DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura | Pamplona, 22 de noviembre de 2011 | NÚM. 4

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.ª AMELIA SALANUEVA MURGUIALDAY

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 22 DE NOVIEMBRE DE 2011

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos para informar sobre el análisis del estudio comparativo de la asistencia concertada con el Hospital San Juan de Dios.

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos para que exponga el informe sobre el análisis de los conciertos sanitarios en los ejercicios 2008 y 2009.

SUMARIO

Comienza la sesión a las 10 horas y 2 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos para informar sobre el análisis del estudio comparativo de la asistencia concertada con el Hospital San Juan de Dios (Pág. 2).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia interviene el señor Ramírez Erro (GP Bildu-Nafarroa) (Pág. 2).

Seguidamente toma la palabra el Presidente de la Cámara de Comptos, señor Robleda Cabezas (Pág. 3).

En el turno de intervenciones de los grupos parlamentarios toman la palabra los señores Ramírez Erro y Pérez Prados (GP Unión del Pueblo Navarro) y las señoras Chivite Navascués (GP Socialistas de Navarra), Fernández de Garaialde y Lazkano Sala (GP Nafarroa Bai) y De Simón Caballero (GP Izquierda-Ezkerra), a quienes responden el Presidente de la Cámara de Comptos y auditora de la Cámara de Comptos señora Moreno Orduña (Pág. 6).

Se suspende la sesión a las 11 horas y 10 minutos.

Se reanuda la sesión a las 11 horas y 19 minutos.

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos para que exponga el informe sobre el análisis de los conciertos sanitarios en los ejercicios 2008 y 2009 (Pág. 13).

Para exponer el asunto objeto de la comparecencia interviene el señor Ramírez Erro (Pág. 13).

Seguidamente toma la palabra el Presidente de la Cámara de Comptos, señor Robleda Cabezas (Pág. 13).

En el turno de intervenciones de los grupos parlamentarios toman la palabra los señores Ramírez Erro y Pérez Prados y las señoras Chivite Navascués, Fernández de Garaialde y Lazkano Sala y De Simón Caballero, a quienes responden el Presidente de la Cámara de Comptos y la auditora de la Cámara de Comptos señora Olaechea Estanga (Pág. 18).

Se levanta la sesión a las 12 horas y 32 minutos.

(COMIENZA LA SESIÓN A LAS 10 HORAS Y 2 MINUTOS.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos para informar sobre el Análisis del estudio comparativo de la asistencia concertada con el Hospital San Juan de Dios.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Buenos días, señorías. Vamos a dar comienzo a la Comisión de Salud prevista para el día de hoy con el orden del día que todos ustedes tienen. Nos acompaña el Presidente de la Cámara de Comptos de Navarra, don Helio Robleda, al que le acompañan las auditoras doña Karen Moreno y doña Asun Olaechea, puesto que han sido las responsables de los informes sobre los que se va a hablar esta mañana. También, por supuesto, nos acompañan el secretario general de la Cámara y el señor Erviti. Bienvenidos todos.*

Vamos a dar comienzo al primer punto del orden del día, que es la comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos para informar sobre el análisis del estudio comparativo del coste de asistencia concertada con el Hospital San Juan de Dios. La petición ha sido formulada por el Grupo Parlamentario Bildu. Señor Ramírez, tiene la palabra.

SR. RAMÍREZ ERRO: *Muchas gracias, señora Presidenta. Egun on guztioi. Buenos días a todos. Quiero dar la bienvenida al señor Presidente de la Cámara de Comptos y a su equipo y agradecer una vez más la oportunidad que vamos a tener todos los miembros de esta Comisión, y, siendo pública, también la ciudadanía de Navarra, de poder analizar y valorar algo que en estos momentos, para Bildu-Nafarroa, es absolutamente fundamental. Y decimos que es fundamental porque con las políticas económicas de UPN y PSN se están poniendo en tela de juicio los pilares del Estado del bienestar, los servicios públicos, y es realmente preocupante ver que en el proyecto de presupuestos, cuyo plazo de enmiendas finaliza dentro de escasamente un par de horas, hay una reducción de más del 11 por ciento en materia de salud respecto a lo ejecutado en 2010, es decir, se está debilitando deliberadamente la sanidad pública.*

A nuestro juicio, este informe deja bien claro que la externalización, la privatización y destinar recursos al ente privado no es algo que suponga un

ahorro para la Administración sino precisamente todo lo contrario, lastra la capacidad de tener recursos y destinarlos a otras vías. Por ello me va a permitir la Presidenta de esta Comisión que haga un breve resumen de la génesis de este informe, porque la Cámara de Comptos ya emitió un informe sobre la gestión del concierto con el Hospital San Juan de Dios a petición de Izquierda Unida allá por el año 2008. En ese informe la Cámara de Comptos constataba que no constaba estudio previo ni planificación de los recursos propios –los públicos– y ponía en duda la concertación con el citado centro. Por el contrario, la Consejera Kutz, en mayo de 2010, aseguró que sí había un estudio, que facilitó en junio de 2010, un estudio que, al parecer, se hizo deprisa y corriendo.

En aquel documento la comparación de costes elaborada por el departamento aportaba unos datos y unas conclusiones que generaban muchas dudas y por eso se pidió a la Cámara de Comptos que realizase un informe sobre dicho estudio, y este informe es el que en estos momentos vamos a analizar en esta Comisión.

De este informe tuvimos noticia a mediados de octubre, y nos parece, y lo tenemos que decir alto y claro, una auténtica bomba de relojería política porque deja completamente en evidencia al Departamento de Salud y a su anterior Consejera.

El informe constata que el Departamento de Salud emitió un informe chapuza, hecho a toda prisa, con datos falsos, falseados o que al menos no eran reales para justificar la concertación, contabilizando un ahorro de más de siete u ocho millones de euros en 2008 y en 2009, un ahorro que no es ahorro según lo podemos saber ahora, porque el informe en sus conclusiones subraya que el informe del Departamento de Salud no justifica la concertación de la asistencia sanitaria con el centro San Juan de Dios, es decir, no hay una justificación de un concierto que supone millones de euros a la sanidad pública. El informe constata que no se realiza un análisis riguroso de costes de los servicios y que las tarifas concertadas son muy superiores a lo que costarían esos servicios en la sanidad pública. Se constata también que el sistema navarro de salud no analiza previamente las necesidades reales ni las posibles alternativas.

El Departamento de Salud no ha presentado ninguna alegación, por tanto, entendemos que asume íntegramente las conclusiones del informe, y es que se nos ha mentido una vez más...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Señor Ramírez, le recuerdo que tiene que hacer una presentación breve; luego tendrá tiempo para posicionarse.*

SR. RAMÍREZ ERRO: *Señora Presidenta, creo que tengo diez minutos que todavía no he agotado.*

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Es para ayudar al debate.*

SR. RAMÍREZ ERRO: *De acuerdo, señora Presidenta. Termino en estos momentos diciendo que, efectivamente, se nos ha mentido una vez más y la labor de la Cámara de Comptos, como está constatado, es fundamental, por eso le agradecemos al señor Presidente toda la información que nos pueda transmitir y las respuestas a las preguntas que le hagamos, porque, insisto, estamos ante una bomba de relojería política. Muchas gracias.*

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias, señor Ramírez. Señor Robleda, tiene la palabra. Cuando quiera.*

SR. PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sr. Robleda Cabezas): *Con la venia de la Presidenta de la Comisión, buenos días, egun on. Aprovechando la presentación del señor Ramírez voy a ahorrarme algún previo e ir directamente a la petición que recibe la Cámara de Comptos en octubre de 2010, y que incorpora en su programa de auditoría del año 2011, de realizar un informe sobre el estudio comparativo que presentó el Servicio Navarro de Salud en mayo de 2010, en el que se llegaba a la conclusión de que si la asistencia hospitalaria con el San Juan de Dios se hubiera hecho con medios propios habría ocasionado un gasto suplementario de 7,45 millones de euros, superando, por lo tanto, en un 44 por ciento el importe abonado al citado hospital. Ese mismo estudio pone de manifiesto en sus conclusiones que en 2009 tales cifras hubieran supuesto un 8,02 de gasto superior y un 43 por ciento más del importe abonado.*

Sobre estas conclusiones, la Cámara de Comptos ha presentado el informe que hoy les venimos a exponer en el cual hemos recogido el encargo de ese informe recibido de la petición parlamentaria. En primer lugar, quiero señalar que el centro concertado recibe del Servicio Navarro de Salud el 97 por ciento de sus usuarios y que la actividad hospitalaria que se realiza a través de ese concierto es una asistencia hospitalaria, por un lado, y una asistencia ambulatoria por el otro. Esta colaboración público-privada tiene una particularidad frente a lo que es la generalidad de los conciertos, y es que la asistencia ambulatoria se hace con el personal médico propio del Servicio Navarro de Salud, por lo tanto, con esta concertación se pretende, de alguna manera, aprovechar más la estructura de personal de la red pública, y eso no es lo normal o lo corriente en otros tipos de conciertos.

El informe como tal recoge el encargo del Parlamento en los siguientes aspectos: revisar la metodología del estudio comparativo, analizar si

la metodología utilizada por el Servicio Navarro de Salud, por la consejería, ha sido la adecuada, revisar los cálculos obtenidos, determinar si el estudio evidencia las necesidades reales y la posibilidad de prestar la asistencia sanitaria justificando así la concertación y realizar una propuesta de metodología de costes y aplicarla a un proceso quirúrgico concreto. Esto, evidentemente, viene de la mano de la necesidad de complementar la petición parlamentaria, de tal manera que se pusiera de manifiesto el contraste de metodologías: la aplicada y la que propone la Cámara de Comptos, fundamentada en los sistemas de costes que se están aplicando en el ámbito de la sanidad; de la sanidad pública, evidentemente.

Las limitaciones que nos hemos encontrado, en primer lugar, para contrastar la metodología aplicada y verificar las cifras de ahorro que se manifestaban en el estudio, han sido las siguientes. Existe una serie de costes estructurales, de cargas indirectas, de gasto, en las que es muy difícil entrar en un análisis exacto para calcular los costes, como son los servicios de los hospitales generales, el porcentaje de actividad que esos servicios generales dedican en concreto a las diferentes prestaciones, y ello ha sido una limitación que hemos tenido en cuenta. No es posible concretar exactamente el cálculo de los costes sin imputar de forma objetiva estas cargas estructurales, pero, en cualquier caso, es una forma de aproximarlo a la realidad. Por otro lado, en la aplicación práctica de la metodología que se ha propuesto no se han calculado de forma exhaustiva los costes no relacionados directamente con el proceso evaluado. Evidentemente, los resultados tienen estas dos limitaciones.

En cuanto a la revisión que se ha realizado de la metodología aplicada, en primer lugar, esa metodología se emplea de la misma manera en la red pública de los hospitales como en el caso del Hospital San Juan de Dios, y, evidentemente, se aplican de forma errónea los pesos de esa metodología, que es una metodología basada en los GRD, en los grupos relacionados con el diagnóstico, que son metodologías de costes indiciarias, es decir, no reflejan la realidad de los consumos obtenidos o requeridos en las prestaciones sanitarias de la red pública de Navarra, sino que son sistemas que calculan de forma genérica y utilizando determinadas ponderaciones los costes asignados a estas prestaciones.

Se ha utilizado de la misma manera cuando realmente debe tenerse en cuenta que la aplicación correcta de esa metodología debería haberse hecho, en el caso del Hospital San Juan de Dios, utilizando como referente no los GRD, por dos motivos que ahora voy a exponer, sino las tarifas. Esto hubiera permitido en ese estudio que ha realizado la consejería acercarse mucho más a una realidad sobre las cifras de ahorro estimadas, porque, evidentemente, la prestación, el concierto, lo que contempla es un coste de la prestación enfrentado a la tarifa, no a unos GRD, porque, además, en ese estudio comparativo, un error que evidentemente distorsiona las cifras obtenidas es que parte de la asistencia concertada no es hospitalaria sino ambulatoria. Por definición, la metodología de los GRD no puede aplicarse a prestaciones sanitarias ambulatorias, porque es un sistema de coste exclusivamente utilizado o aplicado para una cierta aproximación bastante genérica y muy difícil de poder tomar decisiones con ella, evidentemente, y todavía se agrava más la distorsión de las cifras obtenidas si utilizamos un sistema de costes que no está diseñado para ser aplicado a la asistencia ambulatoria. En concreto, como pueden ver, la cifra que recogemos en el estudio es que el 42 por ciento del gasto dedicado al concierto está destinado a asistencia ambulatoria, por lo tanto, la cifra evaluada, evidentemente, recoge, cómo no, el impacto de ese error de justificar los recursos consumidos con un sistema de costes que no contempla esa forma de asignación de recursos.

Naturalmente, la Cámara de Comptos ha hecho un esfuerzo en intentar, de alguna manera, buscar la validez de las cifras del estudio comparativo intentando mantener ese mismo sistema, el de los GRD, pero corrigiendo los errores que podrían mitigar las distorsiones que acabo de comentar. Siguiendo la línea, y, por lo tanto, la metodología de los GRD, se ha comprobado que no es posible afirmar, ni incluso corrigiendo gastos presupuestarios mal asignados en el estudio, ni corrigiendo el efecto de la asistencia ambulatoria frente a la hospitalaria, que esta inversión de las cifras atienda a la realidad, aunque sí habría afectado a los resultados obtenidos. Dicho de otra manera, aunque esa metodología no es la adecuada para hacer ni calcular costes en la sanidad pública, aun corrigiéndola, esa realidad no quedaría puesta de manifiesto, puesto que el sistema de costes es un sistema, como comentaba antes, muy genérico.

En este sentido, hemos avanzado en el estudio intentando, con el mismo sistema de costes, ver si era posible justificar esas cifras. Por lo tanto, la conclusión es que esas cifras no son válidas, aun corrigiendo, con una metodología no adecuada. De alguna forma, esta es una de las conclusiones a las que hemos llegado.

Respecto a la justificación del concierto con el Hospital San Juan de Dios, aunque el estudio comparativo que presenta el Servicio Navarro de Salud no justifica la concertación con el hospital, esto no implica que la concertación con el citado hospital no haya sido oportuna en los últimos años. Es cierto que ese estudio no hace referencia a la oportuni-

dad de la concertación, pero, sin duda ninguna, eso no implica que no sea oportuna.

Sin embargo, el estudio presentado muestra unas cifras de ahorro que no deben llevar a extraer conclusiones erróneas acerca de los costes de las prestaciones en la sanidad pública. Esto nos parece importante porque si el sistema utilizado en este estudio presenta las distorsiones que hemos comentado, entre ellas, por ejemplo, aparte de la asignación no correcta del gasto presupuestario a nivel de la concertación entre lo que es asistencia hospitalaria y ambulatoria, también hay otro error de bulto, pues quizás debido a la premura de presentar ese estudio se tomaron los llamados pesos americanos, unas ponderaciones que el Ministerio de Sanidad ya ha intentado a lo largo de mucho tiempo, aunque prácticamente se han abandonado. Como herramienta de gestión no se aplica en ningún sitio, y el Ministerio de Sanidad ya hace diez años reconoció que este sistema no era el único sistema de gestión de costes, que no era un sistema que permitiera ver la realidad de cada hospital, por eso paulatinamente ha sido abandonado y prácticamente, cuando en el ámbito hospitalario, en el ámbito de la sanidad pública se pretenden implantar herramientas de gestión que, de alguna manera, sirvan, sean útiles para tomar decisiones, evidentemente, los hospitales no los aplican. Por lo tanto, es un estudio estadístico, de mera utilización global, en el que su aplicabilidad, como pueden ver, ha decaído mucho en ese sentido.

Decía que queríamos llamar también la atención porque aunque en este caso la aplicación del sistema GRD al concierto con el Hospital San Juan de Dios tiene todas las debilidades que acabamos de comentar, aun así y todo tampoco es válido el cálculo de los costes de las prestaciones en el ámbito de la sanidad pública siguiendo utilizando ni incluso con los pesos que el ministerio asigna a través de datos que solicita a los hospitales con carácter muy general. Sí que es una tendencia, sí que es una estadística, pero, evidentemente, no es un análisis de costes.

Lo que la Cámara ha pretendido, de alguna manera, es que con base en los resultados obtenidos, en los que no se puede dar por válidas las cifras de ahorro del estudio comparativo, sino que posiblemente, aunque, como comentaba antes, no se puede tener una cifra real cuantificada exactamente del ahorro o desahorro, sí que es cierto que las correcciones introducidas en el sistema de costes por los errores cometidos dejan ver claramente que esas cifras no son válidas porque no están demostrando, ni tan siquiera con la corrección de esos errores, que eso sea así, y, por supuesto, no es la realidad, porque no estamos utilizando un sistema de costes que refleje realmente los recursos consumidos.

En ese sentido, la propuesta de metodología que ha hecho la Cámara de Comptos es la que es de aplicación general, la que se viene aplicando en muchas comunidades autónomas. Está en la línea de las normas que dicta la Intervención General de la Administración del Estado acerca del cálculo, mejor dicho, de la metodología de cálculo que debe utilizarse para calcular el coste de las actividades y de los indicadores en el sector público, y, por lo tanto, en esa línea, la metodología de coste por proceso es una metodología analítica, robusta y que permite, de alguna manera, entrar en el análisis de los recursos consumidos. Hemos utilizado esta metodología, como así lo recoge su aplicabilidad, con la colaboración imprescindible de los facultativos, es decir, esta metodología, que tiene un diseño de implantación costoso, porque, evidentemente, es analítica, exige esa colaboración, ya que los facultativos y el personal del Servicio Navarro de Salud son, efectivamente, los conocedores de los itinerarios de consumos de recursos que lleva cada proceso en cada una de las intervenciones, pero tiene la ventaja de ser una metodología objetiva. Esa es la propuesta que hemos hecho.

En cuanto a conclusiones, aunque ya he adelantado alguna de ellas, como pueden ver, las primeras tres conclusiones son las que acabo de mencionar ahora mismo. Los errores detectados ponen de manifiesto la debilidad del estudio, aun con todo, siguiendo con la misma metodología esas cifras no serían válidas y, por supuesto, la incorporación de las correcciones detectadas, aumentando, evidentemente, los conceptos de gastos no recogidos, llevan a las conclusiones de que, evidentemente, las cifras tendrían que ser diferentes.

Todo lo anterior implica que el estudio comparativo de costes presentado no evidencia sus necesidades reales ni la imposibilidad de prestar la asistencia sanitaria y, por lo tanto, no justifica la concertación. Creemos que a lo que se debe ir, y con urgencia, dado que estamos hablando de un componente de gasto muy relevante, es a intentar, de alguna manera, entrar en la gestión de los recursos y ya no solo, evidentemente, porque la premura es la que es, en la contención, que, lógicamente, esos esfuerzos se están dando, sino que, de alguna manera, debemos utilizar herramientas que permitan llegar a conclusiones o a resultados que evidencien la realidad de la gestión que estamos realizando. Esta sería, para nosotros, la conclusión final, avanzar, en la medida de lo posible y con la urgencia que pudiera ser necesaria, en la aplicación de herramientas que, efectivamente, nos permitan obtener datos mucho más cercanos a la realidad de la gestión de la sanidad.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Muchas gracias, señor Presidente de la Cámara de Comptos. Señor Ramírez, tiene la palabra.*

SR. RAMÍREZ ERRO: *Muchas gracias, señora Presidenta. Agradecemos al Presidente la información dada y a su equipo el informe realizado, porque creemos que es un informe absolutamente claro, un informe muy significativo y un informe que rompe de parte a parte los argumentos con los que UPN ha justificado la derivación de recursos públicos al sector privado en materia sanitaria. Lo rompe de parte a parte e, insisto, a juicio de este grupo parlamentario, estamos ante un escándalo político de graves dimensiones. El Gobierno de Navarra, el Departamento de Salud, anuncia un ahorro de siete u ocho millones de euros por externalizar y concertar servicios con el Hospital San Juan de Dios y resulta que ese informe es falso, que la metodología utilizada no es de ningún modo aceptable y que literalmente, tal y como dice el informe de la Cámara de Comptos, las cifras de ahorro obtenidas en el informe de la señora Kutz no son válidas.*

Se ha comprobado que el ahorro se reduce significativamente, acercándose a un equilibrio, e incluso se podría generar desahorro. Es decir, puede ser que con datos reales, con un estudio bien hecho, se constate que es más caro para la ciudadanía de Navarra la concertación privada en materia sanitaria que dar esos mismos servicios a través de la red pública. Y es que se nos ha intentado vender un fraude como una necesidad y un beneficio para la sanidad pública, pero se constata que no es así. Se estima que las tarifas que se abonan al Hospital San Juan de Dios por los diferentes servicios son mucho más costosas de lo que lo serían en la red pública. Y aunque en ese informe se reconocen las limitaciones de los cálculos realizados, también se dice que los datos serían muy aproximados, con un bajo margen de error.

Es muy importante la recomendación que se hace al departamento de crear un grupo de trabajo para implementar un sistema de contabilidad analítica, porque yo creo que a la ciudadanía le va a sorprender constatar que la ingente cantidad de dinero que iba destinada a la sanidad privada no tenía una justificación ni estaba avalada por ningún tipo de estudio que dijese que eso podía ser beneficioso para el conjunto de la sociedad en materia de costes. No hay ningún tipo de estudio serio.

Y creemos que es un escándalo que el sistema navarro de salud no disponga de datos rigurosos de los costes de sus propios servicios y aplique un método de agrupación de pacientes objetivamente erróneo y, lo más grave, que el 42 por ciento del gasto del concierto, toda la actividad ambulatoria no ha sido evaluada por el informe del departamento y que el ahorro de más de siete y ocho millones de euros en los años 2008 y 2009, que decía la señora Consejera de Unión del Pueblo Navarro, la señora Kutz, era falso.

Y no es casualidad que el 97 por ciento de los pacientes del Hospital San Juan de Dios procedan del sistema navarro de salud, por tanto, el hospital sería inviable sin concierto. En esta época de recortes llama la atención que ni tan siquiera se negocie o se mire si los precios que se abonan a dicho hospital privado se ajustan a la actual situación, y en esta época de elaboración presupuestaria es mayor aún la responsabilidad que tenemos los que creemos en una sanidad pública de calidad. Voy a dar un dato. Si observamos la evolución de la consignación presupuestaria del Hospital San Juan de Dios durante la última década vemos que se ha incrementado paulatinamente desde los 8,1 millones del año 2001 hasta los 19,7 millones en 2011. Entre los ajustes anunciados el 28 de septiembre la Consejera expuso que dentro de las medidas efectivas a partir de 2012 se revisarían los conciertos o servicios que pueden ser asumidos por el sistema navarro de salud, pero en estos momentos, en el anteproyecto para 2012, ya estamos viendo la voluntad política de este Gobierno, pues sigue concertando y haciéndolo casi con las mismas consignaciones presupuestarias que en el año 2011. En el caso concreto del Hospital San Juan de Dios la supuesta revisión en el anteproyecto de presupuestos suponía una partida de 18,6 millones de euros; 8 millones en 2001 y 18,6 millones en el actual proyecto de presupuestos del Gobierno de UPN y PSN.

Conclusión, y termino, señora Presidenta, el Departamento de Salud no ha tomado nota de sus conclusiones, de las conclusiones de la Cámara de Comptos, de momento al menos. Hasta ahora no ha habido voluntad política para realizar un análisis exhaustivo de las necesidades reales de concertación, sino que se ha justificado lo injustificable, mintiendo a la ciudadanía. Las conclusiones que el departamento expuso están, por lo tanto, completamente manipuladas, y esto hay que reseñarlo cuando, además, en el proyecto de presupuestos de UPN-PSN, que, insisto, en estos momentos se termina el plazo de enmiendas, el Departamento de Salud se ha reducido en un 5,9 por ciento y con respecto a lo aprobado y ejecutado en el año 2010 un 11,72 por ciento. Estos son datos reales, no los que nos quieren vender.

Por lo tanto, nosotros agradecemos una vez más a la Cámara de Comptos porque es indispensable sacar a la luz datos reales y realizar interpretaciones y recomendaciones acordes con ellos, más allá de intereses partidistas, y en este informe es doblemente evidente el fraude, la no justificación del concierto con el Hospital San Juan de Dios, al menos en los términos estipulados, y lo más grave,

la intención del departamento de ocultar datos y falsear la realidad. Y si no ha habido mala intención, desde luego, ha sido una gestión absolutamente pésima o reprobable, y puede que ambas cosas a la vez. Muchas gracias, señora Presidenta.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias, señor Ramírez. ¿Portavoces que deseen intervenir? Señor Pérez Prados.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias. Quería sumarme a la bienvenida tanto al Presidente de la Cámara de Comptos como a quienes le acompañan en esta comparecencia. Dicho esto, y agradeciendo también toda la información y el informe que nos han enviado, quería compartir algunas reflexiones y cuestiones que nos ha sugerido la lectura de este informe.*

En cuanto al método utilizado, el de grupos relacionados con diagnóstico, en la página 8 del informe de la Cámara de Comptos se afirma o se dice que la ventaja fundamental de este sistema es la rapidez y sencillez con la que se obtienen los costos por paciente tras repartir los costes entre los centros. Por este motivo, muchos hospitales adoptaron este sistema como sistema de clasificación de pacientes y cálculo de costes de los mismos, es decir, entiendo que es un sistema que ha sido utilizado de manera internacional por muchos de los hospitales para hacer este círculo de costes.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Un momento, señor Pérez Prados. Les ruego un poco de silencio porque, si no, es difícil seguir la Comisión.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Frente a este método, la Cámara utiliza en su informe otro método que consiste básicamente o definitivamente en reducir en un 35 por ciento coma y algo hasta un 65 más o menos los costos que se calculan con ese método, con el método de los grupos relacionados por diagnóstico. Estos son los cálculos y los reduce en un 34,65, lo multiplica por un peso, que es el 65,35, creo, y calcula los mismos costos. Este nuevo método que utiliza la Cámara de Comptos para corregir esos datos se basa en un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad en España en el año 97 utilizando datos de dieciocho hospitales del año 96. Dieciocho hospitales de los que en el informe no se dice nada, porque una crítica al método de los grupos relacionados con el diagnóstico, los GRD, es que los hospitales en los que se utilizaron estos métodos eran el Hospital Virgen del Camino, con quinientas camas, el Reina Sofía, con ciento ochenta, otro con noventa y cinco, es decir, que tienen distintas camas, distintas funciones, son hospitales de distintos tamaños, etcétera, pero, claro, de estos no sabemos absolutamente nada. Entonces, ¿qué fiabilidad tiene este método de cálculo frente al otro que ya está contrastado de manera internacional?, es decir, este ¿qué contraste tiene?, ¿en qué congreso nacional o internacional, si ha habido alguno, se ha contrastado, se ha podido criticar o no se ha podido criticar este método que utiliza la Cámara de Comptos para corregir esos datos del informe del sistema navarro de salud?*

Añadido a esto, en la liquidación presupuestaria se hacen algunas correcciones de errores que comete el sistema navarro de salud, corrigiendo de 464 a 463 los millones correspondientes a programas de hospitalización, y también se vuelve a hacer otra corrección en la página 15. Bueno, este es un error que se corrige por la Cámara de Comptos pero que representa un 0,22 por ciento, un error muy pequeño. Todos cometemos errores, la Cámara de Comptos también. En la página 23, en una de las conclusiones, en la 5, hacia la mitad, afirma que en el año 2009 solo se evaluó el 58 por ciento, dejando el 42 por ciento restante sin analizar, y en el año 2008 el 64, dejando el 38; la suma no es cien, la suma es 102, con lo cual ahí hay un error de un 2 por ciento.

Se va corrigiendo y se rebajan los 536 millones, aplicándose 0,65 a 325 y se añade que estos 325 que quedan habría que rebajarlos aún más. Eso se afirma en la página 12, en la que dice que habría que rebajarlos todavía más, porque, entre otras cosas, desde el año 96 se ha pasado de 1.600 camas a 1.300, es decir, un 15 por ciento menos de camas, y, por tanto, sería menos. Bueno, son afirmaciones que convendría fundamentarlas más, porque el hecho de que haya menos camas no quiere decir que el coste sea menor, depende de cuánto valga cada cama. Recuerden en los años 60 y 70 en el Hospital de Navarra había habitaciones con cincuenta o cien camas, y eran unas camas de aquellos años, de veinte años para acá las camas son articuladas, en una habitación hay una o dos camas como mucho, tienen colchones programables, que se van hinchando para que no se llaguen los pacientes. O sea, el costo de una cama es mucho mayor ahora que hace veinte años y mucho más que hace cuarenta años, por tanto, este tipo de afirmaciones, en un informe serio de la Cámara de Comptos, si no se fundamentan, quizás no habría que ponerlas, es decir, que haya menos camas no quiere decir que sea más barato porque depende del costo de cada una de ellas. En la página 13 hay bastantes aspectos de estos.

En cuanto a los costes del hospital, otro aspecto que quería compartir es que dice que se destinaron 11 millones al concierto en la parte hospitalaria en vez de los 16,98 que habían considerado. Hay un error porque el sistema navarro de salud dice que destina 17 millones cuando en realidad son 11 millones. Esta corrección, en mi opinión, parece favorecer la conclusión de ahorro del sistema

navarro de salud en la concertación con el Hospital San Juan de Dios frente a los 2.600 pacientes en vez de los 8.200 pacientes que la Cámara de Comptos considera de asistencia hospitalaria y que perjudica dicho ahorro. Pero se resalta mucho más esta segunda parte, sobre todo en la prensa, y se obvia la primera intentando resaltar que no hay tanto ahorro como el que se produce.

También quiero comentar un poco las tres últimas líneas de la página 15, aunque no sé si merece la pena: "... no se puede afirmar que esta inversión de la cifra atienda a la realidad ...". Son afirmaciones que se hacen, en el sentido que decía antes, sin mucho fundamento.

Y luego, si relacionamos la conclusión 4, que yo creo que ya se ha referido, con el fundamento de la conclusión 4, a ver si lo encuentro, dice que estas cifras reducirían significativamente el ahorro, pudiendo generar incluso desahorro. Eso viene de la página 15, donde se dice: "se ha comprobado que el ahorro se reduce significativamente acercándose a un equilibrio e incluso se podría generar desahorro." Son todo condicionales. Claro, lo de que se acerca al equilibrio se elimina luego en la conclusión, no sé por qué, y se deja solamente: "que se reduce, pudiendo generar incluso desahorro". O sea, se hace un poquitín más fuerte la conclusión que el estudio, que era un poquitín más suave, se tiende un poco a...

Había otra que me ha llamado también la atención...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Señor Pérez Prados, para su organización, le quedan un par de minutos.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Gracias. A ver si encuentro esto. Es la conclusión segunda. En la página 21, después de la a), dice que se ha estimado que al menos el 34,65 se dedica a la atención ambulatoria. Sin embargo, en la página 11, se afirma que el resultado obtenido fue que en término medio un 34,65 del gasto presupuestario del hospital se dedica a pacientes que no ingresan. En término medio quiere decir que hay unos por encima y otros por debajo, es la media, pero luego en la conclusión esto se cambia otra vez y se dice que al menos el 34,65, que quiere decir que como mínimo eso, por lo tanto, la media estará en el 50... O sea, no es la conclusión que sale del estudio realizado.*

Para acabar, hay una limitaciones que ya se han resaltado, importantísimas me parece a mí, que están al principio, en la página 6, en los últimos párrafos. Son unas limitaciones tan importantes, en mi opinión, que podrían igual hacer dudar de si merecía la pena seguir con el estudio o no en este trabajo, o, si se realiza, hay que tener mucho cuidado con las conclusiones obtenidas porque, con estas limitaciones, tiene la fiabilidad que tiene. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Muchas gracias, señor Pérez Prados. Señora Chivite.*

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: *Gracias, señora Presidenta. Buenos días, señorías. En primer lugar, quiero agradecer las explicaciones que nos ha trasladado el señor Robleda. Bueno, yo creo que se pone de nuevo en evidencia las deficiencias de gestión que tuvo el anterior Departamento de Salud. El estudio que hizo la consejería fue bastante chapucero, y es que cuando quieres obtener una conclusión determinada haces un estudio determinado. Yo creo que desde la consejería se tuvo claro cuál era la conclusión que querían tener, que era la de que se ahorraba dinero, y entonces adaptaron las cuentas a la conclusión, y no al revés. Yo creo que eso es lo que se hizo con el estudio que nos presentó el Servicio Navarro de Salud.*

Es cierto que falta la justificación de la necesidad de concertar, pero, desde luego, nosotros no dudamos de la labor que ha hecho el Hospital San Juan de Dios. Sabemos que es un centro fundamental para el buen funcionamiento del Servicio Navarro de Salud, aunque es cierto, vuelvo a recalcar, que es necesario justificar la necesidad de concertar. Yo creo que el Servicio Navarro de Salud necesita al Hospital San Juan de Dios para poder funcionar. Ha venido trabajando con él desde el inicio de las competencias sanitarias, incluso desde antes, pero yo tengo que decir que el estudio que planteó la Consejera fue chapucero, que coincido totalmente con las recomendaciones que hace la Cámara de Comptos y que creo que la conclusión más importante a la que tenemos que llegar todos es que hay que mejorar la eficiencia de los recursos públicos. Estamos en un momento en el que hay que aprovechar al máximo los recursos de los que disponemos, ya lo ha dicho también el señor Robleda, hay que mejorar la gestión de los recursos públicos y, desde luego, hay que cumplir con un criterio que marca la Ley Foral de Salud, que es el criterio de subsidiariedad y complementariedad a la hora de concertar otros recursos que no sean los recursos públicos. Con lo cual yo espero que estas recomendaciones sean tomadas en cuenta por la consejería de Salud y que las aplique, porque ya es hora de poner un poco de orden en el tema de los conciertos, porque esto no viene de ahora. La legislatura pasada ya pedimos a la señora Consejera –se aprobaron varias iniciativas en ese sentido– que había que aclarar las justificaciones, que había que poner unas tarifas en orden, etcétera, y espero que no sea solamente por los momentos económicos que nos está tocando vivir, sino que yo creo que es responsabilidad de la consejería poner orden en todas estas cosas. Con lo cual yo suscribo

las recomendaciones y le haremos llegar a la Consejera que las tome como propias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias, señora Chivite. Señora Fernández de Garaialde.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días a todos y a todas. Egun on. En principio, quiero dar la bienvenida al señor Robleda y al equipo que le acompaña y, desde luego, darle las gracias por el informe que han hecho, que, desde luego, a mí me parece totalmente claro. Se puede buscar y rebuscar en la coma, en el punto, en la i, donde se quiera rebuscar, pero a mí me parece totalmente claro.*

Voy a empezar comentando una de las cosas que leí y que usted hoy ha comentado, y es que aunque el estudio de costes presentado por el sistema navarro de salud no justifica la concertación con el Hospital San Juan de Dios esto no implica que la concertación con el citado hospital no haya sido oportuna en los últimos años. Yo en eso sí que quiero hacer una matización, y es que las personas que van derivadas al Hospital San Juan de Dios son personas en tratamiento de media-larga estancia y crónicos, incluso paliativos, que es lo que no se da en el servicio público a día de hoy, porque los hospitales son de agudos, y esas son las personas que se derivan ahí. Otra cosa es que habría que hacer un estudio sobre cómo se derivan y otros muchos análisis e incluso una propia política de tratamiento de crónicos que no tenemos en esta Comunidad. Esa sería realmente otra de las propuestas que habría que hacer para gestionar con mayor eficacia y eficiencia el sistema sanitario público.

Dicho esto, voy a entrar en el tema. No voy a referir una historia muy larga, pero sí diré que en febrero, cuando ustedes presentaron aquí el informe anterior que fue hecho a petición de Izquierda Unida, dijeron que no existía ningún estudio previo ni planificación de los recursos públicos para la justificación de esta concertación. En mayo de 2010 vino aquí la señora Consejera en aquellos momentos, la señor Kutz, y dijo, con todo el desparpajo que solía tener aquí, que no sabía de qué estábamos hablando, que existía un informe que justificaba la concertación. Entonces, se le pidió el informe. Y se le pidió el informe sabiendo que no existía. Lo que pasa es que vivimos en una comunidad muy pequeña, y cuando a nosotros se nos dio ese informe sabíamos que quien lo había hecho a posteriori se estaba jactando del gol que nos habían metido, y que tenga o haya tenido problemas en otras comunidades es una cosa, pero que se jacte de cómo nos la había metido es otra cosa bien distinta. Por eso intentamos analizar el informe por nuestro medios, y la verdad es que era algo totalmente imposible. No conseguíamos analizarlo, ni siquiera saber si con esos datos que daba se justificaba el ahorro económico. Por eso es por lo que pedimos a la Cámara de Comptos que lo analizara. Y, sinceramente, vuelvo a insistir, gracias por el trabajo realizado, gracias por haber hecho este informe tan claro y conciso.

No me voy a extender mucho más porque, desde luego, ya se ha hablado de muchas cosas y los portavoces que han hablado delante de mí ya han resumido el informe, pero, respecto a las conclusiones, quiero decir que la metodología utilizada en el estudio comparativo de coste de la asistencia hospitalaria del sistema navarro de salud en el Hospital San Juan de Dios no fue la adecuada. Se han detectado errores en los cálculos; entre otras cosas, se han considerado 8.200 pacientes ingresados cuando tan solo fueron 2.600. Y esto no es cuestión de rapidez a la hora de hacer el informe, es otro tipo de cosas.

Me preocupa y me preocupó cuando recibí el informe la falta de respeto que por lo menos en aquellos momentos tuvieron la anterior Consejera y el departamento al trabajo parlamentario, la manipulación que hicieron con este informe. Y, además, este informe no se hace para sacar conclusiones y justificar una actitud, sino para justificar una decisión tomada de antemano, con lo cual esto es totalmente..., casi iba decir denunciable o no sé qué otra palabra se podía utilizar, pero es que a mí se me plantea otra duda, y por eso hemos pedido otro informe a Comptos para que analice el tema, porque también se tomó la decisión de privatizar unas cocinas porque salía tres millones de euros más barato y después se va a hacer un informe, con lo cual volvemos a la misma historia. Se nos generan las dudas de cómo trabaja el departamento, el anterior, el actual todavía no lo hemos visto, pero por eso hemos pedido también un informe para que nos analicen si con ese informe se justifica que se puedan privatizar unas cocinas.

No tengo mucho más que añadir, salvo decir que podemos discutir los distintos modelos que los distintos grupos parlamentarios defendemos: uno es la sanidad pública, otro es la sanidad privada, otro es la sanidad concertada, pero con la verdad. Porque sobre la mentira, la manipulación y el oscurantismo lo único que nos queda es hacer una denuncia pública e intentar hacer ver a la sociedad que nos están manipulando tanto a nosotros como a la propia sociedad, porque así lo ha reflejado este informe. Insisto, aquí se dijo que el informe estaba hecho y se hizo a posteriori, justificando lo que se dijo aquí, que era el ahorro con la concertación, pero se hizo a posteriori.

Y hay otra matización que quiero hacer sobre algo que dice el informe que creo que también es importante. "Así, si bien la escasez de quirófanos disponibles y la necesidad de camas podían justifi-

car en algunos casos la derivación al Hospital San Juan de Dios, las remodelaciones actuales del pabellón C del Hospital de Navarra, del bloque quirúrgico del Hospital Virgen del Camino o de la Clínica Ubarmin, que han supuesto un aumento de quirófanos, se han llevado a cabo sin que conste la existencia de un estudio previo sobre la posible asunción de la actividad derivada habitualmente al Hospital San Juan de Dios." Es decir, no se trata solo de las derivaciones, es que las obras no tienen un análisis de coste, no tienen un análisis de qué es lo que se va a hacer. Tenemos el centro de investigación biomédica, y no saben todavía cómo se va a gestionar, no digo quién, no saben con qué presupuesto va a contar o por lo menos no nos lo dicen. Saben que van a privatizar las cocinas, no saben si todavía las van a poner en las cocinas ya existentes o van a hacer un nuevo edificio, pero a partir de enero supuestamente van a hacer el pliego. En fin, esto sigue siendo el mismo desastre que era anteriormente, pero espero que por lo menos las formas hacia este Parlamento y hacia la ciudadanía cambien y lo que nos presenten sean informes reales y hechos en tiempo, y no para justificar sus políticas y de esa manera faltar el respeto a este Parlamento. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias, señora Fernández de Garaialde. Señora De Simón.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señora Presidenta. Egun on, buenos días, señores y señoras. Muchas gracias, señor Robleda y personas que le acompañan, por el informe y por la presentación del mismo que han hecho, que a mí, francamente, me ha parecido muy clarificadora. Desde luego, la conclusión primordial que a mí me parece que se puede extraer del informe que usted ha presentado es que el estudio que hizo el Departamento de Salud sobre los costes de la actividad concertada con el Hospital San Juan de Dios no nos permite sacar ninguna conclusión sobre si hay ahorro o no lo hay. Respecto a la pertinencia del concierto con este hospital, hay que decir que esto no es lo que aquí se discute, yo creo que todos y todas entendemos que es necesaria, pero es necesaria porque el Servicio Navarro de Salud no ofrece una atención a los enfermos que ofrece el Hospital San Juan de Dios.*

A mí me ha llamado mucho la atención la referencia que ha hecho usted a la debilidad del estudio, las limitaciones para verificar las cifras de ahorro y las limitaciones metodológicas. He creído entender que había un 42 por ciento, relativo a la parte ambulatoria, que la lleva a cabo el Servicio Navarro de Salud, por lo tanto, eso ya es un sesgo, desde mi punto de vista, si no he entendido mal, muy importante.

Decía usted que ni siquiera corrigiéndola la metodología es la más adecuada y al respecto el señor Pérez Prados decía que el que se había empleado era un sistema muy rápido, pero, bueno, ¿qué más nos da que sea rápido si la evidencia es que no ha servido para sacar conclusiones? Yo creo que es evidente que vale más que el estudio sea más costoso si las conclusiones van a servir.

Y, señor Pérez Prados, respecto a si hay menos camas y son de más calidad, en fin, si hay menos camas, caben menos pacientes y no será cuestión de meter a dos pacientes en una misma cama, entiendo yo.

Concluyendo, el informe no justifica la concertación, ya que las cifras de ahorro no se pueden dar por válidas, por lo tanto, yo propongo que el Servicio Navarro de Salud haga un nuevo estudio con los criterios que ha propuesto el señor Robleda, una metodología de cálculo por proceso, que parece que es más fiable, porque la que se ha utilizado aquí usted mismo ha dicho que no la utiliza ni siquiera el Ministerio de Sanidad, y cuyos resultados evidencien la realidad. En todo caso, también entiendo que debería haber una gestión pública en lo que es la gestión del Hospital San Juan de Dios porque yo creo que eso facilitaría mucho el análisis de gastos. Por otro lado, creo que alguien ha de asumir las responsabilidades o las consecuencias de este estudio que parece que no sirve prácticamente para nada, porque en esta Comunidad pasan cosas. Creo que aquí se ha puesto en evidencia que ha habido un estudio que ha supuesto un coste y un trabajo determinado y que no sirve, y yo creo que alguien debería asumir las consecuencias. Nada más. Muchas gracias otra vez, señor Robleda y personas que le acompañan, por sus explicaciones.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias, señora De Simón. Señores de la Cámara de Comptos, cuando quieran y de la manera que ustedes se organicen.*

SR. PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sr. Robleda Cabezas): *Muy bien, muchas gracias. Iré directamente a contestar al señor Pérez Prados, porque creo que en las intervenciones anteriores no se me ha hecho ninguna pregunta concreta. Si no es así, pido disculpas y retomaré otra vez las intervenciones.*

Efectivamente, usted ha tocado un tema importantísimo. Creo que es evidente que el enfoque de metodología es distinto, después le diré a la autora del trabajo, la auditora Karen Moreno, que además es su primera comparecencia en este Parlamento, que, de alguna manera, entre en algunos detalles que usted ha comentado y que, efectivamente, tienen una importancia en el análisis, pero voy a hacer la introducción de las explicaciones que usted

nos pide resaltando dos aspectos fundamentales. Cuando la consejería hace ese estudio, toma unas referencias en un método indiciario, de cálculo de costes, que es un mero reparto de unos gastos presupuestarios en los cuales, con base en unas ponderaciones de unos análisis, de unos estudios que se realizaron primero a nivel internacional, como usted comentaba, en los años sesenta, en Estados Unidos, donde se hace un muestreo, y con esas ponderaciones, llamadas pesos de los GRD, se traslada al resto de los países, de tal forma que ante la ausencia absoluta de cualquier cálculo aproximativo general y global de los costes se utilizan esas ponderaciones porque plantean una experiencia de una estructura hospitalaria que en principio inmediatamente se ve que no puede trasladarse al ámbito de la sanidad pública española.

¿Qué se hace? Pues lo que usted comentaba al respecto de esas correcciones de esos dieciocho hospitales, pero que tienen que ver con la reasignación o la actualización o, mejor dicho, la aplicación real de los pesos en España de esas ponderaciones. Por lo tanto, los hospitales a los que usted se refería son hospitales españoles que participan en esas capturas y entregas de datos para calcular los pesos españoles frente a los pesos americanos.

El primer error que nosotros detectamos, quizás por la premura, es que cuando se hace el estudio por la consejería no se va a esos pesos españoles, sino que se aplican los pesos americanos, con lo cual nos distanciamos un poquito más, porque ese método hubiera sido más exacto si hubiéramos aplicado los pesos españoles de esos dieciocho hospitales de la muestra. Son solo dieciocho hospitales los que se mantienen. Cuando en los años ochenta se traslada a España el modelo americano, se contemplaba la captura de datos de más de doscientos hospitales. ¿Qué ha ocurrido? Pues que en este análisis del ministerio han ido decayendo hospitales que ya no han querido hacer el esfuerzo ni tan siquiera de dar sus datos porque veían que, al final, era un cálculo que no reflejaba la realidad por la lejanía. Obviamente, las estructuras hospitalarias en cada centro, en cada comunidad son muy distintas, los pesos de los costes de personal, la forma de concertar los fármacos, las compras centralizadas, todo eso lleva a una realidad que hace que esa muestra de hospitales que han seguido manteniendo sus cálculos de pesos es ahora mismo poco relevante frente al total de la sanidad pública. Por lo tanto, nosotros hemos visto que es un método que tiene debilidades y que no debería aplicarse porque no lo aplica nadie para la gestión, otra cosa es que yo quiera tener una aproximación y diga: qué bien me viene que me den unos pesos ya calculados del ministerio, pues posiblemente algún hospital de la muestra se ve reflejado, porque le cuadra muy bien dentro del abanico o, de alguna manera, de la horquilla de lo que sus gastos presupuestarios reales tienen de referencia a la media de esos hospitales.

Dicho esto, evidentemente, la propuesta de la Cámara de Comptos no va por esa línea, dado que las estructuras organizativas de los recursos, la gestión individualizada, incluso a nivel propio de la red pública de hospitales de Navarra, la estructura de costes para los mismos procesos, la misma intervención difiere, y es normal porque, de alguna manera, implica unas categorías de personal diferentes, aunque hagamos lo mismo. Por lo tanto, lo que quería aclarar es esto, que a lo que usted se refiere en la página 8 de la comodidad y demás y del seguimiento que se puede hacer por parte de algún hospital para tener datos sobre costes aproximados ha decaído enormemente y no es una herramienta de gestión.

Dicho esto, el sistema propuesto de coste por proceso es clarísimo, es fácil de entender porque refleja la realidad de lo que hacemos en las intervenciones. Supone trasladar lo que las empresas llevan siglos haciendo, y es reflejar la realidad de los consumos que tienen. Entonces, claro, individualizar en cada caso qué impacto tienen los consumos de recursos en la estructura de las prestaciones permite ver con toda claridad cuál es el volumen de recursos que consumimos, en qué, por qué y a cada nivel.

Dicho esto, hay un inconveniente muy gordo, y es que esto significa pasar de un sistema en el que los costes se calculan sencillamente, en dos segundos, que es lo que debe tardar la excel en calcular una vez que se cogen los datos y se ponen las ponderaciones, a un sistema en el que ya en el informe se pone de manifiesto que su implantación, su diseño es muy costoso, en el sentido de que requiere la colaboración de los facultativos, de los gestores económicos que, de alguna manera, son los que pueden, con esa colaboración, conseguir que ese sistema se diseñe ad hoc y de manera individualizada para cada organización y eso permita conocer los costes reales.

Aun así y todo, evidentemente, la complejidad de la sanidad pública, de la sanidad en general, las intervenciones, la incidencia de los diagnósticos, el tipo de paciente siempre dan lugar a que haya que ir a un coste normalizado, porque a nadie interesa, aunque hay datos suficientes, de hecho, la sanidad pública es la que más datos tiene para calcular costes.., es decir, en estos momentos si no se hace no es por bases de datos, por falta de información, sino que yo creo, y además con buena razón, que implantar el sistema de costes por procesos, aunque tiene un coste, es muy rentable a largo plazo, porque el diseño, que se hace la primera vez y se va mejorando, plantea una estabilidad en el cálculo y sobre todo la com-

parabilidad en el tiempo. Entonces, claro, ese salto, permítame, porque, como le comentaba, las deficiencias de los GRD, la facilidad, por un lado, y, por otro lado, la muestra a la que usted aludía, que no forma parte de la metodología de coste por proceso sino de los GRD en cuanto a la muestra que actualmente maneja el ministerio, entonces, esa es la gran diferencia, el gran matiz, y ahora, si me permite, voy a pasarle la palabra a mi compañera, Karen Moreno, para que pueda darle explicaciones sobre los detalles que nos ha comentado.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): ... *estaba dirigiéndose a la Presidenta de una manera discreta y yo tomaré las decisiones. Eso ya lo explicaré yo. El Reglamento es el que es, y el debate lo dirige esta Presidenta. Continúe, señora Moreno.*

SRA. AUDITORA DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sra. Moreno Orduña): *Buenos días, egun on. En primer lugar, quiero saludarles, porque, como les ha comentado mi Presidente, es la primera vez que vengo en calidad de auditora. Hemos venido a presentar el informe que realizamos, y del que concretamente fui yo la responsable, analizando el estudio de costes que presentó la consejería de Salud, y, bueno, por contestarle directamente al señor Pérez Prados, le diré que uno de los principales problemas de cálculo que tenía el estudio que presentó la consejería de Salud fue que se utilizó la metodología GRD, que, como ha comentado el señor Robleda, es solo útil para el cálculo de los costes de los pacientes que están ingresados, es decir, esa metodología de cálculo no es aplicable al coste de los pacientes ambulatorios.*

A pesar de eso, se tomó como coste de los pacientes ingresados en el Servicio Navarro de Salud toda la liquidación presupuestaria de los hospitales, y hay que ser conscientes de que una parte muy importante de la actividad que se realiza en un hospital es actividad ambulatoria. Es decir, una parte relevante del gasto presupuestario no puede ser imputada como coste o como gasto de los pacientes que permanecen ingresados en un hospital.

Por ese motivo, teníamos que detraer, para intentar hacer una simulación de las conclusiones a las que debería haber llegado ese informe, aun manteniendo esa metodología que no consideramos adecuada, como ha comentado el señor Robleda, y el problema que nos encontramos, después de consultar con los directores de los hospitales, es que no saben qué porcentaje del gasto se dedica a la actividad ambulatoria, pero, claro, eso no era razón para imputar todo el gasto del hospital a los pacientes ingresados porque los resultados iban a estar distorsionados.

Por ese motivo, y dado que la consejería de Salud había utilizado la metodología GRD, esta metodología ya en el estudio que se cita en el informe había hecho una estimación de qué gasto de la actividad que se realiza dentro de un hospital se dedicaba a la actividad ambulatoria. En esa muestra, como usted ha comentado, se tomaron datos de dieciocho hospitales, entre los que se encontraba el Hospital Virgen del Camino. Es cierto que no los he citado todos, se podían haber citado todos, pero, bueno, se puede consultar en cualquier manual en el que se describe el análisis de los GRD y su aplicación en España y se puede ver que el Hospital Virgen del Camino era uno de los hospitales que prestó datos para este estudio, por lo tanto, creo que se acerca bastante a la realidad de la sanidad en Navarra. Me refiero a que no es un hospital que no sea de esta Comunidad, que puede tener ciertas diferencias.

El resultado, como le comentaba, era que en término medio un 34,65 por ciento del gasto presupuestario se dedicaba a actividad ambulatoria. Las diferencias que había entre los hospitales no eran muy significativas; si no, se habrían indicado en el informe, y, como le digo, en el librito, del que, si quiere, le doy la referencia, se puede ver el porcentaje que salía por cada hospital individualizado.

Hay que tener en cuenta que estos datos se corresponden con el año 1996, y creo que la sanidad, además... Estaba intentando recordar ahora, pero creo que salió hace muy poquito en prensa que cada vez se dedica más gasto a la atención ambulatoria en los hospitales, que cada vez se tiende a ingresar menos a los pacientes y dedicar más gasto a la actividad ambulatoria, lo que pasa es que no recuerdo exactamente de qué día era el recorte de prensa, pero creo que era de la semana pasada o de hace muy poquito. Con lo cual por ese motivo indicamos que, como mínimo, se debería haber tenido en cuenta esa circunstancia y eliminar a la hora de imputar como gasto a los pacientes ingresados en el Servicio Navarro de Salud ese porcentaje.

Por ese motivo, en la página 12 del informe se incluye una evolución de ratios, a la que usted aludía, que nos indican que la actividad ambulatoria, efectivamente, desde el año 96 hasta la actualidad ha variado, y se puede ver que se ha incrementado bastante respecto a la actividad hospitalaria, por lo que creo que ese porcentaje de gasto que se ha detraído incluso debería ser mayor. Pero por motivos y por criterios de prudencia estimamos detraer solo ese porcentaje del 34 por ciento, porque, lógicamente, no teníamos datos fiables para asegurar qué porcentaje de ese gasto se dedicaba a la actividad hospitalaria para poder detraer esa parte del gasto, pero yo creo, sinceramente, que a la vista de las ratios que se indican en el informe y,

como le digo, a la luz de la noticia que salió en prensa hace bien poquito, creo que ese porcentaje incluso debería haber sido mayor.

Por ese motivo se reducen tanto los costes de 536 millones a 325 y, bueno, por otros errores que se habían cometido, como gastos de amortización y demás, porque no me ha preguntado sobre eso.

Creo que con eso le respondo a la pregunta.

SR. PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sr. Robleda Cabezas): *Finalmente, sobre todo, quiero pedirle disculpas por la suma de los porcentajes de la página 18.*

SRA. AUDITORA DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sra. Moreno Orduña): *Sí, es cierto que había un error.*

SR. PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sr. Robleda Cabezas): *Solemos pasar muchos controles de calidad a los informes, pero se lo agradecemos muchísimo y le pido disculpas porque no debería suceder.*

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Muchas gracias, señor Presidente de la Cámara de Comptos. Damos por finalizado este primer punto del orden del día, hacemos un receso de cinco minutos y nos incorporamos nuevamente. Gracias.*

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 10 minutos.)

(Se reanuda la sesión a las 11 horas y 19 minutos.)

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos para que exponga el informe sobre el análisis de los conciertos sanitarios en los ejercicios 2008 y 2009.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Señorías, reanudamos la sesión con el segundo punto del orden del día: Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Presidente de la Cámara de Comptos para que exponga el informe sobre el análisis de conciertos sanitarios de los ejercicios 2008 y 2009. La petición ha sido formulada por el mismo grupo parlamentario. Señor Ramírez, tiene la palabra.*

SR. RAMÍREZ ERRO: *Muchas gracias, señora Presidenta. La derecha, el conservadurismo suele justificar la privatización o la externalización de servicios en que es más barato, y se suele empeñar mucho en justificar que se produce un ahorro siempre que se privatiza y siempre que se externaliza. Pues bien, parece que aquí, en Navarra, es precisamente todo lo contrario, se empeña en no justificar, en que no se sepa cuánto cuesta realmente. Y es que, claro, cuando se ven informes en los que se constata que no es que se ahorra, sino que se desahorra –tengo que reconocer que este término yo no lo tenía en mi vocabulario–, es decir, se constata que supone un desahorro, es decir, un gasto añadido, pues estamos ante una situación política y de gestión muy grave.*

Por eso creemos que este segundo informe, que también hemos considerado de interés para esta Comisión, para el Parlamento y para la ciudadanía que fuese expuesto y explicado por parte de la Cámara de Comptos, es, de alguna forma, un complemento del anterior, si bien en este se analizan el conjunto de conciertos y la tendencia de los últimos años de dar dinero a la sanidad privada quitándolo del sector público sin una justificación fundamentada ni rigurosa, y llama la atención y queda claro en este informe que la entidad más beneficiada es la Clínica Universitaria, del Opus Dei.

Es evidente el interés de este informe, que analiza tanto la Clínica Universitaria de Navarra como la Clínica San Miguel, el Grupo Hospitalario Girón, Centro Médicis de Diagnóstico por Imagen, Alliance Medical Diagnósticos; no incluye al Hospital San Juan de Dios porque ya lo hemos visto.

El informe explicita algo que es muy importante, el número de recursos que se gestionan: en 2008, más de 23 millones de euros; en 2009, 28 millones de euros, es decir, cinco millones y pico más. Y, claro, si sumásemos esto a lo anterior, serían 39,2 millones de euros en 2008 y 46 en 2009. El 69 por ciento de este gasto es un concierto con la Clínica Universitaria del Opus Dei. Si analizamos los aumentos, vemos un 24 por ciento de 2008 a 2009, es decir, una tendencia.

Por ello, y termino, señora Presidenta, a nosotros nos parece absolutamente necesario e imprescindible el debate en torno a estos informes, porque echa por tierra el argumento que habitualmente en todos los discursos políticos tiene el ámbito conservador y de derechas de que la externalización y la privatización es más barata. Por lo tanto, si eso no es así, si se ha pretendido ocultar, si se ha pretendido falsear, solo cabe una conclusión, y es que se externaliza y se privatiza no para que los ciudadanos o las Administraciones Públicas tengan que gastar menos, sino por determinados intereses, y eso tiene otro nombre. Gracias, señora Presidenta.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias, señor Ramírez. Señor Robleda, tiene la palabra.*

SR. PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sr. Robleda Cabezas): *Buenos días de nuevo, egun on. Vamos a presentar el estudio sobre los conciertos sanitarios que la Cámara de*

Comptos incluyó en su programa en 2010 y los resultados alcanzados.

En primer lugar, en cuanto a los objetivos del informe, de acuerdo con la petición parlamentaria, estos eran los de analizar el gasto y la actividad concertada en 2008 y 2009, analizar la gestión de los fondos públicos destinados a conciertos sanitarios con entidades privadas, calcular el coste en 2009 de determinadas prestaciones sanitarias del Servicio Navarro de Salud y compararlos con las tarifas de los centros sanitarios concertados. Este último apartado, como ocurrió en el informe anterior, va destinado a contrastar, de alguna manera, la posibilidad de llegar a utilizar un sistema de costes más analítico para poder tomar decisiones.

El alcance del trabajo se refiere a los conciertos sanitarios vigentes en esos años, que son las entidades privadas que tienen ustedes aquí relacionadas.

En cuanto a las limitaciones al alcance, nos encontramos, en primer lugar, con la ausencia de una contabilidad analítica para obtener directamente los costes unitarios de los procesos sanitarios; la utilización de fórmulas de reparto de costes indirectos no basadas en la actividad, dadas las dificultades para obtener información homogénea al respecto; y lo que se ha contrarrestado con esas debilidades, pese a ellas, es la aplicación de un coste normalizado que se basa en un estándar de prestación en el sentido de que, y con buen acierto, el Servicio Navarro de Salud, cuando deriva, deriva, evidentemente, las intervenciones, los procesos, las prestaciones de menor complejidad. Esto es obvio que es una buena gestión, lo cual significa que esta metodología, fundamentada en el coste por proceso, garantiza, de alguna manera, llegar a un mejor conocimiento, a una mejor robustez de la aplicación del sistema de costes que permita tomar esas decisiones acerca de una colaboración público-privada como son los conciertos, en las que los agentes participantes estén en condiciones de igualdad, es decir, que cada uno tenga los datos sobre sus costes y, por lo tanto, discutir mejor el concierto de las prestaciones.

Como decía, pese a estas limitaciones, y teniendo en cuenta que el Servicio Navarro de Salud dispone de información, información que, evidentemente, dispuesta en bases informáticas es cómoda de poder utilizar y que, por lo tanto, el sustento de esa actividad, que se informatiza, sirve y, además, ayuda a que una metodología analítica, como es la de costes por procesos, se pueda implantar con mayor facilidad, en ese sentido, a pesar de las limitaciones de no contar con una contabilidad analítica implantada que, obviamente, hubiera sido utilizada por el Servicio Navarro de Salud para concertar las tarifas con los centros privados, a pesar de ello, como digo, y con base en la disponibilidad de esos datos sobre la actividad, que son fundamentales para poder llegar a costes analíticos... Como refería en el anterior informe, el sistema GRD no tiene en cuenta la actividad real, sin embargo, los tiempos han cambiado y las bases informáticas permiten tener datos que vinculan bien esa actividad con el consumo de recursos, que es la línea de la metodología de costes por procesos. Nos pareció entonces que contando con la colaboración, evidentemente, del Servicio Navarro de Salud, con la autorización de los gestores económicos para trabajar con los facultativos de los diferentes hospitales de la red pública navarra, y contando con las bases informáticas sobre unas estadísticas fiables, podíamos dar algún paso más y abrir una línea en cuanto a aportar una información que pudiera ayudar a mejorar la gestión, la concertación de estos conciertos.

De todo lo que es el catálogo de prestaciones concertadas nos hemos detenido en cuatro de ellas por las razones siguientes. La primera es porque era posible calcularla en todos los hospitales de la red pública. Evidentemente, siendo una metodología analítica y que se aplica por primera vez, es muy difícil plantearla solo en un hospital, sino que es bueno, para darle solidez y, de alguna manera, que pueda ser utilizable para tomar decisiones, que se analice en toda la red pública para contrastar las diferencias de costes que, evidentemente, aparecen para las mismas intervenciones en los diferentes hospitales de la red pública.

Esto era un condicionante del estudio y, efectivamente, esto se podía trasladar a las prestaciones que hemos recogido aquí.

También, dado que no se trataba de implantar un sistema completo a toda la red pública, sino de analizar el contraste o, mejor dicho, tener una información de base mucho más fiable para poder discutir el contenido de los conciertos con los entes privados, se ha limitado al volumen de gasto presupuestario dedicado a estas intervenciones. Por lo tanto, no es una aplicación integral de un sistema de costes sino una aplicación de un sistema de costes con el apoyo de una información fiable y de una colaboración con los facultativos del Servicio Navarro de Salud, a quienes tengo que agradecer dicha colaboración y la predisposición a diseñar los itinerarios de consumo de recursos de los procesos, lo que nos ha permitido, de alguna manera, acercarnos más a esa realidad de los datos certeros de lo que suponen este tipo de prestaciones concertadas.

En cuanto al gasto presupuestario, lo que tengo que decir es que esto no significa nada, ni es bueno ni es malo, simplemente, debe haber una información sobre el incremento de la actividad. Entenderíamos que esto es perfectamente viable y que se podría haber gestionado correctamente si tuviéramos la actividad derivada. Por lo tanto, como es de

sentido común, si las necesidades del Servicio Navarro de Salud son atender a los ciudadanos con base en las normas que le exigen atender listas de espera, atender puntos de producción que, evidentemente, son necesarios, la derivación es buena. La colaboración público-privada no es ni buena ni mala, simplemente hay que justificarla.

De tener esos datos detrás, evidentemente, podría plantearse un mejor análisis, quiero decir con esto que este crecimiento presupuestario, que es el que es, no se puede ver en términos absolutos, pero, evidentemente, debe estar justificado en el incremento de la actividad.

Respecto a la justificación de los conciertos, como acabo de decir, las necesidades del Servicio Navarro de Salud son las que son, necesidades que justifican estas concertaciones, pero lo que no existe en los conciertos, independientemente del cumplimiento de ese objetivo, digamos, de eficacia en el sentido de cumplir con la atención al ciudadano, al paciente, ningún estudio previo que evalúe esa necesidad ni tampoco las alternativas que pudiéramos tener de la asistencia sanitaria con medios propios, adquiriendo nuevos recursos o reorganizando. No hay esa justificación y, por lo tanto, esto hace que no conste este tipo de análisis, porque quizás el planteamiento, que, evidentemente, no tiene por qué ser ni bueno ni malo, es que los conciertos, como ustedes saben, son medios, recursos del sector público que se utilizan con carácter temporal, generalmente en atención de lo que puede en un momento determinado suponer atender la demanda de pacientes. No están concebidos como concertaciones estables a lo largo del tiempo, sino con base en las necesidades, lo cual plantea una importante consideración a la hora de llevar a cabo los análisis de costes, pues necesitan una disponibilidad que debe, de alguna manera, valorarse en las tarifas por parte de los entes privados con los que se conciertan, porque es una puesta a disposición de compromiso de prestación de servicio.

Respecto a las tarifas, el primer análisis es, ya lo hemos dicho antes, con las limitaciones al alcance, que si hubiera una contabilidad analítica seguro que este informe tendría otro contenido, obviamente, porque sería el fundamento básico para el análisis o la discusión de las tarifas a concertar. Por lo tanto, no hay un estudio que justifique esas tarifas y lo primero que se revela en el análisis, en la auditoría de estos conciertos es que para una misma prestación concertada con diferentes centros privados hay importantes diferencias de tarifas. Las hemos recogido en una tabla de la página 27 del informe. Como saben, el PowerPoint no es muy útil para proyectar números, pero, en cualquier caso, en este análisis de las tarifas queda puesto de manifiesto lo que comentábamos antes, y tampoco se especifica en los conciertos el porqué de las diferencias, que seguro que tiene su justificación, sin duda, pero no aparecen las diferencias para una misma prestación. Si, evidentemente, como decía antes, el criterio, la estrategia del Servicio Navarro de Salud es derivar lo no complejo, con buen atino, porque, evidentemente, lo complejo necesita una mayor atención, y es bueno que lo dé la red pública, el análisis de convergencia entre estos dos aspectos debería dar a entender que o bien hay una razón que justifica diferencias importantes o, si no, si siempre derivamos lo simple, debería haber una convergencia también en las tarifas, independientemente, lógicamente, de que juegue un papel importante la estructura de costes del ente privado, poner a disposición del ente público, de la red pública sanitaria unos recursos, lo cual significa, de alguna manera, negociar esas diferencias que pueden tener su justificación sin duda ninguna.

Como ven, nos hemos centrado en aquellas prestaciones que suponen un gasto relevante en los conciertos, que han podido ser objeto de análisis en cuanto a costes. Con la aplicación de esa metodología, un primer análisis del conjunto de esas tarifas frente al coste es que esas tarifas son superiores al coste de las intervenciones que se han contemplado en el concierto y que han sido objeto de análisis. Esto tiene, evidentemente, sus puntualizaciones. En primer lugar, la primera puntualización que deberíamos hacer es que si el coste por proceso está reflejando el consumo de recursos, estamos hablando de que si en un mismo centro derivamos lo no complejo, por ejemplo, si en un centro quirúrgico, como puede ser de cirugía cardíaca, derivamos lo más sencillo, también es cierto que en correlación o en paralelo estamos asignando a ese proceso, a esa intervención, si la hiciéramos nosotros, el menor coste de esa intervención en ese centro, es decir, lo complejo llevaría más coste, porque el coste por proceso no hace medias, sino consumos de recursos por actividad según lo que consume. Si tenemos en cuenta que tenemos tabulada toda la información sobre la intervención en quirófano, que es un componente importantísimo del coste por proceso, obviamente, la lógica nos lleva a entender que ese coste propio sería también el coste más bajo de ese centro de coste, porque es lo que cuesta menos procesar, dado que estaríamos hablando de intervenciones más sencillas, que tienen una intervención o un cómputo de tiempo de facultativos menor. Por ejemplo, no es lo mismo operar un bypass *en un centro de cirugía cardíaca que hacer una operación más sencilla. Si no derivamos el* bypass*, nos quedamos con los costes mayores; si derivamos lo más sencillo, evidentemente, nuestros costes tienen una imputación menor, independientemente de los costes indirectos que le podemos cargar de los servicios generales del hospital y a su vez del Servicio Navarro de*

Salud y de la consejería. En cualquier caso, el componente de coste indirecto quedaría correlacionado con el directo, es decir, a menor coste directo menor coste indirecto, y a mayor coste directo mayor coste indirecto, es decir, que el coste total no nos alejaría en absoluto de la línea de las ponderaciones de esos dos componentes.

Dicho esto, las recomendaciones que se hacen en el estudio son, lógicamente, las debilidades que se tienen ahora, faltaría más. Evaluar previamente la concertación. Esto es un esfuerzo. Las alternativas de prestarlo. Ojalá tuviéramos esos costes por procesos, porque inmediatamente nos sería muy cómodo, sería una información con luz y taquígrafos, una información en color, en la que tendríamos una mejor toma de decisiones. Esto es nada más que un camino de mejora. Por lo tanto, esto permitiría, de alguna manera, tener más información.

Establecer procedimientos e instrucciones para comunicar... Esto es una debilidad del análisis de control interno que hemos hecho en el informe de auditoría, es decir, se está pidiendo mayor coordinación interna, de tal forma que los agentes implicados en la derivación de los pacientes a centros privados, los conciertos suscritos y las tarifas establecidas para las distintas prestaciones sanitarias sean conocidas, evidentemente, por todos los agentes implicados. Seguro que esto supondría una gran mejora en la toma de decisiones a la hora de coordinar las derivaciones. ¿De acuerdo?

Por supuesto, contemplar indicadores, además de las encuestas y quejas, para medir la calidad de la asistencia sanitaria concertada. Ya hay indicadores protocolizados, indicadores en los que la sanidad pública, el Ministerio de Sanidad tiene, de alguna forma, sus medidores para ser comparables.

Y, por supuesto, consignar en los presupuestos las cuantías necesarias para atender los gastos de conciertos sanitarios y contabilizar los gastos en el mismo ejercicio en que se realizan. Esto tiene su justificación. Si el volumen previsto se queda corto necesariamente hay que atenderlo, por lo tanto, sería intentar mejorar en ese sentido.

Por supuesto, agradecemos a la Dirección del Servicio Navarro de Salud y a la consejería el esfuerzo de colaboración que han realizado, como siempre, intentando, de alguna manera, hacer realidad que existan propuestas de mejora que ayuden a que en el futuro se tomen las decisiones con una información mucho más detallada y mucho más interpretable. En ese sentido, apoyamos y animamos a que el grupo de trabajo que tiene constituido el Servicio Navarro de Salud continúe los estudios que está realizando para mejorar e implantar esa contabilidad analítica.

Me gustaría comentarles, puesto que la Cámara de Comptos de nuevo lo que ha hecho es intentar marcar o, mejor dicho, indicar líneas de mejora que se pueden conseguir con los esfuerzos correspondientes, en qué ha consistido un poco esta metodología de coste por proceso, que, en este caso, nos daba la oportunidad de poder analizar esas prestaciones con un análisis de costes, en ausencia de un estudio de costes que tuviera el Servicio Navarro de Salud, en el cual hubiéramos podido entrar a contrastar, y así propusimos esta metodología con la colaboración y el consenso con el Servicio Navarro de Salud. Y voy a intentar explicárselo brevemente, para no aburrirles; lamento que tenga que hacer una comparecencia tan larga sobre algo tan aburrido, aunque para algunos apasionante, como es el análisis de costes. Entiendo que debo hacerlo porque creo merece la pena explicar esta metodología.

Cuando se hace un estudio analítico de los recursos consumidos en las prestaciones, y esto es válido para cualquier servicio público –estamos hablando de sanidad pero esta metodología se aplica a todos los ámbitos de la Administración Pública, con los esfuerzos que supone–, en el coste total, que intenta, de alguna manera, capturar todo el consumo de recursos, sean o no relevantes, hay un primer nivel de costes, que es empezar por abajo, por decirlo sencillamente, es diseñar los consumos directos de lo que hemos llamado aquí primer nivel de costes. Ese primer nivel son los costes directos que mediante el sistema de costes por procesos se permite bajar al nivel de la prestación determinados costes que en principio, desde el ámbito presupuestario, serían inviables de bajar a nivel de coste directo. Por lo tanto, es una metodología que tiende un puente a través de un inductor de actividad y que permite, de alguna manera, convertir lo indirecto en lo que no podría ser repartible en directo. Este es el gran esfuerzo, y esto hay que hacerlo, lógicamente, con la ayuda de quien conoce muy bien las prestaciones, que son los facultativos, el personal, que son los que conocen realmente cómo bajar ese nivel de costes indirectos a directos.

Quedarían un segundo y un tercer nivel que se alejan de lo que es la prestación en sí, de lo que consume directamente la prestación, sino que es la estructura del hospital, por así decirlo, lo que llamamos centros públicos. Esa estructura, evidentemente, es diferente según el volumen, pero tiene una asignación en la que en ausencia de poder diseñar un proceso vinculado a la actividad, dicho de otra manera, si pudiéramos saber en qué se va la actividad administrativa, las actividades de dirección general de los servicios generales, no de los servicios intermedios prestatarios de la intervención, que esos ya bajan al nivel del coste directo, como es el preoperatorio, pruebas y demás, eso ya baja al nivel de coste directo, sino la estructura del hospital, haríamos lo mismo, tendríamos un inductor de

actividad y seríamos capaces de convertirlo en directo. Es muy difícil, porque normalmente los centros generales, centrales, trabajan para todo, sin un medidor concreto, por lo tanto, sería bajar a nivel de la prestación directa, los recursos humanos, la gestión administrativa y demás.

Ocurre lo mismo con el tercer nivel, que todavía se aleja más del consumo principal de recursos, que sería la estructura organizativa del servicio de la sanidad pública navarra, considerando todos esos costes.

Lógicamente, esos dos niveles tienen menos relevancia en el coste total, al final, son costes repartibles entre multitud de prestaciones en las cuales hay que utilizar lo que se llama tradicionalmente claves de reparto, mientras no seamos capaces de trasladar el sistema de costes por proceso a toda la organización.

Esta es la forma en la que se ha utilizado el sistema de costes por procesos, en el cual el impacto de los costes de segundo y tercer nivel se recoge en el análisis de cada una de las intervenciones y pueden ver ustedes que, imputados de una manera amplia y sin olvidar los gastos presupuestarios vinculados, están en torno al 20 por ciento. Estaríamos hablando de un coste directo del 80 por ciento, que sí refleja la auténtica realidad con base en la aplicación del coste por procesos a todos los hospitales en estas intervenciones, y de un 20 por ciento que traslada el cómputo total del resto de los costes a cada una de las prestaciones, que en muchísimos casos sería discutible, porque posiblemente algunas prestaciones tendrían mucho menos y otras mucho más, porque si un servicio central utiliza muchísimo... Imagínense ustedes el departamento de nóminas del personal, que en un determinado año ha tenido que trabajar muchísimo para los centros quirúrgicos, pero nada para todo lo que son estancias o lo que podría ser otros centros auxiliares del hospital, estaríamos repartiendo a todos igual lo que en función de la actividad nos permitiría repartir ese total pero de una forma más analítica.

Esta es la aproximación que hemos hecho. Naturalmente, esta metodología de coste por proceso se comunicó al Servicio Navarro de Salud, a los gestores económicos. Obviamente, se solicitó de los mismos el contacto con los gestores y facultativos para recoger esta información necesaria, se trabajó con los gestores y facultativos de los cuatro hospitales, en los cuales teníamos la referencia de esas prestaciones, y, por lo tanto, es una metodología que el Servicio Navarro de Salud conoce.

Naturalmente, los datos que hemos utilizado son los datos del Servicio Navarro de Salud y, en ese sentido, hemos imputado los costes en función de esos itinerarios y de los gastos presupuestarios de 2009.

Con respecto a las contestaciones, a las alegaciones, como ven, me he permitido comentarles algunas de ellas que creo que, en este sentido, deben aportar información sobre este informe.

Otro de los aspectos es que, como comentaba antes, una de las alegaciones en las que hace referencia el Servicio Navarro de Salud a este informe, con la que, evidentemente, hay un compromiso total, como ustedes han podido leer, en intentar, de alguna manera, avanzar en mejorar su sistema de información, sin duda ninguna, hay un dato en el que quizás merezca la pena insistir. Se alude a que posiblemente la implantación de este sistema precise de colaboraciones externas. Bueno, esto, evidentemente, es una decisión del departamento, sin duda ninguna, pero en lo que queríamos insistir es en que la implantación de la metodología de coste por proceso, que es analítica, donde tiene sus fortalezas es precisamente en el desarrollo de la colaboración entre gestores económicos y facultativos, porque hay un intercambio de conocimiento muy importante. Entonces, claro, ¿se necesitan colaboraciones externas? Posiblemente, no cabe duda. Estamos hablando de un servicio muy importante, con un volumen de recursos humanos importantísimo, pero quizás el primer esfuerzo venga de la parte interna, porque realmente entre los gestores económicos y los facultativos se genera una red de conocimiento, respecto a la que muchas veces nosotros, como auditores, vemos que hay una carencia porque los gestores económicos, como controlan el presupuesto y es lo suyo y, además, tienen bastante trabajo, a veces desconocen la realidad de las prestaciones de los servicios a nivel analítico, por lo tanto, muchas veces esa falta de conocimiento no compartido hace que se puedan tomar decisiones que pueden ser erróneas. Por lo tanto, un primer esfuerzo es interno. Por supuesto, igual después a nivel de aplicaciones informáticas, a nivel de instrumentos o mejora de herramientas de soporte de información de actividad puede que sea necesario, pero queríamos insistir en eso y sobre todo en algo que está generando un grandísimo valor añadido en estos aspectos de esfuerzo, las redes, redes que incluso a nivel, por ejemplo, de las universidades ya hay un compromiso clarísimo del propio ministerio de implantar una contabilidad analítica a las universidades, con las experiencias que cada una de ellas puede aportar. Esto también se está generando en salud. Simplemente quería aportar una información reciente, de hace un año o año y medio –esto lo provoca la crisis, evidentemente–, de colaboración conjunta con medios propios en los que la experiencia de otros nos pueden servir en el diseño de lo que nosotros queremos hacer. Hay avances y por supuesto que el Servicio

Navarro de Salud tiene a su disposición a la Cámara de Comptos para analizar estos aspectos.

Finalmente, dentro de esas alegaciones sobre las que nos hemos permitido aportar información para, de alguna manera, completarlas, les diré que cuando el Servicio Navarro de Salud se refiere a las tarifas en otras comunidades, aludiendo a que entiende que los costes que hemos calculado de las intervenciones que se derivan son bastante bajos, alude a un año que no es del informe, a 2005, y a una comunidad que, evidentemente, creemos que no refleja indicadores de la calidad de la sanidad pública cercana a la navarra, y por eso nos hemos permitido adjuntarles una comparativa con otras comunidades que sabemos que el Servicio Navarro de Salud hace, sin duda ninguna, pero que pueden aclarar algo más la alegación en concreto de la página 4 del Servicio Navarro de Salud. Por mi parte, nada más.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Muchas gracias, señor Presidente de la Cámara de Comptos. Señor Ramírez.*

SR. RAMÍREZ ERRO: *Gracias, señora Presidenta. Supongo que será una mala noticia para la ciudadanía navarra saber que más de mil millones de euros, más de la cuarta parte del presupuesto se gestiona sin indicadores, sin justificación, sin política de costes, al tuntún, a salto de mata, sin ton ni son. Efectivamente, es llamativo. Ahora bien, cuando se entere esa ciudadanía navarra, que ya se está enterando, de que, además, la recomendación y el consejo del sistema navarro de salud a la Cámara de Comptos es que externalice el trabajo técnico, entonces, ya, sinceramente, me van a permitir la licencia pero me parece que es escandaloso. El sistema navarro de salud indica a la Cámara de Comptos que externalice su trabajo o su asistencia técnica.*

En cualquier caso, desgraciadamente, los datos hablan con mucha claridad, pero que mucha claridad. De 2008 a 2009 el gasto total en conciertos analizados aumentó en un 24 por ciento, y en cinco años, desde 2005, dato que no se audita pero que se puede aportar, a 2009, se ha incrementado un 129 por ciento el gasto de los recursos ciudadanos a los conciertos. Además, hay una tendencia evidente al desfase presupuestario, algo que avala lo del tuntún, lo de a salto de mata y lo de sin ton ni son, porque la dotación presupuestaria inicial en los años 2008 y 2009 para los conciertos sanitarios no fue suficiente para atender el gasto concertado. Así, el gasto fue un 20 por ciento y un 48 por ciento superior al presupuesto inicial en 2008 y en 2009 respectivamente.

Estamos ante una situación muy grave, esto dibuja una realidad absolutamente preocupante y una nefasta gestión por parte de los Gobiernos, en este caso el de Unión del Pueblo Navarro, y no se atiende ni se atisba ningún tipo de propósito de enmienda en el proyecto de presupuestos que estamos ahora analizando.

La mayor parte de la asistencia sanitaria especializada concertada corresponde a hospitalizaciones, como se dice en el informe, procesos quirúrgicos, consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos especiales ambulatorios ofertados por el Servicio Navarro de Salud. El Servicio Navarro de Salud justifica los conciertos sanitarios en la insuficiencia de recursos públicos para atender la demanda sanitaria y, además, hacerlo en los plazos establecidos en las legislaciones, la ley foral de garantías. Pues bien, por ejemplo, en la necesidad de suscribir el concierto con Alliance Medical Diagnósticos SL y Centro Médicis se justificó expresamente en el cumplimiento de los plazos de espera para la realización de pruebas diagnósticas. Así, el cien 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 concertada en dicho año 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, y leo textualmente el informe. Es decir, el Gobierno de Navarra no se plantea: ante este servicio que tenemos que dar, igual lo que tenemos que hacer es invertir, formar y dar nosotros el servicio, no, ni siquiera hace un estudio de cuánto costaría eso, directamente se externaliza.

Por otra parte, se fija, entre otros, el objetivo de conseguir un alto nivel de satisfacción en la atención de los pacientes remitidos por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que sea susceptible de ser medido. Así, se prevé la realización de encuestas de satisfacción y la puesta en conocimiento de ambas partes de los resultados de la misma. Desde la consejería de Salud se contesta: es que hemos hecho encuestas y la gente valora muy bien la atención sanitaria en Navarra. Pues bien, no consta que se hayan realizado encuestas para medir la satisfacción de los pacientes, en todo caso, la realización de encuestas no sería suficiente, sino que deben definirse e implantarse indicadores para medir la calidad de las distintas prestaciones sanitarias concertadas.

El informe realiza un estudio detallado de las tarifas de las prestaciones concertadas y un cálculo detallado y argumentado del coste del Servicio Navarro de Salud de distintas prestaciones sanitarias. De todo ello, nos llama la atención y nos preocupan muchas de las conclusiones que se expo-

nen. No constan estudios de costes que justifiquen las tarifas concertadas con los centros privados para las distintas prestaciones sanitarias, es decir, es el centro privado el que dice: esto vale esto, y el Gobierno de Navarra lo asume y lo paga, sin más.

No consta ninguna justificación de las diferentes tarifas pagadas a los centros privados por una misma prestación sanitaria. Existe una diferencia significativa, a la que ha aludido el Presidente de la Cámara de Comptos, entre las tarifas pagadas a los diferentes centros privados, y no es difícil adivinar cuáles son las mayores tarifas, las del Opus Dei, la Clínica Universitaria. Voy a poner un ejemplo, el más significativo. El injerto cutáneo en la Clínica San Miguel cuesta 2.248 euros; sin embargo, son 9.000, es decir, un 318 por ciento más, lo que se paga por ese mismo servicio a la Clínica Universitaria del Opus Dei.

Aunque hay recursos e información detallada, el Servicio Navarro de Salud –dice el informe– todavía no tiene un cálculo de costes riguroso. Las tarifas concertadas en todas las prestaciones analizadas, salvo en hemodiálisis, son significativamente superiores al coste que se ha estimado para estas prestaciones en cualquiera de los centros públicos. Es decir, estamos pagando más externalizando, privatizando, que lo que costaría poner ese servicio a través de los hospitales públicos y el servicio público. Esto es un escándalo.

Nos parecen muy a tener en cuenta las recomendaciones que se hacen, pero también llama la atención que haya que hacerlas. Analizar y evaluar previamente a la concertación las alternativas de prestar la asistencia sanitaria con medios propios. Es que esto no se ha hecho, no se hacía. Calcular el coste de los servicios sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea 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. De cajón. Contemplar en los conciertos suscritos indicadores, además de las encuestas y quejas, para medir la calidad de la asistencia sanitaria. Constituir formalmente un equipo que continúe el trabajo que un grupo de profesionales del Servicio Navarro de Salud está realizando sobre el reparto de... Estaremos muy atentos para ver cómo funciona esto. Claro, si en la larga historia de la gestión de Unión del Pueblo Navarro todavía no se ha movido un dedo en tantos años, permítannos que seamos bastantes críticos con lo que ese mismo Gobierno de UPN pueda realizar.

Todo lo expuesto en el informe y estas recomendaciones nos llevan a unas conclusiones lógicas que nos preocupan por la falta de justificación y opacidad que se palpa en los conciertos sanitarios, la falta de rigor, la escandalosa falta de rigor. En este informe se constata que el Servicio Navarro de Salud Osasunbidea no dispone de datos rigurosos de los costes de sus propios servicios. Llama la atención la diferencia de costes estimada y las tarifas que se abonan a las entidades privadas por los diferentes servicios, que son mucho más costosas de lo que serían en la red pública. En el mismo informe se reconocen limitaciones de los cálculos realizados. Lo digo por enmarcar este informe en la actualidad.

En los ajustes anunciados el 28 de septiembre, la Consejera de Salud, señora Vera, expuso que entre las medidas efectivas a partir de 2012 una sería revisar los conciertos por servicios que pueden ser asumidos por el Servicio Navarro de Salud. Lo primero que ha hecho es externalizar o pretender privatizar el servicio de cocinas sin ningún informe que lo avale. Pero en estos momentos, en el proyecto para 2012, ya estamos viendo la voluntad política de este Gobierno, que sigue concertando prácticamente con las mismas consignaciones presupuestarias que para el año 2011.

Hay una evidente, y termino, señor Presidente, falta de análisis de alternativas al nivel de concertación actual. Reiteramos que en vez de ampliar e impulsar la sanidad pública se está engordando el sector privado de manera injustificada, y especialmente, ¡qué casualidad!, la Clínica Universitaria, del Opus Dei.

En este contexto de recortes es más necesario que nunca que exijamos transparencia absoluta, más cuando se ha reducido un 5,9 por ciento el presupuesto de salud con respecto a lo aprobado en 2011 y un 11,72 por ciento con respecto a lo ejecutado en 2010, datos reales, no los que nos quieren vender.

Señor Presidente de la Cámara de Comptos, le agradezco toda la información, agradezco a todo el equipo el informe que ha realizado y no puedo sino mostrar cierta satisfacción por que este informe pueda ser el inicio de la reconducción de lo que han sido unas decisiones y una política de gestión nefasta de un departamento que engloba en sí mismo y en su gestión más de la cuarta parte del presupuesto general de Navarra, mil millones de euros, y que se han gestionado al tuntún, sin ton ni son y beneficiando determinados intereses, que no son los intereses del conjunto de la ciudadanía navarra. Muchas gracias, señor Presidente.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias a usted, señor Ramírez. ¿Portavoces que deseen intervenir? Señor Pérez Prados.*

SR. PÉREZ PRADOS: *Muchas gracias de nuevo, y gracias también al Presidente de la Cámara de Comptos por la información y el informe presentado y a todos los que han colaborado*

en el mismo y que nos acompañan en esta nueva comparecencia.

Como en el caso anterior, me preocupan las serias limitaciones que el trabajo de la Cámara de Comptos tiene para realizar este tipo de estudios. Son importantes, me parece a mí, tan importantes que en los informes nos avisan siempre de ellas pero luego se sigue el estudio como si no existiesen, y ahí están, y eso hay que tenerlo en cuenta a la hora de analizar los resultados obtenidos e incluso de ver las conclusiones y recomendaciones realizadas.

En este nuevo informe las limitaciones vuelven a ser bastante importantes, las tres que se nos plasman y presentan en la página 5. Sin embargo, las recomendaciones, en general, a nuestro grupo le parecen lógicas y yo creo que por parte del departamento no va a haber ningún problema en asumirlas o cumplirlas, sabiendo, además, que esta metodología de coste por proceso es bastante complicada de llevar a cabo, sin ninguna duda, como hemos visto en estas explicaciones que hemos escuchado, con colaboradores externos que tienen que trabajar con los facultativos y en el ejemplo que nos ha puesto el cálculo puede ser cambiante de un año para otro, o sea que eso va a ser bastante complicado.

De cualquier manera, no hay que perder de vista que este estudio se refiere al año 2009, cuando en el año anterior, el año 2008, como bien lo ha citado, apareció la ley de garantías de las listas de espera que había que cumplir, lo que obligaba a atender rápidamente a todos los pacientes que estaban ahí de una manera urgente, a veces sin tiempo de pararse a contemplar y a realizar estudios, análisis, y eso también hay que tenerlo en cuenta y no perderlo de vista.

Y, como en el caso anterior, quiero preguntarle algunas cuestiones. La primera es más cuestión de curiosidad. Se dice en un momento dado que en cuanto a convenios suscritos con las citadas entidades, que son la CUN, la San Miguel, la Quirón, Médicis y Alliance, solamente nos consta el convenio con la Clínica Universitaria. Esto está en la página 4. Pero luego, un poco más adelante, en la 9, dice: Regulación. La normativa que hemos utilizado para esto es, entre otras cosas, leyes, decretos y tal, y concierto del Servicio Navarro de Salud con la Clínica Universitaria, el concierto con la Clínica San Miguel, el concierto con Médicis, el concierto con Alliance. Entonces, no entendía si solamente constaba uno cómo luego aparecían citados todos los demás.

Bueno, ya no voy a citar páginas sino que simplemente voy a ir a las preguntas concretas y afirmaciones que se hacen de que existen diferencias significativas entre las tarifas de los distintos centros privados para una misma prestación. Esta es una afirmación que se hace en cuanto a resonancias con contrastes, sin contrastes, Médicis, San Miguel, CUN, Alliance. Esta afirmación se mantiene, pero yo he tenido oportunidad de leer el informe provisional de la Cámara de Comptos y ahí sí que se consideraba que ese precio de Médicis iba sin contraste, y era muy parecido al de San Miguel con contraste. Entonces, eliminando la CUN, que no hace estas resonancias aisladas sino que las hace dentro de un proceso con otros análisis diferentes y muy amplio, nos quedarían para contrastar solamente doscientos cincuenta y tres euros de Médicis con doscientos cincuenta de San Miguel. No hay muchas diferencias; sin embargo, la afirmación se sigue manteniendo en el informe definitivo.

También aquí se echa en falta, aunque ya sé cuál es el motivo, que lo hemos visto en el caso anterior, al Hospital San Juan de Dios, porque el volumen ya está hecho aparte, por decirlo así. No se ha incluido aquí, pero algunas de las afirmaciones cambiarían si se hubiese incluido, como, por ejemplo, la de que una de ellas es la entidad que mayor volumen y concertación obtiene, pues igual si se incluyera este ya no sería así.

Finalmente, en relación con todos estos costes, no he visto reflejado en el desglose –posiblemente esté, pero no lo he visto– algunos de los costes que habría que tener en cuenta en esta metodología, por ejemplo, los relativos a absentismo laboral, a las sustituciones, a las guardias, a los edificios, a las instalaciones, a la energía, a la limpieza, a la vigilancia, en fin, me imagino que estarán, aunque no se han desglosado. Simplemente quería saber si nos puede decir a cuánto ascienden o cuánto representan ese tipo de costes. Sin más, muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias, señor Pérez Prados. Señora Chivite.*

SRA. CHIVITE NAVASCUÉS: *Muchas gracias, señor Presidente. En primer lugar, quiero agradecer las explicaciones del Presidente de la Cámara de Comptos. Yo simplemente quiero concluir dos cosas. La primera es: no constan estudios que justifiquen los conciertos. Eso no es un escándalo de ahora, no constan ahora, no constaban en la legislatura pasada y no constaban hace diez años. Quiero decir que no consta justificación alguna de ninguno de los conciertos independientemente de cuándo se hicieron o cuando comenzaron a hacerse hace un montón de años. En la legislatura pasada se le pidió a la señora Consejera que se hicieran los estudios pertinentes sobre si realmente era justificado hacer o no los conciertos. Y no constan tampoco estudios que justifiquen las tarifas, de ahí que existan diferentes tarifas entre diferentes centros para una misma prestación, aunque el señor Pérez Prados ha puesto alguna matización que habría que hacer. A mí me*

parece que esto son deficiencias que tiene el Servicio Navarro de Salud que hay que subsanar, que no son de hoy, que vienen de atrás y que siguen sin solucionarse, aunque sí que he podido leer en las alegaciones que ha presentado el Departamento de Salud que las van a tener en cuenta y que piensan conseguirlas esta legislatura.

Sin más, yo creo que es de justicia mejorar la eficiencia de los recursos públicos, yo creo que es responsabilidad de los gestores públicos mejorar la gestión, y no nos tenemos que olvidar de que los conciertos tienen que ser subsidiarios y complementarios al Servicio Navarro de Salud. Y me parece que la justificación tiene que ir en esa línea, porque si lo podemos hacer con recursos propios, o si lo estamos haciendo sin que sea... entonces ya no son ni complementarios ni subsidiarios y, por lo tanto, la justificación me parece importante para cumplir con la Ley Foral de Salud, que dice que los conciertos tienen que ser subsidiarios y complementarios al Servicio Navarro de Salud.

Decía el señor Ramírez que hay datos que hablan con mucha claridad. Pues yo también tengo datos que hablan con mucha claridad: solamente el 5 por ciento del presupuesto del Departamento de Salud se dedica a conciertos, cuando la media nacional es de un 9,5 por ciento, y somos la comunidad que menos concierta. El 5 por ciento del presupuesto del Departamento de Salud es para conciertos. Navarra es la comunidad que menos concierta de toda España.

Y siguiendo con lo de los datos que hablan con mucha claridad, también tengo que decir que en la disminución que presenta en los presupuestos el Departamento de Salud los conciertos disminuyen proporcionalmente más que lo que disminuye el Departamento de Salud, de hecho, hay conciertos que desaparecen en los presupuestos y que estaban el año pasado. Con lo cual esta es la línea en la que ha empezado a trabajar el Departamento de Salud, reduciendo conciertos, que bajan más que la media del presupuesto y desaparecen algunos de los conciertos.

Y hablaba también el señor Ramírez de intereses de la ciudadanía navarra. Pues mire, señor Ramírez, si desaparecen conciertos, por ejemplo, si desaparece el concierto con la Clínica San Miguel, pues doscientos profesionales que se van a la calle, y son profesionales que son navarros también, con lo cual yo creo que todas las cosas tienen que pesar en las decisiones. Es cierto que tienen que tener un carácter complementario y subsidiario, por supuesto que sí, y que tendremos que analizar los costes, tener todo bien controlado, y que tenemos que trabajar en la eficiencia de los recursos públicos, pero también tenemos que tener en cuenta que si retiramos los conciertos hay centros que desaparecen y profesionales que se van a la calle, y eso también lo tenemos que saber. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias a usted, señora Chivite. Señora Fernández de Garaialde.*

SRA. FERNÁNDEZ DE GARAIALDE Y LAZKANO SALA: *Muchas gracias, señora Presidenta. Buenos días de nuevo. Otra vez doy las gracias al señor Robleda por la explicación que nos ha dado y, desde luego, a todo el equipo por el informe que ha realizado. Yo voy a empezar haciendo una matización a algo que ha dicho el señor Pérez Prados, y es que cuando él ha comentado que el incremento se había realizado por la entrada en vigor de la ley de listas de espera, porque había que cumplirla, yo le tengo que decir que este es otro ejemplo más de cómo se hacen las cosas en esta Comunidad, porque cuando se fue a aprobar esta ley este grupo parlamentario ya dijo que previamente a la aprobación de la ley se hiciera un análisis exhaustivo de las causas que provocan las listas de espera, incluso de las medidas estructurales, personales, de la reorganización de los servicios, es decir, un largo etcétera, e incluso que se recogiera dentro de dicha ley, y UPN y el Partido Socialista dijeron que no. Luego se aprobaron mociones y tampoco se cumplieron. Con lo cual esa es una justificación que se ha sacado de no sé dónde, pero que es otro claro ejemplo del mal funcionamiento y de cómo se hacen las cosas.*

Desde luego, lo que le preocupa a mi grupo es que lo que se recoge en el informe es que no hay un sistema de costes aplicado íntegramente a toda la organización, eso pone por un lado. No constan estudios que justifiquen las tarifas concertadas en los centros privados, no constan estudios en los que se analice y evalúe previamente a la firma de los conciertos las alternativas para prestar asistencia sanitaria bien con medios propios, adquiriendo nuevos recursos o reorganizando los existentes, bien con medios ajenos. Es decir, no tienen absolutamente ningún estudio, no tienen absolutamente ningún tipo de metodología. Creemos que es un desbarajuste total lo que tienen en el departamento, y, además, estamos hablando de dinero público.

Y cuando se habla de complementariedad o de subsidiariedad, hay que tener clara una cosa también, y es con qué objetivo planteamos eso, porque, claro, existen varias..., quiero decir, a la hora de hacer los estudios, si por lo que apostamos es por hacerlo con medios propios, adquiriendo nuevos recursos y reorganizando los existentes, y el presupuesto tiene que ir encaminado hacia eso, o lo que planteamos es, tal cual están las estructuras ahora, tenemos lo que tenemos y, a partir de ahí, derivamos, porque entonces lo que es la complementariedad y subsidiariedad varía y mucho. Ese es un debate mucho más profundo, y, evidentemen-

te, este no es el momento de hacerlo, sobre por qué tipo o por qué modelo de sanidad se apuesta.

Entre las recomendaciones está la de comprobar, en el caso del concierto con Alliance, que el gasto facturado corresponde a los pacientes derivados y atendidos en los centros concertados. Pregunto: ¿les mandan la factura y pagan todo lo que hay? Sin más.

Y luego, claro, se dice: consignar en los presupuestos los créditos necesarios para atender los gastos de los conciertos sanitarios y contabilizar los gastos en el ejercicio en el que se realicen. La señora Chivite ha dicho que este año en los presupuestos hay una disminución de la cantidad del dinero que va a conciertos, y si nos fijamos en años anteriores vemos que, por ejemplo, en 2008 había 11.530.000, pero va y resulta que el gasto total fueron 17 millones, que, además, según tengo entendido, no se contabilizaron en un año sino que al año siguiente se pagó lo que estaba en los presupuestos anteriores. Eso quiere decir que partimos de una deuda sobre el presupuesto que había ese año y que otra vez se va acumulando. Entonces, podemos pensar que este año estamos, a pesar de que hayan disminuido, con acumulación de años anteriores. Es que, claro, que me diga que en los presupuestos viene lo que va a haber, viendo la farsa que ha habido este año con lo que es el tema de presupuestos y que encima consta en un informe de costos, pues me van a perdonar que no me crea ni que bajen los conciertos con entidades privadas.

Luego tengo otra duda, no sé si este es el sitio adecuado ni si ustedes me la pueden resolver, pero es que resulta que todos los conciertos o por lo menos la gran mayoría acaban este año, además incluso después de las prórrogas que ha habido, con lo cual queda un mes de vigencia. Se están realizando estudios desde el departamento para revisar los conciertos, pero a partir del 31 de diciembre, en principio, por mucho que esté el presupuesto aprobado, si los conciertos no están en vigor no se puede derivar. No sé si es el sitio en el que tengo que preguntarlo, pero sí que me gustaría que, si es posible, me contestaran.

Y no puedo dejar de mencionar otro informe que hicieron ustedes, aquel famoso informe sobre la prestación de la asistencia sanitaria por la Universidad de Navarra a determinados colectivos. En este tampoco existía justificación. La única justificación que ha existido es la del Hospital San Juan de Dios; de todos los demás no existe información de nada. En aquel la recomendación que hacían era: "antes de la finalización del presente contrato, y teniendo en cuenta los resultados efectivos del mismo, su coste y el resto de circunstancias objetivas que le afectan, analicen la razonabilidad de mantener externalizada desde 2012 la prestación sanitaria de este colectivo de personas". Esto es de 2009, el 2012 está ahí, tenemos los presupuestos hechos, siguen metiendo cinco millones y pico para esta prestación o para este concierto de algo que incluso ustedes mismos lo califican como privatización incluso de la Atención Primaria en este caso. Es decir, no se ha hecho ningún estudio, a pesar de que tiempo han tenido, seguimos sin tener ningún estudio y tenemos cinco millones que sin ningún estudio y sin nada se van a detraer de otro tipo de prestaciones para este concierto, que seguimos sin estudios después de dos años. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias, señora Fernández de Garaialde. Señora De Simón.*

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: *Gracias, señora Presidenta. Buenos días de nuevo y gracias de nuevo, señor Robleda y todo su equipo por la exposición que han realizado. Yo creo que de la misma manera que han hecho en el caso del análisis del concierto con la Clínica San Juan de Dios, se ha puesto de relevancia que hay una ausencia de contabilidad analítica y que los costes indirectos no están basados en la actividad, con lo cual para mí una de las importantes conclusiones de su informe es que es absolutamente necesario mejorar la gestión de los datos, la gestión de la información en el sistema navarro de salud, porque eso nos permitiría detectar mucho mejor las necesidades que tiene el sistema e incluso podríamos tener información respecto a dificultades en la organización del propio Servicio Navarro de Salud que nos pudiera llevar a una nueva reorganización que fuera mucho más eficaz. Desde mi punto de vista, desde el punto de vista de Izquierda-Ezkerra, esto sería prioritario, tendría que hacerse ya.*

Decía usted, señor Robleda, que las necesidades del Servicio Navarro de Salud justifican por sí mismas las concertaciones. Efectivamente, partimos de un estudio y no sabemos si los datos que hay están bien o están mal, pero claro que la justifican, o sea, si no se puede hacer una operación de rodilla en el complejo hospitalario, evidentemente, al paciente hay que atenderlo en algún lugar. En todo caso, usted mismo decía que estas concertaciones deberían ser circunstanciales, el sistema navarro de salud debería ir ajustándose a las necesidades. Sin embargo, como bien decía el señor Ramírez, no ha ocurrido así en los últimos años y se van aumentando los conciertos. Sí que es cierto, señora Chivite, que este año ha habido una pequeña reducción en los conciertos, pero pequeñísima. La única, eso es verdad, pero no es suficiente.

En todo caso, también decía el señor Robleda que habría que explorar otras alternativas, como es la atención desde la sanidad pública, y eso exigiría o bien la dotación de más recursos o bien la

reorganización de los recursos. Nuestro grupo político apuesta por esta segunda opción.

En todo caso, llama poderosamente la atención, no lo digo yo, sino que ha salido en la prensa varias veces, la diferencia que hay entre las tarifas, que una prótesis de rodilla cueste casi el doble en la Clínica Universitaria que en otras clínicas privadas o que en el sistema navarro de salud. No lo sé, a lo mejor es de algún metal extraordinario, pero vamos, si realmente esas prótesis fueran las mejores, las deberíamos emplear para todas las personas. Además, no creo que sea el caso, porque los datos evidencian que la Clínica Universitaria tiene en todos los casos muchísimo más coste, excepto en la hemodiálisis, decía usted ¿verdad? Esto habría que ajustarlo. Desde nuestro punto de vista, tendría que haber tarifas más ajustadas y únicas.

En definitiva, coincido con el señor Ramírez, es decir, no parece que esté justificada la externalización de servicios sanitarios porque esto salga más barato, más bien el contrario, sale más caro, y en todo caso yo insisto siempre en que si realmente es más barato externalizar, una de dos, o se precariza el trabajo o se empeora el servicio, y si no es así, debería ser competencia de quien ostenta la responsabilidad en la gestión de la salud reorganizar el servicio sanitario. Luego, la responsabilidad siempre sería de los gestores públicos, pero, insisto, yo creo que ese no es el caso, yo creo que deberían tomarse otras medidas, como una oferta pública de empleo en el Servicio Navarro de Salud para atender a la demanda. Bueno, ahora me estoy dando cuenta, veo aquí que la consulta de traumatología hay una derivación importante, ¿cómo es posible que el Servicio Navarro de Salud no tenga los traumatólogos necesarios? Sería también necesario un equipamiento sanitario adecuado, y pongo un ejemplo, las densitometrías se hacen en centros concertados, ¿tan caro sale un aparato de estos? Bueno, yo hice el cálculo, ahora aquí no tengo los datos, pero con unas cuantas densitometrías hechas en la Clínica Universitaria de Navarra daba para comprar un aparato. Por otro lado, habría que tener una previsión y una evaluación de las infraestructuras necesarias.

En fin, desde nuestro punto de vista, habría que darle vuelta a todo lo que es el sistema navarro de salud con una evaluación adecuada. Nosotros pensamos que hay una gestión nefasta de lo público en lo que se refiere a la salud. Estos costes tan elevados en la derivación a la sanidad privada suponen un mal uso de los recursos públicos, de los recursos económicos, que son los impuestos de todos y de todas.

Y no quiero terminar, señora Chivite, sin hacer una alusión a su intervención, porque se está preocupando por el personal de los servicios sanitarios privados –yo también me preocupo, alguna medida habría que implementar para que todas estas personas no acaben en el paro–, pero me sorprende que no le preocupen los profesionales de la cocina, que ahora mismo se va a privatizar y se van a ir a la calle, al paro. Siento decírselo, porque esto a usted no le toca, pero solemos hacer este tipo de cosas, nos contestamos, o sea que discúlpeme por este último comentario. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Gracias, señora De Simón. Tiene la palabra el señor Presidente de la Cámara de Comptos. Ha habido preguntas que igual no le competen a él, mañana mismo comparece la Consejera y tendrán ustedes oportunidad de preguntarle a ella.*

SR. PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sr. Robleda Cabezas): *Gracias. Yo creo que de las preguntas que sí toca contestar a la Cámara de Comptos hay una en la que me van a permitir que me explaye, porque las preguntas que me ha hecho el señor Pérez Prados sobre el desglose de los costes asignados a los procesos son muy importantes. Efectivamente, esos costes constan en los papeles de trabajo, la metodología, cómo se ha realizado, pero usted ha tocado un componente de coste directo del proceso, como es la asignación del gasto de personal de ese centro. Para entendernos, vamos a suponer que es un centro que tiene solo tres procesos. Ese personal tiene un horario laboral nominal, como todos, 1.592 horas al año, por ejemplo, pero la asignación se hace a la tasa horaria en función del tiempo de actividad real, es decir, asignando a esas horas de trabajo, que son las que recogen los procesos..., imagínese que hay tres profesionales, son 4.500 horas lo que yo pago, incluidas las sustituciones, porque si sustituyo a alguien porque otra persona está de baja lo meto como más gasto de personal, bueno, pues el cociente se divide por las horas reales, con lo cual en esa tasa horaria se subsume el componente digamos un poco de la inactividad que puede venir dada por el absentismo, que, evidentemente, se paga en nómina pero se traslada a una tasa horaria incrementada en función de esas ineficiencias. Esto es cálculo, y ahí es donde hay que imputarlo. Es un coste directo importante y, por lo tanto, va al primer nivel que comentaba antes. Claro, no deberíamos quedarnos ahí, deberíamos quedarnos ahora en analizar, pero a efectos del análisis de costes, que es un cálculo para la comparativa con tarifas, yo tengo que asumir que si mis horas reales de trabajo son menores que las de otro centro, y esto ocurre a nivel de la propia red pública de hospitales, en un centro quirúrgico de los que hemos analizado, en cualquiera de ellos, ese mismo centro quirúrgico en la propia red no tiene las mismas horas reales de trabajo, depende del componente de bajas que haya habido ese año, de absentismo, de motivación. Puede que en un centro donde se da*

la misma prestación en dos mismos hospitales, desde un centro que tiene la misma prestación, se está trabajando con costes diferentes. Esto es lo que explica, quizás, en las diferencias de costes directos el más importante en este caso.

Y respecto al resto de los costes: la energía, la limpieza, la vigilancia, ya nos hubiera gustado haber encontrado algún medidor de la actividad para imputar la energía como coste directo, pero, mire, para eso, para computar claramente el coste directo, necesitamos contadores, y no hay contadores, es lo que decía antes. ¿Hubiera sido deseable bajarlo a coste directo? Desde luego, porque cuanto más se baje a coste directo más se tiene la cercanía de cuánto cuesta realmente la prestación, sobre todo para la toma de decisiones. Y ese alejamiento no se ha llevado, no hay medidor de la actividad, sencillamente porque no hay contadores por secciones, se tiene que computar en función de un parámetro. Y en la limpieza y la vigilancia ocurre lo mismo. Estos tres costes estarían al nivel de coste de centro público, no de hospital como tal, no al tercer nivel, en el que estaría ya un poco la estructura organizativa.

Siempre me gusta que quienes son los autores del trabajo y no yo tengan su protagonismo, porque son los que han trabajado los informes duramente. Voy a pasar la palabra a Asunción Olaechea, que es la autora de este trabajo, para que conteste el resto de las preguntas.

SRA. AUDITORA DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sra. Olaechea Estanga): *Buenos días, egun on. En relación con la diferenciación entre conciertos y convenios, lo que tengo que decir es que este trabajo responde a la petición, que decía conciertos y convenios suscritos con las siguientes entidades privadas. Entonces, el único convenio suscrito era con la Clínica Universitaria, lo demás son conciertos sanitarios. Efectivamente, en la normativa se relacionan todos los conciertos sanitarios, pero no los convenios, son diferentes. No se incluye San Juan de Dios porque la petición no lo pedía, entonces, el trabajo se ajustó a la petición, y por eso no está incluido San Juan de Dios.*

En cuanto a las limitaciones al trabajo, que ha comentado que luego se sigue el estudio como si no existieran, quiero decir que el propio informe recoge que pese a estas limitaciones y aunque no hubiera una contabilidad analítica, dada la información existente, hemos podido calcular el coste unitario.

En cuanto a la limitación de la fórmula de reparto de los costes indirectos, no es que no estuvieran imputados, sino que no estaban imputados directamente a la prestación, pero estaban imputados, de hecho, desde un 12,5 por ciento al Hospital de Navarra y hasta un 23 por ciento al Hospital García Orcoyen, y estaban imputados tanto los del propio centro sanitario como los del Departamento de Salud, desde la limpieza hasta la amortización del edificio, todo estaba imputado.

Y en cuanto al coste estimado estándar, que no contempla las complicaciones, que es un coste normalizado, sobre esto debo indicarle que solamente pueden surgir complicaciones en los procesos que hemos analizado en el caso de las prótesis, complicaciones que, dada la información facilitada por los facultativos, hemos considerado que serían del 1 al 3 por ciento y que no influirían significativamente en el coste que hemos estimado; los resultados, desde luego, no cambiarían.

Creo que hay alguna otra pregunta. En cuanto a Alliance, efectivamente, no se cotejaba la facturación con la autorización, no se hacía.

Respecto a lo de los conciertos en vigor, que finalizan a 31 de diciembre, estos conciertos se prorrogan hasta que se firme el nuevo concierto; entonces, sí que se puede derivar.

Luego alguien ha comentado lo de las prótesis. En el estudio, en las intervenciones de rodilla no están incluidas la prótesis, porque la prótesis es la misma para todos, porque las adjudica el Servicio Navarro de Salud. Entonces, el coste de la prótesis, que es en torno a unos tres mil euros no está incluido. Y otra cosa que se me olvidaba, en relación con las resonancias magnéticas de la Clínica Universitaria, los costes son comparables porque es la tarifa que la clínica cobra por las resonancias sencillas, o sea, no hay que excluirlas en la comparación. Nosotros, además, hemos cogido las resonancias simples de rodilla y tobillo porque son las que se derivan a los centros concertados, son las resonancias simples. ¿Precio de Médicis?

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Ahora no procede un debate. Luego, si queda alguna duda, ya se la aclararán, porque no han terminado todavía. Continúe, señora Olaechea.*

SRA. AUDITORA DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sra. Olaechea Estanga): *La tarifa que la Clínica Universitaria cobra por las resonancias simples es la tarifa que está comparada, entonces, no habría que excluirla. No sé si hay alguna pregunta más.*

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *¿Alguna intervención más? ¿Alguna cuestión que dice que no se le ha contestado, señor Pérez Prados?*

SR. PÉREZ PRADOS: (NO HAY SONIDO)

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Espere un momento. ¿Los demás portavoces tienen alguna otra cuestión? ¿Puede responderle a eso? Si no, daremos por concluida la sesión.*

SRA. AUDITORA DE LA CÁMARA DE COMPTOS (Sra. Olaechea Estanga): *Sí, es verdad, era un error. En el informe provisional se metió que Médicis no realizaba resonancias con contraste y luego se corrigió y se indicó, y la tarifa era la misma. Ese fue un error en el informe.*

SRA. PRESIDENTA (Sra. Salanueva Murguialday): *Bueno, pues yo creo que ya podemos dar por concluida esta sesión. Gracias por sus intervenciones, a ustedes también, y hasta otro día. Se levanta la sesión.*

(SE LEVANTA LA SESIÓN A LAS 12 HORAS Y 32 MINUTOS.)