



BOLETIN OFICIAL
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura

Pamplona, 14 de agosto de 2012

NÚM. 67

S U M A R I O

SERIE G:

Informes, Convocatorias e Información Parlamentaria:

—Informe de fiscalización sobre los conciertos y convenios económicos celebrados desde el Departamento de Salud con diversas entidades privadas durante los ejercicios 2008 y 2009 (Pág. 2).

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

Informe de fiscalización sobre los conciertos y convenios económicos celebrados desde el Departamento de Salud con diversas entidades privadas durante los ejercicios 2008 y 2009

En sesión celebrada el día 2 de noviembre de 2011, la Mesa del Parlamento de Navarra, previa audiencia de la Junta de Portavoces, adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

Visto el informe de fiscalización emitido por la Cámara de Comptos sobre los conciertos y convenios económicos celebrados desde el Departamento de Salud con diversas entidades privadas durante los ejercicios 2008 y 2009, SE ACUERDA:

1.º Darse por enterada del contenido del citado informe.

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 2 de noviembre de 2011

El Presidente: Alberto Catalán Higuera

Informe de fiscalización sobre los conciertos y convenios económicos celebrados desde el Departamento de Salud con diversas entidades privadas durante los ejercicios 2008 y 2009, emitido por la Cámara de Comptos

ÍNDICE

- I. Introducción (Pág. 2).
- II. Objetivo, alcance y limitaciones de la fiscalización (Pág. 3).
- III. Conciertos sanitarios (Pág. 4).
- IV. Conclusiones (Pág. 7).
- V. Recomendaciones (Pág. 11).
- VI. Evaluación de la gestión de los conciertos sanitarios (Pág. 12).
 - VI.1. Gasto de los conciertos sanitarios y actividad concertada (Pág. 12).

VI.2. Justificación y objetivos de los conciertos (Pág. 15).

VI.3. Tarifas concertadas (Pág. 16).

VI.4. Facturación de la actividad concertada (Pág. 17).

VII. Coste en el SNS-O de distintas prestaciones sanitarias (Pág. 17).

VII.1. Metodología general de cálculo de costes (Pág. 17).

VII.2. Resonancia magnética (Pág. 18).

VII.3. Sesión de hemodiálisis (Pág. 20).

VII.4. Consultas de traumatología (Pág. 22).

VII.5. Prótesis de rodilla (Pág. 23).

Alegaciones presentadas por el Departamento de Salud (Pág. 25).

Alegaciones de la Clínica Universidad de Navarra (Pág. 28).

Alegaciones de la Clínica San Miguel (Pág. 36).

Alegaciones del Centro Medicis de Diagnóstico Radiológico de Navarra S.L. (Pág. 44).

Contestación de la Cámara de Comptos de Navarra a las alegaciones presentadas (Pág. 46).

I. INTRODUCCIÓN

El Grupo Parlamentario Nafarroa Bai solicitó la fiscalización de los fondos públicos destinados a los conciertos y convenios con entidades privadas. El 1 de febrero de 2010, la Mesa del Parlamento de Navarra acordó remitir a la Cámara de Comptos dicha solicitud.

Este trabajo se incluyó en el programa de fiscalización que la Cámara de Comptos aprobó para el año 2010 y lo realizó un equipo integrado por dos técnicas de auditoría y una auditora, con

la colaboración de los servicios jurídicos, informáticos y administrativos de la Cámara.

El trabajo de campo comenzó en octubre de 2010 y finalizó en mayo de 2011.

Agradecemos al personal del Departamento de Salud, del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) y de la Dirección General de Función Pública del Departamento de Presidencia, Justicia e Interior la colaboración prestada en la realización del presente trabajo.

II. OBJETIVOS, ALCANCE Y LIMITACIONES DE LA FISCALIZACIÓN

Los objetivos de la fiscalización son:

a) Analizar el gasto y la actividad concertada en los años 2008 y 2009.

b) Analizar la gestión de los fondos públicos destinados a conciertos sanitarios con entidades privadas.

c) Calcular el coste en 2009 de determinadas prestaciones sanitarias del SNS-O y compararlo con las tarifas de los centros sanitarios concertados.

El alcance de la fiscalización ha sido el análisis de los conciertos sanitarios vigentes en 2008 y 2009 con las siguientes entidades privadas:

- Clínica Universitaria (actualmente Clínica Universidad de Navarra)
- Clínica San Miguel
- Grupo hospitalario Quirón, S.A.
- Centro Médicis de Diagnóstico por imagen
- Alliance Medical Diagnósticos SL

Estos conciertos supusieron un gasto de 28.658.540 euros en 2009.

En cuanto a convenios suscritos con las citadas entidades, solamente nos consta el convenio con la Clínica Universitaria el cual no se ha fiscalizado porque esta Cámara emitió el cinco de agosto de 2009 un informe de fiscalización sobre el

“Contrato para la prestación de asistencia sanitaria por la Universidad de Navarra a determinados colectivos de usuarios del SNS-O”. Integran este colectivo los trabajadores en activo y pensionistas de la Clínica Universitaria, así como sus familiares.

Una de las recomendaciones de este informe era que el SNS-O, antes de la finalización del contrato y teniendo en cuenta los resultados efectivos del mismo, su coste y otras circunstancias objetivas que le afecten, analizara la razonabilidad de mantener externalizada desde 2012 la prestación sanitaria de este colectivo de personas, prestación que supuso un gasto de 5 millones de euros en 2009.

Las prestaciones sanitarias cuyo coste se ha calculado son:

- Pruebas diagnósticas: resonancia magnética de tobillo y rodilla, con y sin contraste
- Tratamientos especiales ambulatorios: sesión de hemodiálisis
- Consultas: consulta de traumatología
- Procesos quirúrgicos: operación de prótesis de rodilla.

El cálculo del coste se ha realizado en todos los centros del SNS-O en los que se prestan las citadas asistencias.

Los principales criterios de selección de los procesos sanitarios analizados fueron el volumen de actividad y el gasto realizado en el año 2009 así como su prestación en la mayoría de los centros, tanto concertados como públicos.

La concertación de las asistencias sanitarias que hemos evaluado supuso un gasto de 4.737.209 euros, un 16,5 por ciento del total del gasto en 2009 de los conciertos fiscalizados.

En el siguiente cuadro se muestra el gasto de las prestaciones concertadas evaluadas y lo que suponen dentro de cada una de las modalidades de asistencia sanitaria.

Asistencia sanitaria	Gasto concertado en 2009
Total pruebas diagnósticas	4.049.423
Resonancia magnética	2.438.433
% resonancia sobre total pruebas	60%
Total tratamientos ambulatorios	2.432.637
Hemodiálisis	1.344.965
% hemodiálisis sobre total tratamientos	55%
Total consultas	1.351.871
Consultas de traumatología	298.395
% consultas traumatología sobre total consultas	22%
Total procesos quirúrgicos	7.047.725
Operación de prótesis de rodilla	655.416
% operación prótesis rodilla sobre total operaciones	9%

La evaluación de las prestaciones sanitarias anteriores ha requerido la colaboración de los gestores y personal sanitario del SNS-O.

El trabajo se desarrolló conforme a los principios y normas de fiscalización aprobadas por la Comisión de Coordinación de los Órganos Públicos de Control Externo del Estado Español y desarrollados por esta Cámara de Comptos en su Manual de Fiscalización.

Las limitaciones al alcance del trabajo han sido:

- La ausencia de una contabilidad analítica para obtener directamente el coste unitario de todos los procesos sanitarios.

- La utilización de fórmulas de reparto de los costes indirectos no basadas en la actividad, dadas las dificultades para obtener información homogénea al respecto, puede originar que el coste obtenido no sea exacto, si bien la variación en la cifra alcanzada no sería significativa y no alteraría las conclusiones obtenidas.

- Se ha calculado un coste estimado estándar, en el que no se contempla el coste de los tratamientos y pruebas adicionales que se realizarían al paciente en casos de complicaciones en el proceso quirúrgico o prestación sanitaria correspondiente.

Pese a estas limitaciones, dada la información existente en los distintos Servicios del SNS-O y la colaboración del personal de dicho Organismo Autónomo, hemos podido estimar el coste y evaluar algunos aspectos de la gestión de las prestaciones sanitarias correspondientes a resonancias magnéticas, hemodiálisis, consultas de traumatología y operación de prótesis de rodilla.

III. CONCIERTOS SANITARIOS

Definición

La Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud regula la colaboración de la iniciativa privada en la prestación de servicios sanitarios y establece que la integración de los centros privados en la red pública se llevará a cabo mediante concierto singular con cada Entidad o Institución.

El concierto sanitario es un contrato de gestión de servicios públicos sanitarios suscrito con entidades privadas para la prestación de asistencia sanitaria especializada a los beneficiarios de la Seguridad Social de la Comunidad Foral y a los acogidos al sistema de asistencia sanitaria del Gobierno de Navarra y Entidades Locales de “uso especial”.

La atención especializada comprende la atención especializada en consultas, en hospital de día, médico y quirúrgico, la hospitalización en régimen de internamiento, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, atención paliativa a enfermos terminales y atención a la salud mental.

Estructura organizativa

En el año 2009, la asistencia sanitaria especializada del SNS-O se estructuraba en tres Áreas de Salud que contaban con los siguientes centros sanitarios:

- Área de Pamplona: dos hospitales generales (Virgen del Camino y Hospital de Navarra), un hospital de Ortopedia y Rehabilitación (Clínica Ubarmin), cuatro centros ambulatorios (centro de Consultas Príncipe de Viana, Centro Doctor San Martín, Ambulatorio Conde Oliveto y Ambulatorio de Tafalla), siete centros de Salud Mental y siete centros de atención a la mujer. La población atendida en este Área era de 469.694 personas.

– Área de Estella: un hospital general (Hospital García Orcoyen), un centro de salud mental y tres centros de atención a la mujer. Abarca una población de 64.328 personas.

– Área de Tudela: un hospital general (Hospital Reina Sofía), un centro ambulatorio, un centro de salud mental y un centro de atención a la mujer. Abarca una población de 96.556 personas.

Además, se adscriben a la asistencia sanitaria especializada los siguientes centros y servicios:

- Centro de Transfusión Sanguínea
- Centro de Investigación biomédica
- Servicio de prestaciones y conciertos

La gestión de los conciertos sanitarios, salvo el concierto con Alliance, corresponde al Servicio de Prestaciones y Conciertos. El concierto con Alliance para la realización de pruebas diagnósticas en

unidad móvil lo gestionaba la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria, ya que inicialmente se concertó para asistencia Ambulatoria. Tanto el Servicio de Prestaciones y Conciertos, como la citada Subdirección dependían de la Dirección de Asistencia especializada.

El gasto de los conciertos se recoge en el programa presupuestario 541 “Asistencia especializada”.

Recursos

En el año 2009, los centros hospitalarios del SNS-O disponían de un total de 1.389 camas y 36 quirófanos para una población de 630.578 habitantes. El personal a tiempo completo empleado en los centros hospitalarios y en los Centros ambulatorios era de 7.072 personas. La distribución de estos recursos por Centros, según datos de la Memoria del SNS-O, era:

Centros hospitalarios del SNS-O	Nº camas	Quirófanos	Personal
Hospital de Navarra	499	10	2.253
Hospital Virgen del Camino	499	15	2.072
Centro Rehabilitación Ubarmin	115	4	355
Hospital García Orcoyen	95	3	461
Hospital Reina Sofía	181	4	696
Centros ambulatorios			1.235
Total	1.389	36	7.072

Regulación

La normativa aplicable a los conciertos sanitarios es, entre otra, la siguiente:

- Ley Foral 6/2006, de 9 de junio, de Contratos Públicos
- Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Decreto Foral 243/1985, de 27 de diciembre, por el que se ordena la asistencia sanitaria especializada en Navarra.
- Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

- Concierto entre el SNS-O y la Clínica Universitaria de Navarra de 21 de enero de 2005.

- Concierto entre el SNS-O y la Clínica San Miguel de 6 de abril de 2006.

- Concierto entre el SNS-O y el Grupo Hospitalario Quirón S.A. de 25 de febrero de 2008.

- Conciertos entre el SNS-O y el Centro Médico Diagnóstico por Imagen de 28 de febrero de 2008 y de 2 de enero de 2009.

- Conciertos entre el SNS-O y Alliance Viamed S.L. de 18 de septiembre de 2007, de 30 de agosto de 2006 y de 4 de agosto de 2009.

Servicios sanitarios concertados

Las prestaciones de asistencia sanitaria especializada concertadas con los centros privados analizados son:

Centro	Prestaciones sanitarias concertadas	Fecha concierto	Vigencia	Procedimiento adjudicación
Clínica Universitaria Navarra	Asistencia en régimen hospitalización Consultas externas ambulatorias Exploraciones diagnósticas Procesos quirúrgicos Tratamientos especiales ambulatorios Trasplantes de órganos	21/01/2005	1 enero a 31 diciembre 2005 prorrogable hasta 31/12/2010	Negociado sin publicidad
Clínica San Miguel	Asistencia en régimen hospitalización Consultas externas ambulatorias Exploraciones diagnósticas Procesos quirúrgicos	06/04/2006	1 de enero a 31 diciembre 2006 prorrogable hasta 31/12/2011	Negociado sin publicidad
Grupo Hospitalario Quirón S.A.	Técnicas de reproducción asistida	25/02/2008	1 marzo 2008 a 31 diciembre 2008 prorrogable hasta 31/12/2011	Acuerdo-marco tramitado a través de procedimiento abierto sin publicidad comunitaria
Centro Médico de Diagnóstico por imagen	Pruebas diagnósticas	28/02/2008	1 marzo 2008 a 31 diciembre 2008 prorrogable hasta 31/12/2011	Negociado sin publicidad comunitaria
		02/01/2009	Nuevo contrato desde 1 enero a 31 diciembre 2009 sin posibilidad de prórroga	Acuerdo-marco tramitado a través de procedimiento negociado sin publicidad comunitaria
Alliance Viamed S.L (en unidad móvil)	Pruebas diagnósticas: TAC	18/09/2007	1 septiembre a 31 diciembre 2007 prorrogable hasta 30/6/2008	Acuerdo-marco tramitado a través de procedimiento abierto sin publicidad comunitaria
		30/08/2006	1 octubre a 31 diciembre 2006 prorrogable hasta el 31/12/2008	Procedimiento abierto
	Pruebas diagnósticas: Resonancia Magnética	04/08/2009	Hasta 31 diciembre 2009 prorrogable hasta 31/12/2010	Acuerdo-marco tramitado a través de procedimiento abierto sin publicidad comunitaria

- Asistencia en régimen de hospitalización

Se concierta con la Clínica Universitaria y con la Clínica San Miguel.

La asistencia en régimen de hospitalización se abona por estancia, entendiéndose como tal la pernocta del paciente junto con una de las comidas principales. En la tarifa se incluyen todas las asistencias, materiales, pruebas (excepto hemodiálisis y PET) y los gastos de medicamentos y hemoderivados hasta una cuantía diaria determinada.

En las estancias médicas y quirúrgicas, los nueve primeros días de estancia se facturan a un precio mayor que las estancias a partir del décimo día. En las estancias en unidades especiales (UCI, UCI Pediátrica y Unidad Coronaria) la tarifa es la misma para toda la estancia.

- Consultas externas ambulatorias

Se conciertan con la Clínica Universitaria y con la Clínica San Miguel.

Las consultas se clasifican en primeras consultas y revisiones. Se considera una consulta como revisión si se realiza al menos un mes después de la primera consulta, formalizada el alta del ingreso o realizada la revisión anterior y se refiere al mismo proceso que motivó la primera consulta o el ingreso del paciente.

En la tarifa de las consultas se incluyen, además de la visita, todos los materiales, pruebas, exploraciones e interconsultas realizadas al paciente, a excepción de algunas pruebas específicas como resonancia magnética o scanner que se facturan aparte.

- Procesos quirúrgicos

Se conciertan con la Clínica Universitaria y con la Clínica San Miguel.

Para procesos quirúrgicos concretos detallados en el concierto, se establece un precio fijo ("forfait"), que incluye todos los gastos del paciente desde su ingreso hasta el alta, además de la consulta previa y posteriores, así como todas las pruebas diagnósticas necesarias durante dos meses después de realizar el proceso quirúrgico. También se incluyen las prótesis quirúrgicas e implantes excepto algunas tales como prótesis de cadera, de rodilla, valvular cardiaca, marcapasos, etc.

El SNS-O adjudica y paga directamente al proveedor las prótesis no incluidas en el forfait, salvo justificación técnica expresa que motive el empleo de una prótesis o implante diferente.

- Exploraciones diagnósticas

Se conciertan con la Clínica Universitaria, con la Clínica San Miguel, con el Centro Médicis de Diagnóstico por Imagen y con Alliance Viamed S.L.

Se incluyen, entre otras pruebas, la resonancia magnética, TAC, ecografía, mamografía, PET y densitometría ósea.

- Tratamientos especiales ambulatorios

Se conciertan con la Clínica Universitaria y con la Clínica San Miguel. Se incluyen tratamientos tales como hemodiálisis, rehabilitación, radioterapia, etc.,

- Trasplantes

Todos los trasplantes se conciertan con la Clínica Universitaria, no se realizan trasplantes en el SNS-O.

La tarifa incluye los gastos desde el ingreso del paciente, con un máximo de dos días previos al

procedimiento, hasta el alta, además de la consulta previa y posteriores, así como todas las pruebas diagnósticas necesarias durante seis meses después del trasplante.

Los gastos de extracción, recogida y traslado de órganos de los donantes los paga directamente el SNS-O.

- Técnicas de reproducción asistida

Se concierta con el Grupo Hospitalario Quirón la realización de técnicas de reproducción asistida para el tratamiento de la esterilidad o infertilidad.

IV. CONCLUSIONES

Hemos analizado el gasto y la actividad concertada en los años 2008 y 2009 así como aspectos organizativos, funcionales y económicos de la gestión de los fondos destinados a conciertos sanitarios en aquellas prestaciones sanitarias de las que hemos estimado su coste, esto es, resonancia magnética de rodilla y tobillo, consultas de traumatología, sesión de hemodiálisis y operación de prótesis de rodilla.

A continuación se resumen las principales conclusiones obtenidas.

- Gasto y actividad concertada

El gasto de los conciertos sanitarios analizados ascendió a 28,66 millones de euros en el año 2009. Representa el tres por ciento del gasto sanitario y fue un 24 por ciento más que en 2008.

El desglose de los gastos concertados en 2008 y 2009 por centros es el siguiente:

Centro	2008	% sobre total	2009	% sobre total	Variación 2008/2009
Clínica Universitaria	17.170.596	74,5%	19.918.332	69%	16%
Clínica San Miguel	3.275.103	14%	5.980.868	21%	82,5%
Grupo Hospitalario Quirón S.A	980.476	4%	885.761	3%	-9,5%
Centro Médicis Diagnóstico por imagen	747.150	3,5%	1.055.777	4%	41%
Alliance Medical Diagnósticos SL	916.234	4%	817.802	3%	-11%
Total	23.089.559	100%	28.658.540	100%	24%

El 69 por ciento del gasto de 2009 corresponde al concierto con la Clínica Universitaria, el 21 por ciento a la Clínica San Miguel, un cuatro por ciento al Centro Médicis Diagnóstico por Imagen, un tres por ciento al Grupo Hospitalario Quirón y otro tres por ciento al Centro Alliance Medical Diagnósticos S.L.

El incremento del gasto concertado con la Clínica San Miguel se debe a la concertación en

2009 de camas para geriatría debido a obras en el Hospital de Navarra.

La dotación presupuestaria inicial en los años 2008 y 2009 para los conciertos sanitarios no fue suficiente para atender el gasto real concertado. Así, el gasto real fue un 20 y un 48 por ciento, en 2008 y 2009 respectivamente, superior al presupuesto inicial.

No se contabilizó en el ejercicio correspondiente el gasto total, siendo destacable el desfase existente en el año 2009 entre el gasto real que ascendió a 28,66 millones de euros y el contabilizado que fue de 19,92 millones de euros.

La actividad en los distintos tipos de prestaciones sanitarias concertadas y el gasto del concierto asociado a las mismas en los años 2008 y 2009 fue:

Prestación sanitaria	Actividad concertada			Gasto concertado		
	2008	2009	Variación	2008	2009	Variación
Estancias de hospitalización	16.875	22.660	34%	5.850.439	8.117.227	39%
Procesos quirúrgicos	1.430	2.755	93%	5.449.565	7.047.725	29%
Consultas	6.906	10.096	46%	925.167	1.351.871	46%
Pruebas diagnósticas	17.837	22.601	27%	2.834.015	4.049.423	43%
Tratamientos especiales ambulatorios	12.732	12.849	1%	1.815.044	1.574.559	-13%
Trasplantes de órganos	45	53	18%	4.144.884	4.657.069	12%
Tratamientos de fertilidad	347	338	-3%	980.476	885.761	-10%

Las principales prestaciones sanitarias concertadas en 2009 fueron:

– 22.660 estancias de hospitalización en centros concertados que supusieron un gasto de 8,12 millones de euros, un 39 por ciento más que en 2008, habiendo aumentado el número de estancias en un 34 por ciento.

– 2.755 procesos quirúrgicos con un gasto de 7,05 millones de euros, un 29 por ciento más que en 2008.

– 53 trasplantes de órganos, ocho más que en 2008, lo que supuso un gasto de 4,66 millones de euros.

– 22.601 pruebas diagnósticas, un 27 por ciento más que en 2008, con un gasto de 4,05 millones de euros, un 43 por ciento más que en 2008.

– tratamientos especiales ambulatorios que supusieron un gasto de 1,57 millones de euros, un 13 por ciento menos que en 2008, siendo la actividad de 2009 similar a la del ejercicio anterior.

– 10.096 consultas con un gasto de 1,35 millones de euros, un 46 por ciento más que en 2008.

A continuación mostramos la actividad concertada y propia en los años 2008 y 2009 de algunas prestaciones sanitarias:

Estancias de hospitalización	2008	2009	Variac. absoluta	Variac. relativa
Actividad propia	384.493	366.509	-17.984	-4,68%
Actividad concertada	16.875	22.660	5.785	34,28%
% de actividad concertada sobre actividad propia	4,38%	6%		

Una de las causas que justifica tanto la disminución de las estancias de hospitalización en los centros públicos como el aumento de las estancias concertadas en el año 2009 son las obras acometidas en el Hospital de Navarra.

Según se desprende de los datos contenidos en las memorias anuales del SN-O, las estancias de hospitalización en los centros públicos siguen una tendencia de aumento desde el año 2005 a 2008 en torno a un 0,3 a 0,7 por ciento anual.

Procesos quirúrgicos	2008	2009	Variac. absoluta	Variac. relativa
Actividad propia	39.852	40.740	888	2,23%
Actividad concertada	1.430	2.755	1.325	92,65%
% de actividad concertada sobre actividad propia	3,59%	6,76%		

Los procesos quirúrgicos concertados en 2009 representan un 6,76 por ciento de la actividad propia en dicha prestación, habiendo aumentado considerablemente respecto al año 2008, tanto en términos absolutos como relativos.

Consultas	2008	2009	Variac. absoluta	Variac. relativa
Actividad propia	982.587	1.007.024	24.437	2,49%
Actividad concertada	6.906	10.096	3.190	46,19%
% de actividad concertada sobre actividad propia	0,70%	1%		

Las consultas concertadas en 2009 supusieron tan sólo el uno por ciento del total de consultas en los centros públicos, habiendo aumentado las consultas concertadas en mayor proporción que la actividad propia.

- Justificación de los conciertos

El SNS-O justifica la concertación de prestaciones sanitarias con centros privados en la insuficiencia de recursos públicos para atender la demanda sanitaria, en la reducción de listas de espera y en la prestación de asistencia sanitaria especializada programada no urgente en los plazos establecidos en la Ley Foral de 14/2008 de garantías de espera en atención especializada.

También se concertaron prestaciones incluidas en la Cartera de servicios de atención especializada pero que no realiza el SNS-O, tales como trasplantes, tratamientos de fertilidad o algunas pruebas diagnósticas para cuya realización el SNS-O no cuenta con la tecnología necesaria.

No constan estudios en los que se analicen y evalúen, previamente a la firma de los conciertos, las alternativas para prestar las asistencias sanitarias, bien con medios propios, adquiriendo nuevos recursos o reorganizando los existentes, o bien con medios ajenos.

- Gestión de los conciertos

Las derivaciones de pacientes a centros concertados están soportadas en solicitudes o prescripciones médicas y están autorizadas por el Servicio de Prestaciones y Conciertos.

El control de la facturación de los conciertos gestionados por el Servicio de Prestaciones y Conciertos es razonablemente correcto y adecuado.

En el caso del Concierto con Alliance, que era gestionado por la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria, consideramos que el control realizado no era suficiente dado que no se tramitaba la autorización previamente a la derivación ni se comprobaba que la facturación correspondía a los pacientes derivados.

- Tarifas de las prestaciones concertadas

No constan estudios de costes que justifiquen las tarifas concertadas con los centros privados para las distintas prestaciones sanitarias ni justificación de las diferentes tarifas pagadas a los centros privados por una misma prestación sanitaria.

Existen diferencias significativas entre las tarifas de los distintos centros privados para una misma prestación, sin que se especifique y describan en el texto del concierto características o elementos diferenciadores.

Las tarifas en 2009 de los centros concertados por realización de resonancia magnética, hemodiálisis, consulta de traumatología e intervención quirúrgica de prótesis de rodilla eran, en general, superiores al coste que hemos estimado para dichas prestaciones en los centros sanitarios públicos y aun teniendo en cuenta el margen de beneficio que, en general, incluyen los centros privados, la diferencia es significativa, salvo en el caso de la hemodiálisis.

A continuación se compara el coste en los centros públicos de las prestaciones sanitarias analizadas y su tarifa en centros concertados.

1 - Resonancias magnéticas

Durante el año 2009 se realizaron 29.858 resonancias magnéticas a pacientes del SNS-O, el 47 por ciento en centros privados. La actividad de los distintos centros en el año 2009 fue:

Centros públicos	Nº RM
Hospital de Navarra	6.294
Hospital Virgen del Camino	4.345
Centro San Martín	5.076
Total.....	15.715
Centros privados	Nº RM
Alliance Medical	8.043
Médecis	4.010
Clínica San Miguel	1.541
Clínica Universitaria	549
Total.....	14.143

El coste estimado en 2009 de las resonancias simples de rodilla y tobillo, con o sin contraste, y la tarifa de los centros concertados para todo tipo de resonancias (tanto simples como dobles, con o sin contraste, excepto Alliance en el que los estudios dobles tienen un recargo del 60% y los estudios simples pero sin informe en los que la tarifa es del 89% del mismo con informe) fue:

Tipo de RM	Hosp. Nav.	H. Virgen Camino	*Centro S. Martín	*Alliance	Médecis	C.S. Miguel	C. Univers.
Rodilla sin contraste	63,51	102,64	55,46	105	253,5	250	398,6
Tobillo sin contraste	63,51	109,54	64,25	105	253,5	250	398,6
Tobillo o rodilla con contraste	146,29	207,18			253,5	250	398,6

* En estos Centros no se realizan pruebas con contraste

2 - Sesión de hemodiálisis

Las sesiones de hemodiálisis realizadas en 2009 a pacientes del SNS-O ascendieron a

40.728, el 19 por ciento en un centro concertado. El coste estimado de cada sesión de hemodiálisis en los distintos centros públicos y la tarifa concertada en 2009 por realizar dicho tratamiento fue:

CENTRO	Coste/tarifa	Nº sesiones en 2009
Centros públicos		
Hospital Virgen del Camino	161,49	10.615
Hospital de Navarra	167,86	16.461
Hospital Reina Sofía	174,04	5.840
Centros privados		
Clínica Universitaria	168,12	7.812
Total sesiones		40.728

3 - Consultas de traumatología

Las consultas de traumatología realizadas en 2009 ascendieron a 98.568, el dos por ciento de las cuales se atendieron en centros concertados.

En 2009, el coste estimado mínimo y máximo de cada consulta en los centros del SNS-O,

dependiendo de si se realizan o no pruebas y tratamientos, y la tarifa concertada, la misma para todas las especialidades y en la que se incluyen además de la visita todos los materiales, pruebas y exploraciones, salvo algunas como resonancia magnética o scanner, fue:

Centro	Coste/tarifa				Actividad	
	1ª Consulta		Consulta de revisión		1ª Consulta	Consulta de revisión
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Número de consultas	
Centros públicos						
Ubarmin	38,81	91,32	19,41	71,92	18.305	31.431
Hospital de Navarra	30,53	59,61	22,17	51,25	6.343	14.458
Hospital Reina Sofía	39,48	62,66	19,74	42,92	5.977	10.149
Hospital García Orcoyen	39,11	77,50	19,55	57,95	3.788	6.187
Centros privados						
Clínica Universitaria	171,82		138,92		1.345	177
Clínica San Miguel	113,94		65,11		8	400
Total número consultas					35.766	62.802

4 - Operación de prótesis de rodilla

En 2009 se practicaron 739 operaciones de prótesis de rodilla, el 14 por ciento en centros privados.

El coste estimado de la operación en los centros del SNS-O y la tarifa concertada en 2009 por su realización fue:

CENTRO	Coste/tarifa	Número intervenciones
Centros públicos		
Ubarmin	4.518,26	409
Hospital de Navarra	3.628,03	115
Hospital Reina Sofía	3.539,92	80
Hospital García Orcoyen	3.789,50	33
Centros privados		
Clínica Universitaria	7.418,23	77
Clínica San Miguel	4.437,63	25
Total intervenciones		739

V. RECOMENDACIONES

A continuación indicamos una serie de recomendaciones para mejorar la gestión de los fondos públicos destinados a los conciertos sanitarios con entidades privadas.

La implantación de estas recomendaciones debería contar con la participación y coordinación del personal tanto sanitario como gestor del SNS-O, generaría ahorros y supondría una mayor eficiencia en el empleo de recursos públicos, contribuyendo a alcanzar uno de los objetivos establecidos en el Plan de Salud 2006-2012, esto es, la sostenibilidad del sistema público sanitario.

- *Analizar y evaluar, previamente a la concertación, las alternativas de prestar la asistencia sanitaria con medios propios, bien adquiriéndolos o reorganizando los existentes a fin de optimizarlos, o con medios ajenos mediante la concertación con centros privados.*

- *Calcular el coste de los servicios sanitarios del SNS-O a fin de tener información para tomar decisiones tales como el establecimiento de las tarifas de los centros concertados, revisión de las mismas o evaluación de las distintas alternativas posibles en la gestión de servicios sanitarios.*

Así, por ejemplo, en el caso de las resonancias magnéticas, teniendo en cuenta que casi el 50 por ciento se concertan con centros privados y el gasto de 2,44 millones de euros que supuso la concertación en 2009, analizar y evaluar las distintas alternativas posibles para realizar estas pruebas diagnósticas, tales como adquirir equipos para realizarlas en los distintos centros del SNS-O o realizarlas con medios ajenos.

- *Establecer procedimientos o instrucciones para comunicar a los servicios médicos y demás agentes implicados en la derivación de pacientes a centros privados, los conciertos suscritos y las*

tarifas establecidas para las distintas prestaciones sanitarias concertadas, a fin de que sean consideradas a la hora de derivar pacientes a los centros concertados.

- *Evaluar, antes de aprobar medidas legislativas de mejora en la prestación de la asistencia sanitaria, los recursos necesarios para su aplicación efectiva, las alternativas posibles para su implantación y estimar el gasto que conllevan.*

- *Contemplar en los conciertos suscritos indicadores, además de las encuestas y quejas, para medir la calidad de la asistencia sanitaria concertada.*

- *Consignar en los presupuestos los créditos necesarios para atender los gastos de los conciertos sanitarios y contabilizar los gastos en el ejercicio en que se realicen.*

- *Comprobar, en el caso del Concierto con Alliance, que el gasto facturado corresponde a los pacientes derivados y atendidos en los centros concertados.*

- *Constituir formalmente un equipo que continúe el trabajo que un grupo de profesionales del SNS-O está realizando sobre reparto de costes, fundamentalmente de personal, entre los centros hospitalarios del SNS-O. Al respecto, sería conveniente fijar un calendario de actuaciones para que el trabajo culmine en la implantación de una contabilidad analítica consistente que constituya una verdadera herramienta para la toma de decisiones.*

En esta tarea debieran participar los distintos servicios hospitalarios y otras unidades orgánicas del SNS-O que dispongan de datos sobre la actividad que realizan y los recursos consumidos, contando con el apoyo e impulso de la Dirección.

VI. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS CONCIERTOS SANITARIOS

VI.1 GASTO DE LOS CONCIERTOS SANITARIOS Y ACTIVIDAD CONCERTADA

• Gasto

El gasto de los conciertos con los distintos centros sanitarios en el período 2005 a 2009 fue:

Centro	2005	2006	2007	2008	2009
Clínica Universitaria	11.970.340	16.161.365	16.412.064	17.170.596	19.918.332
- Asistencia sanitaria	8.173.653	12.180.887	12.629.227	13.025.712	15.261.263
- Transplantes de órganos	3.796.687	3.980.478	3.782.837	4.144.884	4.657.069
Clínica San Miguel		680.529	1.426.166	3.275.103	5.980.868
Grupo Hospitalario Quirón S.A	528.201	697.784	679.179	980.476	885.761
Centro Médicis Diagnóstico por imagen				747.150	1.055.777
Alliance Medical Diagnósticos SL		160.255	760.780	916.234	817.802
Total	12.498.541	17.699.933	19.278.189	23.089.559	28.658.540

Nota: se incluye el gasto correspondiente a los beneficiarios del sistema uso especial atendidos en centros concertados y no imputado a la partida presupuestaria de conciertos sanitarios.

Los conciertos sanitarios con los centros indicados supusieron un gasto real de 28,66 millones de euros en 2009. El gasto contabilizado en dicho año fue de 19,92 millones de euros y el resto se contabilizó en 2010.

Los créditos iniciales presupuestados en los años 2008 y 2009 en la partida de conciertos sanitarios no fueron suficientes para atender el gasto de los mismos en dichos ejercicios ya que se presupuestó por debajo de las necesidades reales. Si bien la incertidumbre en la determinación de la demanda sanitaria dificulta la estimación de la actividad que se concertará en un ejercicio, el presupuesto inicial no recogió, al menos, el gasto de las prestaciones concertadas en el ejercicio anterior, ni el incremento correspondiente a la revisión anual de las tarifas concertadas.

En 2009, el concierto con la Clínica Universitaria representaba un 69 por ciento del total del gasto real analizado, seguido de la Clínica San Miguel con un 21 por cien.

El gasto total de los conciertos analizados aumentó en un 24 por ciento de 2008 a 2009 y en cinco años, desde 2005 a 2009, se incrementó en un 129 por cien. Esta variación se explica fundamentalmente por el incremento de la asistencia sanitaria concertada con la Clínica Universitaria, que pasó de 8,17 millones de euros a 2005 a 15,26 en 2009 y por el concierto con la Clínica San Miguel que supuso 5,98 millones en 2009 (en 2005 no existía concierto con dicho centro) principalmente por la concertación de camas para geriatría debido a obras en el Hospital de Navarra.

En el cuadro siguiente se muestra el gasto real total en Salud en Navarra, desglosado por con-

ceptos, en los años 2008 y 2009 y lo que representan los conciertos sanitarios analizados:

Concepto	2008	% sobre total del gasto	2009	% sobre total del gasto	% Incremento gasto 2008/2009
Personal	463.873.130	51	502.579.525	52	8
Bienes corrientes y servicios	233.032.577	25	250.450.043	26	7
Transferencias corrientes	180.158.387	20	190.262.969	19	6
Inversiones	34.436.341	4	28.037.020	3	-19
Transferencias de capital	1.047.949		2.428.213		132
Total gasto en salud	912.548.384	100	973.757.770	100	7
Conciertos sanitarios analizados	23.089.559	2,5	28.658.540	3	24

El gasto total en salud ascendió a 973,76 millones en 2009, representando un 5,36 por ciento del PIB regional⁽¹⁾ y un 22 por ciento del total de gastos de la Administración de la Comunidad Foral. Fue un siete por ciento más que en 2008. El gasto de los conciertos analizados aumentó en un 24 por ciento en dicho periodo.

Del gasto total sanitario en 2009, más de la mitad, un 52 por ciento, corresponde a personal, un 26 por ciento a compras de bienes corrientes y

servicios, un 19 por ciento a transferencias corrientes y un tres por ciento a inversiones. Los conciertos sanitarios analizados representan el tres por ciento.

• Actividad

A continuación se ofrecen datos de la actividad realizada en los años 2008 y 2009 y el gasto correspondiente en cada uno de los centros sanitarios concertados.

Prestación sanitaria	Actividad		Gasto		Variac. activ.	Variac. gasto
	2008	2009	2008	2009		
Hospitalización (estancias)	9.432	11.162	3.559.939	4.441.385	18%	25%
Consultas	6.569	8.292	902.257	1.211.653	26%	34%
Procesos quirúrgicos	1.009	1.602	4.635.559	5.446.436	59%	17%
Exploraciones diagnósticas	3.315	6.582	1.087.612	1.652.470	99%	52%
Tratamientos especiales ambulatorios	11.532	11.895	1.773.813	1.549.631	3%	-13%
Trasplantes	45	53	4.144.884	4.657.069	18%	12%
Otras			1.066.532	959.688		-10%
Total			17.170.596	19.918.332		16%

El concierto con la Clínica Universitaria supuso un gasto de 19.918.332 euros en 2009, un 16 % más que en 2008, y corresponde a las siguientes prestaciones sanitarias:

– un 27% a procesos quirúrgicos: se realizaron 1.602 intervenciones quirúrgicas, destacando las reposiciones de rodilla y las artroscopias que supusieron un 10 y un nueve por ciento, respectivamente, del gasto total de intervenciones.

– un 23 % a trasplantes

– un 23% a hospitalización: del total de hospitalizaciones, un 21 por ciento corresponde a psiquiatría, un 15 por ciento a hepatología, 10 por ciento a pediatría, 9 por ciento a nefrología, 7 por ciento cardiología, seis por ciento a neurología y el resto se reparte entre varios servicios.

– un 8% a exploraciones diagnósticas: destaca la prueba de tomografía por emisión de positrones (PET) con un 55 por ciento (el SNS-O no dispone de esta tecnología), un 16 por ciento corresponde a densitometrías óseas y un 13 por ciento a resonancias magnéticas.

(1) 18.183.172 miles de euros según el Instituto Nacional de Estadística.

– un 8% a tratamientos especiales ambulatorios, de los cuales el 87 por ciento corresponde a sesiones de hemodiálisis.

– un 6% son consultas: de las 8.292 consultas realizadas en 2009, un 19 por ciento del gasto de

consultas corresponde a primeras consultas de ortopedia/traumatología, un 18 por ciento a revisiones de nefrología y un 11 por ciento a revisiones de hepatología.

Prestación sanitaria	Actividad		Gasto		Variac. activ.	Variac. gasto
	2008	2009	2008	2009		
Hospitalización (estancias)	7.443	11.498	2.290.500	3.675.842	54%	60%
Consultas	337	1.804	22.910	140.218	435%	536%
Procesos quirúrgicos	421	1.153	814.006	1.601.289	174%	97%
Exploraciones diagnósticas	1.108	3.659	83.019	523.374	230%	530%
Rehabilitación	1.200	954	41.231	24.928	-20%	-40%
Otras			23.437	15.217		-35%
Total			3.275.103	5.980.868		83%

El gasto total en 2009 del concierto con la Clínica San Miguel ascendió a 5.980.868 euros, un 83 por ciento más que en 2008. Este incremento se debe fundamentalmente al aumento de la hospitalización concertada en un 60 por ciento, de los procesos quirúrgicos en un 97 por ciento y de las pruebas diagnósticas en un 530 por ciento.

El gasto concertado en 2009 corresponde a las siguientes prestaciones:

– el 61% a hospitalizaciones, principalmente de geriatría.

– el 27% a intervenciones quirúrgicas, siendo el 54 por ciento ligadura y extirpación de varices y

el 15 por ciento artroscopias-meniscectomía y ligamentos.

– el 9% a exploraciones diagnósticas, del total de las cuales un 73% son resonancias magnéticas y un 19% eco-doppler.

– el 2% son consultas, de las que un 62% se refieren a cirugía cardiovascular y un 26% a geriatría.

Grupo Hospitalario Quirón

El gasto concertado en 2009 ascendió a 885.761 euros, un 10 % menos que en 2008. Los principales tratamientos de fertilidad realizados fueron:

Prestación sanitaria	Actividad		Gasto		Variac. activ.	Variac. gasto
	2008	2009	2008	2009		
Inyección intracitoplasmática	271	257	773.589	674.367	-5%	-13%
Fecundación in vitro	76	81	175.036	183.711	7%	5%

En el año 2011 se abrió la nueva unidad de fertilidad en el antiguo Hospital Virgen del Camino en la que se realizarán tratamientos actualmente concertados con el Grupo Quirón.

Centro Médicis Diagnóstico por imagen

El gasto total ascendió a 1.055.777 euros en 2009, un 41 por ciento más que en 2008. Las principales exploraciones diagnósticas concertadas fueron:

Prestación sanitaria	Actividad		Gasto		Variac. Activ.	Variac. Gasto
	2008	2009	2008	2009		
Resonancia magnética nuclear	2.224	4.010	556.000	1.016.535	80%	83%
Ecografías diagnósticas	1.764	307	176.400	39.242	-83%	-78%

Alliance Medical Diagnósticos SL

El gasto en 2009 con este centro ascendió a 817.802 euros, un 11 % menos que en 2008 (en 2008 se realizaron pruebas de TAC por importe de 207.491 euros). La actividad concertada en 2009 corresponde en su totalidad a resonancias magnéticas, un total de 8.043 frente a las 7.078 realizadas en 2008.

VI.2 JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LOS CONCIERTOS

• Justificación

La mayor parte de la asistencia sanitaria especializada concertada corresponde a hospitalizaciones, procesos quirúrgicos, consultas, pruebas

diagnósticas y tratamientos especiales ambulatorios, ofertados por el SNS-O.

El SNS-O justifica los conciertos sanitarios en la insuficiencia de recursos públicos para atender la demanda sanitaria y además hacerlo en los plazos establecidos en la legislación.

Así, la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada estableció el derecho del paciente a ser asistido en el sistema sanitario público en unos plazos máximos o, en su defecto, y de manera subsidiaria, en centros concertados.

Los plazos máximos de espera para prestar asistencia sanitaria especializada de carácter programado y no urgente son:

Prestación sanitaria	Plazo máximo
Consultas	30 días
Consultas preferentes	10 días
Pruebas diagnósticas	45 días
Intervenciones quirúrgicas (establecidas reglamentariamente)	120 días
Cirugía cardíaca	60 días
Intervenc. quirúrgicas cuya espera no implique empeoramiento de la salud	180 días

La necesidad de suscribir el concierto con Alliance Medical Diagnósticos SL y Centro Médicos se justificó expresamente en el cumplimiento de los plazos de espera para la realización de pruebas diagnósticas.

Así, el 100 por cien del gasto concertado con dichos centros obedece a las listas de espera, causa que explica el 37 por ciento del gasto concertado en 2009 con la Clínica San Miguel y el 25 por ciento de la asistencia sanitaria concertada en dicho año con la Clínica Universitaria.

El concierto con la Clínica San Miguel para hospitalización geriátrica responde a una necesidad puntual de camas para pacientes del Servicio de Geriátrica del SNS debido a las obras en el antiguo Hospital de Navarra.

También se concertaron con centros privados prestaciones de la Cartera de servicios sanitarios no realizados por el SNS-O, tales como tratamientos de fertilidad con el Grupo Quirón S.A, trasplantes con la Clínica Universitaria de Navarra o la realización de pruebas de tomografía por emisión de positrones (PET) también con la Clínica Universitaria.

No consta que se hayan evaluado, previamente a la concertación, las posibles alternativas para la

prestación de las distintas asistencias sanitarias, bien con medios propios, adquiriendo los recursos necesarios o reorganizando los existentes, o con recursos ajenos mediante la concertación con centros privados.

• Objetivos

Los objetivos establecidos en los conciertos sanitarios se definen en términos de actuaciones de colaboración y coordinación entre el SNS-O y el centro concertado.

Se fijan, entre otros, el objetivo de conseguir un alto nivel de satisfacción en la atención a los pacientes remitidos por el SNS-O, que sea susceptible de ser medido para establecer así las medidas correctoras oportunas en caso de ser conveniente.

Así, se prevé la realización de encuestas de satisfacción y la puesta en conocimiento de ambas partes de los resultados de las mismas. No consta que se hayan realizado encuestas para medir la satisfacción de los pacientes atendidos en los centros concertados.

Opinamos que la realización de encuestas no sería suficiente sino que deben definirse e implantarse indicadores para medir la calidad de las distintas prestaciones sanitarias concertadas.

VI.3 TARIFAS CONCERTADAS

Las tarifas de las prestaciones sanitarias concertadas en centros privados, salvo en el caso de los conciertos adjudicados por procedimiento abierto, se determinan mediante negociación entre el Servicio de Prestaciones y Conciertos y el propio centro sanitario privado. Esta vía de establecer las tarifas origina que para una misma prestación sanitaria se abonen precios distintos según el centro concertado.

En el caso de los conciertos adjudicados mediante procedimiento abierto se establece una tarifa máxima de licitación.

Hemos constatado algunas diferencias significativas entre las tarifas concertadas con distintos centros privados para una misma prestación, sin que se especifique y describan en el texto del concierto características o elementos diferenciadores de prestaciones sanitarias con igual denominación. Así, algunas de las asistencias sanitarias concertadas con tarifas diferentes, correspondientes al año 2009, son:

CONSULTAS	C. San Miguel	C. Universit.	Diferencia (%)		
1ª consulta	113,94	171,82	51%		
Consulta de revisión	65,11	138,92	113%		
HOSPITALIZACIÓN	C. San Miguel	C. Universit.	Diferencia (%)		
Estancia médica 9 primeros días	314,68	366,72	17%		
Estancia médica a partir del décimo día	227,88	275,61	21%		
Estancia en UCI y UCI Pediátrica	849,64	1.098,68	29%		
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	C. San Miguel	C. Universit.	Diferencia (%)	Médecis	Alliance
Resonancia magnética simple	250,00	398,87	59%	253,50	105
TAC	131,84	151,92	15%		
Polipectomía endoscópica	461,36	896,07	94%		
Mamografía	65,10	86,81	33%		
Plus de anestesia	95,37	128,87	35%		
PROCESOS QUIRÚRGICOS (FORFAIT)	C. San Miguel	C. Universit.	Diferencia (%)		
Tiroidectomía	3.724,92	4.778,01	28%		
Trabeculotomía	1.001,53	1.154,43	15%		
Cistectomía	6.218,91	10.863,11	75%		
Nefrectomía	4.817,58	6.533,06	36%		
RTU vesical	2.419,05	2.823,55	17%		
Cesárea	3.157,92	3.666,55	16%		
Conización	1.403,81	2.525,16	80%		
Histerectomía	3.123,00	3.515,44	13%		
Histeropexia	2.976,26	4.067,71	37%		
Mastectomía	3.203,46	3.691,09	15%		
Injerto cutáneo	2.248,97	9.407,22	318%		
Prótesis cadera	4.983,35	7.072,30	42%		
Prótesis rodilla	4.437,67	7.418,23	67%		
Hernia de hiato	3.256,00	5.016,57	54%		
Escisión hemorroides	1.115,40	961,90	-14%		

No constan estudios de costes que justifiquen las tarifas de las distintas asistencias sanitarias concertadas ni justificación de las diferencias entre las tarifas pagadas a los centros privados por una misma prestación sanitaria.

Las tarifas de las prestaciones sanitarias concertadas analizadas se actualizaron desde 2006 con el IPC estatal, esto es, un 3,70 % en 2006, 2,70 en 2007, 4,2 en 2008 y 1,4 % en 2009.

VI.4 FACTURACIÓN DE LA ACTIVIDAD CONCERTADA

Los Centros concertados facturan al SNS-O, con periodicidad mensual, la asistencia sanitaria prestada. En la factura se detalla, para cada tipo de prestación, el precio unitario, el número de servicios y el importe total.

Se ha comprobado, en una muestra, que se ha pagado a los centros concertados la tarifa aprobada para la asistencia sanitaria correspondiente.

Los conciertos con la Clínica Universitaria, Clínica San Miguel, Grupo Quirón y Centro Médicos se gestionan por el Servicio de Prestaciones y conciertos. Estos centros envían a dicho Servicio el listado de todos los pacientes atendidos, especificando la asistencia que han recibido y el importe.

En el Servicio de Prestaciones y Conciertos se han implantado y aplican distintos procedimientos de control económico y contable. Además del personal administrativo, el Servicio cuenta con personal médico que se encarga de resolver las incidencias y de evaluar con criterios técnicos y médicos la asistencia sanitaria prestada por el centro concertado.

En dicho Servicio comprueban, previamente al pago del gasto al centro concertado, que las tarifas giradas correspondan a las establecidas en el concierto, que la asistencia facturada se haya prestado a los pacientes que el SNS-O ha autorizado, que todos y cada uno de los pacientes tenga tarjeta de identificación sanitaria, que se hayan aplicado las cláusulas del concierto (tales como que no se facturen prestaciones ya incluidas en la tarifa concertada o que no están concertadas) y controlan con criterios médicos la facturación correspondiente a cada paciente derivado.

La unidad responsable del concierto con Alliance Medical en 2009 era la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria. En el caso de este concierto no se tramita autorización u orden de asistencia previa, sino que el envío de pacientes a Centros concertados se realiza de manera centralizada desde el SNS-O.

No se contrastaba la facturación que presentaba Alliance Medical con la información sobre los pacientes derivados y atendidos en dicho centro. Solamente se comprobaba que las tarifas aplicadas eran las estipuladas.

VII. COSTE EN EL SNS-O DE DISTINTAS PRESTACIONES SANITARIAS

VII.1 METODOLOGÍA GENERAL DE CÁLCULO DE COSTES

Previamente a la descripción de la metodología empleada para el cálculo de costes, queremos resaltar que hemos constatado la existencia de información detallada y exhaustiva en los distintos servicios (médicos, generales, de personal, etc.), sobre la actividad realizada y recursos empleados, tanto humanos como materiales y económicos, que permitiría al SNS-O calcular y conocer el coste de las distintas prestaciones sanitarias.

También hemos conocido el trabajo iniciado por un grupo de profesionales del SNS-O en relación con el cálculo de costes, iniciativa que creemos debe impulsarse y en la que deben participar los distintos servicios implicados.

A continuación describimos el procedimiento general que hemos empleado para el cálculo de costes de distintas prestaciones sanitarias del SNS-O.

Se ha obtenido de forma analítica el coste unitario estándar de la prestación según la metodología del coste por proceso. Así, los responsables de los servicios hospitalarios de los distintos centros públicos nos han descrito el itinerario de la prestación sanitaria y hemos imputado a cada fase de desarrollo de la misma sus costes directos, esto es, personal que interviene, material consumido, fármacos, lencería, alimentación y amortización y mantenimiento del inmovilizado utilizado.

En contestación a las alegaciones presentadas por el Servicio Navarro de Salud, Clínica Universidad de Navarra, Clínica San Miguel y Centro Médicos de diagnóstico por imagen, a continuación se describen algunos de los criterios que hemos seguido para imputar los costes directos a las prestaciones sanitarias analizadas:

- Personal: hemos considerado, para cada categoría profesional que participa en la prestación, la tasa horaria media ponderada por el número de días trabajados, imputando las retribuciones totales brutas (incluida la cuota patronal de la Seguridad Social y descontadas las retribuciones por jornadas extraordinarias). El coste de personal lo imputamos en función del tiempo de dedi-

cación de cada categoría profesional en la prestación analizada.

- Material fungible y fármacos: se incluyen todos aquellos que los responsables del servicio hospitalario de cada centro nos han indicado que utilizan en la prestación sanitaria analizada. Los productos se han imputado al precio medio de 2009, calculado teniendo en cuenta las unidades consumidas y el importe total pagado.

- Pruebas analíticas de laboratorio: se incluye el coste de personal del laboratorio así como el consumo de material fungible y reactivos.

- Inmovilizado: la amortización la hemos calculado tomando como referencia el precio de adquisición del inmovilizado, su vida útil, estimada en años u horas de funcionamiento, y el número de sesiones o el tiempo de duración de la sesión o la prueba. En gastos de mantenimiento hemos incluido los gastos reales del contrato vigente en 2009.

- Lencería: hemos imputado el precio unitario vigente en 2009, por unidad o por Kilo, de lavado de la ropa de cama utilizada en la prestación analizada, considerando también la frecuencia de cambio.

- Alimentación: en el cálculo del coste de alimentación hemos incluido los gastos de consumo alimentos y costes del personal de la cocina.

- En el caso de la intervención de prótesis de rodilla hemos imputado como coste directo los costes correspondientes a las siguientes actuaciones:

- Preoperatorio: se incluyen la primera consulta de traumatología, pruebas, consulta de revisión, estudio preoperatorio (placa, electrocardiograma y analítica de bioquímica y hematología), consulta de medicina interna, consulta de anestesia y bolsa de autotransfusión.

- Intervención y sala de despertar

- Estancia en planta, en la que se incluye la rehabilitación durante la estancia.

- Consulta de revisión de traumatología

En todos las prestaciones analizadas se han considerado datos reales de 2009, proporcionados por el SNS-O y por el Departamento de Presidencia (datos de la Seguridad Social).

En cuanto a los costes indirectos, aquellos no relacionados directamente con la prestación sanitaria, hemos imputado los siguientes:

- Costes del propio centro público (personal de Administración, suministros y mantenimiento general y amortización del edificio, entre otros).

- Costes del Departamento de Salud correspondientes a los siguientes programas: dirección y servicios generales, salud pública, asistencia sanitaria (excepto trasplantes), docencia, investigación y desarrollo sanitario, Agencia Navarra de la Salud, servicios centrales, asistencia especializada (excepto Banco de sangre y ambulatorios) e Instituto de Salud Pública (excepto detección precoz).

Ante la dificultad de imputarlos a la actividad, hemos seguido los siguientes criterios de reparto:

- los costes indirectos del centro público se han repartido en función del peso de sus gastos indirectos sobre el total del gasto de cada centro hospitalario, excepto el coste de amortización del edificio, que los hemos imputado linealmente tomando como base amortizable el valor catastral que tiene asignado en el inventario general de bienes de la Administración.

- los costes indirectos del Departamento de Salud se han imputado en el porcentaje que representan los gastos de personal de cada centro público sobre el total de gastos de personal de salud.

Hemos calculado el coste del proceso completo, pero a efectos de compararlo con la tarifa concertada hemos considerado solamente el coste de las prestaciones incluidas en la tarifa del Centro concertado.

A continuación describimos los resultados obtenidos para cada una de las prestaciones sanitarias revisadas.

VII.2 RESONANCIA MAGNÉTICA

La Resonancia Magnética (RM), también conocida como tomografía por resonancia magnética (TRM) o imagen por resonancia magnética nuclear (NMRI), es una técnica no invasiva para obtener información sobre la estructura y composición del cuerpo. La información es procesada por ordenadores y transformada en imágenes del interior de la parte analizada del cuerpo.

• Recursos y actividad

El SNS-O dispone de tres aparatos de RM, uno en el Hospital de Navarra (HN), otro en el Hospital Virgen del Camino (HVC) y el tercero en el Centro San Martín (CSM). El total de RM realizadas en 2009 ascendió a 29.858, el 53 por ciento en el SNS-O y el resto en centros privados.

La actividad de los distintos centros en el año 2009 fue:

Centro del SNS-O	Nº RM
Hospital de Navarra	6.294
Hospital Virgen del Camino	4.345
Centro San Martín	5.076
Total.....	15.715

Centros privados	Nº RM	Gasto en 2009
Alliance Medical	8.043	817.802
Médecis	4.010	1.016.535
Clínica San Miguel	1.541	385.250
Clínica Universitaria	549	218.846
Total.....	14.143	2.438.433

• Procedimientos y criterios de derivación:

Las resonancias se realizan previa prescripción de los facultativos especialistas del SNS-O y también, desde 2009 y para algún tipo de resonancia, de los médicos de atención primaria.

Nos indican los responsables de los Servicios de Radiología de los anteriores centros públicos que la mayoría de las RM derivadas en 2009 fueron de tipo simple y de menor complejidad.

Para la actividad derivada a Alliance en 2009 hemos constatado que del total de 8.043 resonancias realizadas, el 10% fueron estudios dobles y el resto, 90%, resonancias simples.

Está implantado el sistema de cita centralizada. Los pacientes son citados desde las unidades de admisión del Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino, Clínica Ubarmin y desde los Centros ambulatorios.

Desde los centros hospitalarios y ambulatorios se tiene acceso a las agendas de los tres centros públicos que cuentan con resonancia (desde atención primaria se accede solamente a la agenda del Centro San Martín), así como a las agendas de los centros privados concertados, excepto a la Clínica Universitaria. Las agendas se organizan por tipo de resonancia.

La cita para resonancia se da en función del primer hueco horario existente en cualquiera de los centros, tanto privados como públicos.

• Coste en los centros públicos

El coste estimado total, directo e indirecto, de las resonancias simples de rodilla y tobillo, con y sin contraste, en los centros públicos es el siguiente:

	De rodilla			De tobillo			De rodilla o tobillo	
	sin contraste			sin contraste			con contraste	
	HNA	HVC	CESM	HNA	HVC	CESM	HNA	HVC
Coste directo	55,59	87,34	50,01	55,59	93,21	58,80	128,04	176,29
Costes indirectos	12,47%	14,91%	5,45€(*)	12,47%	14,91%	5,45€	12,47%	14,91%
Coste total	63,51	102,64	55,46	63,51	109,54	64,25	146,29	207,18

(*) Se ha imputado al Centro San Martín un coste de 5,45 euros, calculado en función de la actividad de los centros ambulatorios y de sus costes indirectos.

(*) En el coste estimado para los centros públicos se ha imputado el coste de realización del informe que acompaña al estudio.

Los principales factores que influyen en la actividad de los distintos centros públicos en relación con las resonancias realizadas y que explican las diferencias de coste para el mismo tipo de prueba son:

– Horario de atención al público: el horario de atención a los pacientes es de 13,5 horas diarias en el Hospital de Navarra, 13 horas en el Centro San Martín y 12,25 horas en Virgen del Camino.

– El tiempo medio de realización de la prueba: por ejemplo, las resonancias sencillas, en las que se encuadrarían las de rodilla y tobillo, se realizan en 20 minutos en el Hospital de Navarra, en el

Hospital Virgen del Camino se emplean 30 minutos (tiempo recomendado por la Sociedad Española de Radiología) y en el Centro San Martín, dadas las características del aparato, se emplean 35 minutos.

– Las diferencias en el coste de las máquinas, de sus gastos de mantenimiento y el número de horas que se utilizan.

- Comparación del coste con las tarifas de los centros concertados

En el cuadro siguiente se comparan el coste total en los centros públicos de las diferentes tipos de RM con las tarifas de los centros concertados.

Tipo de RM	Hosp. Nav.	H. Virgen Camino	*Centro S. Martín	*Alliance	Médecis	C.S. Miguel	C. Univers.
Rodilla sin contraste	63,51	102,64	55,46	105	253,5	250	398,6
Tobillo sin contraste	63,51	109,54	64,25	105	253,5	250	398,6
Tobillo o rodilla con contraste	146,29	207,18			253,5	250	398,6

* En estos Centros no se realizan pruebas con contraste

La tarifa de cada Centro privado es la misma independientemente de que se realice o no contraste.

Como puede observarse, el coste que hemos estimado para la resonancia magnética en los centros del SNS-O es inferior a las tarifas de los centros concertados. La tarifa más económica es la de Alliance (esta entidad realiza las resonancias en unidad móvil y no soporta diversos costes como el suministro eléctrico, el de seguridad, etc.); en el resto de los centros concertados, la diferencia con el coste de los distintos centros públicos es significativa.⁽²⁾

Por otra parte, también es destacable la diferencia entre las tarifas de los centros concertados para la misma prueba.

En el año 2011, el SNS-O convocó un concurso público para la contratación externa de las resonancias magnéticas que se concertaban con centros privados, fijando los siguientes dos lotes:

– Lote 1 (área Pamplona y Estella): 115 euros, estimándose que se realizarán unos 12.000 estudios anuales.

– Lote 2 (área Tudela): 145 euros, estimándose que se realizarán unos 2.000 estudios anuales.

El precio unitario por estudio simple sin informe será el 89% del mismo con informe. Los estudios dobles tendrán un recargo del 60% en cada caso. Los estudios con contraste, no considerados como dobles, tendrán un recargo de 30 euros en cada caso.

Consideramos que la contratación de resonancias magnéticas mediante un único procedimiento de contratación supondrá ahorro dado que se ha centralizado su realización y se adjudican por precios más ajustados.

VII.3 SESIÓN DE HEMODIÁLISIS

La Hemodiálisis es un método para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea así como agua en exceso cuando dicha función no la pueden realizar los riñones.

- Recursos y actividad

Se realizan sesiones de hemodiálisis en los siguientes centros del SNS-O: Hospital de Navarra, Hospital Virgen del Camino y Hospital Reina Sofía de Tudela (HRS). La actividad en el 2009 de estos centros fue:

(2) Párrafo completado en función de las alegaciones presentadas.

CENTRO	Nº Sesiones	Nº pacientes
HVC	10.615	88
HNA	16.461	123
HRS	5.840	40
Total	32.916	251

El tratamiento de hemodiálisis solamente está concertado con la Clínica Universitaria de Navarra. Este centro realizó en el año 2009 7.812 sesiones, el 19 por ciento del total de sesiones realizadas a pacientes del SNS-O, lo que supuso un gasto de 1.344.965 euros.

- Procedimientos de derivación

Las sesiones de hemodiálisis concertadas en 2009 ascendieron a 7.812 y corresponden, casi en su totalidad, a pacientes que están siendo trata-

dos en la Clínica Universitaria y, por tanto, la solicitud de prestación de dicho servicio la tramitó directamente el centro concertado.

- Coste en los centros públicos de la sesión de hemodiálisis y comparación con la tarifa concertada.

Hemos estimado el coste de una sesión de hemodiálisis en 2009 en los centros del SNS-O, obteniendo los siguientes resultados:

	HNA	HVC	HRS
Coste Directo	146,92	137,76	142,98
Costes indirectos propios	8,00%	9,19%	12,89%
Costes indirectos Dpto.Salud	4,48%	5,51%	4,95%
Costes indirectos totales	12,47%	14,70%	17,84%
Coste total	167,86	161,49	174,04

El tiempo de duración de la sesión de hemodiálisis imputado ha sido de 5,5 horas en el Hospital de Navarra, 4,5 horas en Virgen del Camino y 5 horas de duración media en el Hospital Reina Sofía.

Las causas principales de la diferencia de costes en los distintos centros del SNS-O se deben al diferente tiempo de duración de la sesión y a la diferencia entre los precios de los monitores y su mantenimiento.

La tarifa de la Clínica Universitaria de Navarra en 2009 por una sesión de hemodiálisis era de 168,12 euros, similar al coste que hemos estimado en los centros del SNS-O.

- Análisis de la gestión

Hemos analizado los siguientes aspectos de relativos a la gestión:

- El coste de mantenimiento de los monitores del Hospital de Navarra es superior al del resto de Centros públicos. Este servicio está externalizado. A este respecto, el Hospital Reina Sofía consiguió un acuerdo según el cual la empresa suministradora asume el coste de adquisición y el de mante-

nimiento a cambio de que el Hospital le adquiriera un mínimo de material fungible, siendo el consumo de material del Hospital superior al mínimo exigido por la empresa.

- La organización del horario de atención (13 horas diarias en el Hospital de Navarra, 14 horas en Virgen del Camino y 12 horas en el Hospital Reina Sofía), podría influir en la actividad del servicio.

- El Hospital de Navarra dispone de una sala sin equipar en la unidad de Nefrología. En función de la evolución de las necesidades y demanda sanitaria en dicha especialidad, debería analizarse la conveniencia de destinar esta sala a hemodiálisis.

El Hospital Reina Sofía de Tudela no deriva usualmente pacientes a centros privados, realizando las sesiones en una sala prevista para 4 puestos en la que se han instalado dos más, con los perjuicios derivados de las restricciones de espacio.

- Navarra tiene implantado un Registro de Enfermos Renales en el que se incluyen datos estadísticos sobre número de pacientes afectados,

incidencia poblacional, sesiones de hemodiálisis realizadas, etc.

Este Registro podría ser una herramienta para medir la calidad de la asistencia recibida por pacientes de nefrología, siempre que se completara con indicadores correspondientes a parámetros de analíticas de sangre en pacientes, consumo medio de medicamentos, etc.

VII.4 CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA

La consulta de traumatología puede ser: primera consulta entendiéndose por ésta la primera vez que el paciente acude al especialista y consulta

Centro	1ª Consulta	Consulta de revisión
Centros públicos:		
Ubarmin	18.305	31.431
Hospital de Navarra	6.343	14.458
Hospital Reina Sofía	5.977	10.149
Hospital García Orcoyen	3.788	6.187
Total consultas en centros públicos	34.413	62.225
Centros privados:		
Clínica Universitaria	1.345	177
Clínica San Miguel	8	400
Total consultas en centro privados	1.353	577

- Procedimientos y criterios de derivación

El Hospital Reina Sofía de Tudela y el Hospital García Orcoyen de Estella no derivan pacientes a centros concertados para consultas de traumatología.

En Ubarmin la gestión de la derivación de las consultas corresponde a la unidad de admisión. Desde este centro apenas derivan pacientes para consulta en centros privados siendo el criterio atenderlas con medios propios, ya sea en jornada ordinaria o extraordinaria.

En el Hospital de Navarra la gestión de la derivación de pacientes se realiza desde la unidad de admisión de consultas siguiendo el criterio de derivar a centros privados, una vez atendida la lista de espera con medios propios tanto en jornada ordinaria como extraordinaria, para cumplir el plazo de espera establecido legalmente.

En ambos centros públicos ofrecen al paciente, llegado el plazo máximo de espera, la posibilidad

de revisión en la que el facultativo ve al paciente para analizar su evolución o su estado tras una prueba, intervención, etc.

- Actividad

En el año 2009 se realizaron un total de 35.766 primeras consultas de traumatología, el cuatro por ciento en centros privados, y 62.802 consultas de revisión, el uno por ciento en centros privados. El gasto por las consultas de traumatología concertadas en 2009 ascendió a 298.395 euros.

El número de consultas atendidas en 2009 en cada centro, tanto público como privado, fue:

de acudir a consulta a un centro privado o seguir esperando para ser atendido en un centro público.

- Coste en los centros públicos de las consultas

Para calcular el coste de esta prestación hemos tenido en cuenta la duración de la consulta y las pruebas o actividades más comunes prescritas por los facultativos de traumatología tales como: radiografías, curas, infiltraciones, colocación de yeso, de vendajes y analíticas de sangre.

Hemos calculado un intervalo del coste, tanto para las primeras consultas como para las de la revisión, en el que el valor inferior correspondería exclusivamente al coste del personal y el valor más alto del intervalo incluiría la visita junto con la realización de una placa y analítica de sangre.

En el siguiente cuadro se muestra el coste estimado mínimo y máximo en 2009 de las primeras consultas y de las revisiones de traumatología en cada uno de los centros del SNS-O.

	Ubarmin		Hospital Navarra (Ppe.Viana)		Hospital Reina Sofía		Hospital García Orcoyen	
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
Costes directos 1ª consulta	31,47	74,04	25,08	54,16	32,44	51,48	30,26	59,97
Costes directos Consulta revisión	15,74	58,31	16,72	45,8	16,22	35,26	15,13	44,84
Coste indirecto propio	14,09%		5,45 € según actividad centros ambulatorios y sus indirectos		12,89%		17,30%	
Coste indirecto Dpto.de Salud	4,83%				4,95%		5,32%	
Coste indirecto total	18,92%				17,84%		22,62%	
Coste total 1ª consulta	38,81	91,32	30,53	59,61	39,48	62,66	39,11	77,50
Coste total consulta de revisión	19,41	71,92	22,17	51,25	19,74	42,92	19,55	57,95

Las causas de la diferencia de costes en los distintos centros del SNS-O se deben principalmente al personal que participa en la consulta y al diferente precio de los materiales empleados en los tratamientos.

- Comparación del coste con las tarifas de los centros concertados

A continuación se muestran las tarifas pagadas en 2009 a los centros privados por primera consulta y consulta de revisión de traumatología, las mismas para todas las especialidades y el coste que hemos estimado en los centros públicos para dichas prestaciones sanitarias.

Centro	1ª consulta		Consulta revisión	
	Mín.	Mxo.	Mín.	Mxo.
Centros públicos				
Ubarmin	38,81	91,32	19,41	71,92
Hospital de Navarra	30,53	59,61	22,17	51,25
Hospital Reina Sofía	39,48	62,66	19,74	42,92
Hospital García Orcoyen	39,11	77,50	19,55	57,95
Centros privados				
Clínica Universitaria	171,82		138,92	
Clínica San Miguel	113,94		65,11	

Las tarifas concertadas, tanto para primera consulta como para consultas de revisión de traumatología, son significativamente superiores al coste que hemos estimado para estas prestaciones en cualquiera de los centros del SNS-O. Por otro lado, existe una diferencia significativa entre las dos tarifas pagadas a los centros privados por consultas.

VII.5 PRÓTESIS DE RODILLA

El proceso quirúrgico de implantación de Prótesis de Rodilla (PTR) consiste en sustituir los huesos

que componen la articulación de la rodilla por reproducciones de resina, metal o material cerámico.

- Recursos y actividad

Se realizan operaciones de prótesis de rodilla en los siguientes cuatro centros públicos: Ubarmin, Hospital de Navarra, Hospital Reina Sofía de Tudela y Hospital García Orcoyen de Estella.

Durante 2009 se realizaron 739 operaciones de prótesis de rodilla, el 86 por ciento en centros públicos y el 14 por ciento restante en Centros privados. Las operaciones realizadas en los centros privados supusieron un gasto de 655.416 euros en 2009.

La actividad por Centros fue la siguiente:

Centro	Nº PTR
Centros públicos:	
Ubarmin	409
Hospital de Navarra	115
Hospital Reina Sofía	80
Hospital García Orcoyen	33
Total Centros públicos	637
Centros privados:	
Clínica Universitaria	77
Clínica San Miguel	25
Total Centros privados	102

• Procedimientos y criterios de derivación

Se derivan pacientes a centros privados con el fin de cumplir el plazo máximo de 120 días hábiles establecido reglamentariamente para la operación de prótesis de rodilla, plazo contado desde la soli-

cidad o indicación del facultativo. Tanto en Ubarmin como en el Hospital de Navarra se ofrece al paciente, vencido el plazo máximo de espera, ser operado en un centro privado o seguir en la lista de espera quirúrgica.

Desde los Hospitales Reina Sofía de Tudela y García Orcoyen de Estella no derivan pacientes a centros concertados para las citadas intervenciones quirúrgicas.

• Coste en los centros públicos de la operación de prótesis de rodilla

Hemos estimado el coste teniendo en cuenta todos los recursos (humanos y materiales) empleados en todas las actuaciones que se realizan en la operación, desde la primera consulta previa a la intervención hasta la primera consulta de revisión después de la operación.

El coste total de la operación de prótesis de rodilla en 2009 obtenido en cada centro público es:

PROCESO	UB	HNA	HRS	HGO
Preoperatorio	360,64	248,14	242,32	247,10
Intervención y sala de despertar	1.721,04	1.453,02	1.382,29	1.215,32
Estancia en planta	1.565,98	1.457,62	1.267,44	1.454,73
1ª consulta revisión traumatología	15,74	16,72	16,22	15,13
Costes directos	3.663,35	3.175,49	2.908,27	2.932,27
Costes indirectos propios	14,09%	8,00%	12,89%	17,30%
Costes indirectos Dpto.de Salud	4,83%	4,48%	4,95%	5,32%
% total costes indirectos	18,92%	12,48%	17,84%	22,62%
Coste total	4.518,26	3.628,03	3.539,92	3.789,50

El coste total no incluye la prótesis, cuyo coste medio fue de 3.979 euros en 2009.

Las principales causas de las diferencias del coste de la operación de prótesis de rodilla en los centros públicos se deben a las variaciones en el número de pruebas realizadas en el estudio preoperatorio, a la participación del servicio de medicina interna y la estancia en la UCI que por protocolo se realizan en Ubarmin, a las variaciones de la estancia media entre los distintos centros hospitalarios públicos y a las variaciones en los recursos utilizados en el tratamiento de rehabilitación durante la estancia.

• Comparación del coste con las tarifas de los centros concertados

En el cuadro siguiente se muestran la tarifa en 2009 de los centros concertados por cada opera-

ción de prótesis de rodilla y los costes que hemos estimado para dicha intervención en los centros públicos.

Centro	Coste/Tarifa
Centros públicos	
Ubarmin	4.518,26
Hospital de Navarra	3.628,03
Hospital Reina Sofía	3.539,92
Hospital García Orcoyen	3.789,50
Centros privados	
Clínica Universitaria	7.418,23
Clínica San Miguel	4.437,63

Estas tarifas no incluyen la prótesis implantada. El SNS-O adjudica el suministro de dicho material y paga directamente al proveedor seleccionado.

La tarifa incluye todos los gastos del paciente desde su ingreso hasta la fecha del alta, además de la consulta previa y posteriores, y todas las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias o especiales que sea preciso realizar durante el plazo de dos meses después de la operación y directamente relacionadas con la misma.

Es destacable la diferencia de las tarifas concertadas con los dos centros privados, 7.418,23 euros y 4.437,63 euros para el mismo proceso quirúrgico.

Si bien el mayor número de derivaciones a la Clínica Universitaria (77 frente a 25) puede justificarse en la mayor capacidad de este centro respecto a la Clínica San Miguel, no se justifica la diferencia de tarifas entre ambos centros privados.

El coste que hemos estimado para la operación de prótesis de rodilla en los centros del SNS-O en el año 2009 es, en general, inferior a las tarifas de los centros concertados.

Informe que se emite a propuesta de la auditora M^a Asunción Olaechea Estanga, responsable de la realización de este trabajo, una vez cumplimentados los trámites previstos por la normativa vigente.

Pamplona, 20 de octubre de 2011

El Presidente: Helio Robleda Cabezas

ALEGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

La Cámara de Comptos de Navarra ha dado traslado al Departamento de Salud del informe provisional de fiscalización sobre "Conciertos y convenios celebrados desde el Departamento de Salud y otros departamentos con entidades privadas con ánimo de lucro, durante los ejercicios 2008 y 2009" para su examen y, en su caso, formulación de alegaciones.

De conformidad con lo establecido en la Ley Foral 19/1984, reguladora de la Cámara de Comptos, una vez examinado el informe provisional mencionado por parte del Departamento de Salud, se formulan las siguientes alegaciones a las conclusiones y opiniones emitidas en el mismo:

1. Que, tal y como de alguna manera se dice en el Informe, las derivaciones a centros concertados por parte del Servicio Navarro de Salud-Osanbidea (SNS-O) siempre se han basado en los conceptos de subsidiariedad (cuando por el carácter fluctuante de la demanda se precisa derivar a centros concertados para cumplir la ley de garantías de espera) y complementariedad (cuando se

deriva para la realización de determinadas técnicas no existentes en el SNS-O, como, entre otras, los trasplantes de órganos, la cirugía del parkinson o la realización de PET).

2. Que para el SNS-O resulta fundamental la existencia de algún grado de actividad concertada, puesto que el comportamiento de la demanda no es uniforme y parece poco razonable dimensionar los servicios públicos para que puedan tener disponibilidad suficiente para atender todas las eventualidades posibles. Ello supondría necesariamente sobredimensionar la capacidad del sistema, reduciendo su eficiencia, por la vía de incrementar la capacidad permanentemente no utilizada.

El peso de la actividad concertada por el SNS-O es mínimo (6% en estancias de hospitalización, 6.76% en procesos quirúrgicos y 1 % en consultas), pero resulta esencial para poder adquirir el grado de flexibilidad suficiente para acometer con eficiencia todos los eventos asistenciales previstos o imprevistos. El hecho de que el peso de la actividad concertada represente solo el 5% del gasto total sanitario de 2009 refleja racionalidad en el uso de los conciertos, sobre todo si se tiene en cuenta el porcentaje de actividad concertada en Comunidades Autónomas (CCAA) limítrofes, como es el caso de la del País Vasco con el 7.46% y la de La Rioja con el 6,85%. La diferencia es todavía mayor si nos comparamos con la media española, que es del 9.44% (Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. año 2010, Ministerio de Sanidad. Consumo y Político Social).

3. Que siempre que se va a concertar una actividad sanitaria se realiza una evaluación de necesidades y alternativas. De hecho aunque, al margen del Plan Foral de Salud y del Plan Estratégico del SNS-O, no existe ningún plan formal que analice los conciertos y evalúe las alternativas para la prestación, bien con medios propios (adquiriendo nuevos recursos o reorganizando los existentes), o bien con medios ajenos, ello no supone que no exista un análisis de las diferentes posibilidades y una valoración interna.

Igualmente, ha de destacarse que las direcciones de todos los servicios médicos analizan de forma permanente la incorporación de más prestaciones y tratamientos a su portfolio de servicios. Propuestas que requieren, en general, instalaciones y medios humanos. Las primeras son priorizadas en función de las disponibilidades presupuestarias, limitaciones al endeudamiento, población afectada y efectividad de las mismas; las segundas dependen de la disponibilidad de personal debidamente cualificado. Así, por ejemplo, puede

destacarse la reciente puesta en funcionamiento del servicio de reproducción asistida, que conlleva la cancelación del concierto con la Clínica Quirón, el desarrollo del servicio de cirugía torácica o la incorporación a la cartera de servicios del SNS-O del trasplante de médula ósea, servicios que con anterioridad se venían prestando de manera concertada con la Clínica Universidad de Navarra.

4. Que, con respecto al cálculo de los costes expresados en el informe, desconocemos los datos usados para su obtención, qué salarios profesionales se han tomado como referencia, el tiempo computado de cada profesional, la composición de los procesos analizados, si se ha considerado el coste de las sustituciones, del absentismo, de la energía consumida por los aparatos etc., por lo que, a pesar de que es uno de los aspectos que, en mayor medida, condiciona las conclusiones del Informe, su no inclusión en el mismo ha constituido una limitación a la hora de efectuar las presentes alegaciones.

Llama la atención el bajo coste calculado para los servicios prestados directamente por el Servicio Navarro de Salud, sobre todo si tiene en cuenta el nivel salarial de sus profesionales, los niveles generales de eficiencia y eficacia de cualquier institución pública, el coste elevado del equipamiento empleado y el número de profesionales concurrentes en las pruebas analizadas. Todavía es más sorprendente si se comparan estos costes con los precios de mercado de cualquier servicio profesional, sea de tipo médico o no.

Coste del estudio de resonancia magnética.

El valor obtenido resulta extraordinariamente bajo. Incluso aceptando la metodología seguida en el Informe referido. Así, a modo de ejemplo, el coste del equipo ubicado en el CHN-A (antes Hospital de Navarra), adquirido a la empresa Siemens mediante concurso público, fue de 1.200.000 euros en el año 2005. La amortización contable de este equipo, según el Plan General Contable, es de 10 años (tiempo equiparable al de su vida útil), lo que implica un coste anual de unos 120.000 euros. A esta cantidad hay que sumar el contrato de mantenimiento, que en el año 2009 fue de 100.000 euros IVA incluido. El personal asignado a la gestión de la resonancia magnética fue de 2 radiólogos, 2 enfermeras, 2 TER, 2 celadores y un auxiliar administrativo. con un coste anual aproximado de 410.000 euros, incluida la cuota patronal de la Seguridad Social. A este coste habría que añadir el coste de las sustituciones por IT y por vacaciones. Asimismo hay que considerar el coste de energía que, al tratarse de equipos con una elevada potencia, al estar funcionando tantas

horas supone una cantidad importante. Dado que se realizaron 6.294 resonancias en el año 2009, una parte del coste directo de dicha prueba, es decir solo los gastos directos del personal, la amortización y mantenimiento del equipo, supuso ya 630.000 euros. Seguimos sin aplicar el resto de costes directos, como energía eléctrica, climatización, limpieza, lavandería, material de consumo, etc. Como se realizaron 6294 resonancias magnéticas en lo que en 2009 se denominaba Hospital de Navarra, una parte del coste medio de cada una de ellas fue de 100 euros por prueba. Si se le añade el coste indirecto, que, por simplificar, se toma el mismo criterio que el utilizado en el Informe de referencia, supone un incremento del 12.47% respecto de los costes directos. Todo ello alcanza la cifra parcial de 112.47 euros por resonancia, sensiblemente distinta a los 63,5 euros calculados en el Informe.

A efectos comparativos, debe considerarse que la Unidad Móvil de Alliance no soporta diversos costes, como el suministro eléctrico (se toma desde la red eléctrica del propio Complejo Hospitalario de Navarra (CHNA), el de seguridad, etc., al estar ubicada en el interior del recinto del CHNA.

También es preciso señalar que, contrariamente a lo que se afirma en el punto VII.2, página 32, del Informe, el centro Médicis sí hace las resonancias con contraste.

Coste de la consulta de traumatología.

El informe especifica que "se ha calculado un coste estimado estándar, en el que no se contempla el coste de los tratamientos y pruebas adicionales que se realizarían al paciente en casos de complicaciones en el proceso quirúrgico o prestación sanitaria correspondiente." Es decir, este coste no es el coste medio, sino que es el coste mínimo que este proceso puede generar correspondiendo al de la propia consulta, una analítica básica y una radiografía. La experiencia del SNS-O dista mucho de ser la recogida en este esquema. Al margen de la repetición de alguna prueba porque el paciente se ha movido o no se ha colocado bien, es frecuente que necesiten, además de estas pruebas, de estudios complementarios que pueden incluir otras tales como estudios completos de radiología convencional, resonancia, TAC, ecografía, gammagrafía, analítica o interconsultas. El protocolo empleado para el cálculo en el informe está por lo tanto infravalorado. Procede destacar, en este punto, que la consulta concertada incluye esos riesgos y las pruebas adicionales.

Por otra parte, si se efectúa una comparación de estos costes con las tarifas que las Comunidades Autónomas publican y que legalmente deben ajustarse al coste, también se llega a la conclusión de que los calculados en el Informe son desmesuradamente bajos. Así, por ejemplo, la resonancia en la Comunidad Autónoma de Andalucía cuesta 468 euros (tarifa/coste publicado en el año 2005) mientras el coste en el SNS-O, según el Informe, oscila entre los 55,46 o 102,64 euros. Otro tanto ocurre con el coste de las primeras consultas, que en Extremadura alcanzan los 167,36 euros (enero 2007), mientras que en el SNS-O, según el análisis del Informe tienen un coste que oscila entre 30,53 y 91,32 euros

5. Que, tal y como se afirma en el Informe, ante la ausencia de un sistema de contabilidad analítica en el SNS-O, no se puede tomar como referencia para la negociación de los conciertos los costes de los servicios. Si se tuviera, solamente podrían considerarse esos costes como referencia en aquellos servicios que se derivan por subsidiariedad al superar los plazos fijados en la Ley Foral de Garantías. Para los servicios no prestados por el SNS-O, obviamente, no podría disponerse de esa información, aunque podría estimarse con mayor exactitud que la actual.

Aun en el supuesto de que se dispusiera de esa información, la misma solo podría emplearse para decidir la oportunidad o no, de prestar un determinado servicio con medios propios en vez de concertados. Decisión que, a su vez, estaría muy condicionada por las disponibilidades presupuestarias, la existencia de personal especializado, las limitaciones al endeudamiento y la priorización de su inversión frente a otras necesidades en los que, en último término, es el Parlamento de Navarra quien, a través de sucesivas leyes forales de presupuestos, determina.

Las tarifas que el SNS-O, o cualquier gestor sanitario público de cualquier CCAA, acuerda y paga, sea por concurso o mediante negociación, tienen que ver con el mercado al que acude y, aunque es evidente que el precio fijado tiene relación con los costes de las entidades con las que concierta, no lo es menos que su referencia, al tratarse de un acuerdo entre oferta y demanda, es el precio de mercado. Esta consideración es mucho más visible en el caso de los concursos abiertos.

A este respecto, merece la pena señalar la existencia de sentencias judiciales que declaran que el verdadero valor de un bien es el precio que está dispuesto a pagar el mercado por él, siendo éste también su valor real. Dado el escasísimo

número de centros hospitalarios existentes en la Comunidad Foral de Navarra, el procedimiento de establecimiento de los conciertos ha sido el de procedimiento negociado sin publicidad, con la salvedad de ciertas pruebas concretas que se han concertado mediante concurso abierto.

Por ello, en la negociación de los conciertos se han considerado las tarifas oficiales de los centros concertados, los precios establecidos en anteriores conciertos, los precios de mercado y los precios publicados por otras CCAA. Si consideramos que los centros concertados operan en el mercado nacional, y que sobre todo en el caso de la Clínica Universidad de Navarra (su volumen mayor de actividad viene de ese mercado), cabe deducir que sus tarifas son próximas a los precios de mercado.

Esas tarifas se han comparada con las publicadas por otras CCAA. Este método de la comparación constituye un procedimiento muy usado para la determinación del valor de bienes y servicios.

Igualmente, ha de señalarse que la negociación de los conciertos con los centros hospitalarios se ha realizado de manera global, considerando el grado de complejidad con que trabaja el centro hospitalario, su tecnología, capacidad, la calidad y disponibilidad de sus profesionales. Unos centros disponen de servicios de urgencias, UCI, guardias especializadas, etc. y otros no. Por ello, no parece razonable comparar de forma aislada las tarifas de determinados procesos de los diferentes centros. Si a ello unimos las distintas prestaciones y precisión del equipamiento, así como el consumo de energía de cada centro, podemos encontrar una explicación a las diferencias de precio de algunos servicios.

6. Que la derivación de pacientes a uno u otro centro se realiza teniendo en cuenta la posibilidad de complicaciones derivadas de factores como la existencia de una mayor o menor comorbilidad. En ausencia de este tipo de consideraciones médicas se deriva con carácter preferente a los centros de precio más barato, teniendo como límite su capacidad de absorción. No siempre ante una necesidad de derivación por el tema de los plazos de espera, el centro con menor precio puede atender la demanda que se le solicita.

7. Que el nuevo equipo de dirección del sistema público sanitario de Navarra, a tenor de las recomendaciones de la Cámara de Comptos de anteriores ejercicios, ya ha adoptado medidas para la implantación de un sistema de cálculo de costes más exacto y adecuado a la realidad de la atención sanitaria y que sirva como herramienta de gestión para la toma de decisiones.

En este sentido el pasado 23 de septiembre, mediante Resolución 1899/2011, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se creó un grupo técnico con la finalidad de desarrollar un sistema que nos permita medir, con una alta fiabilidad, nuestros costes sanitarios. Los integrantes de este grupo tienen dedicación absoluta a la finalidad señalada. Además contará con la colaboración de personal del resto de unidades del SNS-O con competencias en la materia, así como de las asistencias técnicas externas que sean necesarias. Igualmente hay que manifestar que es un objetivo de esta legislatura la determinación de un sistema de contabilidad analítica para que la fiabilidad de los cálculos y la corrección de la toma de decisiones sean un hecho.

En resumen:

En primer lugar, hay que resaltar que la causa fundamental de los conciertos con entidades privadas, al margen de facilitar el acceso a los ciudadanos a servicios no prestados por el SNS-O de forma directa, es mejorar su flexibilidad y así poder afrontar las variaciones de la demanda con la máxima eficiencia, manteniendo o incluso mejorando el nivel de calidad de la prestación concertada.

En segundo lugar, y respecto cálculo de costes expresados en el Informe, que es uno de los aspectos que condiciona en gran medida los resultados del mismo, hay que poner de manifiesto que nos generan una gran incertidumbre tanto los datos usados para su cálculo (que desconocemos) como los resultados obtenidos, que ponen en tela de juicio la comparabilidad de los mismos.

En tercer lugar, coincidimos con el informe de la Cámara de Comptos en la necesidad de implantar en el SNS-O un sistema de análisis de costes más exacto y adecuado a la realidad de la atención sanitaria, con la finalidad de medir con una alta fiabilidad todos nuestros costes sanitarios y así servir de herramienta fundamental en la toma de decisiones, objetivo que nos planteamos conseguir en el marco de esta legislatura.

Y, por último, queremos agradecer a la Cámara de Comptos el esfuerzo realizado en la elaboración de este Informe, y que tenga la seguridad que desde el SNS-O se valoran todas aquellas recomendaciones que puedan suponer una mejora en la gestión del sistema sanitario público.

Pamplona, a 18 de octubre de 2011.

La Consejera de Salud: Marta Vera

ALEGACIONES DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

1. INTRODUCCIÓN

La Clínica Universidad de Navarra agradece a la Cámara de Comptos el informe realizado que contribuye a mejorar la transparencia económica en la Gestión Sanitaria de la Comunidad Foral de Navarra y, a la vez, facilita a las diferentes instituciones una herramienta que va a contribuir a la mejora en la eficiencia de la provisión sanitaria.

A diferencia de otros centros concertados a los que se refiere el informe, se quiere hacer constar que la Clínica Universidad de Navarra es una entidad sin ánimo de lucro, esto es, no genera beneficio repartible. Los excedentes contables que eventualmente se obtengan son destinados necesaria e íntegramente a la mejora de la actividad asistencial e investigadora de la CUN, lo que revierte de nuevo en beneficio directo de los pacientes.

Como se sabe, y de alguna forma se recoge en el informe, la Clínica Universidad de Navarra ha colaborado con el Servicio Navarro de Salud, y antes con el Insalud, desde los comienzos de la Clínica hace 50 años. Esta colaboración ha posibilitado que los ciudadanos navarros hayan podido disfrutar de una asistencia gratuita en un hospital de prestigio, y beneficiarse de tratamientos innovadores antes que los ciudadanos de otras comunidades autónomas. Por otro lado, esta colaboración le ha permitido a la Clínica ganar en volumen de actividad asistencial. Cabe recordar que la Fase III de la Clínica se construyó en su día para los pacientes derivados del Insalud, antes de que en 1983 se interrumpiese el acuerdo que tenía la Clínica con esta institución.

Los datos recogidos de la facturación de la Clínica al Servicio Navarro de Salud son correctos.

Durante los últimos años, la Dirección de la Clínica ha colaborado con los diferentes Consejeros de Sanidad en el marco de los sucesivos conciertos. En todo momento, tal y como se recoge en el informe sobre los ejercicios 2008 y 2009, la Clínica ha ofrecido una cartera de servicios a la Comunidad Foral: un 75% de la actividad ha sido complementaria a la que ofrece el Servicio Navarro de Salud y un 25% en actuaciones similares a la que ofrecen sus centros propios.

La Clínica ha estado siempre disponible para cualquier emergencia o situación comprometida como se ha demostrado en la epidemia de la gripe A y en numerosas ocasiones. En este sentido se quiere subrayar que la Clínica forma parte del Sistema Navarro de Salud y pretende la mejo-

ra sanitaria de todas las personas de la Comunidad Foral.

II. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como se ha comentado anteriormente, la Clínica Universidad de Navarra valora positivamente el informe de la Cámara de Comptos. El informe, en su página 5, reconoce expresamente algunas limitaciones importantes para el cálculo de los costes sanitarios:

- Ausencia de contabilidad analítica en el SNS-O

- Ausencia de información homogénea para la imputación de los costes indirectos

- El coste calculado es el de un proceso teórico, tomando como referencia el de las mínimas actuaciones comunes a cualquier paciente que sigue un determinado proceso, no el del proceso real que siguen los enfermos.

Estas limitaciones, a nuestro juicio, son suficientes para impedir conocer el coste real que los procesos tienen en el SNS-O, invalidando la comparación con las tarifas que por estos procesos se abonan a los centros concertados. La experiencia de la Clínica, que sí posee una contabilidad analítica de los costes, señala que hay una gran variabilidad en los actos médicos de cada procedimiento por sencillo que pueda parecer, con lo que la estimación realizada deja de ser válida.

Se hubiera agradecido contar con una información que incluyera los parámetros básicos sobre los que se ha calculado el coste de las actuaciones. No se exponen cuáles son los costes por naturaleza, los criterios de imputación de gasto, la asignación de costes a unidades y a actuaciones, las actividades sobre las que se imputan los gastos, la composición de los procesos analizados, etc. Sin esta información, nada de lo expuesto puede valorarse con objetividad.

En cualquier caso, y ante la ausencia de la descripción del método seguido por la Cámara de Comptos para los cálculos que presenta, asumimos que es el mismo seguido que en la elaboración de su "Informe sobre el análisis del estudio de costes de la actividad concertada con San Juan de Dios". El método allí descrito, aunque es un ejercicio de intento de aproximación a la realidad, contiene varias afirmaciones que en nuestra opinión impiden el cálculo real del coste del proceso real que los pacientes siguen:

El estudio reconoce no disponer de costes reales para el cálculo de amortizaciones, la inexistencia de inventarios en el SNS, el empleo de valores

teóricos alejados de los de adquisición o reposición (como el catastral), las dificultades para conocer los gastos indirectos, la ausencia de criterios adecuados para la correcta imputación de los mismos, etc.

El estudio se basa en la definición, junto con los integrantes del servicio correspondiente, del protocolo teórico que un enfermo seguiría a la hora de ser atendido en un proceso asistencial. Los gestores sanitarios saben que son pocos los pacientes que siguen el proceso asistencial teórico, ya que en realidad a cada enfermo se le realizan las actuaciones que necesite, no las diseñadas en un protocolo teórico. Es esta variabilidad, propia de la medicina, la que dificulta la atención de los enfermos y la gestión de los centros sanitarios y, por supuesto, el conocimiento de los costes por proceso.

La ausencia en el cálculo de los costes reales de las actividades sanitarias, materiales y fármacos empleados con cada paciente, o al menos del acumulado de los mismos, otorga a las cifras obtenidas en el estudio, en el mejor de los casos, la misma fiabilidad que tienen los costes obtenidos vía GRD. Sin embargo estos últimos, con sus conocidas limitaciones, son la herramienta empleada por el Ministerio de Sanidad para gestionar los centros sanitarios, tanto en España como en la mayor parte de los países desarrollados.

III. TARIFAS MÉDICAS EN LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

La Clínica Universidad de Navarra trata médicamente a todos los pacientes por igual, independientemente de quién sea el financiador de la asistencia: el Servicio Navarro de Salud, las aseguradoras nacionales o extranjeras o el propio paciente.

3.1 Conciertos y Concursos

A la hora de comparar tarifas entre las actuaciones ofrecidas por varios centros concertados, es preciso conocer el distinto objetivo que los conciertos y concursos tienen.

El Concierto del SNS-O con la CUN implica únicamente el acuerdo sobre las tarifas a aplicar a los actos realizados sobre los pacientes derivados por el SNS-O a la CUN. Es un acuerdo con un centro que puede atender prácticamente cualquier patología, procesos completos o parte de los mismos, de forma autónoma o en colaboración con los centros propios del Servicio Navarro de Salud. En ningún caso se establecen volúmenes de actividad, ni siquiera estimada, que el SNS-O se comprometa a derivar. Simplemente se pactan unos

precios y en función de criterios propios el SNS-O decide remitir pacientes a este centro.

La Clínica se compromete a atender a estos pacientes con calidad e inmediatez, sin poder realizar una planificación de recursos que permitiera ajustarlos a una supuesta demanda pactada con el SNS-O. El Centro, por tanto, ha de estar preparado para atender cualquier patología en cualquier momento, sin tener asegurada que dicha atención se vaya a producir. Esta disponibilidad resulta costosa para la Clínica, y solo una parte de ese coste es transmitida al centro derivador.

Los concursos, como el de la resonancia magnética con otros Centros, se basan en un planteamiento opuesto. El SNS-O garantiza una actividad estable a lo largo de un periodo, incluso plurianual, y los centros realizadores pueden ofertar este servicio tras una planificación y una asignación adecuada de recursos frente a una actividad asegurada. Las tarifas a aplicar pueden ser por tanto sensiblemente más económicas que si dicha actividad no se planifica.

Por otra parte, es preciso explicar también las distintas condiciones en las que se realiza la derivación a los centros. En algunos centros los pacientes son derivados para que se realice exclusivamente una prueba de imagen, en ocasiones sin informe médico. Este tipo de derivación automática y centralizada no se da hacia la Clínica Universidad de Navarra. A este centro se envían pacientes que van a recibir asistencia completa para su patología, dentro de la cual pueden precisar una resonancia magnética, que en algunos casos, cuando el Concierto lo permite, puede facturarse como complemento, pero que en otros muchos no se factura al Servicio Navarro de Salud: en el año 2009 se realizaron 1.086 estudios de resonancia a pacientes del SNS. Según recoge el informe solo se facturaron 549. Además, solo un 5% correspondieron a estudios realizados a pacientes derivados por lista de espera de resonancia, el resto fueron en el marco de tratamiento de pacientes.

Esta es una primera razón por la que se entiende que, comparar las tarifas que la CUN ofrece al SNS dentro de un Concierto, como parte del tratamiento integral de un paciente, con las que otros centros puedan ofrecer en el marco de un concurso con actividad garantizada y de realización únicamente de pruebas, carece de sentido. Esto puede comprobarse también en el número de resonancias de pacientes del SNS realizadas en la Clínica y recogidas en el informe: son 549 de las 29.858 que se realizaron en Navarra, es decir,

un 1,8% del total y corresponden a las que se han realizado dentro de un proceso asistencial.

3.2 Recursos Empleados

Para explicar la diferencia de tarifas entre los diferentes centros es preciso atender también a los recursos asignados por cada centro a la realización de las actividades. Incluso en los datos referentes a centros del SNS-O mostrados en el informe, se evidencian diferencias de coste de casi el 100% en función del centro realizador y que están justificados por el propio informe de Comptos (página 31). Se pueden encontrar probablemente numerosas justificaciones como ocurre entre diferentes empresas de servicio.

En primer lugar existe una diferencia en la calidad de los equipos: son diferentes los costes de una resonancia con un campo magnético de 0.2 Teslas como el del Centro Sanitario Doctor San Martín, que los del equipo de 1.5 Teslas del Hospital Virgen del Camino. Hay diferencia en el número de profesionales que intervienen en la realización y el informe en cada centro y su productividad. Son diferentes los distintos locales que los albergan, etc.

Esto mismo ocurre entre los centros concertados. Nadie puede sorprenderse de que el coste de una prueba realizada en un camión sea distinto al de una prueba realizada en un hospital de alta especialización, que cuenta con dos equipos de Resonancia de 1.5 Teslas y uno de 3 Teslas, dotación que no puede ser comparada con la de ningún otro centro concertado.

También ha de observarse que en algunas empresas concertadas no se pueden realizar resonancias con contraste. Estos estudios sí se realizan en la Clínica Universidad de Navarra, que cuenta con todos los medios para atender una posible reacción adversa al mismo.

La misma situación se produce al comparar los recursos empleados en la Clínica Universidad de Navarra, tanto humanos como materiales, para atender a los pacientes derivados por el SNS-O para ser vistos en consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología o intervenidos quirúrgicamente para la colocación de una prótesis de rodilla. Los ratios de enfermería por cama y su grado de especialización, el tiempo que los facultativos pueden dedicar a sus pacientes, la certificación del centro con estándares norteamericanos reconocidos universalmente, los programas de seguridad de los pacientes, la actualización permanente de equipos técnicos y humanos, la dotación material de quirófanos y equipamiento complementario, la orientación a la atención integral del enfermo, etc.,

difícilmente pueden ser comparados con los que cualquier otro centro concertado emplea en la atención a sus pacientes. Por fuerza los costes no pueden ser similares.

Se entiende que los pacientes perciben este empleo de recursos ya que son mayoría quienes, una vez sobrepasados los límites de la lista de espera fijados en la Ley de Garantías, prefieren ser intervenidos en la CUN que continuar esperando o ser derivados a otros centros concertados. Así mismo lo atestiguan las encuestas de satisfacción realizadas a los mismos en el año 2010 (ver anexo 1) por una empresa externa a la CUN.

En cualquier caso, para explicar la diferencia de costes entre distintos centros concertados, basta con remitirse al reciente "Informe sobre el análisis del estudio de costes de la actividad concertada con San Juan de Dios" de la Cámara de Comptos, donde se especifica que "La complejidad de la casuística atendida o la especialidad de un centro, hace que el consumo de recursos no sea equiparable entre los centros" o que "En 1997, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad trabajó en la adecuación de los pesos (de los GRDs) a la realidad española, obteniendo unas ponderaciones para cada estructura hospitalaria, diferenciando 4 tipos en función del número de camas".

3.3.Sistema de Tarifas.

Aunque el documento de la Cámara de Comptos hace referencia a las tarifas de cuatro pruebas concretas, es conveniente recordar el sistema de tarifas que la Clínica Universidad de Navarra ofrece al Servicio Navarro de Salud.

- Consultas. Tal y como se recoge en el informe, la Clínica dispone de una tarifa única para la primera consulta y otra menor para las revisiones. Tanto las primeras consultas como las consultas de revisión que se incluyen en el informe tienen la misma tarifa, independientemente de la patología del paciente. Esto tiene una vital importancia, ya que el coste para el Servicio Navarro de Salud es el mismo si el paciente es remitido a una consulta sencilla, que demanda un menor tiempo médico y con pocas pruebas complementarias, que si se trata de una especialidad que requiere un mayor tiempo y un gran número de analíticas, pruebas de imagen no facturables, etc. El mismo informe que arroja un resultado para las consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología, tendría unas muy diferentes conclusiones para las consultas de Oncología o Medicina Interna.

- Resonancia Magnética. La Clínica dispone de una única tarifa, independientemente de que la resonancia realizada sea sencilla, doble o triple. Aunque en el caso analizado, resonancia de tobillo, la comparación sea perjudicial para la CUN, si el análisis se hubiera realizado para una resonancia de columna (cervical, dorsal y lumbar), la diferencia de tarifas entre hacer el estudio en la CUN o en un camión no sería la del informe. De hecho, las resonancias de rodilla y tobillo en la Clínica representan solo un 16% del total de las realizadas a pacientes financiados por el SNS-O. Por otra parte, como recuerda el informe, la tarifa de la CUN incluye en el mismo precio el contraste paramagnético, que en algunos casos puede llegar a suponer más de 180 euros dependiendo del tipo de estudio solicitado.

- Cirugía de prótesis de rodilla. Por exigencia del SNS, la CUN estableció en sus tarifas los forfaits, que estipulan que, a cambio de un pago conocido, es el centro realizador quien asume cualquier variabilidad en el proceso del paciente, las complicaciones que puedan surgir, etc. Aunque se desconoce el protocolo valorado a coste por la Cámara de Comptos en los centros públicos, es improbable que incluya la variabilidad real de actos médicos, de material y de medicación que los pacientes hayan necesitado, y que sí se incluye en el forfait garantizado por la CUN. Por otro lado, no es significativo extraer conclusiones de los costes de toda la actividad quirúrgica derivada a los centros concertados con solo un 9% auditado (página 5).

- Hemodiálisis. Como puede observarse, se trata de la tarifa más parecida al coste calculado para los centros del SNS-O. Esta circunstancia no es casual ya que la hemodiálisis es un proceso sometido a una menor variabilidad que los otros procesos estudiados. Los tratamientos de hemodiálisis son cerrados, previsibles, y además los enfermos los reciben en nuestro centro durante un periodo mucho más largo que cualquier otra actuación. Esto permite al SNS-O advertir a la CUN de los servicios de este tipo que anualmente va a requerir, lo que facilita a nuestro centro planificar los recursos adecuados para prestar estos servicios. Los costes, por tanto, pueden ser similares a los de los centros públicos que realizan esta actividad.

- Aunque en el reciente informe anteriormente citado no se acepte el cálculo de costes por GRDs, sabiendo que es el sistema de referencia del Ministerio de Sanidad y por tanto utilizado por todos los hospitales españoles para el cálculo de los costes y fijación de tarifas para los procesos

de hospitalización (todos deben aportar estos datos al Ministerio para valorar el gasto sanitario real), se adjuntan los costes de los procedimientos recogidos en la página 27 del informe del conjunto de los hospitales españoles del año 2009 compa-

rados con las tarifas de la Clínica y con las tarifas que aplica el SNS-O a los usuarios no acogidos a la prestación sanitaria general, recogidos en el BON del 22 de septiembre de 2010:

CONSULTAS	TARIFAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS SNS-O 2010 ¹	TARIFA CUN 2009
1ª Consulta	220,00	171,82
Consulta de revisión	135,00	138,92
HOSPITALIZACIÓN	TARIFAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS SNS-O 2010 ¹	TARIFA CUN 2009
Estancia médica 9 primeros días	585,00	366,72
Estancia médica a partir de décimo día	585,00	275,61
Estancia en UCI y UCI Pediátrica	1.315,00	1.098,68
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	TARIFAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS SNS-O 2010 ¹	TARIFA CUN 2009
Resonancia magnética simple	309,04	398,87
Resonancia magnética doble	463,57	398,87
Resonancia magnética triple	566,56	398,87
Plus de contraste resonancia	154,51	Sin coste para el SNS-O
TAC	240,64	151,92
Polipectomía endoscópica	508,63	896,07
Mamografía	149,71	86,81
Plus de anestesia	175,12	128,87

¹ Fuente: Resolución 882/2010 de 3 de mayo. BON nº 71 de 11 de junio de 2010

AGRUPACIÓN DE LA CASUÍSTICA ATENDIDA EN CUN ASIGNADA A DETERMINADOS FORFAITS (APGRDv23 Año 2009)

PROCESOS QUIRÚRGICOS (FORFAIT)	GRD	ALTAS CUN 2009 PACIENTES SNS-O	TARIFAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS SNS O 2010 ¹	COSTE MEDIO GRD NACIONAL 2009 ²	TARIFA CUN 2009
Tiroidectomía	290- Procedimientos sobre tiroides	13	3.539,19	4.723,50	4.778,01
	289- Procedimientos sobre paratiroides	2	4.110,25	4.189,62	4.778,01
Trabeculotomía	042- Procedimientos intraoculares, excepto retina, iris y cristalino	0	3.932,96	3.559,12	1.154,43
Cistectomía	341 - Procedimientos sobre el pene	1	5.899,26	4.109,70	10.863,11
Nefrectomía	303- Procedimientos sobre riñón, uréter y procedimientos mayores sobre vejiga por neoplasia	2	9.942,11	8.843,12	6.533,06
	304- Procedimientos sobre riñón, uréter y procedimientos mayores sobre vejiga por proceso no neoplásico con CC	3	8.809,52	8.173,15	6.533,06
	567- Procedimientos riñón y tracto urinario excepto trasplante renal con CC mayor	1	23.094,12	13.419,69	6.533,06
RTU vesical	310- Procedimientos trasuretrales con CC	1	4.690,84	4.126,58	2.823,45
	311- Procedimientos trasuretrales sin CC	3	2.941,02	3.104,89	2.823,45
Cesárea	370- Cesárea con complicaciones	1	3.975,45	3.086,65	3.666,55
	371- Cesárea sin complicaciones	1	3.183,51	2.784,74	3.666,55
	651- Cesárea de alto riesgo sin CC	2	3.861,53	3.917,23	3.666,55
Conización	Sin pacientes en 2008 ni 2009	0			2.525,16
Histerectomía	356- Procedimientos de reconstrucción aparato genital femenino ⁴	1	3.504,03	4.069,21	3.515,44
	358- Procedimientos sobre útero y anejos por carcinoma in situ y proceso no maligno con CC ⁵	1	5.126,73	5.438,46	3.515,44
	359- Procedimientos sobre útero y anejos por carcinoma in situ y proceso no maligno sin CC ⁶	4	4.021,61	4.220,19	3.515,44
Histeropexia	Sin pacientes en 2008 ni 2009	0			4.067,71
Mastectomía	Sin pacientes en 2008 ni 2009	0			3.691,09
Injerto piel	008- Procedimientos sobre nervios era nea les y periféricos y otros procedimientos quirúrgicos sobre nervioso sin CC	1	5.829,30	5.419,67	9.407,22
	268- Procedimientos plásticos sobre piel, tejido subcutáneo y mama	1	3.560,80	5.599,31	9.407,22
	564- Procedimientos sobre piel y mama con CC mayor	1	6.515,74	12.436,91	9.407,22
	786- Procedimientos mayores sobre cabeza y cuello por neoplasia maligna ⁷	1	14.764,45	14.155,41	9.407,22

Prótesis cadera	558- Procedimiento músculo-esquelético mayor con CC mayor	5	23.895,95	14.777,73	7.072,30
	817-Revisión o sustitución de cadera por complicaciones	4	15.628,19	10.589,12	7.072,30
	818-Sustitución de cadera excepto por complicaciones ⁸	37	13.212,81	7.047,82	7.072,30
Prótesis rodilla	209- Sustitución articulación mayor excepto cadera y reimplante miembro inferior, excepto por CC ⁹	68	12.012,08	6.330,04	7.418,23 *
	471- Procedimientos mayores sobre articulación inferior, bilateral o múltiple	1	22.573,60	18.612,90	7.418,23 *
	558- Procedimiento músculo-esquelético mayor con CC mayor	3	23.895,95	14.777,73	7.418,23 ·
	789- Revisión sustitución rodilla y reimplante miembro extremidad inferior y articulación mayor excepto cadera	4	12.804,02	9.379,90	7.418,23 ·
Hernia de hiato	585-Procedimiento mayor estómago, esófago, duodeno, intestino delgado y grueso con complicación o comorbilidad la mayor ¹⁰	2	22.097,78	19.725,04	5.016,00
	157-Procedimientos sobre ano y enterostomía con CC	5	4.750,91	4.110,93	961,90
Escisión hemorroides	158-Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC ¹¹	55	2.413,55	2.167,21	961,90
	267- Procedimientos de región perianal y enfermedad pilonidal ¹²	1	2.204,76	2.072,58	961,90

1 Fuente: Resolución 882/2010 de 3 de mayo. BON nº 71 de 11 de junio de 2010.

2 Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas - CMBD

3 El paciente ha sido incluido también en forfait de catarata + LIO. Es de 2008. No hay pacientes en 2009 en este forfait

4 La paciente ha sido incluida también en forfait de reparación de cistocele

5 La paciente ha sido incluida también en forfait de reparación de cistocele

6 Dos de las pacientes han sido incluidas también en forfait de reparación de cistocele

7 El paciente ha sido incluido también en forfait de laringectomía y disección radical de cuello unilateral

8 Dos de los pacientes han sido incluidos también en forfait de extracción de material de fijación

9 Uno de los pacientes ha sido incluido también en forfait de extracción de material de fijación

10 Uno de los pacientes ha sido incluido también en forfait de colecistectomía laparoscópica

11 Cinco de los pacientes han sido incluidos también en forfait de esfinterotomía y uno en forfait reparación de fístula anal

12 El paciente ha sido incluido también en forfait de excisión de quiste piloidal

* Sin el coste de la prótesis

En forfait de tiroidectomía no se ha incluido en la tabla un paciente sometido a trasplante cardiaco en el mismo episodio de ingreso

En forfait nefrectomía no se ha incluido en la tabla un paciente sometido a trasplante renal en el mismo episodio de ingreso

Se recuerda que las tarifas publicadas en BON, por reglamento (artículo 5 de las Normas Administrativas) están basadas en el cálculo de costes de los procesos en el SNS-O.

Analizando esta tabla, se puede concluir que, en la mayor parte de las pruebas y forfaits quirúrgicos citados en el informe, en toda la actividad facturada por estancias y en todas las primeras consultas, las tarifas de la CUN son inferiores a las tarifas del SNS-O, basadas en sus costes, e inferiores también a los costes calculados para estas actividades por el Ministerio de Sanidad.

También se deduce que los costes empleados por el SNS están más próximos a los calculados por el Ministerio que a los calculados por la Cámara de Comptos de forma teórica.

IV. JUSTIFICACIÓN DE LA CONVENIENCIA DE CONCERTAR

La colaboración de la sanidad pública con los centros concertados es una herramienta imprescindible para la gestión, que se ha impuesto en todo el Sistema Nacional de Salud. Las ventajas de dicha colaboración resultan evidentes, y se basan en conseguir dos tipos de mejoras:

– Eficiencia operativa

- Ciertas actividades pueden ser realizadas de forma más eficiente desde estructuras especializadas ajenas al marco organizativo propio de la función pública.

- El gasto sanitario se variabiliza.

- Facilita el control de la cantidad y calidad de la actividad clínica

– Eficiencia marginal

- Mejora la eficiencia al permitir atender las puntas de demanda sin necesidad de hacer inversiones permanentes en equipamiento, edificios o personal que, en otro caso, supondrían una costosa sobrecapacidad del sistema.

- Permite acceder de forma precoz a diagnósticos y tratamientos novedosos, antes de decidir su adopción en el sistema público.

En Navarra, según los datos de la Cámara de Comptos, la actividad concertada auditada en este informe supone solo un 3% del gasto total en sanidad. Si se le añade la actividad del Hospital San Juan de Dios en el año 2009 (18,9 M € según el estudio de Comptos) la facturación de la actividad concertada está en torno al 5% de la facturación total, muy por debajo de la del conjunto de España, que se sitúa en el 9.44% según fuentes del

Ministerio de Sanidad y Política Social (Indicadores Clave del SNS. Fichas Técnicas, año 2010).

El Servicio Navarro de Salud utiliza la concertación para obtener ambos tipos de ventajas, las operativas y las marginales. En concreto, la concertación con la Clínica Universidad de Navarra tiene como objeto principal las segundas. Tal y como se recoge en el informe de Comptos, el 75% de las derivaciones son para que los pacientes navarros puedan recibir tratamientos no disponibles en el Servicio Navarro de Salud, el 18% son para cubrir puntas de demanda (por aumentos de demanda, reducciones en la oferta motivadas por bajas del personal del SNS o enfermedades estacionales), y solo un 7% son por eficiencia operativa (los tratamientos de hemodiálisis). Por otro lado, llama la atención que la facturación de la actividad de la Clínica crezca un 16% en el año 2009 cuando la variación de actividad ha sido según el mismo informe de un 18% en estancias, un 26% en consultas, un 59% en procesos quirúrgicos, un 99% exploraciones diagnósticas y un 18% en trasplantes (página 22).

Se echa de menos en el informe una aproximación desde el punto de vista del coste marginal, no desde el punto de vista del coste medio. Entre otros criterios se podría valorar qué inversión en locales, quirófanos, aparatos, personal, gasto sanitario, debería realizar el Servicio Navarro de Salud para atender los picos de demanda generados, teniendo en cuenta si se trata de aumentos de demanda permanente o coyuntural y comparando dicho gasto con la alternativa de la concertación.

CONCLUSIONES

La Clínica ha facturado al Servicio Navarro de Salud 17,17 M € en el año 2008 (un 10,4% de la facturación de la Clínica) y 19,92 M € en el año 2009 (un 12,5%). De estos importes, un 75% corresponden a tratamientos no disponibles en el Servicio Navarro de Salud.

Se ha querido dejar claro que las diferencias de tarifas con otros centros concertados se deben a una diferencia de medios humanos y técnicos que posee la Clínica Universidad de Navarra con los que pretende ofrecer una asistencia de alta calidad y especialización a todos los pacientes que se atienden.

La metodología utilizada en el informe de Comptos no refleja el coste real. El método no es válido y se sugiere contrastarlo con algún experto en costes sanitarios. Esto se comprueba si se compara con los costes publicados por el Ministerio de Sanidad para el conjunto de los hospitales públicos de España.

Las diferencias con los costes calculados en el informe también se deben a que una misma tarifa comprende un diferente número de actos médicos, dependiendo del perfil del paciente: edad, patologías concurrentes, riesgos, alergias y complicaciones, entre otros.

Al establecer las tarifas en el Concierto, la Clínica realiza un importante descuento al SNS-O respecto a las tarifas generales, por el volumen de facturación realizado. Este descuento y la complejidad de los medios técnicos y humanos de la Clínica no permite cubrir los costes totales de los actos médicos realizados a los pacientes derivados por el SNS-O, aunque permite tener contratados a un mayor número de profesionales para atender esa actividad variable.

El porcentaje de asistencia concertada en Navarra está en torno al 5% frente al 9,44% de España (Indicadores Clave del SNS. Fichas Técnicas, año 2010). Se sugiere que se valore el porcentaje del presupuesto del Departamento de Salud que se está fiscalizando para decidir si es el aspecto principal que se debe abordar para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Navarro.

Se valora positivamente la recomendación del informe sobre la conveniencia de implantar una contabilidad analítica de costes en el SNS-O. Para la Clínica esta implantación fue muy útil y se

puede poner a disposición del Gobierno de Navarra para transmitir la experiencia.

La Clínica es un centro sin ánimo de lucro y utiliza sus excedentes económicos para impulsar la investigación e innovación, lo que permite ofrecer a la ciudadanía navarra los últimos avances e innovaciones asistenciales.

Desde la Clínica se quiere subrayar la aportación a la Sanidad de la Comunidad Foral que realizan todos los centros del Sistema Navarro de Salud, tanto públicos como concertados con quienes nos une el mismo objetivo: mejorar la Sanidad en Navarra.

Pamplona, 17 de octubre de 2011

El Director General: José Andrés Gómez Cantero

ALEGACIONES DE LA CLÍNICA SAN MIGUEL

I. Entendemos que dicho informe es incompleto pues dentro del estudio no se ha evaluado el Hospital San Juan de Dios (pues si bien existe otro informe sobre este centro, el mismo no evalúa entre otros el comparativo de los costes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea con las tarifas de dicho centro). De acuerdo con la memoria del SNS-O del año 2009, este centro tiene un peso muy importante dentro de los conciertos con entidades privadas:

2009	CUN		HSJD		CSM		TOTAL
	Actividad	%sobre total	Actividad	%sobre total	Actividad	%sobre total	
ALTAS	2.581	40,75%	2.422	38,24%	1.330	21%	6.333
ESTANCIAS	11.162	17,22%	42.178	65,05%	11.498	17,73%	64.838
FORFAITS QUIRÚRGICOS	1.602	15,43%	7.635	73,55%	1.144	11,02%	10.381
ESTANCIAS TOTALES	18.497	24,74%	43.808	58,58%	12.474	16,68%	74.779
ESTANCIA MEDIA	7,17		18,09		9,38		11,81

II. Actividades concertadas a estudio SNS-O-CSM 2009:

Observamos en el informe provisional el estudio de tres procesos dentro del Concierto general con CSM. Procesos que por lo que exponemos a continuación no se hallan comparados de forma homogénea. Sin homogeneizar los datos comparados, las conclusiones sobre sus costes no pueden ser consideradas como válidas.

Todos los datos asistencia les presentes en este apartado son fácilmente contrastables en los archivos de historiales médicos de la Clínica. La

Ley de Protección de Datos nos impide anexionar listados con nombres de pacientes y asistencia recibida para preservar su intimidad pero existen procedimientos dentro de la Ley que permiten contrastar esta información por lo que de ser considerado necesario nos ponemos a su entera disposición para este fin.

Resonancia Magnética

El siguiente cuadro compara la productividad del Servicio de Radiodiagnóstico del HVC (Memoria del Hospital Virgen del Camino 2009), con los de la CSM del mismo periodo:

	HVC (18 radiólogos)	CSM 4 radiólogos
TAC	21619	2665
RM	4345	4875
MAMOGRAFÍAS	9203	1139
ECOGRAFÍAS	11903	4023
RX CONTRASTADA	1800	82
TOTALES	48870	12784
PRODUCTIVIDAD/RADIÓLOGO	2715	3196

El ratio informe prueba citada/radiólogo se utiliza comúnmente para medir la productividad de un Servicio de Radiodiagnóstico y es determinante para el coste final de la prueba, ya que parte fundamental del mismo son los recursos humanos. En condiciones normales, es imposible que un centro con menor productividad tenga un coste inferior. Por si lo anterior no fuera suficiente, además, parte relevante de la carga de trabajo del Servicio de Radiología del HVC, según se nos informa, se ha realizado en las denominadas "peonadas" con lo cual el coste ya no es el de 18 radiólogos sino superior en una cantidad que desconocemos, pero que en cualquier caso no haría otra cosa que disminuir la productividad y, por lo tanto, incrementar el coste.

La SERAM (Sociedad Española Radiología) habla de URA (Unidad Relativa de Actividad) para definir el grado de complejidad de las diferentes exploraciones. Por ejemplo, no es lo mismo una RM de rodilla valorada en 5,9 URAS que un abdomen con contraste valorado en 9,8 URAS. Al respecto, un porcentaje no mayoritario pero sí importante (aprox. 20 %) de RM efectuadas por CSM para el SNS-O son pruebas complejas: Abdo-

men/hígado/páncreas con contraste, colangiorresonancias, artroresonancias, etc. El coste de este tipo de pruebas no es comparable al de las pruebas más sencillas ya que requieren mayor tiempo de sala y mayor tiempo de radiólogo.

Por otro lado se han realizado un 8% de RM dobles y un 3,5% triples que se facturado de acuerdo a convenio como simples.

Para finalizar, aproximadamente un 20% de las RM realizadas han precisado contraste que no se ha facturado. El precio del contraste que aparece en el estudio realizado por la Cámara oscila entre 82,78 y 98€. (Pág .17 Informe provisional)

Todo lo anterior nos hace concluir que difícilmente nuestras RM pueden ser más caras que las del SNS-O.

Con respecto a las otras Resonancias Magnéticas concertadas y, en concreto, a Alliance, existen diferencias sustanciales que hacen imposible comparar los costes:

- No existe radiólogo de presencia física (repetición de pruebas)

- No existe ATS, motivo por el cual no pueden hacer contrastes
 - Si surge una complicación no puede ser atendida por sus propios medios .
 - No existe sala de espera
 - No existen aseos
 - No existen camilleros. si hacen falta, los del Servicio Navarro de Salud
- Osasunbidea
- Consumos de electricidad, etc...

Consultas Externas de Traumatología

El punto nueve del Concierto firmado entre CSM y SNS-O trata de las Consultas Externas Ambulatorias. En él queda claramente definido que las revisiones dentro del mes siguiente a la primera consulta, revisión o alta hospitalaria se hallan incluidas en estas. Existe por tanto un volumen importante de actividad necesaria para el adecuado seguimiento del paciente (se ha realizado sin ser facturada) que no se ha tenido en cuenta a la hora de hacer el comparativo de costes.

Actividad SNS-O	Realizadas	Facturadas	No Facturadas
Primera consulta	272	8	264
Revisión	769	348*	421

* Las cifras no coinciden con las del informe provisional, por las diferencias a la hora de contabilizar/imputar los actos (pág. 13 del estudio).

Del cuadro anterior queda claro que por cada revisión facturada hay 1,2 no facturadas, realizadas y necesarias, por lo que en el comparativo de costes habría que multiplicar por 2,2 los asignados al SNS-O.

Las revisiones de traumatología facturadas en el 2009 corresponden en su totalidad a pacientes postquirúrgicos e incluyen todas las pruebas realizadas y materiales empleados (curas, retirada de puntos, férulas, escayolados, vendajes, radiología convencional, analíticas...) por lo que se ha tomado el coste superior del rango.

REVISIONES	Coste según informe provisional	Coste * 2,2
Ubarmin	71,92€	158,22 €
Hospital de Navarra	51,25 €	112,75€
H. Reina Sofía	42,92 €	94,42 €
H. García Orcoyen	57.95 €	127,49€
Clínica Universitaria		138.92 €
Clínica San Miguel		65,11 €

Del cuadro anterior se desprende que aun sin entrar en consideraciones de lo adecuado de los costes calculados para el SNS-O, dato tratado ampliamente en el apartado siguiente, el precio concertado para la revisión con CSM es con diferencia el más barato de todos, públicos o privados. Comparados los costes de las revisiones de traumatología de CSM para el SNS-O con los de CU, centro remitente de estos pacientes, los de CSM suponen menos de la mitad (41%).

En lo que respecta a Primeras Consultas hay dos tipos fundamentales de las mismas en lo que a facturación se refiere. Pacientes de Lista de

Espera de Traumatología remitidos desde Atención Primaria y que todavía no han sido visitados por el especialista y que solo en un pequeño porcentaje de casos van a ser quirúrgicos y pacientes que ya han sido vistos por el especialista, se ha indicado una intervención y nos los envían para que los operemos. Este último caso es el nuestro en el 2009 y por eso aparecen 264 primeras consultas realizadas y no facturadas que corresponden a 264 pacientes remitidos a CSM desde Ubarmin para ser intervenidos en nuestro centro. En el apartado de Prótesis de Rodilla se explicará este punto.

Con respecto a los pacientes remitidos desde Atención Primaria pasa lo mismo que con las revisiones. Durante un mes no se puede facturar ninguna de las consultas realizadas y teniendo en cuenta que son pacientes sin estudiar por el especialista, casi siempre conllevan petición de pruebas (TAC, RM, EMG, Rx...) y como mínimo entre 2 y 3 revisiones dentro del mes no facturable para ver resultado de pruebas y evolución del trata-

miento médico. Así pues, para ser comparable, al coste de concierto de la primera consulta habría que añadir al menos 2 revisiones (se ha tomado como coste de la revisión el coste medio de cada centro ya que no todas estas revisiones llevan pruebas y como coste de la consulta el coste superior de cada rango ya que estas primeras consultas casi en su totalidad implican pruebas).

Primeras Consultas	Coste medio Revisión	Coste 1ª Consulta	1ª Consulta + 2 revisiones
Ubarmin	45,66 €	91,32 €	182,64 €
Hospital de Navarra	36,71 €	59,61 €	133,00 €
H. Reina Sofía	31,33 €	62,66 €	125,32 €
H. García Orcoyen	38,75 €	77,50 €	155,00 €
Clínica Universitaria			171,82 €
Clínica San Miguel			113,94 €

En el apartado de primeras consultas de pacientes no quirúrgicos volvemos a ser el centro mas barato, tanto de los públicos como de los privados.

Las primeras consultas de los pacientes quirúrgicos no se facturan.

Prótesis de Rodilla

El punto once del acuerdo firmado con el SNS-O trata de los procedimientos que se facturarán con los denominados precios "Forfait". Este punto deja claramente establecido que "dicho precio incluye todos los gastos ocasionados por el paciente desde su ingreso hasta la fecha del alta, además de la consulta previa y posteriores, así como todas las pruebas diagnosticas y terapéuticas rutinarias o especiales que sea preciso realizar durante el plazo de dos meses después de la realización del procedimiento... también quedan incluidas en la tarifa las actuaciones por complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, tanto en fase preoperatoria como en la intervención quirúrgica y en el postoperatorio durante el plazo de dos meses"

En el cálculo de costes de los centros públicos no se han tenido en cuenta ni todos los gastos anteriores a la cirugía ni, lo que es mucho más relevante por el importante consumo de recursos que supone cuando se presentan, las complicaciones.

Los pacientes operados de prótesis de rodilla en el 2009 en CSM eran todos de lista de espera quirúrgica de Ubarmin. Es decir, son pacientes que ya han sido visitados por el especialista, el cual, previo estudio, ha sentado la indicación quirúrgica. Esto no evita, en el mejor de los casos, una primera consulta con el traumatólogo que lo va a operar en CSM pues para él se trata de un paciente desconocido y no se puede operar a un paciente al que no has visto ni explorado nunca. Previamente a esta primera consulta en CSM se recibían las exploraciones complementarias que tuviera el paciente en Ubarmin: radiología convencional, Resonancias Magnéticas...

Teóricamente debíamos recibir estos estudios del 100% de los pacientes pero en la práctica esto no era así:

RM ambulatorias 2009 al SNS.O	RM facturadas al SNS	RM no facturadas
1673	1541	132

Durante el 2009 CSM recibió de Ubarmin 275 pacientes de lista de espera quirúrgica. Los procesos quirúrgicos fueron diversos. Parte de estas RM ambulatorias realizadas y no facturadas corresponden a pruebas realizadas a estos 275 pacientes, bien porque no fueron aportadas, bien porque fueron necesarias ambulatoriamente pre o postquirúrgicamente en el plazo de 2 meses. A pesar de que el concierto de primera consulta y revisión con el SNS-O permite facturar estas exploraciones, cuando lo hemos hecho en pacientes quirúrgicos, sistemáticamente nos han devuelto la factura alegando que el precio forfait incluye todo. No todos los procesos quirúrgicos recibidos requieren la realización de una RM, como por ejemplo en el caso de los "Hallux valgus." Es decir, parte de los pacientes de este tipo de patología u otras (artroscopias de rodilla, hombro...) ha precisado una RM ambulatoria que no se ha facturado. Si esto ha ocurrido preoperatoriamente, el paciente ha requerido una revisión, además de la primera consulta, para valorar esta u otras pruebas.

Los datos publicados de complicaciones postquirúrgicas de la prótesis de rodilla son muy variables, dependen del centro, de la habilidad quirúrgica y experiencia del cirujano, del rigor del estudio realizado, etc. Vamos a manejar los datos más optimistas, es decir, las series con menos complicaciones.

Al menos el 10% de los pacientes de prótesis de rodilla requieren una asistencia médica superior al protocolo dentro del periodo cubierto por el forfait y no facturable (una visita postquirúrgica al mes y medio que es la única contemplada en el cálculo de costes de los hospitales públicos). Aproximadamente la mitad de este 10% (5%) tiene complicaciones leves: dolor, inflamación, pequeña infección de algún punto de la herida quirúrgica...etc. Normalmente se solucionan con entre 1 y 3 consultas. El otro 5% de pacientes tienen complicaciones graves que requieren nueva hospitalización y en muchos casos nueva intervención. Estas posibles complicaciones graves son infecciones de la prótesis, trombosis, fracturas periprotésicas, etc...

De este 5% de complicaciones graves aproximadamente la mitad son infecciones (2,5%). En el año 2003 el Hospital Gomez Ulla de Madrid cifró estos costes en 56.378€ y en el 2007, el Hospital

Arnau de Vilanova habla de mas de 50.000€. Publicaciones de otros países hablan aún de cifras mayores. En el 2009, en nuestro medio, podríamos estar hablando de unos 60.00€. Al respecto hay que tener en cuenta dos factores:

– El Forfait de prótesis de rodilla excluye la prótesis propiamente dicha que es abonada por el SNS-O, por lo tanto en la cirugía de reemplazo de prótesis de rodilla y en los costes que de ella se derivan también habría que descontarlo. El coste de estas prótesis oscila entre 2000 y 3000€ en función de cual se use. Así pues, a los 60.000€ habría que descontar esta cantidad.

– La infección de la prótesis de rodilla ocurre mayoritariamente en el periodo de 2 meses cubierto por el Forfait y su tratamiento, quirúrgico en los casos graves de los que estamos hablando, también. Ahora bien, no todas las infecciones tienen lugar en estos 2 meses ni el tratamiento completo se "consume" en estos dos meses, aunque si el de mayor coste (nueva cirugía).

Considerando los dos puntos anteriores, el coste de la infección de la prótesis de rodilla que asume CSM dentro del forfait, de producirse tal complicación, rondaría el 60% de los 60.000€ publicados, es decir, unos 36.000€.

El resto de las complicaciones graves (fracturas periprotésicas, trombosis, embolias...) también ocurren mayoritariamente en el periodo de 2 meses postquirúrgico. No hemos encontrado publicaciones que hablen de los costes de estas complicaciones. Las fracturas periprotésicas requieren tratamiento quirúrgico y empleo de material de osteosíntesis de elevado coste no excluido del Forfait. Estaríamos hablando de entre 10.000-12.000/caso. En el caso de tromboembolismo el coste sería inferior. En promedio este grupo de otras complicaciones implicaría un coste de 8.000€/caso.

Teniendo en cuenta los datos anteriores, las complicaciones graves suponen un 25% de la tarifa forfait concertada con la CSM.

Así pues, para que los costes de los hospitales públicos sean comparables a los precios concertados con CSM habría que incluir en aquellos las asistencias y complicaciones no evaluadas en el cálculo de costes de los hospitales públicos:

1 Consulta preoperatoria (100% de los pacientes)	113
Parte proporcional de RM y otras (10 % de los pacientes)	25
Complicaciones	1.109
TOTAL	1.247

Por todo lo anterior el cuadro comparativo entre los costes del SNS-O y los precios concertados resultarían los siguientes:

PRÓTESIS DE RODILLA	
Ubarmin	5.765,26 €
Hospital de Navarra	4.875,03 €
Hospital Reina Sofia	4.786,92 €
H. García Orcoyen	5.036,50 €
Clínica Universitaria*	7.418,23 €
Clínica San Miguel	4.437,63 €

* Hemos procedido en el anterior cuadro a sumar 1.247€ a los costes obtenidos en el informe provisional de esa Cámara de Comptos.

III. Consideraciones sobre las tarifas concertadas y su coste en el SNS-O:

Si bien entendemos como válida la metodología general del cálculo de costes, desconocemos el origen de los datos que los fundamentan y consideramos, por ejemplo, que la imputación de amortizaciones en base a valor catastral de los inmuebles (no se definen las de los equipos) es claramente insuficiente. Por todo ello y dada la dificultad de contrastar las conclusiones de costes obtenidos en el Informe Provisional de Conciertos Sanitarios, procedemos a evaluar los mismos por otros procedimientos:

Primer procedimiento: coste de Resonancia Magnética:

En este procedimiento pasamos a evaluar concretamente los costes para el SNS-O en base al condicionado del concierto con CSM y de acuerdo con lo expuesto en el apartado "actividades concertadas a estudio SNS-O-CSM 2009", los datos de la Memoria del SNS-O 2009, y los datos de la Memoria del HVC para la especialidad de radiodiagnóstico del mismo ejercicio.

Dado que la resonancia magnética en HVC en el Informe provisional de esta Cámara permanece abierta 12.25 horas/día y durante 246 días laborales/año entendemos que la misma trabaja 3013.50 horas/año. Por otro lado el personal del SNS-O en su convenio contemplaba para ese mismo año 1.592 horas, por lo que necesitaríamos 1,89 trabajadores para cubrir la franja horaria referida. Hemos considerado, por desconocer los costes salariales por categorías, el salario medio resultante de dividir el gasto real del capítulo 1 del 2009 entre el número de trabajadores de la tabla 6.1 de la Memoria del SNS-O.

Así mismo creemos necesario para este desarrollo la presencia mínima de un radiólogo, un ATS, un TER, una administrativa y un celador mientras permanece en funcionamiento el servicio.

Con todas estas premisas el gasto de personal de este servicio en HVC para el año 2009 sería el que se detalla a continuación:

ATS	95.532,58 €
TER	95.532,58 €
ADVA	95.532,58 €
CELADOR	95.532,58 €
RADIÓLOGO	95.532,58 €
TOTAL COSTE PERSONAL	477.662,90 €

Teniendo en cuenta que el número de RM realizadas en ese año por HVC (4.345) nos dará un coste de personal por Resonancia Simple de 109,93. Considerando que el SNS O destina el 50,96% de su presupuesto a gastos de personal, deberemos añadir a partida anteriormente calculada la proporción de gastos correspondientes al resto de capítulos del presupuesto, resultándonos un coste total unitario por RMN 215,74€.

Consideraciones adicionales:

1- El 20% de las RM realizadas en 2009 en CSM son pruebas complejas de 9,8 URAS frente a 5,9 URAS de las simples.

URAS complejas	9,8
URAS simples	5,9
Diferencia	3,9
Porcentaje	66%

2- En CSM las RM se cobran al mismo precio independientemente de que sean simples, dobles o triples. Durante el ejercicio 2009 en CSM se atendieron un 8% de dobles y un 3,5% de triples.

3- EL 20% de las RM han precisado contraste por el que no se ha facturado importe adicional, el precio del mismo se sitúa entre 83 y 98€.

Para poder comparar el coste anteriormente obtenido con las condiciones económicas y los términos recogidos en concierto, deberemos incorporar las consideraciones adicionales precedentes y, aun obviando la primera de ellas (complejidad), que tiene igualmente un peso importante en los costes, el coste final resultante y comparable con la tarifa de CSM sería el siguiente:

8,00%	Dobles	* 2	34,52€
3,50%	Triples	* 3	22,65€
20,00%	Con contraste	+83	59,75€
68,50%	Simple	=	147,78€
100%			264,7€

Por lo tanto concluiríamos por este primer procedimiento que el precio concertado con CSM de 250€/resonancia es más económico que los 264,70€ que resultan de los costes anteriormente calculados.

Segundo procedimiento:

Este segundo procedimiento está elaborado en base a los datos de la Memoria del SNS-O y la auditoría para dicho año de CSM que nos trasladará a conclusiones indirectas sobre los costes de concertación.

En la Memoria del SNS-O del año 2009 se indica que el gasto real del capítulo 1 (gasto de personal) fue de 495.906.874€ y que la plantilla total del SNS-O era de 9.826 personas, lo que nos da un coste medio por persona de 50.468,85 euros/año. El coste medio por persona de CSM era de 42.608,21 euros/año.

La plantilla por cama (utilizando este como mejor ratio comparable entre centros) era de 4,52 p/c en Hospital de Navarra de 4,5 p/c en HVC, de 3.08 p/c en Ubarmin, y de 2,57 p/c en CSM.

La auditoría de CSM que adjuntamos nos indica una rentabilidad del 3,2% sobre ventas y por tanto el 96,8% de los ingresos son gasto, es decir, un absoluto equilibrio entre coste y precio.

En base a esta información previa podemos concluir que, dado que el coste medio por persona es un 18,45% mayor, que el ratio personal/cama también es mayor en los Centros del SNS-O y que los costes están en CSM estrechamente relacionados con sus ingresos, los costes del SNS-O en cualquiera de las prestaciones son superiores al precio del concierto.

Tercer procedimiento:

Este tercer procedimiento está basado en los propios GDRs del SNS-O y se toman y comparan los del 2010 puesto que es en mayo de este año cuando el SNS-O actualiza sus costes/tarifas.

La resolución 882/2010, de 3 de mayo, del SNS-O que actualiza las tarifas por prestación de servicios en los centros de dicho SNS-O dice en su preámbulo "toda propuesta de establecimiento o modificación de la cuantía de los precios públicos deberá ir acompañada de una Memoria económico-financiera, que justificará el importe de los mismos que se proponga y el grado de cobertura financiera de los costes correspondientes" y en su artículo 5 "el coste económico del servicio en sus diversas modalidades de prestaciones servirá de base para fijar las tarifas." En base a esa relación directa entre coste y tarifa el propio SNS nos indica cual es su coste en cada una de sus prestaciones.

Trasladamos a continuación el cuadro comparativo entre las tarifas/coste de CSM y SNS-O:

CONSULTAS	CSM 2010	SNS 2010
1ª Consulta	114,80 €	220,00 €
Revisión	65,60 €	135,00 €
HOSPITALIZACIÓN	CSM 2010	SNS 2010
Estancia Medica 9 primeros días	317,20 €	585,00 €
Estancia Medica a partir del 10º	229,70 €	585,00 €
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	CSM 2010	SNS 2010
RMN Simple	250,00 €	309,04 €
RMN Doble	250,00 €	463,57 €
RMN Triple	250,00 €	566,56 €
TAC	132,80 €	240,64 €
PROCESOS QUIRÚRGICOS	CSM 2010	SNS 2010
Prótesis de Rodilla	4.473,10 €	12.012,08 €

Este procedimiento de evaluación nos lleva a concluir igualmente que el concierto con CSM resulta beneficioso para el SNS-O en relación con sus propios costes.

Cuarto procedimiento:

El Informe de Fiscalización sobre el Contrato de Asistencia Sanitaria UN-SNS-O de la Cámara de Comptos de 5 de agosto de 2009 determina que el coste de la prestación sanitaria del SNS-O deducida la prestación farmacéutica es de 767,81€ persona/año, una vez deducido un 25% en concepto de estructura empresarial, por lo que si incluimos esta cantidad deducida nos resultaría un gasto unitario por ciudadano navarro de 1023,75€/año. IMQ Compañía propietaria de CSM recibió de la Administración Central, ese mismo año, para la asistencia sanitaria de los funcionarios que eligieron la asistencia con las Entidades de Seguro (IMQ) 684.91€ por persona/año.

Este procedimiento que nos compara los costes del SNS-O con las de IMQ para las mismas prestaciones nos lleva a reafirmamos en las conclusiones de los anteriores.

IV. Dada la preocupación, entre otros, del Grupo Parlamentario Nafarroa Bai sobre los conciertos con entidades privadas y los costes que suponen para el Gobierno de Navarra-SNSO, queremos poner de manifiesto como entidad objeto de esa preocupación, que el grupo IMQ Navarra (Compañía de Seguros IMQ, CSM, RSA) por

medio de su aseguradora IMQ atiende/asegura a 27.050 navarros que permiten al Gobierno de Navarra-SNS-O y de acuerdo con sus costes ahorrar 27.692.437,5€ (1023,75€*27.050) pues en caso de inexistencia de entidades como la nuestra, el Gobierno de Navarra-SNS-O sin contraprestación económica alguna tendría que asumir la asistencia de esas personas.

CONCLUSIONES

En primer lugar desconocemos el origen de los datos utilizados por la Cámara para el cálculo de los costes del SNS, sin embargo los datos manejados procedentes de la Memoria del SNS-O y demás anexos utilizados en nuestros procedimientos nos llevan a concluir que los costes reales son sustancialmente superiores a los concertados con CSM.

En segundo lugar no es entendible que servicios similares prestados al menos con idéntica calidad asistencial y en según que apartados con mayor (en CSM todas la habitaciones son individuales) tengan un precio de concierto tan dispar entre centros.

Y finalmente para concluir el presente Informe nos hemos reservado un último dato por considerarlo fundamental : El alto grado de satisfacción de los pacientes atendidos en CSM, tanto por las comunicaciones verbales como escritas recibidas de los propios pacientes, como por las que se nos han transmitido desde el propio SNS-O.

ALEGACIONES DEL CENTRO DE DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE NAVARRA, S.L.

Doña Pilar Ruiz de Erenchun Lasa, actuando en nombre y representación de Centro de Diagnóstico Radiológico De Navarra S.L. con domicilio a efectos de notificaciones en calle Castillo de Maya número 41 bajo, 31003, de Pamplona, comparece ante ese órgano, y como mejor proceda en derecho,

EXPONE.

Que con fecha 7 de octubre de 2011 le ha sido puesto en conocimiento por vía telemática el "Informe Provisional de Conciertos Sanitarios" elaborado por ese órgano para los ejercicios 2008 y 2009, en cuanto entidad citada en el mismo con la finalidad de "conocerlo y alegar lo que estime conveniente" con anterioridad al 14 de octubre de 2011, plazo que, en virtud de solicitud de prórroga por este centro, fue ampliado al día 18 de octubre.

Que evacuando en tiempo y forma el referido traslado, el Centro de Diagnóstico Radiológico de Navarra S.L., formula las siguientes,

ALEGACIONES

PRIMERA.- En relación con la comparativa de precios.

Tras la lectura de lo informado en relación con la comparativa de precios, este Centro precisa realizar las siguientes matizaciones:

a) En primer lugar, en relación con las tarifas prestacionales concertadas (págs. 16 y 27 del informe) se afirma que "existen diferencias significativas entre las tarifas de los distintos centros privados para una misma prestación, sin que se especifique y describan en el texto del concierto características o elementos diferenciadores"

Pues bien, la inexactitud de dicha aseveración queda evidenciada por el mismo texto del informe habida cuenta que en su página 7 se pone de manifiesto que existen esas diferencias cuando se afirma que el concierto para la realización de pruebas diagnósticas en unidad móvil lo gestionaba la Subdirección de Coordinación de asistencia ambulatoria, ya que inicialmente se concertó para dicha asistencia.

De esta manera puede decirse que sí existen características o elementos diferenciadores que justifiquen la diferencia de tarifas, como son la infraestructura, las instalaciones, la maquinaria, los servicios, el flujo de los pacientes, así como la atención, el número y la cualificación del personal empleado.

Y es que, hay que tener en cuenta que el objetivo final del concierto es diferente, de ahí la gestión por servicios diferentes, siendo así que la diferencia de tarifas lo es en relación con ese servicio ambulatorio ya que, como se puede apreciar, las diferencias entre el resto de centros privados no son significativas.

b) En segundo término, hay que hacer alusión a las tarifas de las resonancias magnéticas, referidas en la página 17 del informe.

Más concretamente poner de manifiesto en relación con la comparativa de precios y datos de la tarifa de Alliance que, en el entendimiento de este centro, a la tarifa constatada en el informe habría que incorporar una serie de costes que soporta la administración de manera directa y no soporta Alliance como son el coste del consumo eléctrico del camión, el coste oculto de la utilización de suelo público (en sustitución del alquiler), el coste de seguridad y vigilancia asumido por el complejo hospitalario, las tasas de contribución urbana y basuras, costes todos ellos en buena parte asumidos por la Administración de manera que su coste real es superior al reflejado. Además, tampoco queda constancia en el informe del coste completo de la prueba de Alliance, cuando el informe se realiza desde la propia Administración e interviene personal de Radiología del SNS-O en la elaboración del informe, y poder conocer así el coste final completo de la prueba en dicho caso.

Frente a ello, hay que destacar que Centro de Diagnóstico Radiológico de Navarra S.L. tarifica por paciente con independencia del tipo, número y extensión de las pruebas.

c) Por otro lado, hay que matizar en relación con lo contenido en la misma página 17 que el coste del Centro San Martín no es un parámetro comparativo válido toda vez que las características técnicas de la máquina que se emplea, su coste y sus aplicaciones son diferentes. A su vez, hay que tener en cuenta que el coste del Centro al que represento es igual para todas las pruebas que se derivan, sin discriminar por tipo de prueba.

d) Y para finalizar este apartado, hay que señalar que en relación con lo constatado en la página 24 del informe debería incluirse un cuadro para la actividad de la empresa Alliance similar al del resto.

SEGUNDA.- Acerca de los costes del Servicio Navarro de Salud-Osasumbiea para las distintas prestaciones sanitarias.

Por lo que se refiere a este apartado, contenido fundamentalmente en la página 29 del informe, las

alegaciones de este centro pueden sintetizarse en las siguientes:

a) En primer lugar, hay que tener en cuenta que en la página 5 se indica como una limitación al alcance la utilización de fórmulas de reparto de los costes indirectos no basadas en la actividad, pudiendo resultar que el coste no sea exacto, si bien la variación en la cifra no sería significativa.

A su vez, según consta en la página 31, los principales factores que influyen en la actividad de los distintos centro públicos que explican estas diferencias de coste para el mismo tipo de prueba son:

El horario de apertura.

El tiempo medio de realización de la prueba.

Los costes de las máquinas, los gastos de mantenimiento y el número de horas que se utilizan.

Pues bien, considera este centro que las diferencias significativas en los costes calculados para las mismas pruebas de radiología entre los distintos centros no quedan suficientemente argumentadas o justificadas además de resultar poco congruentes e incoherentes. De ahí que una vez

examinados los datos que se pusieron a disposición al respecto, haya que mantener que el sistema de cálculo no resulta del todo objetivo, pudiendo procederse a su revisión, ya que las diferencias más significativas, según se nos ha explicado, se deben al coste de la mano de obra directa e indirecta, o lo que es lo mismo, la antigüedad del personal que realiza las pruebas y también del personal indirecto, lo cual incide directamente sobre el coste de la misma.

Así por ejemplo, en el Centro San Martín, se nos ha explicado que la antigüedad es mucho menor, y por tanto el coste también es menor. Por ello, este centro considera, y propone, la necesidad de revisión de este criterio de estimación del coste de la mano de obra a fin de calcular el coste medio estándar por categoría profesional dentro de la totalidad del SNS-O y con el objetivo de que el coste de la prueba no dependa de la concreta persona y su específico coste salarial sino única y exclusivamente del trabajo desarrollado en su consideración de medio y estándar.

b) En un segundo término, son presentados los datos de costes y las variaciones porcentuales respecto al menor de los costes en cada caso.

	De Rodilla			De Tobillo			De Rodilla o Tobillo	
	Sin Contraste			Sin Contraste			Con Contraste	
	HNA	HVC	CESM	HNA	HVC	CESM	HNA	HVC
Coste Directo	55,59	87,34	50,01	55,59	93,21	58,8	128,04	176,29
Coste Indirecto	7,92	15,3	5,45	7,92	16,33	5,45	18,25	30,89
Total	63,51	102,64	55,46	63,51	109,54	64,25	146,29	207,18
CD	11%	75%	.		68%	5,8%	-	38%
CI	45%	181%	.	45%	200%	.	-	69%
CT	15%	85%	.		72%	1,2%	-	42%

Tiempo Apertura	13,5	12,25	13
		-9%	-4%
		-6%	
Tiempo Prueba	20	30	35
		50%	75%

17%

Pues bien, a la vista de estos datos, este centro no considera suficientemente explicadas las diferencias de coste de las pruebas entre los distintos centros públicos.

En efecto, baste comprobar cómo:

1.- El coste de las pruebas en el CESH es el menor cuando es el que más tiempo emplea en la realización de la prueba si se tiene en cuenta que su horario de apertura es solo un 4% superior al de HNA.

2.- El mayor tiempo dedicado en las pruebas del CESH no resulta coherente con un menor coste.

3.- La diferencia de tiempo de la prueba entre HNA (20 m) y HVC (30 m) no justifica la diferencia de coste de las pruebas. De ahí que para poder alegar al respecto sea preciso a este Centro conocer una mayor información sobre la composición de los mismos.

c) Al respecto del cálculo del coste unitario estándar de la prestación, este Centro considera que, dado el elevado consumo energético de las máquinas en la realización de las pruebas, y que éste puede ser conocido, y toda vez que debido a sus características técnicas deben permanecer continuamente encendidas, el coste directo también debería recoger este concepto, que, sin embargo, no se considera como tal, sino que ha sido tratado como un coste indirecto más, bajo el concepto de un suministro más dentro de los costes de los centros públicos.

4.- Por último, una alegación en relación con el párrafo incluido en la página 32 del informe.

Dicho párrafo expone textualmente: "Consideramos que la contratación de resonancias magnéticas mediante un único procedimiento de contratación supondrá ahorro dado que se ha centralizado su realización y se adjudican por precios más ajustados".

Pues bien, según el entender de este centro, no existen criterios ni datos que permitan asegurar que la forma más eficiente y fiable de mantener la calidad asistencial sanitaria a precios ajustados y sus consecuentes ahorros sea la propuesta. Más al contrario, se considera que la desaparición de la concurrencia y de la competencia puede ir en detrimento de la calidad del servicio, en su condición de monopolio. Además, ello no permitiría conocer y comparar la calidad de la oferta desde los distintos puntos de vista, como son el del paciente y el del profesional médico, y con ello poder implantar las medidas correctoras oportunas tanto a corto como a largo plazo.

De ahí que se considere más eficiente la contratación en los diversos centros a iguales tarifas que tengan el carácter de fijas y sean preestablecidas por la propia Administración sanitaria.

Por lo expuesto y en su virtud,

SOLICITO.- Que se tenga por presentado el presente escrito, se admita a trámite y en méritos al mismo, tenga por evacuado el traslado conferido con fecha 7 de octubre y, consiguientemente, por vertidas las anteriores alegaciones a fin de ser puestos a disposición de este centro los datos que se solicitan y sean tomadas en consideración a los efectos de conformar el informe definitivo.

Es justicia que pido en Pamplona a 18 de octubre de 2011

María Pilar Ruiz de Erenchun Lasa

CONTESTACIÓN DE LA CÁMARA DE COMPTOS DE NAVARRA A LAS ALEGACIONES PRESENTADAS

Agradecemos al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, Clínica Universidad de Navarra, Clínica San Miguel y Centro de Diagnóstico Radiológico Médicos S.L. las alegaciones que nos han presentado. Estas alegaciones se incorporan al informe provisional y se eleva éste a definitivo al considerar que constituyen una explicación de la fiscalización realizada y no alteran su contenido.

Ahora bien, reiteramos la recomendación de implantar un sistema para calcular el coste de las prestaciones sanitarias del Servicio Navarro de Salud y que sea una herramienta de gestión para la toma de decisiones.

El sistema de cálculo de costes por proceso que hemos empleado es uno de los sistemas existentes para calcular costes. Opinamos que el coste unitario estándar que hemos estimado, mediante dicho sistema, para los centros públicos del SNS-O es representativo de la estructura real de consumos de recursos de la asistencia sanitaria prestada al paciente y, por tanto, un indicador válido y adecuado para la toma de decisiones.

En las páginas 29 y 30 de este informe se ofrece una explicación más detallada del método que esta Cámara ha aplicado para la estimación de los costes en los centros sanitarios del SNS-O.

CONTESTACIÓN A LAS ALEGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO DE NAVARRA:

1-Esta Cámara considera imprescindible conocer el coste de los servicios públicos para una gestión eficiente de los recursos públicos y no nos parece suficiente el procedimiento de establecer las tarifas concertadas mediante la comparación con las tarifas de otras Comunidades Autónomas.

2-Es recomendable que se deje constancia de las evaluaciones de necesidades y alternativas que realice el SNS-O antes de concertar una actividad sanitaria y que las evaluaciones incluyan una valoración económica de las necesidades y de las distintas alternativas analizadas.

3-El cálculo de costes que hemos realizado está sustentado en la información que nos ha proporcionado el SNS-O, tanto los Servicios centrales como los Servicios Médicos, y el Departamento de Presidencia.

4-En cuanto al coste medio de 112,47 euros que presenta el SNS-O en relación con las resonancias magnéticas, consideramos que no todas las resonancias magnéticas son iguales y por tanto el consumo de recursos difiere en función del tipo de resonancia. Así, el coste de algunas resonancias, como es el caso de las sencillas cuyo coste hemos calculado, se situaría por debajo del valor medio de 112,47 euros. En todo caso, este valor medio es inferior a las tarifas concertadas, excepto en el caso de Alliance.

5-En cuanto a las consultas de traumatología, hemos incluido además del coste de personal, las pruebas que habitualmente se realizan en este tipo de consultas, según indicación de los facultativos, considerando las dos más caras, dado que según nos indican, no se realizan a un paciente todas las pruebas y por tanto no procede sumar todos los tipos de pruebas que habitualmente pueden prescribirse.

No hemos incluido en el coste de la consulta la resonancia y el TAC porque según el texto de los conciertos, estas pruebas no están incluidas en la tarifa concertada para la consulta, sino que se facturan adicionalmente.

CONTESTACIÓN A LAS ALEGACIONES DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA:

1-El coste calculado es un coste estándar correspondiente a la totalidad de actuaciones que comprende la asistencia sanitaria prestada al paciente, desde el personal relacionado directamente con la prestación hasta los materiales

empleados, fármacos suministrados, pruebas realizadas y amortización y mantenimiento de los equipos utilizados, además de un porcentaje considerable, superior al 12 por ciento, de costes indirectos.

De las prestaciones analizadas, resonancia magnética, hemodiálisis, consultas de traumatología e intervención de prótesis de rodilla, dicha intervención es la que podría presentar variabilidad respecto al proceso real que sigue el paciente, debido a las complicaciones que podrían surgir de dicha operación. Hemos considerado que la inclusión del coste de las complicaciones en el coste estimado no alteraría las conclusiones de este informe, dado que el número de pacientes operados de prótesis de rodilla que presentan complicaciones no es significativo.

2-La incertidumbre sobre la demanda sanitaria y por tanto la imposibilidad de planificar los recursos para ajustarlos a una supuesta demanda pactada con el SNS-O afecta a todos los centros concertados, salvo en el caso del nuevo concurso para adjudicar las resonancias magnéticas donde se contempla una previsión de pruebas a realizar.

3-En el informe de fiscalización se recogen las conclusiones referidas a las prestaciones sanitarias analizadas, esto es, resonancia magnética, hemodiálisis, consultas de traumatología e intervención de prótesis de rodilla, así como aquellas derivadas de la evidencia obtenida en la fiscalización realizada.

4- No consta que las tarifas establecidas en la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, para usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria gratuita del Servicio Navarro de Salud estén basadas en estudios de costes.

Al respecto, una de las recomendaciones de esta Cámara es que el SNS-O calcule el coste de las distintas prestaciones sanitarias.

5-Respecto a la afirmación de que “se echa de menos en el informe una aproximación desde el punto de vista del coste marginal, no desde el punto de vista del coste medio” puntualizamos que el coste que hemos estimado es el coste unitario de la prestación analizada, no un coste medio y que una de las recomendaciones de esta Cámara al SNS-O es que evalúe las alternativas de prestar la asistencia sanitaria con medios propios frente a su concertación con centros privados.

6-Creemos que la concertación con centros privados para la prestación de asistencia sanitaria es uno de los aspectos, entre otros, que el SNS-O debe analizar y evaluar y que las mejoras que se

consigan en la gestión de los fondos públicos destinados a los conciertos sanitarios influirán en la sostenibilidad del sistema sanitario navarro.

7-Según datos del SNS-O, el 25 por ciento del gasto concertado en 2009 con la Clínica Universidad de Navarra obedece a las listas de espera, lo cual no significa que todo el 75 por ciento restante derivado a la Clínica Universidad de Navarra corresponda a tratamientos no disponibles en el SNS-O.

CONTESTACIÓN A LAS ALEGACIONES DE LA CLÍNICA SAN MIGUEL:

1-El informe se realiza en respuesta a la petición del Grupo Parlamentario Nafarroa Bai y por tanto se fiscalizaron los conciertos sanitarios celebrados con las Entidades Privadas indicadas por el citado Grupo, entidades entre las que no se incluye el Hospital San Juan de Dios.

Esta Cámara emitió el 13 de octubre de 2011 el informe titulado "Análisis del estudio de costes de la actividad concertada con el Hospital San Juan de Dios" en el que se analiza, entre otros aspectos, el coste de una prestación sanitaria concertada con dicho Hospital.

2-Consideramos que la comparación entre los costes que hemos estimado para los centros públicos del SNS-O y las tarifas concertadas se realiza con datos homogéneos.

Así en el caso de las resonancias magnéticas, hemos comparado el coste estimado en los centros públicos para las resonancias simples, con la tarifa de dicho tipo de prueba en la Clínica San Miguel, prueba que supone la mayor parte de las resonancias derivadas a la citada Clínica.

En el caso de la intervención quirúrgica de prótesis de rodilla, es cierto que el coste que hemos estimado es un coste estándar que no incluye las complicaciones de la intervención. Si bien las complicaciones suponen un mayor consumo de recursos, se presentan solamente en un cinco por ciento de las intervenciones realizadas, según indica la Clínica, y por tanto no las consideramos significativas a efectos de su inclusión en el coste estimado y no alterarían las conclusiones del informe.

3- Agradecemos el sistema de cálculo de costes que nos presenta la Clínica San Miguel, aunque no compartimos los procedimientos de cálculo

de costes ni de reparto de los mismos que nos proponen, dado que se sustentan en datos incompletos, no representativos ni ajustados a la realidad de la prestación sanitaria analizada.

4- No consta que las tarifas establecidas en la Resolución 882/2010, de 3 de mayo, para usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria gratuita del Servicio Navarro de Salud estén basadas en estudios de costes.

Al respecto, una de las recomendaciones de esta Cámara es que el SNS-O calcule el coste de las distintas prestaciones sanitarias.

CONTESTACIÓN A LAS ALEGACIONES DEL CENTRO DE DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO MEDICIS SL:

1-Nos afirmamos en la validez del análisis comparativo de los costes estimados en los centros públicos con las tarifas concertadas. Así, en el caso de la resonancia magnética se ha comparado el coste de la resonancia simple en los distintos centros del SNS-O con la tarifa que el Centro Médicis cobra por dicho tipo de prueba. En todos los casos, las tarifas de los centros privados que hemos considerado en el análisis incluyen el coste del informe.

2-Agradecemos las sugerencias del Centro Médicis acerca de los costes del SNS-O pero nos mantenemos en las conclusiones obtenidas sobre los costes estimados en los distintos centros sanitarios públicos.

3-En cuanto a la adjudicación de las resonancias por parte del SNS-O, indicamos que para la selección de empresas que serán parte del acuerdo marco se abre un procedimiento de licitación, de acuerdo con las normas del procedimiento abierto o del restringido, garantizando el cumplimiento de los principios de concurrencia y competencia que rigen la contratación administrativa.

Por último, manifestamos que nos reiteramos en las conclusiones de este informe y nuevamente expresamos nuestro agradecimiento a todos los profesionales del SNS-O por la colaboración prestada en la realización de este trabajo, así como nuestro reconocimiento a su dedicación, esfuerzo y alta profesionalidad con la que desarrollan su trabajo en pro de la sociedad navarra.

Pamplona, 20 de octubre de 2011

El Presidente: Helio Robleda Cabezas