, la creciente preocupación por el futuro de los sistemas sanitarios públicos hace necesario abordar su sostenibilidad, tal y como se indicó en el Plan de Salud 2006-2012. La implantación de las recomendaciones anteriores facilitaría la participación de los profesionales y gestores del ámbito sanitario en la gestión y el desarrollo de herramientas para la toma de decisiones, consiguiendo así prestar al ciudadano un servicio sanitario de calidad de forma económica, eficaz y eficiente.

Informe que se emite a propuesta de la auditora Karen Moreno Orduña, responsable de la realización de este trabajo, una vez cumplimentados los trámites previstos por la normativa vigente.

Pamplona, a 13 de octubre de 2011

El Presidente: Helio Robleda Cabezas

