

Informe 22/2006

**Gastos en asistencia
hospitalaria con medios
ajenos**

Ejercicio 2003



**Sindicatura de Comptes
de Catalunya**

Este texto en castellano es una traducción no oficial que constituye sólo una herramienta de documentación. No implica, por lo tanto, la responsabilidad de la Sindicatura de Cuentas de Cataluña.



MONTSERRAT VENDRELL TORNABELL, secretaria general de la Sindicatura de Cuentas de Cataluña,

C E R T I F I C O:

Que en Barcelona, el día 27 de septiembre de 2006, reunido el Pleno de la Sindicatura de Cuentas, bajo la presidencia del síndico mayor, el Excmo. Sr. D. Joan Colom Naval, con la asistencia de los síndicos doña Montserrat de Vehí Torra, don Agustí Colom Cabau, don Jacint Ros Hombravella, don Alexandre Pedrós Abelló, don Enric Genescà Garrigosa y don Ernest Sena Calabuig, actuando como secretaria la secretaria general de la Sindicatura, doña Montserrat Vendrell Tornabell, y como ponente el síndico don Agustí Colom Cabau, previa deliberación se acuerda aprobar el informe de fiscalización 22/2006, relativo a Gastos en asistencia hospitalaria con medios ajenos, ejercicio 2003, con los votos particulares en contra de la síndica doña Montserrat de Vehí Torra y del síndico don Ernest Sena Calabuig, los cuales constan al final del informe.

Y, para que así conste y surta los efectos que correspondan, firmo este certificado, con el visto bueno del síndico mayor.

Barcelona, 8 de noviembre de 2006

[Firma]

Vº Bº
El síndico mayor

[Firma]

Joan Colom Naval



ÍNDICE

ABREVIATURAS	7
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. INTRODUCCIÓN AL INFORME	9
1.1.1. Objeto y alcance	9
1.1.2. Metodología y limitaciones	10
1.2. SERVICIOS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA PRESTADOS POR LOS CENTROS HOSPITALARIOS	10
1.2.1. Principales datos presupuestarios	10
1.2.2. Información objeto de examen	13
1.2.3. El modelo sanitario catalán	13
1.2.4. Normativa	14
2. FISCALIZACIÓN REALIZADA	17
2.1. LA AUTORIZACIÓN DE APERTURA O DE FUNCIONAMIENTO	17
2.2. LA ACREDITACIÓN	20
2.3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE LOS CENTROS QUE INTEGRAN LA RED HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA DE CATALUÑA (RHUP)	24
2.3.1. Centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP	24
2.3.2. Contratación de servicios hospitalarios	29
2.3.3. Compra de servicios hospitalarios	30
2.4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE CENTROS NO INTEGRADOS EN LA RHUP	61
2.4.1. Centros que no pertenecen a la RHUP	61
2.4.2. Contratación de servicios hospitalarios	66
2.4.3. Compra de los servicios hospitalarios	68
2.5. PAGOS DE SERVICIOS SANITARIOS	71
2.6. MECANISMOS DE CONTROL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	73
2.7. LISTAS DE ESPERA	77
2.8. SITUACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS QUE PRESTAN ASISTENCIA HOSPITALARIA	82
2.9. SUBVENCIONES CONCEDIDAS POR EL SCS Y PRÉSTAMOS Y AVALES CONCEDIDOS POR EL INSTITUTO CATALÁN DE FINANZAS A LAS ENTIDADES TITULARES O GESTORAS DE LOS CENTROS DE LA RHUP	86
2.10. INGRESOS DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA	90
2.11. GASTO PRESUPUESTARIO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	92

3. CONCLUSIONES	93
3.1. OBSERVACIONES	94
3.2. RECOMENDACIONES.....	105
4. TRÁMITE DE ALEGACIONES.....	111
5. COMENTARIOS A LAS ALEGACIONES PRESENTADAS.....	128
6. VOTOS PARTICULARES DE MIEMBROS DEL PLENO DE LA SINDICATURA	129
6.1. VOTO PARTICULAR DE LA SÍNDICA DOÑA MONTSERRAT DE VEHÍ TORRA	129
6.2. VOTO PARTICULAR DEL SÍNDICO DON ERNEST SENA CALABUIG	129

ABREVIATURAS

CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
FP	Fundación pública
ICF	Instituto Catalán de Finanzas
ICO	Instituto Catalán de Oncología
ICS	Instituto Catalán de la Salud
IMAS	Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria
IRE	Intensidad relativa estructural
IRR	Intensidad relativa de recursos
LOSC	Ley de ordenación sanitaria de Cataluña
M€	Millones de euros
RHUP	Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña
SCS	Servicio Catalán de la Salud

1. INTRODUCCIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN AL INFORME

La Sindicatura de Cuentas, como órgano de fiscalización de la gestión económica, financiera y contable del sector público de Cataluña, emite el presente informe a raíz de las funciones que le son encomendadas en el artículo 2 de la Ley 6/1984, de 5 de marzo, de la Sindicatura de Cuentas, modificada por la Ley 15/1994, de 4 de julio; la Ley 7/2002, de 25 de abril y la Ley 7/2004, de 16 de julio.

Esta fiscalización ha tenido su origen en la iniciativa de la Sindicatura de Cuentas, de acuerdo con el artículo 2.1 de sus Normas de régimen interior, y en ejecución del Plan de trabajo para el año 2005 aprobado por el Pleno de la Sindicatura de Cuentas en la sesión del día 14 de diciembre de 2004.

1.1.1. Objeto y alcance

El objeto de este informe es la fiscalización de la prestación de los servicios de asistencia hospitalaria y especializada mediante convenios o contratos entre el Servicio Catalán de la Salud (SCS) y los centros hospitalarios de propiedad pública o privada.

La fiscalización realizada ha sido del tipo de gestión y de regularidad. Por lo tanto, los objetivos fijados en este trabajo se han dirigido a obtener una razonable seguridad de que la gestión de los recursos materiales y económicos se realizó con eficacia y eficiencia. También se ha querido verificar que la contratación de la gestión de los servicios hospitalarios se haya realizado de acuerdo con la legislación vigente y que los gastos derivados de la asistencia hospitalaria hubieran sido contabilizados conforme a los principios contables que les eran de aplicación.

El alcance material se centra en las funciones de ordenación, planificación, programación, compra, evaluación e inspección que efectúa el Servicio Catalán de la Salud en el conjunto de centros hospitalarios de titularidad pública o privada de Cataluña que prestan servicios de asistencia hospitalaria y especializada por cuenta del sistema sanitario de cobertura pública, excluidos los gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS).

El alcance temporal se circunscribe a los servicios prestados durante el ejercicio 2003, aunque, para determinados puntos del trabajo realizado, se ha considerado conveniente ampliar este alcance temporal.

En el informe se hacen constar las observaciones por infracciones y anomalías detectadas en el transcurso del trabajo así como las recomendaciones y medidas a

emprender a fin de mejorar la prestación de servicios y la gestión económica, financiera y contable.

1.1.2. Metodología y limitaciones

Las pruebas realizadas, de cumplimiento y sustantivas, han sido las que, de forma selectiva, se han considerado necesarias a fin de obtener suficiente y adecuada evidencia que permita manifestar las conclusiones que se desprenden del trabajo realizado con las normas de auditoría pública generalmente aceptadas.

El trabajo de fiscalización se ha realizado sin ninguna limitación, excepto en los casos mencionados a lo largo del informe.

1.2. SERVICIOS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA PRESTADOS POR LOS CENTROS HOSPITALARIOS

1.2.1. Principales datos presupuestarios

El presupuesto del SCS para el ejercicio 2003 fue aprobado por la Ley 30/2002, de 30 de diciembre, de presupuestos de la Generalidad de Cataluña para 2003, por importe de 5.447,48 M€.

El gasto en atención hospitalaria se registró en el presupuesto del SCS dentro de la función de *Atención especializada* en el concepto presupuestario 252 *Conciertos con instituciones cerradas*. En el año 2003, el importe del crédito inicial de este concepto presupuestario fue de 1.495,86 M€, que estaba integrado por 1.404,10 M€, que correspondían al subconcepto presupuestario 2520001 *Atención especializada*, y 91,76 M€, que correspondían al subconcepto 2520002 *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria* (cuadros 1.2.A y 1.2.B).

Cuadro 1.2.A: Créditos aprobados, modificaciones presupuestarias y presupuesto definitivo para el año 2003

Concepto/ subconcepto	Concepto presupuestario	Créditos iniciales	Aminoraciones por transferencias	Índice de modificación (1)	Créditos definitivos
2520001	Atención especializada	1.404.103.243,80	(31.925.125,25)	(2,27)	1.372.178.118,55
2520002	Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria	91.760.628,65	0,00	0,00	91.760.628,65
252	Conciertos con instituciones cerradas	1.495.863.872,45	(31.925.125,25)	(2,13)	1.463.938.747,20

Importes en euros.

Fuente: Estados y cuentas anuales de la Cuenta general de 2003.

Nota: (1) Índice de modificación: (Importe de la modificación presupuestaria/Importe de los créditos iniciales)x100.

Cuadro 1.2.B: Obligaciones reconocidas, importes pagados y pendientes de pago a 31 de diciembre de 2003

Partida/ concepto	Concepto presupuestario	Obligaciones reconocidas	Estructura presupues- -taria (1)	Grado de ejecu- ción (2)	Pagos efectivos	Grado de pago (3)	Pendiente de pago
2520001	Atención especializada	1.358.707.350,14	91,35	99,02	1.358.652.464,47	99,99	54.885,67
2520002	Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria	128.594.930,93	8,65	140,14	128.594.930,93	100,00	0,00
252	Conciertos con inst. cerradas	1.487.302.281,07	100,00	101,60	1.487.247.395,40	100,00	54.885,67

Importes en euros.

Fuente: Estados y cuentas anuales de la Cuenta general de 2003

Notas: (1) Estructura presupuestaria: (importe de las obligaciones reconocidas de cada subconcepto presupuestario/importe de las obligaciones reconocidas del concepto presupuestario) x 100.

(2) Grado de ejecución: (Importe de las obligaciones reconocidas/Importe de los créditos definitivos) x 100.

(3) Grado de pago: (Importe de los pagos efectivos/Importe de las obligaciones reconocidas) x 100.

La partida presupuestaria destinada a financiar la atención especializada disminuyó en 31,93 M€ a consecuencia de dos transferencias: una, por 31,00 M€, se destinó a *Atención primaria* y la otra, por 0,93 M€, aumentó las transferencias corrientes al Consejo General de Aran.

Las obligaciones reconocidas por el SCS en el año 2003 alcanzaron los 5.607,81 M€, de los que 1.823,33 M€ correspondían a gastos de la función de *Atención especializada*. Las obligaciones reconocidas del concepto *Conciertos con instituciones cerradas* fueron de 1.487,30 M€ y representaron el 26,52% del gasto liquidado por el SCS y el 81,57% del gasto registrado en la función presupuestaria de *Atención especializada*. De este importe, 1.358,71 M€ correspondieron a las obligaciones reconocidas en el subconcepto 252.0001 *Atención especializada*, y el resto, 128,59 M€, correspondieron al gasto registrado en el subconcepto 252.0002 *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria*.

El grado de ejecución de ambas partidas presupuestarias fue muy elevado. En el caso de atención especializada, a pesar de llegar al 99,02%, no se ejecutó la totalidad del presupuesto definitivo, y en el caso de los gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria, las obligaciones reconocidas sobrepasaron en un 40% los créditos definitivos. Las obligaciones reconocidas de ambas partidas presupuestarias se pagaron a 31 de diciembre casi en su totalidad.

Cuadro 1.2.C: Variación de las obligaciones reconocidas en el ejercicio 2003 con respecto al 2002

Concepto presupuestario	Ejercicio 2002		Ejercicio 2003		Variación 2003-2002	
	Obligaciones reconocidas	Estructura presupuesto (1)	Obligaciones reconocidas	Estructura presupuesto (1)	Variación absoluta	Variación porcentual
Atención especializada	1.296.976.251,68	92,37	1.358.707.350,14	91,35	61.731.098,46	4,76
Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria	107.117.901,92	7,63	128.594.930,93	8,65	21.477.029,01	20,05
Conciertos con instituciones cerradas	1.404.094.153,60	100	1.487.302.281,07	100	83.208.127,47	5,93

Importes en euros.

Fuente: Estados y cuentas anuales de la Cuenta general de 2003.

Nota: (1) Estructura presupuestaria: (importe de las obligaciones reconocidas de cada subconcepto presupuestario/importe de las obligaciones reconocidas del concepto presupuestario) x 100.

En relación con la evolución de las obligaciones reconocidas durante los dos últimos ejercicios, los gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria se incrementaron en un 20,05% en el año 2003 con respecto al ejercicio anterior. El gasto en atención especializada también aumentó, pero en un 4,76%.

Sin embargo, la liquidación del presupuesto de 2003 del concepto *Conciertos con instituciones cerradas* no incluía el gasto efectuado¹ durante el periodo que abarca una parte del mes de mayo hasta el mes diciembre de 2003, por 981,08 M€, de los cuales 869,59 M€ correspondían al subconcepto de *Atención especializada* y 111,49 M€ correspondían al subconcepto *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria*. Por otra parte, incluía 827,13 M€ de gastos efectuados durante el periodo del mes de junio al mes de diciembre de 2002, 749,06 M€ correspondían a *Atención especializada* y 78,07 M€ al subconcepto *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria*.

Por lo tanto, el gasto efectuado durante el ejercicio 2003 que corresponde al concepto *Conciertos con instituciones cerradas* fue de 1.641,25 M€, de los que 1.479,23 M€ correspondían a gastos en *Atención especializada* y 162,02 M€ correspondían a gastos *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria*.

Cuadro 1.2.D: Gasto efectuado en los ejercicios 2002 y 2003 y registrado en el presupuesto del año siguiente

Concepto presupuestario	Gasto efectuado en 2002 reconocido en 2003 (A)	Gasto efectuado y reconocido en 2003 (B)	Total obligaciones reconocidas en 2003 (A + B)	Gasto efectuado en 2003 reconocido en 2004 (C)	Total gasto efectuado en 2003 (B + C)	% de incremento de gasto desplazado (C-A)/Ax100
Atención especializada	749.062.179,51	609.645.170,63	1.358.707.350,14	869.586.469,63	1.479.231.640,26	16,09
Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria	78.072.762,63	50.522.168,30	128.594.930,93	111.492.963,61	162.015.131,91	42,81
Conciertos con inst. cerradas	827.134.942,14	660.167.338,93	1.487.302.281,07	981.079.433,24	1.641.246.772,17	18,61

Importes en euros.

Fuente: Estados y cuentas anuales de la Cuenta general de 2003 y documentación facilitada por el SCS.

De estos datos se desprende que el 55,61% de las obligaciones reconocidas en el presupuesto del año 2003 eran gastos efectuados en el ejercicio 2002 y que el presupuesto de 2003 no incluyó el 59,78% del gasto efectuado en el ejercicio 2003, que se registró en el presupuesto del año 2004. El gasto desplazado del ejercicio 2003 a 2004, por importe de 981,08 M€, fue más elevado que el desplazado del ejercicio 2002 a 2003, que fue de 827,13 M€; es decir, el gasto del año 2003 desplazado al año siguiente se incrementó en un 18,61% en relación con el desplazado en el año 2002 a 2003 que, en valores absolutos, correspondió a un aumento de 153,95 M€.

1. Gastos efectuados antes de cerrar el ejercicio presupuestario que deberían haber dado lugar al reconocimiento de la obligación hasta el 31 de enero del año siguiente en caso de que se hubiera dictado el acto administrativo previo.

1.2.2. Información objeto de examen

La información objeto de examen ha sido el gasto devengado en el ejercicio 2003 por la prestación de servicios hospitalarios prestados por el SCS mediante los centros hospitalarios no gestionados por el ICS, por 1.684,73 M€.

El importe del gasto devengado es el resultado de añadir a los 1.641,25 M€, que se corresponden con los gastos efectuados durante el ejercicio 2003 que deberían haber dado lugar al reconocimiento de la obligación en el presupuesto del año 2003, los gastos efectuados en el año 2003, por importe de 43,48 M€, que deberían haber dado lugar al reconocimiento de la obligación a partir del 31 de enero del año 2004 y, por lo tanto, imputables al presupuesto de 2004.

Se han revisado los procedimientos y los controles internos establecidos por el SCS para garantizar que la asistencia hospitalaria concertada se realizara de acuerdo con los principios de eficacia, eficiencia y de acuerdo con la normativa que le era aplicable.

También se han examinado los gastos por las aportaciones de capital, las subvenciones y las transferencias concedidas por el SCS a las entidades titulares de los centros hospitalarios que han prestado servicios hospitalarios por cuenta del SCS, por 11,62 M€.

1.2.3. El modelo sanitario catalán

Con la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC), aprobada el 9 de julio de 1990, se formalizó el actual modelo sanitario catalán, basado en los principios de servicio público financiado públicamente, asistencia universal, accesibilidad (equidad y superación de las desigualdades territoriales), promoción de la salud y eficiencia de la organización sanitaria (racionalización y simplificación).

En este modelo sanitario, el Servicio Catalán de la Salud se constituye como el planificador, financiador, evaluador y comprador de los servicios sanitarios. El SCS compra servicios hospitalarios a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, de titularidad pública o privada, que integran la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña (RHUP).

La RHUP fue creada por el Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la Red Hospitalaria Pública, fue revalidada por la LOSC y modificada por el Decreto 133/1997, de 27 de mayo, por el que se modifica el anexo del Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.

La RHUP, de acuerdo con el anexo del Decreto 133/1997, está integrada por 65 centros hospitalarios. Los centros hospitalarios integrados en la RHUP satisfacen regularmente las necesidades de los pacientes que requieren atención hospitalaria aguda mediante los convenios pertinentes firmados con el SCS.

En aquellos supuestos en que los hospitales de la Red no sean suficientes, el SCS, solo con carácter excepcional y por una duración limitada, puede comprar servicios sanitarios en centros hospitalarios que no pertenezcan a la Red para la atención de enfermos agudos de cobertura pública, de acuerdo con el artículo 43.2 de la LOSC.

Todos los centros hospitalarios de Cataluña deben disponer de la autorización de apertura o funcionamiento, como requisito previo a la apertura al público y al inicio de la actividad.

Además, de acuerdo con el artículo 1 de la Orden de 10 de julio de 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios, todos los centros hospitalarios incluidos y no incluidos en la RHUP, pero que prestan servicios de asistencia hospitalaria y especializada por cuenta del SCS, deben obtener el certificado de acreditación con el objeto de promover la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios y garantizar un nivel homogéneo de calidad asistencial a los ciudadanos. El resto de centros hospitalarios también lo pueden solicitar como prueba del grado de calidad conseguido.

1.2.4. Normativa

La normativa que resulta más relevante, agrupada por temática, para el objeto de este informe es la siguiente:

Legislación general:

- Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, modificada parcialmente por la Ley 11/1995, de 29 de septiembre.
- Decreto 354/2001, de 18 de diciembre, de transferencia de competencias de la Generalidad de Cataluña en el Consejo General del Valle de Aran en materia de sanidad.

Autorización y acreditación:

- Ley 15/1997, de 24 de diciembre, de tasas y precios públicos de la Generalidad de Cataluña, modificada por la Ley 15/2000, de 29 de diciembre, y la Ley 21/2001, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas.
- Decreto 183/1981, de 2 de julio, de regulación de las condiciones y requisitos que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales.
- Decreto 118/1982, de 6 de mayo, sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales.

- Orden de 10 de julio de 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios. Modificada por la Orden de 1 de julio de 1999, por la Orden SSS/61/2002, de 1 de marzo, y por la Orden SSS/488/2003, de 1 de diciembre, por las que se autoriza la prórroga de los certificados de acreditación de los centros hospitalarios.

Prestación de servicios hospitalarios:

- Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.
- Decreto 133/1997, de 27 de mayo, por el que se modifica el anexo del Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.
- Decreto 179/1997, de 22 de julio, por el que se establecen las modalidades de pago que rigen la contratación de los servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.
- Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.
- Decreto 348/2002, de 24 de diciembre, por el que se prorroga la vigencia de determinados contratos para la prestación de servicios sanitarios para el año 2003.
- Orden de 24 de abril de 1986, sobre regulación de los procedimientos para la integración y exclusión de los centros hospitalarios de la Red Hospitalaria de Utilización Pública y para su clasificación en niveles.
- Orden SSS/275/2003, de 17 de junio, por la que se determinan para el año 2003 los precios unitarios y el resto de valores a los que se refiere el artículo 5 del Decreto 179/1997, de 22 de julio, por el que se establecen las modalidades de pago que rigen la contratación de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.
- Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social², de 17 de junio de 2003, por la que se asigna a los centros de atención hospitalaria los factores de corrección por intensidad relativa estructural (IRE) y por intensidad relativa de recursos (IRR); se clasifican los centros de atención hospitalaria a los efectos de la determinación de su complejidad estructural, en relación con las consultas

2. Mediante el Decreto 303/2004, de 25 de mayo, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social pasó a denominarse Departamento de Salud con efecto desde el 28 de mayo de 2004. En este informe se han utilizado las dos denominaciones indistintamente en función de la fecha a la que se hace referencia.

externas, cirugía menor ambulatoria y hospital de día; se clasifican los centros de atención hospitalaria a los efectos de determinar su complejidad estructural en relación con las urgencias y se determinan los centros de atención hospitalaria que percibirán una asignación única global destinada a afrontar los costes derivados del mantenimiento de una estructura mínima de atención de urgencias.

- Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social, de 17 de junio de 2003, por la que se fija la contraprestación económica de los servicios de asistencia hospitalaria y especializada para el año 2003.
- Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social, de 17 de junio de 2003, por la que se aprueban los precios de las prótesis quirúrgicas fijas.
- Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social, de 17 de junio de 2003, por la que se aprueba, para el año 2003, la relación de servicios, dispositivos y programas específicos de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y el presupuesto asignado para productos intermedios, modificada por la Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social, de 12 de noviembre de 2003.
- Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social, de 17 de junio de 2003, por la que se aprueba para el año 2003 el programa específico de contratación adicional de determinados procedimientos quirúrgicos y pruebas complementarias de gran importancia con largo tiempo de lista de espera y las correspondientes tarifas.
- Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social, de 12 de noviembre de 2003, por la que se aprueba el programa de prestaciones específicas correspondientes a la función docente e investigadora.

Modelo poblacional:

- Orden SSS/172/2002, de 17 de mayo, por la que se establece una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional, derogada por la Orden SSS/38/2004, de 20 de febrero, por la que se establece una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional.

Fondo de cohesión:

- Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

2. FISCALIZACIÓN REALIZADA

2.1. LA AUTORIZACIÓN DE APERTURA O DE FUNCIONAMIENTO

Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios deben solicitar la autorización administrativa previa para su creación, ampliación, modificación, traslado o cierre, de acuerdo con el artículo 3.a) del Decreto 183/1981, de 2 de julio, de regulación de las condiciones que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales.

Posteriormente, una vez el peticionario termina las obras objeto de la solicitud, este debe pedir la autorización de apertura y funcionamiento del centro, que la Administración concede, si procede, una vez ha comprobado el cumplimiento de las condiciones y requisitos establecidos en la autorización administrativa previa. Este cumplimiento debe certificarse mediante acta de inspección.

El procedimiento de autorización está regulado en el Decreto 183/1981, de 2 de julio, de regulación de las condiciones y requisitos que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales, en el Decreto 118/1982, de 6 de mayo, sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales, y en la Orden de 24 de enero de 1983, que establece la normativa para la solicitud y la concesión de autorización administrativa para la creación, la modificación, el traslado o cierre de centros, servicios y establecimientos de asistencia hospitalaria.

Los requisitos que deben cumplir los centros y servicios que solicitan la autorización administrativa de apertura o de funcionamiento están contenidos en el anexo de la Orden de 10 de julio de 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios, según establece la disposición transitoria de dicha Orden.

Por otra parte, y de acuerdo con la Orden de 16 de agosto de 1984, de autorización de centros sanitarios extractores y trasplantadores de órganos humanos, los centros hospitalarios que son extractores y/o trasplantadores de órganos y/o tejido humano deben obtener autorización administrativa para realizar esta actividad, que tiene una vigencia de cuatro años renovables previa solicitud del centro y siempre que se siga garantizando el cumplimiento de los requisitos previstos en la normativa.

La tramitación de los expedientes de estas autorizaciones administrativas corresponde a los órganos competentes de la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y las concede el director general de Recursos Sanitarios o, si procede, el consejero.

Se han revisado siete expedientes de un total de treinta y dos tramitados, dos por traslado del centro sanitario, tres por ampliación y modificación con cambios o alteraciones físicas del edificio y dos tramitados por solicitud de renovación de la autorización administrativa por transplante de tejido osteotendinoso y por extracción de

órganos y tejidos. Cinco de los expedientes revisados son de centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP y los otros dos son de centros hospitalarios que prestan servicios por cuenta del SCS.

De la revisión de estos expedientes es preciso hacer las siguientes observaciones:

a) Falta de adecuación de la normativa que regula la autorización de apertura y funcionamiento

Ninguno de los centros hospitalarios que obtuvieron la autorización de apertura y funcionamiento cumplió todos los criterios que se detallan en el anexo de la Orden de 10 de julio de 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios, que son de obligado cumplimiento de acuerdo con la disposición transitoria de dicha Orden.

Este hecho se produce porque esta disposición transitoria establece que los centros, servicios y establecimientos hospitalarios que soliciten autorización de funcionamiento y apertura deben cumplir los requisitos de los centros acreditados, aunque el certificado de acreditación garantiza la consecución de una determinada calidad de los centros hospitalarios que solo se pueden evaluar cuando el centro hospitalario ya está en funcionamiento, hecho que no se produce cuando el centro, servicio o establecimiento sanitario solicita autorización de apertura y funcionamiento.

En el periodo fiscalizado faltaba una normativa que regulara la especificidad de los centros que solicitaban la autorización de apertura y funcionamiento.

b) Falta de autorización administrativa previa por ampliación de la actividad asistencial y de autorización de apertura y funcionamiento

La Dirección General de Recursos Sanitarios concedió la autorización de apertura y funcionamiento, el 27 de noviembre de 2002, a uno de los hospitales muestreados, aunque no disponía de la autorización administrativa de la ampliación de la actividad asistencial. Esta autorización es requisito previo e indispensable para obtener la autorización de apertura o funcionamiento del centro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12 de la Orden de 24 de enero de 1983 y el artículo 3 del Decreto 118/1982.

Uno de los hospitales obtuvo autorización para realizar las obras y efectuar las instalaciones necesarias para la remodelación y modificación de dos quirófanos el 28 de octubre de 2003, pero a 30 de mayo de 2005 todavía no había solicitado la autorización de apertura y funcionamiento.

La falta de autorización administrativa para la ampliación de la actividad y la omisión de la autorización de apertura y funcionamiento pueden dar lugar a sanciones admi-

nistrativas que pueden comportar la suspensión provisional o prohibición y clausura del centro, servicio o establecimiento, de acuerdo con el artículo 5 de la Orden de 24 de enero de 1983 y el artículo 4 del Decreto 118/1982. La Dirección General de Recursos Sanitarios ha informado a la Sindicatura que no ha incoado nunca ningún expediente sancionador por estas causas.

c) Falta de documentación en los expedientes

En cuatro de los expedientes revisados faltaba alguno de los documentos que establecen los artículos 3 y 6 de la Orden de 24 de enero de 1983.

Los documentos que faltaban en alguno de estos expedientes son, entre otros, la memoria del proyecto técnico o resumen, la memoria de ingeniería o resumen con especificación de la potencia eléctrica necesaria para contratar y su factibilidad, del caudal de agua, del consumo térmico y de otros servicios necesarios y previstos y la justificación expresa del cumplimiento de toda la normativa vigente que afecte al centro en materia urbanística, de construcción, instalaciones y seguridad.

Por otra parte, en uno de los dos expedientes de renovación de la autorización para realizar transplantes de tejidos y extracción de órganos humanos faltaba la documentación, establecida en el artículo 10 de la Orden de 16 de agosto de 1984, referente a los resultados de las intervenciones practicadas desde el año 1998 y hasta el año 2001, ambos incluidos, con una referencia especial a la utilización del injerto y mortalidad y morbilidad de receptores y donantes vivos, así como a la supervivencia del injerto.

d) Falta de comprobación del cumplimiento de las condiciones y requisitos establecidos en la autorización de traslado, ampliación y modificación, previa a la autorización de funcionamiento

En tres de los expedientes revisados, la Dirección General de Recursos Sanitarios no comprobó el cumplimiento por parte del centro hospitalario de las condiciones y requisitos establecidos en la autorización de traslado, ampliación y modificación, tal como dispone el artículo 3 apartado b) del Decreto 183/1981.

En otro expediente, de traslado y ampliación del centro hospitalario revisado, la Dirección General de Recursos Sanitarios, en fecha 29 de octubre de 2004, autorizó la apertura y el funcionamiento del nuevo centro, aunque la inspección había detectado deficiencias. En fecha 31 de marzo de 2005, el centro hospitalario envió la documentación que acreditaba la resolución de todas las deficiencias menos una. La Dirección General de Recursos Sanitarios, en fecha 31 de mayo de 2005, no había validado esta documentación.

e) Falta de renovación de la autorización administrativa en plazo

En uno de los dos expedientes por renovación de la autorización para realizar transplantes de tejidos y/o extracción de órganos y tejidos consta que el titular del centro hospitalario renovó la autorización dos años y veintidós días después de la fecha límite de su vigencia.

f) Falta de procedimientos de control interno

La Dirección General de Recursos Sanitarios no utiliza ningún documento o plantilla donde consten los requisitos, establecidos en la Orden de 10 de julio de 1991, que el centro hospitalario cumple y no cumple y a partir de los cuales se le concedió la autorización de apertura y funcionamiento.

2.2. LA ACREDITACIÓN

De acuerdo con el artículo 1 de la Orden de 10 de julio de 1991, los centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP y los que presten asistencia hospitalaria y especializada mediante convenio o contrato con el SCS deben obtener el certificado de acreditación. El resto de centros hospitalarios lo podrán solicitar como prueba del grado de calidad conseguido.

La acreditación es el proceso por el que una organización sanitaria se incorpora a una verificación externa que evaluará el nivel en que de dicha organización se sitúa según un conjunto de estándares previamente establecidos y consensuados.

La acreditación está regulada en la Orden de 10 de julio de 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios, modificada por la Orden de 1 de julio de 1999, por la Orden SSS/61/2002, de 1 de marzo, y por la Orden SSS/488/2003, de 1 de diciembre, por las que se autoriza la prórroga de los certificados de acreditación de los centros hospitalarios.

El procedimiento de acreditación incluye la comprobación de aspectos sanitarios, de medidas relativas a la prevención de incendios, evaluadas por la Dirección General de Emergencias y Seguridad Civil del Departamento de Interior, y de aspectos referentes a la seguridad y al mantenimiento de las instalaciones. El resultado de estas comprobaciones se refleja en tres informes técnicos que se envían al Comité de Acreditación, que formula la propuesta de resolución al director general de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, quien concede o deniega el certificado de acreditación.

En el certificado de acreditación se pueden adjuntar los requerimientos oportunos a fin de mejorar la calidad asistencial o estructural del centro.

Se ha verificado que todos los hospitales que prestaban servicios hospitalarios mediante contrato o convenio con el SCS tuvieran el certificado de acreditación y se

han revisado dieciséis expedientes de acreditación, trece de los cuales correspondían a hospitales integrados en la RHUP –de un total de cincuenta y un centros hospitalarios– y los otros tres no pertenecían a la Red, pero prestaban servicios hospitalarios por cuenta del SCS.

De la revisión de este apartado es preciso hacer las siguientes observaciones:

a) Centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP y que no están acreditados

La Fundación Sanitaria de Igualada Fundación Privada, el Hospital Provincial Santa Caterina y el Hospital Comarcal Sant Antoni Abat son centros hospitalarios incluidos en la RHUP que no estaban acreditados en el año 2003, en contra de lo establecido en el artículo 4 del Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.

El hecho de que estos centros no estuvieran acreditados debería haber dado lugar a su exclusión de la Red, de acuerdo con el artículo 3 de la Orden de 24 de abril de 1986, sobre regulación de los procedimientos para la integración y exclusión de los centros hospitalarios de la RHUP, y para su clasificación en niveles.

Respecto a la Fundación Sanitaria de Igualada Fundación Privada y al Hospital Provincial Santa Caterina, en fechas 10 de diciembre de 1998 y 12 de enero de 1999, respectivamente, la Dirección General de Recursos Sanitarios emitió diligencias en las que se hacía constar que estos centros estaban llevando a cabo importantes reestructuraciones en sus servicios, que tenían una incidencia directa en el proceso de acreditación, circunstancia que comportó la paralización de los expedientes de acreditación hasta la finalización de dichas reestructuraciones.

En fecha 12 de enero de 2000, la Dirección General de Recursos Sanitarios envió una carta en la que requería al Hospital Fundación Sanitaria de Igualada Fundación Privada que informara sobre si había terminado el proceso de reestructuración, pero en el expediente no figuraba ninguna respuesta por parte del hospital. Desde esta fecha no se ha hecho ninguna otra actuación.

El Hospital Provincial Santa Caterina se trasladó al Parque Hospitalario Martí i Julià y obtuvo la autorización de apertura y funcionamiento del nuevo centro en fecha 29 de octubre de 2004, pero no se ha hecho ninguna actuación relativa a la obtención del certificado de acreditación.

Con respecto al Hospital Comarcal Sant Antoni Abat es preciso decir que el SCS le contrató exclusivamente la gestión del servicio de urgencias. Este hospital no se pudo acreditar porque es un centro que se ha ido transformando en sociosanitario a lo largo del tiempo y que actualmente solo presta el servicio de urgencias como asistencia hospitalaria y especializada. La acreditación no se concede a un servicio sino a todo un centro hospitalario.

b) Prórrogas del plazo para renovar la acreditación

El artículo 4 de la Orden de 10 de julio de 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios, establece que esta se concede por un periodo de tres años. Este plazo se ha ido prorrogando hasta el 31 de diciembre de 2005, mediante sucesivas órdenes del consejero de Sanidad y Seguridad Social, dado que se estaba revisando el modelo de acreditación que daría lugar a una nueva normativa.

Trece de los dieciséis expedientes de los centros hospitalarios muestreados se acreditaron por última vez en los años 1996, 1997 y 1998. Las prórrogas sucesivas han ocasionado que los centros hospitalarios no hayan sido sometidos a controles exhaustivos con respecto a la calidad del servicio, la seguridad, la estructura y el mantenimiento de los edificios desde estos años.

c) Incumplimiento de los criterios de acreditación

A los certificados de acreditación concedidos de todos los expedientes examinados se adjuntaron peticiones a fin de que el centro realizara las mejoras oportunas para cumplir la totalidad de los criterios de acreditación, a la vez que se establecían unos plazos máximos de tres, seis, dieciocho y treinta y seis meses para solucionar las deficiencias, en función de la priorización de los incumplimientos.

La Dirección General de Recursos Sanitarios hizo un seguimiento hasta el año 2002 del cumplimiento de estos requerimientos en todos los centros muestreados, excepto en dos. En algunos centros hospitalarios, este seguimiento solo se realizó en una o dos de las tres vertientes que incumplían los criterios de acreditación (la vertiente sanitaria, la vertiente que contempla las medidas contra incendios y la vertiente de seguridad y mantenimiento de las instalaciones). En este control se constató una mejora con respecto al cumplimiento de los estándares. A pesar de ello, después del seguimiento ninguno de los catorce hospitales revisados había alcanzado la totalidad de los estándares de acreditación.

En relación con estos centros hospitalarios y para cada una de las vertientes analizadas, hay que decir lo siguiente:

- Con respecto a la vertiente sanitaria, en el momento de la acreditación ninguno de los centros sanitarios muestreados cumplía, inicialmente, todos los trescientos treinta y un requisitos de acreditación. No obstante, tras los seguimientos y las peticiones efectuadas por la Dirección General de Recursos Sanitarios, doce hospitales de la muestra mejoraron en su grado de cumplimiento hasta el punto que solo incumplían una media de nueve de los trescientos treinta y un requisitos de acreditación establecidos. En los cuatro hospitales restantes no se hizo una evaluación posterior del cumplimiento de estos criterios, uno de los cuales incumplía setenta y cuatro requisitos de acreditación y otro incumplía cuarenta y seis.

El 27 de marzo de 2002, la Dirección General de Recursos Sanitarios emitió informe sobre el seguimiento del cumplimiento de los criterios de acreditación de uno de los hospitales, en el que se estableció, entre otros, que se debían hacer actuaciones urgentes en los puntos pendientes de quirófano y esterilización; a la vez que, en el nuevo bloque quirúrgico, se debía revisar la ubicación de las áreas de almacenaje de material dentro del área aséptica, con respecto a la evacuación al exterior y la configuración de la central de esterilización. A continuación se comunicó que la resolución de estos puntos se consideraba de máxima urgencia si el hospital quería continuar como hospital acreditado. La Dirección General de Recursos Sanitarios no ha realizado ninguna otra actuación sobre el tema y se desconocen las medidas adoptadas por el centro sanitario.

- Con respecto a la prevención de incendios, en el momento de la acreditación todos los centros hospitalarios muestreados disponían de medidas insuficientes, de acuerdo con los informes emitidos por la Dirección General de Emergencias y Seguridad Civil, para garantizar la seguridad en caso de incendio y se les solicitaba aportar un plan de actuación que incluyera la corrección de las deficiencias a corto y largo plazo. Hasta el año 2002 se hicieron evaluaciones posteriores para revisar los planes de actuación de diez hospitales de los dieciséis muestreados, los otros seis no se volvieron a evaluar. Como resultado de estas revisiones posteriores se volvió a requerir a siete centros hospitalarios la elaboración de un plan de actuación para paliar las deficiencias. Desde el año 2002 no consta que se haya hecho ninguna otra actuación.
- Con respecto a la seguridad y el mantenimiento, diez centros hospitalarios no tenían incidencias en el momento de la acreditación o las corrigieron con posterioridad. Los otros seis no consta que aportaran la documentación que acreditara que las habían enmendado o la documentación que acreditaba la realización de las últimas revisiones efectuadas por los órganos competentes.

d) Falta de cobro de tasas

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social no cobró la tasa por los servicios administrativos de tramitación de la acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, incumpliendo lo establecido en el capítulo 6 de la Ley 15/1997, de 24 de diciembre, de tasas y precios públicos, modificada por las sucesivas leyes de medidas fiscales y administrativas. El importe de esta tasa, en el año 2003, era de 9,41 € por cama de que disponía el hospital donde se prestaba el servicio.

e) Falta de documentación y procedimientos formales inadecuados

Trece de los dieciséis expedientes de los centros hospitalarios muestreados se acreditaron por última vez en los años 1996, 1997 y 1998. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social no dispone de las actas del Comité de Acreditación del año 1996.

En la mayoría de las ocasiones, la Dirección General de Recursos Sanitarios no dejó constancia de las visitas efectuadas a los centros a fin de comprobar los aspectos que se evaluaban para acreditarlos.

2.3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE LOS CENTROS QUE INTEGRAN LA RED HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA DE CATALUÑA (RHUP)

El SCS satisface las necesidades hospitalarias del sistema sanitario público de Cataluña mediante la compra de servicios sanitarios a las entidades titulares o gestoras de los centros que integran la RHUP. De acuerdo con el artículo 43.2 de la LOSC, el SCS, solo con carácter excepcional y por una duración limitada, puede comprar servicios sanitarios a centros hospitalarios que no pertenezcan a la Red y en los supuestos en que los hospitales de la Red no sean suficientes.

El importe facturado por las entidades titulares o gestoras de los hospitales contratados por el SCS para la prestación de servicios hospitalarios en el año 2003 fue de 1.684,73 M€, de los que 1.652,02 M€ correspondían a prestaciones de servicios hospitalarios realizadas por los hospitales de la RHUP y 32,71 M€ a las realizadas por centros³ no incluidos en la RHUP.

2.3.1. Centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP

La Red Hospitalaria de Utilización Pública está integrada por 65 centros hospitalarios, de acuerdo con el anexo del Decreto 133/1997, de 27 de mayo, por el que se modifica el anexo del Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.

Los centros hospitalarios incluidos en la RHUP deben estar acreditados y deben tener establecido un convenio con el SCS para prestar el servicio de asistencia sanitaria a las personas beneficiarias de la Seguridad Social, en virtud del artículo 4 del Decreto 202/1985. El incumplimiento de estos dos requisitos dará lugar a la exclusión del centro de la RHUP, según establece el artículo 3 de la Orden de 24 de abril de 1986, sobre regulación de los procedimientos para la integración y exclusión de los centros hospitalarios de la RHUP y para su clasificación en niveles.

De estos sesenta y cinco centros, hay diez que son gestionados por el ICS y el resto son gestionados por entidades de titularidad pública o privada (cuadro 2.3.A).

3. De acuerdo con la alegación de los comentarios de carácter general se ha suprimido el término *hospitalarios*.

Cuadro 2.3.A: Centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP, excluidos los gestionados por el ICS, y las entidades que los gestionan

Entidad titular o que gestiona el hospital	Centros hospitalarios
Fundación Sant Hospital de La Seu d'Urgell	Fundación Sant Hospital (La Seu d'Urgell)
Gestió de Serveis Sanitaris	Hospital de Santa Maria (Lleida)
Centres Assistencials Reunits, SA (sociedad unipersonal)	CARSA–Clínica de Lleida (Lleida)
Centres Assistencials Reunits, SA (sociedad unipersonal)	Hospital Universitario Sagrat Cor (Barcelona)
Gestió de Centres Sanitaris, SA (sociedad unipersonal)	Hospital Comarcal de El Pallars (Tremp)
Fundación Hospital Sant Pau i Santa Tecla	Hospital Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona)
Gestió Pius Hospital de Valls, SAM	Pius Hospital de Valls (Valls)
Hospital de Sant Joan de Reus, SAM	Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Reus)
Gestió Comarcal Hospitalària, SA	Hospital Comarcal Móra d'Ebre (Móra d'Ebre)
Clínica Girona, SA	Clínica Girona, SA (Girona)
Instituto de Asistencia Sanitaria	Hospital Provincial Santa Caterina (Girona)
Fundación Hospital de Figueres, Fundación Privada	Hospital de Figueres (Figueres)
Corporación de Salud de El Maresme y de La Selva	Hospital Comarcal de Blanes (Blanes)
Corporación de Salud de El Maresme y de La Selva	Hospital Sant Jaume (Calella)
Fundación Pública del Hospital Sant Jaume de Olot	Hospital Sant Jaume (Olot)
Hospital Fundación Mossèn Miquel Costa	Hospital de Palamós (Palamós)
Fundación Privada, Hospital de Campdevàrol	Hospital de Campdevàrol (Campdevàrol)
Consorcio Sanitario de L'Alt Penedès	Hospital Comarcal de L'Alt Penedès (Vilafranca del Penedès)
Fundación Privada Hospital Residencia Sant Camil	Hospital Residencia Sant Camil (Sant Pere de Ribes)
Fundación Sanitaria de Igualada, Fundación Privada	Fundación Sanitaria de Igualada, Fundación Privada (Igualada)
Hospital de Sant Boi, SA	Hospital de Sant Boi (Sant Boi de Llobregat)
Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, Fundación Privada	Hospital Sant Joan de Déu (Martorell)
Consorcio Sanitario Integral	Hospital de L'Hospitalet–Consorcio Sanitario Integral (L'Hospitalet de Llobr.)
Consorcio Sanitario Integral	Hospital Dos de Maig de Barcelona–Consorcio Sanitario Integral (Barcelona)
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona	Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat)
Fundación Hospital Comarcal Sant Antoni Abat	Fundación Hospital Comarcal Sant Antoni Abat (Vilanova i la Geltrú)
Instituto Catalán de Oncología (ICO)	Instituto Catalán de Oncología (L'Hospitalet de Llobregat)
Hospital Municipal de Badalona, SA	Hospital Municipal de Badalona (Badalona)
Fundación Privada Hospital de L'Esperit Sant	Hospital de L'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)
Consorcio Sanitario de El Maresme	Hospital de Mataró (Mataró)
Fundación Privada Instituto de Neurorehabilitación Guttmann	Instituto Guttmann (Badalona)
Fundación Privada Hospital de Pobres de Puigcerdà	Hospital de Puigcerdà (Puigcerdà)
Hospital de Sant Celoni, Fundación Privada	Hospital de Sant Celoni Fundación Privada (Sant Celoni)
Policlínica de El Vallès, Fundación Privada	Policlínica de El Vallès (Granollers)
Fundación Privada Hospital de Mollet	Fundación Privada Hospital de Mollet (Mollet del Vallès)
Althaia, Red Asistencial de Manresa, Fundación Privada	Hospital de Sant Joan de Déu (Manresa)
Althaia, Red Asistencial de Manresa, Fundación Privada	Centro Hospitalario (Manresa)
Fundación Benéfica del Hospital de Sant Bernabé	Hospital de Sant Bernabé (Berga)
Fundación Hospital-Asilo de Granollers	Hospital General de Granollers (Granollers)
Consorcio Hospitalario de Vic	Hospital General de Vic (Vic)
Corporación Sanitaria Parc Taulí	Corporación Sanitaria Parc Taulí (Sabadell)
Consorcio Sanitario de Terrassa	Hospital de Terrassa (Terrassa)
Mutua de Terrassa, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija	Hospital Mutua de Terrassa (Terrassa)
Consorcio de Gestión, Corporación Sanitaria	Hospital Casa de Maternitat (Barcelona)
Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús	Hospital Sant Rafael (Barcelona)
Clínica Plató, Fundación Privada	Clínica Plató Fundación Privada ((Barcelona)
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria	Hospital de L'Esperança (Barcelona)
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria	Hospital del Mar (Barcelona)
Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Fundación de G. Sanitaria del H. de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)
Fundación Puigvert	Fundación Puigvert, IUNA (Barcelona)
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (Barcelona)
Quinta de Salud L'Aliança	Espitau Val d'Aran (Vielha e Mijaran)
	Hospital Quirúrgico Adrià (1) (Barcelona)
	Hospital Central L'Aliança (1) (Barcelona)
	Hospital Duran i Reynals (1) (L'Hospitalet de Llobregat)

Fuente: Anexo del Decreto 133/1997, Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Dirección General de Recursos Sanitarios y auditorías de las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios del ejercicio 2003.

Nota: (1) Aunque estos centros figuran en el anexo del Decreto 133/1997, de 27 de mayo, en el año 2003 no prestaron servicios hospitalarios.

Las competencias de la Generalidad de Cataluña en La Val d’Aran en materia de sanidad fueron transferidas al Consejo General del Valle de Aran en fecha 1 de febrero de 2002, mediante el Decreto 354/2001, de 18 de diciembre. Para el desarrollo de las funciones, de las actividades y de los servicios traspasados se adscribió el Espitau Val d’Aran al Consejo General del Valle de Aran, mientras tuviera conferida la gestión de la atención hospitalaria de agudos y la atención primaria de la salud. En virtud de estas transferencias, el organismo autónomo Servicio Aranés de la Salud firmó un convenio con Quinta de Salud L’Aliança para la prestación de asistencia sanitaria.

Como hecho posterior, el 5 de abril de 2005, el SCS denunció el convenio para la prestación de asistencia hospitalaria y especializada con la Policlínica de El Vallès, Fundación Privada, suscrito en fecha 10 de octubre de 2002, de acuerdo con la cláusula vigésima de dicho convenio, que prevé la denuncia de alguna de las partes, con un preaviso de tres meses.

De estos cincuenta y cinco centros hospitalarios (los sesenta y cinco integrados en la RHUP menos los diez gestionados por el ICS), diez están adscritos o son propiedad del SCS y están gestionados por entidades públicas (empresas públicas adscritas al SCS o consorcios) y privadas (cuadro 2.3.B).

Cuadro 2.3.B: Hospitales adscritos o cuya titularidad pertenece al SCS

Hospital	Entidad que gestiona	Figura jurídica de la entidad proveedora	Año y tipo de formalización
Hospital Comarcal de El Pallars	Gestió de Centres Sanitaris, SAU	Empresa privada, SA	1993, contrato de gestión de servicios públicos, concesión
Hospital Comarcal Móra d’Ebre	Gestió Comarcal Hospitalària, SA	Empresa privada, SA	(1)
Hospital Provincial Santa Caterina (2)	Instituto de Asistencia Sanitaria	Empresa pública	1999, convenio
Hospital de Santa Maria	Gestión Servicios Sanitarios	Empresa pública	1999, convenio
Instituto Catalán de Oncología	Instituto Catalán de Oncología	Empresa pública	1999, convenio
Hospital Comarcal de Blanes (3)	Corporación de Salud de El Maresme y La Selva	Consortio	2001 escritura de constitución
Hospital Comarcal de L’Alt Penedès	Consortio Sanitario de L’Alt Penedès	Consortio	1995, escritura de constitución
Hospital de Mataró	Consortio Sanitario de El Maresme	Consortio	1998, escritura de constitución
Hospital General de Vic	Consortio Hospitalario de Vic	Consortio	1987, escritura de constitución
Hospital de Terrassa	Consortio Sanitario de Terrassa	Consortio	1988, escritura de constitución

Fuente: Información facilitada por el SCS.

Notas: (1) El SCS no disponía del contrato de gestión de servicios públicos con la empresa Gestió Comarcal Hospitalària, SA.

(2) En fecha 7 de septiembre de 2004 el Instituto de Asistencia Sanitaria devolvió la posesión del edificio del Hospital Provincial Santa Caterina al SCS, dado que había construido un nuevo hospital en el término municipal de Salt, donde trasladó y amplió su actividad asistencial y del que es el titular.

(3) En fecha 13 de mayo de 1993 se constituyó el Consortio Sanitario de La Selva, a quien el SCS cedió en uso el hospital comarcal de La Selva, llamado Hospital Comarcal de Blanes en la actualidad. En fecha 19 de noviembre de 2001 se constituyó el consorcio Corporación de Salud de El Maresme y La Selva, integrado, entre otros, por el Consortio Sanitario de La Selva, que aportó el uso del Hospital Comarcal de La Selva, previa autorización del Consejo de Dirección del SCS concedida en la sesión de 30 de mayo de 2001.

Los centros hospitalarios gestionados por empresas públicas y consorcios fueron cedidos en uso a estas entidades por un periodo de 30 años, excepto el Hospital Comarcal de L’Alt Penedès, que se cedió al Consortio Sanitario de L’Alt Penedès por 15 años, y el Hospital General de Vic, que se cedió al Consortio Hospitalario de Vic por el tiempo necesario para el cumplimiento de las finalidades que persigue.

El Hospital Comarcal de El Pallars está gestionado por la empresa privada Gestió de Centres Sanitaris, SAU, en virtud del contrato de concesión de la gestión de servicios sanitarios de fecha 31 de diciembre de 1993. La concesión se constituyó por un plazo de tres años prorrogables, que en ningún caso puede superar los 30 años.

De la revisión de este apartado hay que hacer las siguientes observaciones:

a) Carece de actualización de los datos de los centros hospitalarios que integran la RHUP

Desde la publicación del Decreto 133/1997, de fecha 27 de mayo de 1997, no se han actualizado los datos relativos al nombre y la dirección de los centros hospitalarios que integran la RHUP que, a causa de los cambios ocurridos con posterioridad a esta fecha, no coinciden con los datos del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Dirección General de Recursos Sanitarios, como es el caso de las nuevas ubicaciones del Hospital Santa Caterina y del Instituto Guttmann y los cambios de nombre del Hospital Comarcal de La Selva, que pasó a llamarse Hospital Comarcal de Blanes, del Hospital Creu Roja de Barcelona, que pasó a llamarse Hospital Dos de Maig de Barcelona, Consorcio Integral, y de la Quinta de Salud L'Aliança, que pasó a llamarse Clínica de Lleida, entre otros.

Las entidades titulares o gestoras del Hospital Quirúrgico Adrià y el Hospital Central L'Aliança no prestaron servicios hospitalarios y consiguientemente no tenían establecido un convenio con el SCS para la prestación de estos servicios, lo que debería haber dado lugar a su exclusión de la Red, de acuerdo con el artículo 3 de la Orden de 24 de abril de 1986, sobre regulación de los procedimientos para la integración y exclusión de centros hospitalarios de la Red Hospitalaria de Utilización Pública y para su clasificación en niveles. Por otra parte, el Hospital Duran i Reynals figuraba en la RHUP como centro hospitalario, aunque este centro no funciona como estructura hospitalaria independiente y solo están ubicados el ICO y otras dependencias sanitarias vinculadas al Hospital Universitario de Bellvitge.

b) Falta de expedientes de contratación

El SCS no disponía del expediente de contratación de la gestión del Hospital Comarcal Móra d'Ebre, realizada por la empresa de titularidad privada Gestió Comarcal Hospitalària, SA.

Del expediente de contratación de la gestión del Hospital Comarcal de El Pallars con la empresa de titularidad privada Gestió de Centres Sanitaris, SAU, el SCS solo disponía del contrato de gestión firmado el 31 de diciembre de 1993. Por lo

tanto, en el expediente faltaba, entre otros, la documentación relativa al procedimiento y la forma de adjudicación.

c) Falta de cobro del canon por la concesión administrativa

El SCS no cobró el canon por la concesión de la gestión del Hospital Comarcal del Pallars a la empresa Gestió de Centres Sanitaris, SAU, de 6.000 € anuales, revisables en función de la variación del IPC, establecidos en el contrato firmado entre ambas partes el 31 de diciembre de 1993.

Tampoco cobró ningún canon por la concesión de la gestión del Hospital Comarcal Móra d'Ebre a la empresa Gestió Comarcal Hospitalària, SA. No se ha podido cuantificar el importe de este canon dado que el SCS no disponía del contrato.

d) Contabilización errónea del valor de los centros hospitalarios adscritos al SCS y falta de contabilización del valor de los centros hospitalarios adscritos o cedidos por el SCS

El Hospital General de Vic y el Hospital General de Terrassa son propiedad de la Tesorería General de la Seguridad Social; por otra parte, el Hospital de Santa Caterina, el Hospital de Santa Maria y el Instituto Catalán de Oncología son propiedad de la Generalidad de Cataluña, pero todos ellos están adscritos al SCS en virtud del artículo 50 b) de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, modificada parcialmente por la Ley 11/1995, de 29 de septiembre, que adscribe al SCS los bienes y los derechos afectos a la gestión y la asistencia sanitaria de los que es titular la Generalidad de Cataluña y los transferidos de la Seguridad Social.

Por otra parte, el SCS cedió en uso todos los hospitales de los que era el titular o que le habían sido adscritos, a entes públicos o privados, para que gestionaran los servicios sanitarios, excepto el Espitau de La Val d'Aran, que fue adscrito al Consejo General del Valle de Aran, en virtud del Decreto 354/2001, de 18 de diciembre, de transferencias de competencias de la Generalidad de Cataluña al Consejo General del Valle de Aran en materia de sanidad.

El SCS contabilizó en el balance de situación a 31 de diciembre de 2003 el valor de los centros hospitalarios que le fueron adscritos, operación que registró con cargo en las cuentas de *Inmovilizado* y abono en la cuenta de *Patrimonio*, aunque la cuenta donde debería haber abonado el valor del inmovilizado debería haber sido *Patrimonio recibido en adscripción*. Por otra parte, no contabilizó el valor de los centros hospitalarios entregados en adscripción y los cedidos, operación que hubiera disminuido el *Inmovilizado* e incrementado las cuentas con signo negativo de pasivo *Patrimonio entregado en adscripción* y *Patrimonio entregado en cesión*.

2.3.2. Contratación de servicios hospitalarios

El Servicio Catalán de la Salud establece convenios con las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios incluidos en la RHUP para la prestación de asistencia hospitalaria y especializada de ámbito hospitalario de cobertura pública.

El procedimiento para establecer estos convenios está regulado en el Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.

Los convenios con las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios que establecen las condiciones de la prestación de servicios del ejercicio 2003 se firmaron en el año 2002, con una vigencia a partir del 1 de enero de 2002 y por una duración de seis años. Anualmente se formalizan las cláusulas adicionales relativas a la actividad que se debe prestar en aquel ejercicio y a la contraprestación económica.

De la revisión de esta área hay que hacer las siguientes observaciones:

a) Regulación incompleta del procedimiento para establecer y renovar los convenios

La regulación del procedimiento para establecer y renovar los convenios de prestación de servicios sanitarios, que establece el artículo 13 del Decreto 345/2001, es bastante incompleta, incluso con respecto a las cuestiones legalmente exigidas por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, dado que no contemplaba, entre otros, los plazos para resolver y los efectos de la falta de resolución en relación con el establecimiento y la renovación de los convenios.

b) Incumplimiento del procedimiento para establecer y renovar convenios

El procedimiento para establecer y renovar convenios, regulado en el artículo 13 del Decreto 345/2001, se incumple. En referencia a ello, el director del SCS no estableció mediante resolución el plazo en el que las entidades titulares de los centros hospitalarios podían presentar la solicitud para formalizar o renovar los convenios, ni estas presentaron ninguna solicitud por escrito. Tampoco presentaron la oferta de los servicios en la que se debería haber recogido la previsión de las líneas estratégicas desde el punto de vista asistencial y económico.

c) Cláusulas de los convenios que regulan las prestaciones de servicios sanitarios firmadas una vez realizada la prestación del servicio.

La mayoría de los convenios firmados por el SCS con las entidades titulares o gestoras se firmaron a partir del mes de octubre del año 2002, incluso uno de

ellos se firmó el 19 de junio de 2003, con una vigencia a partir del 1 de enero del año 2002.

Por otra parte, las cláusulas adicionales de estos convenios, que regulaban la actividad y la prestación económica relativas a los servicios que se debían prestar en el ejercicio 2003, se firmaron durante los cuatro últimos meses del año 2003.

Este retraso en la firma de las cláusulas adicionales crea tensiones de tesorería en las entidades que gestionan los servicios hospitalarios, dado que, hasta que no se firman las cláusulas, las tarifas que se aplican son las del ejercicio anterior.

2.3.3. Compra de servicios hospitalarios

El modelo de pago de la contratación de servicios sanitarios hospitalarios se estableció en el Decreto 179/1997, de 22 de julio.

En este modelo de pago se distinguen dos bloques diferenciados:

- Bloque de actividades, que incluye los servicios en las actividades de hospitalización, consulta externa, urgencias y técnicas, tratamiento y procedimientos específicos.
- Bloque de programas, que incluye los programas de especial interés del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, la docencia y la investigación.

En el bloque de actividades se reconocen, a efectos de compra de servicios, las actividades realizadas en los centros hospitalarios en cuatro líneas de producto:

- Hospitalización: comprende el conjunto de actividades y procedimientos que se realizan a los pacientes atendidos en régimen de internamiento, así como los procedimientos de cirugía mayor ambulatoria.
- Consulta externa: comprende la atención a los pacientes en régimen ambulatorio y las pruebas diagnósticas y terapéuticas que se lleven a cabo durante este proceso asistencial.
- Urgencias: comprende la atención a los pacientes que acceden al centro utilizando el circuito alternativo a la programación.
- Técnicas, tratamientos y procedimientos específicos: comprende el conjunto de actividades individualizadas no previstas en los apartados anteriores, cuya prestación se lleva a cabo a través de dispositivos específicos. Se incluyen los servicios de cirugía menor ambulatoria, hospital de día y tratamientos y pruebas diagnósticas que requieren dispositivos específicos y otros servicios de características similares.

Además, el SCS concedió a determinados hospitales un apoyo económico destinado a sufragar los gastos producidos por la actividad asistencial, a fin de garantizar la asistencia sanitaria pública.

En el bloque de programas se distingue lo siguiente:

- Los programas de especial interés por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Durante el año 2003 se llevaron a cabo cuarenta y cuatro programas que, de acuerdo con la política sanitaria y el Plan de salud, tenían un interés sanitario especial. También se financió la contratación de productos intermedios realizada por los centros de la RHUP.
- La docencia y la investigación, que incluye la formación clínica de pregrado, la formación de postgrado y la investigación.

Las prótesis no recuperables en el momento del alta del paciente, los medicamentos destinados a colectivos específicos y productos de nutrición parenteral y enteral y material que se dispensan a pacientes en régimen ambulatorio se pagaron aparte.

Mediante la Orden SSS/172/2002, de 17 de mayo, se implantó un nuevo modelo de compra de servicios, basado en un sistema de contratación integral de servicios sanitarios de base poblacional. Este sistema se estableció como prueba piloto en los ámbitos geográficos de Osona, Alcega, L'Alt Maresme-Selva Marítima, La Cerdanya y El Baix Empordà. En el año 2003 se terminaba esta prueba piloto, pero fue prorrogada hasta el 31 de diciembre de 2005.

Por otra parte, las entidades titulares y gestoras de los centros hospitalarios recibieron del SCS una asignación destinada a alcanzar una armonización de las condiciones retributivas dentro del marco de la RHUP.

Los importes que las entidades titulares o gestoras de los diferentes centros hospitalarios facturaron en el año 2003 por los servicios prestados en cada uno de los bloques anteriores son los siguientes:

SINDICATURA DE CUENTAS DE CATALUÑA – INFORME 22/2006

Cuadro 2.3.C: Importes facturados por las entidades titulares o gestoras de centros de la RHUP

Entidad proveedora	Bloque de actividades	Bloque de programas	Prótesis y medicamentos	Modelo poblacional	Equiparación condiciones laborales	Total
Fundación Sant Hospital, de La Seu d'Urgell	4.507.934,80	1.256.751,51	174.461,98		281.650,00	6.220.798,29
Gestió de Centres Sanitaris, SAU (H. Comarcal de El Pallars)	3.792.678,08	1.715.115,52	26.414,25		128.500,00	5.662.707,85
FP Hospital de Pobres de Puigcerdà	3.630.090,25	1.409.566,73	39.409,60	175.183,91	169.640,00	5.423.890,49
Gestió de Serveis Sanitaris (Hospital de Santa Maria)	13.320.112,49	1.870.809,94	987.657,11		553.980,00	16.732.559,54
Centres Assistencials Reunits, SAU (Clínica de Lleida)	4.113.755,81	826.887,18	191.793,42		244.390,00	5.376.826,41
Fundación Hospital Sant Pau i Santa Tecla	21.492.050,96	2.372.042,92	2.418.482,21		824.550,00	27.107.126,09
Gestió Pius Hospital de Valls, SAM	11.747.899,39	915.463,24	953.756,51		451.760,00	14.068.879,14
Hospital de Sant Joan de Reus, SAM	30.321.258,54	3.447.482,53	5.695.618,09		952.670,00	40.417.029,16
Gestió Comarcal Hospitalària, SA (H. Comarcal Móra d'Ebre)	7.645.730,59	2.579.518,25	466.033,58	453.703,23	250.690,00	11.395.675,65
Clínica Girona, SA	2.442.632,07	476.427,96	889.652,27		305.460,00	4.114.172,30
Instituto Asistencia Sanitaria (H. Provincial Santa Caterina)	14.842.749,77	2.048.256,53	1.492.024,26		626.550,00	19.009.580,56
F. Hospital de Figueres, Fundación Privada	19.282.934,18	1.101.143,68	2.378.231,49		757.110,00	23.519.419,34
Corporación de Salud de El Maresme y de La Selva (H. de Blanes)	12.797.048,02	650.099,16	909.272,69			14.356.419,87
F. Pública del Hospital Sant Jaume de Olot	8.962.495,53	528.164,18	816.140,55		459.530,00	10.766.330,26
Hospital Fundación Mossèn Miquel Costa (Hospital de Palamós)	17.105.763,42	1.860.529,75	2.053.812,97	833.426,38	939.030,00	22.792.562,52
F. Privada, Hospital de Campdevàrol	4.920.478,08	1.920.157,36	116.095,62		218.740,00	7.175.471,06
Instituto Catalán de Oncología (ICO Girona) (1)	6.276.032,66	507.104,63	2.693.205,79		511.080,00	9.987.423,08
F. Sanitaria de Igualada, Fundación Privada	22.830.543,79	571.456,34	2.621.497,30		815.020,00	26.838.517,43
F. Benéfica del H. Sant Bernabé (Berga)	7.840.513,60	563.639,54	695.720,77		291.710,00	9.391.583,91
Consortio Hospitalario de Vic	28.013.345,56	2.740.105,60	4.945.993,58	756.404,80	936.610,00	37.392.459,54
Althaia, R. Asistencial de Manresa, FP (H. Sant Joan de Déu y Centro Hospitalario) (2)	48.341.729,75	2.825.319,39	8.316.289,48		1.961.290,00	61.444.628,62
Consortio Sanitario de L'Alt Penedès	14.964.765,43	886.910,51	1.200.875,18		508.440,00	17.560.991,12
F. P. Hospital Residencia Sant Camil	18.714.190,60	1.232.946,25	2.396.617,43		736.440,00	23.080.194,28
Hospital de Sant Boi, SA	16.215.672,18	855.318,15	309.809,05		477.220,00	17.858.019,38
H. Sant Joan de Déu de Martorell, FP	16.372.369,56	1.018.272,96	606.816,15		575.460,00	18.572.918,67
Consortio Sanitario Integral (Hospital de L'Hospitalet)	31.039.219,06	3.529.825,14	2.734.240,03		839.480,00	38.142.764,23
Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (Esplugues de Llobregat)	53.386.464,47	2.255.453,23	3.948.808,78		1.256.270,00	60.846.996,48
ICO (L'Hospitalet de Llobregat) (1)	20.564.779,66	8.657.981,82	4.990.279,68			34.213.041,16
F. Hospital Comarcal Sant Antoni Abat	2.309.860,01	10.940,92	497.167,88		309.520,00	3.127.488,81
Hospital Municipal de Badalona, SA	19.676.612,32	1.194.541,85	1.082.568,62		737.060,00	22.690.782,79
Fundación Privada Hospital de L'Esperit Sant	21.749.422,87	1.968.276,26	1.367.461,69		662.790,00	25.747.950,82
Consortio Sanitario de El Maresme (Hospital de Mataró)	40.629.256,47	1.031.601,95	4.498.046,16		1.361.830,00	47.520.734,58
Corporación de Salud de El Maresme y de La Selva (Hospital Sant Jaume de Calella)	19.696.861,94	1.184.731,21	2.056.954,11	825.420,69	1.264.840,00	25.028.807,95
ICO (Barcelonès Nord y Maresme) (1)	8.111.398,74	855.723,64	5.321.773,57			14.288.895,95
Hospital de Sant Celoni, Fundación Privada	5.733.451,26	369.583,50	344.767,99		245.310,00	6.693.112,75
Policlínica de El Vallès, Fundación Privada	5.711.983,88	1.462.669,75	497.408,17		211.800,00	7.883.861,80
Fundación Privada Hospital de Mollet	13.331.053,66	697.891,71	863.184,12		526.750,00	15.418.879,49
Fundación Hospital-Asilo de Granollers	36.348.883,62	2.136.367,41	5.649.602,37		1.256.590,00	45.391.443,40
Corporación Sanitaria Parc Taulí	80.365.846,94	6.264.518,57	12.321.269,58		2.967.730,00	101.919.365,09
Consortio Sanitario de Terrassa	35.543.842,50	5.858.414,05	10.400.294,77		1.967.740,00	53.770.291,32
Mutua de Terrassa, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija	58.398.864,50	4.612.144,01	8.976.922,85		1.453.520,00	73.441.451,36
Consortio de Gestión, Corporación Sanitaria (Hospital Casa de Maternitat)	6.469.502,10	1.116.964,98	0,00			7.586.467,08
Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (Hospital Sant Rafael)	12.717.984,55	1.163.370,28	1.041.487,49		357.420,00	15.280.262,32
Clínica Plató, Fundación Privada	21.033.445,34	571.949,77	611.135,41		486.250,00	22.702.780,52
Consortio Sanitario Integral (Hospital Dos de Maig de Barcelona)	23.301.233,77	2.180.413,02	1.819.996,49		604.980,00	27.906.623,28
Fundación Privada Instituto de Neurorehabilitación Guttmann	4.141.911,19	5.067.803,81	249.776,50		257.430,00	9.716.921,50
Centres Assistencials Reunits, SAU (Hospital del Sagrat Cor)	27.839.650,42	1.382.406,62	2.698.006,87		1.033.120,00	32.953.183,91
Fundación Puigvert	27.421.085,84	1.722.605,09	2.501.638,67		914.670,00	32.559.999,60
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	126.542.995,07	15.356.866,62	40.883.865,70		251.700,00	183.035.427,39
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (Hospital de L'Esperança)	16.497.905,37	1.659.334,82	2.054.019,92		0,00	20.211.260,11
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (Hospital del Mar)	73.325.180,79	7.957.132,85	16.663.941,85			97.946.255,49
Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	133.098.940,03	10.294.790,86	26.339.623,18			169.733.354,07
Totales	1.285.482.411,48	126.743.793,55	203.809.923,78	3.044.139,01	32.944.320,00	1.652.024.587,83

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Notas: (1) El ICO prestó los servicios hospitalarios en tres centros y facturó de forma diferenciada por la actividad que realiza en cada centro.

(2) La Althaia, Red Asistencial de Manresa, FP es la entidad titular del Hospital Sant Joan de Déu y del Centro Hospitalario y facturó conjuntamente las actividades hospitalarias de estos dos centros.

2.3.3.1. *Servicios contratados en las actividades de hospitalización, consulta externa, urgencias y técnicas, tratamientos y procedimientos específicos*

Las cantidades y los importes de los diferentes servicios hospitalarios que el SCS contrató en los hospitales de la RHUP y las cantidades y los importes que estos facturaron en el año 2003 se reflejan en el cuadro siguiente:

Cuadro 2.3.D: Importes y cantidades contratados y facturados en las actividades de hospitalización, consulta externa, urgencias y técnicas, tratamientos y procedimientos específicos

Servicio y actividad sanitaria	Parámetro de compra	Cantidad contratada	Cantidad facturada	Importe contratado	Importe facturado
Hospitalización	Alta (1)	448.559	488.289	704.777.867,49	723.309.539,46
Consulta externa	Visita	5.773.898	6.617.503	239.463.198,48	242.467.848,02
Urgencias	Urgencias (2)	2.207.896	2.424.020	164.187.926,05	165.365.873,26
Técnicas, trat. y procedimientos					
Hospital de día	Casos atendidos	312.446	373.579	48.927.971,28	49.744.538,17
Cirugía menor ambulatoria	Casos atendidos	128.466	141.973	17.028.443,45	17.068.784,10
Otros tratamientos específicos	Casos atendidos	996.619	1.112.020	61.341.267,27	62.506.008,36
Total		9.867.884	11.157.384	1.235.726.674,02	1.260.462.591,37

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Notas: (1) Las altas contratadas incluyen 89.123 altas específicas.

(2) A cinco centros hospitalarios se les asignó una cantidad fija para el mantenimiento de una estructura de atención mínima de urgencias con independencia del número de urgencias realizadas y, por lo tanto, no se contrató una cantidad de urgencias a realizar. El cuadro anterior no incluye como cantidad facturada 60.469 urgencias realizadas en estos cinco centros, a efectos comparativos con la cantidad contratada.

Además, el SCS concedió a determinados hospitales un apoyo económico, por importe de 25,02 M€, destinado a sufragar los gastos producidos por la actividad asistencial (véase el epígrafe 7 de este mismo apartado). La suma de este apoyo económico y de los 1.260,46 M€, que corresponde al importe facturado por el total de actividades sanitarias reflejado en el cuadro 2.3.D, son los 1.285,48 M€ incluidos en el total del bloque de actividades del cuadro 2.3.C.

La actividad de hospitalización representó el 42,93% del gasto en asistencia hospitalaria y especializada realizada en el ejercicio 2003, la actividad de consulta externa alcanzó el 14,39%, la actividad de urgencias un 9,82%, la actividad del hospital de día un 2,95%, la actividad de la cirugía menor ambulatoria un 1,01% y los otros tratamientos específicos un 3,71%.

En los subapartados siguientes se ha analizado la cantidad y el importe de los servicios hospitalarios contratados, los parámetros de contratación, las tarifas y la cantidad y el importe de los servicios facturados.

1) Parámetros de compra

Para cada actividad hospitalaria se define un parámetro de compra, que se corresponde con los parámetros de contraprestación, establecidos en el artículo 3.2 del Decreto 179/1997, de 22 de julio. Estos parámetros son los siguientes:

- En la actividad de hospitalización, el parámetro de compra es el alta hospitalaria⁴. Se contrataron altas generales y altas específicas; estas últimas se destinaron a realizar los procedimientos quirúrgicos que tenían establecido un plazo máximo de acceso de las personas usuarias que tienen derecho a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del SCS.
- En la atención a consultas externas se contratan primeras visitas⁵, que se modulan por la tasa de reiteración de cada centro (número de visitas sucesivas a la primera). El número total de visitas contratadas es el resultado de la suma de las primeras visitas más las primeras visitas por la tasa de reiteración.
- En la actividad de urgencias⁶ se compra un determinado número de visitas de urgencias, excepto las urgencias atendidas por los centros situados en zonas geográficas aisladas y/o con poca población –Fundación Sant Hospital de La Seu d’Urgell, Hospital Comarcal de El Pallars, Hospital de Puigcerdà, Hospital Comarcal Móra d’Ebre y Hospital de Campdevàrol– en las que se fija una asignación única global.
- En la actividad de técnicas, tratamientos y procedimientos específicos se contrata un número de casos a realizar de cirugía menor ambulatoria⁷ de hospital

4. El alta hospitalaria es el conjunto de actividades y procedimientos que se realizan a un paciente ingresado por un periodo continuado, superior o igual al de una estancia, y siempre que este conjunto de actividades y procedimientos no estén incluidos en otros grupos a causa de su complejidad, como los incluidos en el grupo de técnicas, tratamientos y procedimientos. La estancia se define como el conjunto de pernocta y el tiempo que corresponde a la administración de una comida o cena.

El alta hospitalaria comprende todos los actos médicos, las pruebas diagnósticas, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos, la medicación y los materiales necesarios para una asistencia adecuada. También incluye las prótesis para la intervención de cataratas. Quedan excluidas el resto de las prótesis quirúrgicas fijas implantadas no recuperables y el material de osteosíntesis.

Las altas incluidas en este grupo de servicios sanitarios no se pueden contabilizar en ningún otro grupo, excepto con respecto a los pacientes atendidos en concepto de cirugía cardíaca extracorpórea que se contabilizará el alta convencional más la técnica correspondiente.

5. La primera visita se define como el primer contacto que establece un paciente con el centro por una patología determinada. La visita comprende todos los actos médicos, las pruebas diagnósticas, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos, la medicación y el material que son necesarios durante este proceso de atención. Quedan excluidos de este concepto las técnicas diagnósticas y procedimientos terapéuticos que de manera específica el SCS reconozca mediante cláusulas adicionales en el convenio.

Las visitas de consulta externa incluidas en este grupo de servicios sanitarios no se pueden contabilizar en ningún otro grupo.

6. Se incluye en el grupo de urgencias el conjunto de actividades y procedimientos que se realizan a los pacientes que acceden al centro utilizando el circuito alternativo a la programación.

El concepto de urgencia comprende todos los actos médicos, las pruebas diagnósticas, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos, la medicación y el material que son necesarios durante el proceso de atención.

Las urgencias facturadas por este concepto no se pueden contabilizar en ningún otro grupo, excepto las que produzcan ingreso hospitalario, que deben contabilizarse posteriormente como un alta hospitalaria.

7. La cirugía menor ambulatoria son los procedimientos quirúrgicos de baja complejidad que no se realizan sin anestesia o con anestesia local y en los que no se prevé la necesidad de reanimación ni de observación posquirúrgica. Comprende todos los actos médicos, las pruebas diagnósticas, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos, la medicación y el material necesarios.

de día⁸, y de cada uno de los otros tratamientos⁹ y pruebas incluidos en este producto.

2) Volumen de servicios contratados

El número de servicios contratados en el año 2003 estuvo sujeto a las disponibilidades presupuestarias y a los objetivos del SCS, establecidos de acuerdo con el Plan de salud de Cataluña 2002-2005 y con la política del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. La cantidad de servicios a prestar por cada hospital fue fruto de un proceso de negociación, del que no se dejó constancia escrita, entre el SCS y cada uno de los centros hospitalarios. Se nos informa de que en esta negociación se tuvo en consideración el volumen de servicios prestados por los centros en ejercicios anteriores, sus capacidades estructurales, la población de las regiones sanitarias y la estancia media de los pacientes en los centros.

Cuadro 2.3.E: Variación del número de servicios contratados en el año 2003 respecto al año 2002

Servicio y actividad sanitaria	Parámetro de compra	Cantidad contratada 2003	Cantidad contratada 2002	Porcentaje de variación
Hospitalización	Alta	448.559	439.026	2,17
Consulta externa	Visitas	5.773.898	5.453.960	5,87
Urgencias	Urgencias	2.207.896	2.150.889	2,65
Hospital de día	Casos	312.446	276.191	13,13
Cirugía menor ambulatoria	Casos	128.466	124.162	3,47

Fuente: datos facilitados por el SCS

En el año 2003, el mayor incremento en la actividad sanitaria comprada fue en el hospital de día, que se incrementó en un 13,13% en relación con el año anterior, seguida de la actividad en consulta externa, con un aumento de un 5,87%. Sin embargo, las actividades compradas que se incrementaron en menor medida fueron la hospitalización, un 2,17%, y urgencias, un 2,65% (cuadro 2.3.E).

La contratación de los otros tratamientos incluidos en técnicas, procedimientos y tratamientos específicos en los diferentes hospitales se realizó en función de la tecnología de la que disponía cada centro hospitalario.

8. El hospital de día se define como la atención médica o de enfermería, en un mismo día, para la aplicación de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos reiterados que sin la existencia de este dispositivo requerirían internamiento en el centro.

El hospital de día comprende todos los actos médicos, las pruebas diagnósticas, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos, la medicación y el material necesarios para una adecuada asistencia durante su estancia de día.

9. Los otros tratamientos son tratamientos y pruebas diagnósticas que, invariablemente, requieren la existencia de dispositivos específicos para su prestación.

Comprende todos los actos médicos, las pruebas diagnósticas, las exploraciones complementarias, los procedimientos terapéuticos, la medicación y el material que se definan como necesarios durante cada proceso.

3) Precios unitarios y tarifas

El año 1997 fue el primer ejercicio en el que se aplicó el modelo de pago regulado en el Decreto 179/1997 y en el que se fijaron los precios unitarios para la actividad de hospitalización y para el resto de actividades contratadas.

Hospitalización

El sistema de pago, regulado en el Decreto 179/1997, reconoce dos factores a la hora de pagar las altas hospitalarias: uno, que considera las características intrínsecas del paciente y la patología que obliga a pedir asistencia hospitalaria, denominado intensidad relativa de recursos (IRR); y otro, que tiene en cuenta la organización y la estructura de las que dispone el hospital, denominado intensidad relativa estructural (IRE).

La IRR de cada centro hospitalario se establece en función de la complejidad del conjunto de casos atendidos por el centro, en relación con la complejidad del conjunto de casos atendidos por todos los centros que integran la RHUP.

La IRE de cada centro hospitalario se establece en función del impacto en la utilización de recursos derivada de la estructura del hospital, dado que los centros no presentan estructuras uniformes ya sea por su ubicación geográfica, por el área de influencia, por la posibilidad de impartir docencia, o por la complejidad de los estudios que se llevan a cabo, entre otros.

A propuesta del Consejo de Dirección del SCS, el consejero de Sanidad y Seguridad Social asignó a los centros de atención hospitalaria los factores de corrección por intensidad estructural (IRE) y por intensidad relativa de recursos (IRR), mediante la Resolución de 17 de junio de 2003 y determinó los precios unitarios del alta hospitalaria modulada por complejidad y estructura de la RHUP para el año 2003, mediante la Orden SSS/275/2003, que fueron de 1.651,76 € y 1.669,13 €, respectivamente.

Al precio unitario medio del alta hospitalaria modulada por estructura se le aplicó un porcentaje del 65% y al precio unitario medio del alta hospitalaria modulada por complejidad, un 35%.

El precio del alta hospitalaria para cada centro se calculó de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$(0,35 \times \text{IRR del hospital} \times \text{precio medio del alta modulada por complejidad de la RHUP}) \\ + \\ (0,65 \times \text{IRE del hospital} \times \text{precio medio del alta modulada por estructura de la RHUP})$$

Consulta externa, urgencias, hospital de día, cirugía menor ambulatoria y otros procedimientos específicos

Para la actividad de consulta externa y de urgencias, el artículo 4 del Decreto 179/1997, de 22 de julio, fijó los cuatro grupos en los que los centros hospitalarios se clasifican, atendiendo a su nivel de complejidad estructural. El consejero de Sanidad y Seguridad Social, mediante Resolución de 17 de junio de 2003, clasificó los centros hospitalarios en estos cuatro grupos previamente establecidos y, mediante la Orden SSS/275/2003 y a propuesta del Consejo de Dirección del SCS, determinó los precios unitarios de cada grupo de complejidad estructural para consulta externa, urgencias, hospital de día y cirugía menor ambulatoria (cuadro 2.3.F).

Cuadro 2.3.F: Precios unitarios de consulta externa, urgencias, hospital de día y cirugía menor ambulatoria para el año 2003

Grupos	Clasificación	Precios unitarios consulta externa	Precios unitarios urgencias	Precios unitarios hospital de día	Precios unitarios cirugía menor ambulatoria
Grupo 1	Hospitales generales básicos aislados y hospitales complementarios	28,15	36,05	97,65	93,60
Grupo 2	Hospitales generales básicos	36,59	60,06	126,93	121,75
Grupo 3	Hospitales de referencia	42,19	75,10	146,43	140,45
Grupo 4	Hospitales de alta tecnología	50,68	90,04	175,71	168,57

Importes en euros.

Fuente: Orden SSS/275/2003, de 17 de junio.

El artículo 3.2 del Decreto 179/1997, de 22 de julio, establece que para los centros situados en zonas aisladas y/o con poca población en los que, de acuerdo con los criterios de planificación sanitaria, sea necesario contar con servicios de urgencia, se fijará una asignación única global destinada a afrontar los costes derivados del mantenimiento de una estructura mínima de atención de urgencias. El consejero de Sanidad y Seguridad Social determinó, mediante Resolución de 17 de junio de 2003, que los centros que debían percibir esta asignación única global eran el Hospital de La Seu d'Urgell, el Hospital de Puigcerdà, el Hospital Comarcal de El Pallars, el Hospital Comarcal Móra d'Ebre y el Hospital de Campdevàrol. El consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta del Consejo de Dirección del SCS y mediante la Orden SSS/275/2003, asignó para el mantenimiento de una estructura de atención mínima de urgencias para cada uno de dichos centros una cantidad única de 879.475,21 €.

Por otra parte, las tarifas correspondientes a cada uno de los tratamientos incluidos en técnicas, tratamientos y procedimientos específicos para el año 2003 fueron establecidas por el consejero de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta del Consejo de Dirección del SCS, mediante la Orden SSS/275/2003.

4) Variación de los precios unitarios medios del año 2003 con respecto al año anterior

A partir del año 1997, los precios de cada línea de producto se han ido incrementando en función de los objetivos y de las prioridades establecidos por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y de las variaciones del IPC.

Los incrementos de los precios unitarios y de las tarifas del año 2003 en relación con los del año anterior fueron los reflejados en el cuadro 2.3.G.

Cuadro 2.3.G: Aumento de precios unitarios y tarifas del año 2003 respecto al año anterior

Actividad	Porcentaje de incremento
Hospitalización	5,55
Consulta externa	5,50
Urgencias	5,40
Hospital de día	5,40
Cirugía menor ambulatoria	5,40
Otros procedimientos específicos (1)	4,00

Fuente: Actas del Consejo de Dirección del SCS

Nota: (1) Las tarifas de otros procedimientos específicos se incrementaron un 4%, excepto en el tratamiento de radioterapia de complejidad I, II y III, que se incrementaron en un 3,5%, 6% y 8,5% respectivamente.

5) Volumen de actividad realizada diferente de la contratada

El SCS contrató con cada centro hospitalario un determinado número de servicios, pero las cantidades facturadas por las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios fueron superiores o inferiores a las contratadas.

La actividad realizada que se excede a la contratada (en adelante marginalidad) se satisface a unas tarifas inferiores al resto de actividad (véase epígrafe 6 de este mismo apartado).

Cuadro 2.3.H: Unidades facturadas en exceso y en defecto respecto a las contratadas por cada una de las actividades hospitalarias

Servicio y actividad hospitalaria	Parámetro de compra	Cantidad contratada	Cantidad facturada	Cantidad facturada en exceso	% marginalidad con respecto a lo comprado	Cantidad no realizada	% en defecto sobre lo comprado
Hospitalización	Alta	448.559	488.289	40.847	9,11	(1.117)	0,25
Consulta externa	Visita	5.773.898	6.617.503	862.605	14,94	(19.000)	0,33
Urgencias	Urgencia (1)	2.207.896	2.424.020	216.136	9,79	(12)	0,00
Hospital de día	Casos	312.446	373.579	62.624	20,04	(1.491)	0,48
Cirugía menor ambulatoria	Casos	128.466	141.973	16.502	12,85	(2.995)	2,33
Otros tratamientos específicos	Casos	996.619	1.112.020	146.142	14,66	(30.741)	3,08
Totales		9.867.884	11.157.384	1.344.856	13,63	(55.356)	0,56

Fuente: Datos facilitados por el SCS

Nota: (1) A cinco centros hospitalarios se les asigna una cantidad fija para el mantenimiento de una estructura de atención mínima de urgencias, por lo tanto, no se contrata ninguna cantidad. El cuadro anterior no incluye la cantidad facturada de 60.469 urgencias realizadas en estos 5 centros a efectos comparativos con la cantidad contratada.

La diferencia entre la cantidad contratada y la facturada es igual a la suma de la cantidad facturada en exceso por los centros hospitalarios y la cantidad no realizada por los otros.

En la actividad de hospitalización, un 9,11% de la actividad facturada fue marginal. No obstante, destaca la actividad del hospital de día, en la que un 20,04% de las cantidades facturadas excedieron a las contratadas, seguida de la actividad de consulta externa, con una marginalidad de un 14,94%, y de otros tratamientos específicos en los que la marginalidad llegó hasta un 14,66%.

En relación con la actividad contratada y no realizada, un 3,08% de los casos contratados de otros tratamientos incluidos en técnicas, procedimientos y tratamientos específicos dejó de realizarse. A continuación está la cirugía menor ambulatoria, en la que los centros hospitalarios no realizaron el 2,33% de los casos contratados.

Del análisis individual por centros hospitalarios y con respecto a la actividad de hospitalización, los centros que se excedieron en más de un 15%¹⁰ con respecto a las altas contratadas fueron el Hospital de Figueres (marginalidad de un 26,80%), el Hospital Sant Jaume de Olot (21,09%), el Hospital de Sant Boi (19,26%), el Hospital Universitario Sant Joan de Reus (17,55%), el Hospital Comarcal de La Selva (16,11%) y la Clínica Plató, FP (15,72%).

En consultas externas, 17 centros hospitalarios tuvieron una actividad marginal superior al 15%¹¹. Destacan el Hospital Sant Jaume de Olot (marginalidad del 67,37%), el Hospital Residencia Sant Camil (64,18%) y el Hospital Casa de Maternitat (60,49%).

En la actividad de urgencias, 14 hospitales facturaron más de un 15%¹² de la cantidad contratada. Destacan por sobrepasar las cantidades contratadas el Hospital de Figueres (marginalidad del 49,32%), el Hospital de Santa Maria (46,24%) y el Hospital Sant Jaume de Olot (36,79%).

En la actividad de hospital de día, 20 hospitales superaron en más de un 15%¹⁰ la actividad pactada. Destacan el Hospital Casa de Maternitat (que superó el importe contratado en un 1.722,08%), el Hospital de Puigcerdà (214,40%), el Hospital Provincial Santa Caterina (181,30%) y el Hospital de Campdevàrol (118,67%).

En la actividad de cirugía menor ambulatoria 18 hospitales se excedieron en más del 15%¹⁰ del importe pactado. Destacan el Hospital de Figueres y el ICO (Barcelonès Nord y Maresme), que facturaron una marginalidad de un 237,93% y de un 113,98%, respectivamente.

10. Se ha utilizado el 15% como límite porque cuando la marginalidad supera el 15%, esta se satisface al 10% del precio pactado.

11. Se ha utilizado el criterio del 15% por homogeneidad con la actividad de hospitalización.

12. Se ha utilizado el criterio del 15% por homogeneidad con la actividad de hospitalización.

En otros tratamientos incluidos en técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, se contrataron con diferentes hospitales 232 tratamientos, en 92 de los cuales el número de casos realizados superó en más de un 15%¹⁰ los contratados. En 35 de estos, el número de casos realizados dobla, triplica o cuadruplica los contratados. Entre los centros hospitalarios que tienen más marginalidad destacan el Hospital de Figueres, FP, a quien se le contrataron 20 casos de estudio urodinámico y/o uroneurológico e hizo 296; 2 casos de biopsia de Corion e hizo 39; y 17 casos de amniocentesis y realizó 154 y la Fundación Sanitaria de Igualada, FP, el Consorcio Sanitario de Terrassa y Althaia, RA de Manresa, FP (Hospital de Sant Joan de Déu y Centro Hospitalario), a los que se les contrataron 30, 36 y 37 casos de ecografía intervencionista e hicieron 268, 297 y 258, respectivamente.

Por otra parte, como se ha indicado anteriormente, las cantidades facturadas por algunos centros hospitalarios fueron inferiores a las contratadas.

Así, en la actividad de hospitalización, consulta externa, urgencias, hospital de día y cirugía menor ambulatoria todos los centros alcanzaron el 80%¹³ de la actividad contratada, excepto la Clínica de Girona, SA, y la Fundación Sant Hospital de La Seu d'Urgell, en la actividad de hospital de día, que realizaron un 73,20% y un 75,83% de los casos contratados, y el Hospital Casa de Maternitat, que en cirugía menor ambulatoria facturó el 64,91% de los casos contratados.

En la actividad de otros tratamientos, de los 232 tratamientos contratados con diferentes hospitales, en 35 los centros hospitalarios no alcanzaron el 80%¹⁴ de los casos contratados. En diecisiete de estos tratamientos el número de casos realizados fue inferior al 50% de los contratados. Hay que destacar el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona (Esplugues de Llobregat) al que se le contrataron 40 casos de evaluación integral periódica especializada, 2.552 casos de rehabilitación integral infantil especializada y 1.500 casos de rehabilitación especializada de funciones superiores y no realizó ninguno; el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, al que se le contrataron 12 casos de diagnóstico preimplantacional y 25 de revascularización transmiocárdica con láser y no realizó ninguno; el Hospital de L'Alt Penedès, al que se le contrataron 15 casos de amniocentesis y no realizó ninguno; y el Consorcio Hospitalario del Parc Taulí, que no hizo ninguno de los 10 casos que tenía contratados relativos a la neurorradiología de alta complejidad II.

En algunos de los tratamientos en los que no se han realizado todos los casos contratados había lista de espera. Este es el caso de la fertilización in vitro contratada con el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona y con la Fundación

13. Se ha utilizado el 80% como límite, porque cuando la actividad realizada por el centro no alcanza el 80% de la actividad contratada en hospitalización, consulta externa, urgencias, hospital de día y cirugía menor ambulatoria, se penaliza.

14. Se ha utilizado el criterio del 80% por homogeneidad con el resto de actividades.

Puigvert, a los que se les contrataron 190 y 400 casos respectivamente y solo hicieron 175 y 374.

6) Contraprestación de los servicios de asistencia hospitalaria y especializada

El consejero de Sanidad y Seguridad Social, mediante Resolución de 17 de junio de 2003 y previa autorización del Gobierno, fijó la contraprestación económica de los servicios de asistencia hospitalaria y especializada para el año 2003.

La actividad realizada en otros tratamientos incluidos en técnicas, tratamientos y procedimientos específicos que no sobrepasó la actividad contratada se satisfizo de acuerdo con los precios fijados, excepto en los tratamientos de radioterapia, en los que se satisfizo la cantidad resultante de la suma del número de procesos contratados para cada nivel de complejidad por el 25% de su tarifa y del número de procesos realizados por cada nivel de complejidad por el 75% de su tarifa.

Los casos realizados en la actividad de otros tratamientos que sobrepasaron los contratados se pagaron al 35% o al 50% en función del tipo de técnica y procedimiento realizado, excepto los tratamientos de infertilidad y los tratamientos y procedimientos diagnósticos urológicos de alta complejidad en los que la marginalidad se abonó al 10% de la tarifa.

La contraprestación económica de las actividades de hospitalización, atención en consultas externas, urgencias (salvo los centros situados en zonas geográficas aisladas y/o con poca población) y hospital de día y cirugía menor ambulatoria se compone de un importe fijo y un importe variable.

El importe fijo que el centro hospitalario percibió fue una cantidad fija mensual correspondiente a la duodécima parte del producto obtenido al aplicar el 70% de los precios que le fueron fijados para las actividades contratadas.

El importe variable fue diferente para cada actividad y se calculó en función de la cantidad de actividad realizada.

Anualmente, por las actividades de hospitalización, atención en consultas externas, urgencias, hospital de día y cirugía menor ambulatoria se efectúa una regularización de la actividad aceptada mensualmente, de la que resultaron las contraprestaciones siguientes anuales:

- Contraprestación por la actividad realizada cuando esta fue inferior a la contratada.

Cuando la actividad realizada por el centro hospitalario para cada una de las líneas no llegó al 80% de la actividad contratada, el centro percibió la canti-

dad resultante de multiplicar la actividad realizada por el precio fijado; excepto en las altas específicas contratadas en cada uno de los procedimientos, en los que si la actividad realizada no alcanzó el 95% de la pactada y el centro tenía pacientes pendientes de intervención, se detrajo del importe a abonar, el 70% del precio fijado por la actividad no realizada.

Cuando la actividad realizada por cada centro hospitalario fue igual o inferior a la contratada pero sin ser inferior al 80%, el SCS pagó el 70% de las cantidades contratadas y el 30% de las cantidades realizadas a los precios fijados.

- **Contraprestación por la actividad marginal**

En el caso de hospitalización, en las contraprestaciones por la marginalidad que se satisficieron en algunos centros hospitalarios intervino una variable llamada límite máximo de actividad basándose en los estándares de frecuentación.

El límite máximo de actividad basándose en los estándares de frecuentación es el número de altas razonables que debería realizar un hospital y se calculó en función de la edad y el sexo de la población de la zona.

Si se fijó el límite máximo de actividad basándose en los estándares de frecuentación, la actividad realizada que sobrepasó la contratada, es decir, la marginalidad, se satisfizo de acuerdo con los tramos siguientes:

- El exceso de la actividad realizada por encima de la pactada inferior o igual al 15% e inferior o igual al límite máximo de actividad basada en los estándares de frecuentación se pagó al 45% del precio fijado.
- El exceso de la actividad realizada por encima de la pactada inferior o igual al 15% y superior al límite máximo de actividad basada en los estándares de frecuentación se pagó al 28% del precio fijado.
- El exceso de la actividad realizada por encima de la pactada inferior o igual al 15% y siempre y cuando el límite máximo de actividad basada en los estándares de frecuentación fuera inferior a las altas contratadas se pagó al 28% del precio fijado.
- El exceso de la actividad realizada por encima de la pactada superior al 15% se pagó al 10% del precio fijado.

Si no se fijó el límite máximo de actividad basándose en los estándares de frecuentación, la marginalidad se satisfizo de la siguiente forma:

- El exceso de la actividad realizada por encima de la pactada inferior o igual al 15% se pagó al 35% del precio fijado.

- El exceso de la actividad realizada por encima de la pactada superior al 15% se pagó al 10% del precio fijado.

En el caso de consultas externas, hospital de día y cirugía menor ambulatoria la marginalidad se pagó al 9% del precio fijado y en urgencias se pagó al 8%.

El hecho de pagar la marginalidad a precios inferiores da lugar a una disminución del coste por unidad facturada en relación con el coste unitario por unidad contratada (cuadro 2.3.I).

Cuadro 2.3.I: Costes unitarios por actividades

Servicio y actividad sanitaria	Parámetro de compra	Cantidad contratada	Importe contratado	Coste unidad contratada	Cantidad facturada	Importe facturado	Coste unidad facturada
Hospitalización	Alta	448.559	704.777.867,49	1.571,20	488.289	723.309.539,46	1.481,31
Consulta externa	Visita	5.773.898	239.463.198,48	41,47	6.617.503	242.467.848,02	36,64
Urgencias	Urgencias (1)	2.268.365	164.187.926,05	72,38	2.484.489	165.365.873,26	66,56
Hospital de día	Casos	312.446	48.927.971,28	156,60	373.579	49.744.538,17	133,16
Cirugía menor ambulatoria	Casos	128.466	17.028.443,45	132,55	141.973	17.068.784,10	120,23
Otros tratamientos específicos	Casos	996.619	61.341.267,27	61,55	1.112.020	62.506.008,36	56,21
Totales		9.928.353	1.235.726.674,02	124,46	11.157.384	1.260.462.591,37	112,97

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Nota: (1) En el caso de las urgencias realizadas por los hospitales aislados, se han considerado las cantidades facturadas como si fueran las pactadas, a fin de poder comparar costes unitarios.

En las actividades de hospitalización, consultas externas, urgencias, hospital de día y cirugía menor ambulatoria, la contraprestación por unidad de servicio realizado más elevada es aquella en la que la actividad realizada del hospital es el 80% de la pactada; a medida que la actividad realizada se aproxima al 100%, la contraprestación por unidad realizada disminuye hasta alcanzar, cuando la actividad es el 100% de la contratada, el precio unitario pactado, que es el mismo que se paga cuando las unidades no alcanzan el 80% de las cantidades pactadas.

7) Apoyo económico

El Gobierno de la Generalidad en la sesión de 18 de noviembre de 2003 autorizó al consejero de Sanidad y Seguridad Social a incluir una cláusula adicional específica, para el año 2003, a los convenios de gestión de servicios sanitarios suscritos por el SCS con varios centros de la RHUP y sociosanitarios, por un importe global máximo de 18.720.145,92 €, para los centros sanitarios o sociosanitarios en los que concurrían razones de dimensión productiva insuficiente, estructurales o de reordenación de servicios. El consejero de Sanidad y Seguridad Social, mediante varias resoluciones, estableció los centros hospitalarios que recibirían el apoyo económico y la cuantía que sería abonada a cada centro, cuya suma fue de 16.019.820,12 € (excluidos los centros sociosanitarios).

El Gobierno de la Generalidad en la sesión de 30 de marzo de 2004 autorizó al Departamento de Sanidad y Seguridad Social y al SCS a suscribir un convenio de

colaboración con el IMAS para llevar a cabo el Plan de empresa de esta entidad durante el periodo 2003-2007 y a incluir una cláusula adicional específica para el año 2003, a los convenios de gestión de servicios sanitarios a suscribir con el IMAS, por un importe máximo de 9.000.000€, con cargo en la partida presupuestaria 252000100/000, con la finalidad de enjugar los remanentes negativos de tesorería de los ejercicios 2002 y 2003. En fecha 6 de abril de 2004 se suscribió dicho convenio, con el objeto de configurar el Plan de empresa del IMAS y el escenario económico provisional durante el periodo 2003-2007. En el convenio se acordó que el SCS se comprometía a colaborar en garantizar la viabilidad económica del IMAS cubriendo parte de su déficit a partir de subvenciones a la explotación y que el SCS haría una aportación extraordinaria de 9.000.000€ en el año 2003 con la finalidad de enjugar los remanentes negativos de tesorería de los ejercicios 2002 y 2003.

La efectividad de los importes derivados de los dos acuerdos de Gobierno se plasmó en la firma de una cláusula adicional al contrato de compra de servicios de cada centro. El cobro de estos apoyos económicos estaba condicionado al hecho de que el resultado de la explotación de los centros no fuera positivo.

Cuadro 2.3.J: Importe y entidades que recibieron apoyo económico

Entidades proveedoras	Apoyo económico
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (H. del Mar)	5.277.388,30
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (H. de L'Esperança)	1.200.000,00
FGS del Hospital de Santa Creu i Sant Pau	5.525.458,89
Consorcio Hospitalario del Parc Taulí	3.413.942,37
F. Sanitaria de Igualada, Fundación Privada	558.941,26
FH Comarcal Sant Antoni Abat	44.089,30
Total	16.019.820,12
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (H. del Mar)	9.000.000,00
Total apoyo	25.019.820,12

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

De la revisión de los epígrafes analizados en este apartado 2.3.3.1 hay que hacer las observaciones siguientes:

a) Marginalidad

Una parte de la actividad realizada por los centros hospitalarios excedió a la contratada. La actividad con una marginalidad más elevada fue la del hospital de día, en el que la marginalidad alcanzó el 20,04%, seguida de la de consulta externa, con una marginalidad de un 14,94%. En la actividad de hospitalización las cantidades facturadas excedieron a las contratadas en un 9,11%. En otros tratamientos incluidos en técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, en algunos casos, el número de casos realizados dobla, triplica o cuadruplica los contratados.

Entre los hospitales con marginalidades más elevadas destaca el Hospital de Figueres, que es el centro sanitario con una marginalidad más elevada en hospitalización (26,80%), en urgencias (49,32%), en cirugía menor ambulatoria (237,93%) y en algunos tratamientos incluidos en técnicas, tratamientos y procedimientos (se le contrataron 20 casos de estudio urodinámico y/o uroneurológico e hizo 296, 2 casos de biopsia de Corion e hizo 39 y 17 casos de amniocentesis y realizó 154). También destaca el Hospital Sant Jaume de Olot, que es el hospital que tiene una marginalidad más elevada en consultas externas (67,37%) y uno de los que la tiene más elevada en la hospitalización (21,09%) y urgencias (36,79%). El Hospital Casa de Maternitat también destaca por la elevada marginalidad que tiene en consultas externas (60,49%) y en la actividad hospital de día (1.722,08%). Otros hospitales que destacan son el Hospital de Sant Boi (19,26%) en relación con la hospitalización, el Hospital Residencia Sant Camil (64,18%) en relación con consultas externas, el Hospital de Santa Maria (46,24%) con respecto a urgencias, el Hospital de Puigcerdà (214,40%) en relación con el hospital de día, y el ICO (Barcelonès Nord y Maresme) (113,98%) en relación con la cirugía menor ambulatoria.

b) Actividad contratada no realizada

En la actividad de otros tratamientos incluidos en técnicas, procedimientos y tratamientos específicos, algunos hospitales no realizan todos los casos que el SCS les contrató, incluso algún centro hospitalario no realiza ninguno de los casos contratados de determinados tratamientos. Dado que las unidades se contratan en función de los objetivos y las líneas de actuación establecidas en el Plan de salud de Cataluña, el hecho de no realizarlas podría condicionar, en algunos casos, la consecución de estos objetivos o el cumplimiento de la política sanitaria.

Entre los tratamientos en los que no se han llevado a cabo todos los casos contratados destaca la fertilización in vitro realizada por el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona y la Fundación Puigvert, a quien se les contrataron 190 y 400 casos respectivamente y solo hicieron 175 y 374, a pesar de la existencia de lista de espera.

c) Pagos por encima las contraprestaciones aprobadas

El importe satisfecho por el SCS por los servicios prestados por los centros hospitalarios se ajustó a las contraprestaciones fijadas por el consejero de Sanidad y Seguridad Social mediante la Resolución del 17 de junio de 2003, excepto en la actividad de hospital de día que llevó a cabo la Clínica de Girona y Fundación Sant Hospital de La Seu d'Urgell.

En estos dos centros hospitalarios el número de casos realizados no alcanzó el 80% de la actividad contratada. A pesar de ello, ambas entidades percibieron el 70% del precio que les fue fijado aplicado a la actividad contratada, más el 30% del precio fijado aplicado a la actividad realizada, sin que se les aplicara la con-

traprestación prevista en dicha Resolución, que establece que en caso de que la actividad realizada por cada centro no llegara al 80% de la actividad contratada, el centro percibirá la cantidad resultante de multiplicar la actividad realizada por el precio fijado. El importe que percibieron en exceso fue 20.032,48 € (cuadro 2.3.K).

Cuadro 2.3.K: Importes que el SCS satisfizo en exceso a dos centros hospitalarios

Centro hospitalario	Importe según contraprestación aprobada	Importe satisfecho	Diferencia
Clínica Girona, SA	17.869,95	22.450,65	4.580,70
Fundación Sant Hospital de La Seu d'Urgell	69.233,85	84.685,63	15.451,78
Totales	87.103,80	107.136,28	20.032,48

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

d) Importes concedidos a determinados centros en concepto de apoyo económico

El Acuerdo de Gobierno de 18 de noviembre de 2003, por el que las entidades que gestionan seis centros hospitalarios recibieron un apoyo económico por importe global de 16.019.820,12 €, justificaba esta aportación por razones de dimensión productiva insuficiente, estructurales o de reordenación de servicios.

Por otra parte, el Acuerdo de Gobierno de 30 de marzo de 2004, por el que el IMAS, que gestiona el Hospital del Mar y el Hospital de L'Esperança, recibió 9.000.000 €, establecía que la finalidad de esta aportación era compensar los remanentes negativos de tesorería de los ejercicios 2002 y 2003.

A partir de estos acuerdos de Gobierno, se firmaron las cláusulas adicionales con los centros destinatarios de estas aportaciones, que establecen que, para determinar los importes a conceder a cada una de las entidades, se han valorado los costs que componen los gastos producidos por la actividad asistencial contratada por los centros. Asimismo, establecen que una vez imputado al ejercicio el importe concedido, el resultado de explotación del centro no podrá ser, en ningún caso, positivo.

En opinión de la Sindicatura, estos pagos tienen naturaleza de subvención, ya que se trata de aportaciones dinerarias que efectúa el SCS para hacerse cargo de parte del déficit de las entidades.

Como tales, su concesión debería haber estado sujeta a criterios de publicidad, concurrencia y objetividad, tal como determina el artículo 90 de la Ley de finanzas públicas. La concurrencia solo deja de ser preceptiva si, por la especificidad y las características del beneficiario o de la actividad subvencionada, no es posible, de una forma objetiva, promover la concurrencia pública.

En este último sentido, el SCS no disponía de ninguna justificación de las causas establecidas en el Acuerdo de Gobierno de 18 de noviembre de 2003, mediante

el que seis centros sanitarios recibieron los 16.019.820,12 €; es decir, el SCS no acreditó que en los seis centros sanitarios concurrieran razones de dimensión productiva insuficiente, estructurales o de reordenación de servicios que justificaran la concesión de esta aportación económica. Tampoco acreditó que estas causas solo se produjeran en estos centros y en ningún otro de la RHUP.

Finalmente, desde el punto de vista contable, estas aportaciones, al ser subvenciones corrientes deberían estar contabilizadas en el capítulo 4 *Transferencias corrientes* del presupuesto y no en el subconcepto 2520001 *Atención especializada*.

2.3.3.2. *Programas de especial interés para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, productos intermedios, docencia e investigación*

Anualmente, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social determina los programas que, de acuerdo con la política sanitaria y el Plan de salud, tienen un interés especial sanitario y que, por este motivo, requieren un tratamiento diferencial. También, de forma anual, fija el presupuesto asignado a productos intermedios y el asignado al programa de docencia de la atención hospitalaria y especializada, que incluye la función docente e investigadora.

La relación y el presupuesto de los programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y la dotación máxima asignada a productos intermedios fueron aprobados, previa autorización del Gobierno de fecha 10 de junio de 2003, por el consejero de Sanidad y Seguridad Social mediante Resolución del 17 de junio de 2003, modificada mediante la Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social de 12 de noviembre de 2003, previo informe favorable del Departamento de Economía y Finanzas.

El programa y el presupuesto de las prestaciones específicas correspondiente a la función docente e investigadora se aprobaron mediante Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social de 12 de noviembre de 2003, previo informe favorable del Departamento de Economía y Finanzas.

El presupuesto aprobado para el año 2003 destinado a los programas de especial interés para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social se incrementó un 24,97% con respecto al ejercicio anterior, la asignación presupuestaria de los productos intermedios aumentó un 17,99% y el presupuesto destinado a docencia e investigación, un 14,83% en relación con el ejercicio 2002.

El gasto derivado de la ejecución de los programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, de los productos intermedios y de la docencia y la investigación, por 126.743.793,55 €, representó el 7,52% del gasto en asistencia hospitalaria y especializada realizado en el ejercicio 2003 (cuadro 2.3.L).

SINDICATURA DE CUENTAS DE CATALUÑA – INFORME 22/2006

Los servicios asistenciales contratados y el sistema de pago de los programas se fijan en las cláusulas adicionales a los convenios de servicios suscritos entre el SCS y las entidades proveedoras.

Cuadro 2.3.L: Presupuesto aprobado en los años 2002 y 2003, importes máximos establecidos por el SCS para la ejecución de los programas y gastos derivados de su ejecución

Servicio, dispositivo o programa	Presupuesto 2002	Presupuesto 2003	% de variación 2003/2002	Importes máximos	Gasto
Absorción de urgencias-urgencias extrahospitalarias	2.428.180,77	2.723.941,38	12,18	2.723.941,38	2.723.941,38
Alcoholismo	167.453,46	174.151,60	4,00	174.151,60	174.151,60
Atención a la mujer	1.745.772,87	2.350.649,47	34,65	2.064.824,90	2.064.825,04
Bombas de insulina	371.855,38	704.372,45	89,42	665.468,94	600.368,94
Cámara hiperbárica	479.041,47	498.203,12	4,00	498.203,12	498.203,12
Unidad Asistencial y Preventiva Deport. en Centro Alto Rendim.	535.051,98	556.454,06	4,00	556.454,06	556.454,03
Cirugía laparoscópica urológica robotizada	318.776,82	165.763,95	(48,00)	165.763,95	165.763,95
Consejo genético	420.398,96	481.662,59	14,57	481.662,59	481.662,59
Coordinación asistencial de apoyo actividad terciaria	346.848,08	1.752.453,35	405,25	1.715.159,58	1.715.159,64
Coordinación oncológica	154.556,99	202.125,51	30,78	201.617,56	201.617,59
Cribaje cáncer de mama	5.869.316,12	6.198.058,94	5,60	6.123.088,14	6.123.088,34
Drogodependencias	3.451.026,23	3.796.851,95	10,02	3.667.368,67	3.667.368,40
Farmacia especial	901.672,50	718.971,00	(20,26)	718.964,69	718.964,69
Fenilcetonuria, hipotiroidismo y fibrosis quística	623.656,81	648.603,08	4,00	648.603,08	648.603,08
Hospitales aislados (Pr. para centros aislados geográficamente)	6.412.867,52	7.425.729,41	15,79	6.673.171,01	6.632.609,69
Instituto de bioquímica	347.787,96	361.699,48	4,00	361.699,48	361.699,48
Alquiler calle Descartes	208.920,40	0,00	(100,00)	0,00	0,00
Patología cardíaca aguda	389.219,81	404.788,61	4,00	404.788,61	404.788,61
Penitenciarios	3.380.169,18	3.514.784,94	3,98	3.514.784,94	3.514.784,94
Plan oncológico de Cataluña	870.231,88	1.720.066,05	97,66	1.716.401,29	1.716.401,33
Prevención precoz del cáncer de colon y recto	252.569,33	262.672,10	4,00	262.672,10	262.672,10
Programa especial de reimplante de miembros	308.108,86	320.433,21	4,00	320.433,21	320.433,21
Programa especial de segunda opinión oncológica	91.353,85	63.755,36	(30,21)	63.755,36	63.755,36
Registro de tumores	132.982,69	138.301,95	4,00	138.301,95	138.302,00
Rehabilitación foniátrica	721.516,29	773.735,81	7,24	758.029,01	758.029,08
Rehabilitación neurológica y neuromuscular	460.948,04	588.444,90	27,66	515.747,17	515.747,14
Apoyo a la diálisis	257.096,97	482.234,07	87,57	330.311,74	330.311,74
Apoyo asistencial esp. de las U asist. nefrológica y club diálisis	195.302,26	203.114,35	4,00	203.114,35	203.114,35
Test de resistencia a los antirretrovirales	504.840,00	337.523,11	(33,14)	326.281,44	326.281,43
Tratamiento específico leucemia	157.855,83	164.170,06	4,00	164.170,06	164.170,01
T. médico-quirúrgico y reh. esp. pers. con gran disc. fís.	4.524.137,99	5.775.874,42	27,67	5.016.264,14	5.016.264,14
Tratamiento quirúrgico de enfermos con alergia al látex	25.762,07	26.792,55	4,00	26.792,55	26.792,55
Transplantes (1)	9.938.066,04	13.979.932,60	40,67	11.398.278,28	11.429.957,63
Unidad de hematología y oncología	1.459.317,26	1.061.954,37	(27,23)	1.061.954,37	1.061.954,41
Unidad de prevención, control y epidemiología oncológica	828.113,45	861.237,99	4,00	861.237,99	861.237,99
UFISS cuidados paliativos	583.826,09	996.878,98	70,75	767.110,33	767.110,33
UFISS geriátrica	317.302,91	399.774,86	25,99	189.376,74	189.376,74
Unidad Funcional del Sida	725.941,67	754.979,34	4,00	754.979,34	754.979,31
Unidad móvil de atención primaria	177.661,07	184.767,51	4,00	184.767,50	184.767,50
Urgencias de invierno	8.271.806,84	9.256.844,31	11,91	8.339.943,80	8.076.244,44
Vacunaciones de adultos	224.786,70	233.778,17	4,00	233.778,16	233.778,15
Programas criopreservación gametos	0,00	90.000,00	100,00	33.183,72	33.183,72
Programa fatiga crónica y fibromialgia	0,00	601.012,10	100,00	180.518,92	180.518,92
Plan de salud	4.562.097,86	4.562.097,86	0,00	4.572.478,56	4.072.705,75
Plan de actuación sobre listas de espera quirúrgicas y pruebas complementarias (2)	9.015.181,57	14.905.100,19	65,33	14.583.075,86	12.876.147,37
Total programas de interés especial para el Dep. de Sanidad y SS	73.159.380,83	91.424.741,11	24,97	84.362.674,24	81.818.291,81
Productos intermedios	20.741.990,29	24.473.597,74	17,99	24.412.913,27	24.412.913,27
Docencia e investigación	19.385.650,60	22.261.214,86	14,83	20.512.588,47	20.512.588,47
Total	113.287.021,72	138.159.553,71	21,96	129.288.175,98	126.743.793,55

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Notas: (1) El programa de transplantes incluye trece programas.

(2) El programa Plan de actuación sobre listas de espera quirúrgicas y pruebas complementarias incluye dos programas.

1) Programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social

Mediante la mayor parte de estos programas, el SCS contrató la prestación de servicios asistenciales, financió estudios e investigaciones en materia sanitaria y concedió ayudas para servicios o actividades contratadas en las cláusulas que regulan la actividad general¹⁵. Para cada programa y para cada centro que lo debía ejecutar el SCS fijó un importe máximo a pagar.

El SCS ha informado de que las cantidades máximas se establecieron en función de los costes de la prestación del servicio integrados, básicamente, por los gastos de personal, la amortización del equipo médico y el material consumible.

Dependiendo del programa, la cantidad máxima a pagar fue abonada al centro hospitalario mediante tres formas diferentes: pagos fijos mensuales, pagos variables o una combinación de los dos sistemas.

En los pagos variables, las unidades de actividad¹⁶ realizadas se remuneraron de acuerdo con unas tarifas que, según ha informado el SCS, eran el resultado de dividir la cantidad máxima a pagar entre el número de unidades de actividad que contrató el SCS, excepto en el programa de *Transplante renal/extracción de órganos*¹⁷, en el que las tarifas aplicadas fueron las aprobadas por la Orden de 16 de diciembre de 1992 y en el programa *Para la resolución de las listas de espera quirúrgicas*¹⁸, en el que las tarifas aplicadas fueron aprobadas mediante Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social de 17 de junio de 2003.

En función del programa, los pagos fijos y los variables estaban o no sujetos a justificación de la actividad realizada. Los que estaban sujetos a justificación, esta consistió, en la mayoría de los casos, en el envío de una memoria explicativa de la ejecución del programa; en otros, se tuvo que justificar un número mínimo de unidades de actividad realizada o la totalidad de las unidades de actividad realizadas. Para determinados programas enviaron la relación de los usuarios atendidos.

Además de los anteriores programas, se llevó a cabo el programa *Plan de salud* y el programa *Para la resolución de productos no finalistas y de apoyo del proceso*

15. Se considera actividad general la actividad de hospitalización, consulta externa, urgencias y técnicas, tratamientos y procedimientos específicos.

16. Se ha utilizado el término *unidad de actividad* para hacer referencia a cualquier parámetro de actividad: altas, visitas, urgencias, día de tratamiento, casos, etc.

17. Programa con un gasto de 2.555.793,46 €, incluido en el programa de *Transplantes*.

18. Programa con un gasto de 10.673.597,85 €, incluido en el programa *Plan de actuación sobre listas de espera quirúrgicas y pruebas complementarias*.

*diagnóstico*¹⁹ con objeto de incentivar a las entidades proveedoras a alcanzar unos determinados objetivos cualitativos y a mejorar la calidad de los servicios prestados.

En el programa *Plan de salud* el SCS fijó una cantidad máxima a cobrar por cada entidad titular o gestora del centro hospitalario si alcanzaba unos determinados objetivos, establecidos de acuerdo con las directivas definidas en el Plan de salud de Cataluña 2002-2005, aprobado por el Gobierno de la Generalidad en fecha 8 de julio de 2003.

El programa *Para la resolución de productos no finalistas y de apoyo del proceso diagnóstico* tenía como objeto la mejora de las listas de espera y la reducción del tiempo de espera de las pruebas diagnósticas siguientes: ecografías, ecocardiogramas, resonancias nucleares magnéticas y tomografías axiales computarizadas. El SCS fijó, para cada centro hospitalario, una cantidad prevista a satisfacer, cuyo 70% se pagó mensualmente y el 30% restante previa evaluación de los objetivos de reducción de lista de espera.

2) Los productos intermedios

Hasta el año 1998 el sistema por el que el SCS financiaba las exploraciones y pruebas complementarias era doble: por una parte, con el precio de la tarifa de cada servicio (visitas, alta, etc.) estaba incluido el coste de las pruebas complementarias habituales al servicio en cuestión y, por otra parte, el SCS contrataba con centros específicos determinadas exploraciones o pruebas complementarias a las que los centros que no disponían de la tecnología para hacer las pruebas derivaban a los enfermos que necesitaban las pruebas diagnósticas.

A partir del año 1999, el SCS, a fin de favorecer la corresponsabilización de las diferentes entidades en la optimización y racionalización de los recursos, optó por asignar a las diferentes entidades el presupuesto destinado a la compra de productos no finalistas y de apoyo del proceso diagnóstico, creando un nuevo concepto denominado productos intermedios.

En el año 2003 el gasto en productos intermedios fue de 24.412.913,27 €. El presupuesto asignado a cada entidad se basó en el gasto que en 1998 hacía cada hospital en productos intermedios contratados directamente por el SCS, más los incrementos anuales desde entonces.

19. Programa con un gasto de 2.202.549,52 €, incluido en el programa *Plan de actuación sobre listas de espera quirúrgicas y pruebas complementarias*.

3) La función docente e investigadora

La función docente e investigadora abarca la formación docente de postgrado y pregrado, la formación especializada en enfermería y la investigación.

Los importes destinados a esta función se pagaron mensualmente y financiaron los costes reflejados en el siguiente cuadro:

Cuadro 2.3.M: Costes financiados mediante la función docente e investigadora

Formación e investigación	Coste financiado	Importe facturado
Formación docente postgrado	Costes directos e indirectos	15.480.114,25
Formación docente pregrado	Costes indirectos y de mantenimiento	327.454,17
Formación especializada en enfermería	95% de los costes directos en comadronas de primer año	453.490,47
	50% de los costes directos en comadronas de segundo año	
Investigación	Costes indirectos de los proyectos de investigación	4.251.529,58
Total		20.512.588,47

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Las entidades contratadas tuvieron que justificar la actividad realizada en la formación docente de postgrado y en la formación especializada en enfermería, que habían sido fijadas previamente en la cláusula adicional a los convenios de servicios. La formación docente de pregrado y la investigación realizadas no estaban sujetas a justificación.

De la revisión de este apartado es preciso hacer las siguientes observaciones:

a) Importe máximo establecido para la realización de programas superior al importe aprobado por el consejero de Sanidad y Seguridad Social

El importe máximo que el SCS fijó con las diferentes entidades proveedoras para la ejecución del programa de interés especial *Plan de salud* estaba excedido en 10.380,70 € con respecto al importe que había aprobado el consejero de Sanidad y Seguridad Social mediante la Resolución del 17 de junio de 2003.

b) Falta la justificación de la cuantía del importe satisfecho a las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios para la ejecución de los programas

Los importes abonados a las entidades proveedoras para la ejecución de los programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social fueron iguales a las cantidades máximas que el SCS estableció para desarrollarlos, excepto en cinco, en los que se facturaron las unidades de servicio realizadas, en el programa de *Docencia e investigación*, en el *Plan de salud* y en el programa *Para la resolución de productos no finalistas y de apoyo del proceso diagnóstico*²⁰.

20. Programa con un gasto de 2.202.549,52 €, incluido en el programa *Plan de actuación sobre listas de espera quirúrgicas y pruebas complementarias*.

Las cantidades satisfechas para ejecutar los programas fueron diferentes para cada proveedor y para cada programa. El SCS ha informado de que las cantidades que se pagaron se fijaron en función de los costes de la prestación del servicio integrados, básicamente, por los gastos de personal, la amortización del equipo médico y el material consumible.

Del conjunto de programas, se solicitó al SCS el escandallo de costes a partir del que se habían fijado los pagos a cada entidad proveedora de los programas *Coordinación asistencial de apoyo a la actividad terciaria* por 1.715.159,64 €, *Penitenciarios* por 3.514.784,94 € y *Rehabilitación foniátrica* por 758.029,08 €, pero la documentación que facilitó el SCS se refería a las actividades realizadas por los centros y a los recursos que les eran necesarios, sin cuantificarlos ni valorarlos.

Este hecho pone en duda la existencia de una relación entre los importes satisfechos a las entidades proveedoras y los costes de la ejecución de los programas, lo que se confirma a partir de la disparidad de ratios obtenidas de la circularización de las entidades proveedoras que ejecutaban estos tres programas más las que realizaron el programa *Cribaje de cáncer de mama* por 6.123.088,34 €, en las que se solicitó, por programa, el número de los pacientes atendidos y las horas del personal destinado a ejecutarlo (cuadro 2.3.N).

Cuadro 2.3.N: Ratios que relacionan los costes de los programas con los profesionales que los realizan y con las unidades de actividad

Programa	Número de centros participantes	Coste del programa	Ratio definida	Número de entidades (2)	Valor medio de la ratio	Valor máximo de la ratio (A)	Valor mínimo de la ratio (B)	(A-B)/B
Cribaje cáncer de mama	31	1.715.159,64	Importe que cobra el centro/Número de mamografías realizadas	30	42,00	204,09	21,80	8,36
			Importe que cobra el centro/número de horas de profesionales destinados a ejecutar el programa (1)	27	32,80	263,64	8,28	30,84
Penitenciarios	6	3.514.784,94	Importe que cobra el centro/número de altas que realiza	6	4.500,36	14.403,12	1.804,49	6,98
			Importe que cobra el centro/número de unidades realizadas de cualquier actividad (altas, actividad ambulatoria, consultas externas, cirugía menor y urgencias)	6	959,80	2.955,07	98,50	29,00
Rehabilitación foniátrica	7	758.029,08	Importe que cobra el centro/número de pacientes	4	1.276,14	2.604,39	135,60	18,21
			Importe que cobra el centro/número de sesiones de rehabilitación	6	17,90	334,01	10,24	31,62
			Importe que cobra el centro/número de horas de profesionales destinados a ejecutar el programa (1)	6	15,03	40,07	4,64	7,64

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de la respuesta de las entidades proveedoras a la circularización realizada por la Sindicatura.

Notas: (1) Las horas de los profesionales destinadas a ejecutar el programa incluyen todas las categorías profesionales.

(2) Número de entidades, cuyos datos se han utilizado para el cálculo de las ratios.

Del programa *Coordinación asistencial de apoyo a la actividad terciaria* no se pudieron calcular las ratios, vista la disparidad de actividades que se financiaron mediante este programa y la no disponibilidad de la información necesaria para calcularlos por parte de los centros hospitalarios.

Del resultado de la circularización se ha obtenido por una misma ratio una gran disparidad de valores; así en el *Cribaje cáncer de mama*, el centro hospitalario que cobra más por mamografía realizada percibe 8,36 veces más el importe del que cobra menos por mamografía, y en *Rehabilitación foniátrica*, el hospital que más cobra por sesión de rehabilitación percibe 31,62 veces más el importe del que cobra menos por sesión; incluso, durante el año 2003, la entidad Gestió Pius Hospital de Valls, SAM, realizó sesiones de rehabilitación foniátrica a 55 personas sin que hubiera recibido financiación por parte del SCS.

En relación con el programa *Coordinación asistencial de apoyo a la actividad terciaria*, el objeto de la financiación que recibe la Policlínica de El Vallès, FP para ejecutarlo no parece ajustarse al objeto del programa, que fue definido por el Consejo de Dirección del SCS en la sesión del día 28 de mayo de 2002, quien estableció que dentro de la política de equidad y mejora de la accesibilidad para todos los ciudadanos se ponía en marcha el programa *Coordinación asistencial de apoyo a la actividad terciaria*, que permite que en algunas zonas se pueda realizar la coordinación con una actividad que se lleva a cabo en un nivel tecnológico más elevado (cuadro 2.3.O).

Cuadro 2.3.O: Relación de entidades que han llevado a cabo el programa *Coordinación asistencial de apoyo a la actividad terciaria* y objeto de cada uno de ellos

Entidad proveedora	Ingresos recibidos por las entidades	Objeto del programa
Fundación Sant Hospital de La Seu d'Urgell	4.688,69	Financiar consultores externos de especialidades que a pesar de no encontrarse usualmente en un hospital comarcal básico, dada la localización geográfica de la comarca, evitan el desplazamiento de pacientes y familiares.
Gestió de Centres Sanitaris, SA (H. Comarcal de El Pallars)	124.762,66	Financiar consultores externos de especialidades que a pesar de no encontrarse usualmente en un hospital comarcal básico, dada la localización geográfica de la comarca, evitan el desplazamiento de pacientes y familiares.
Hospital de Sant Joan de Reus, SAM	915.524,91	Financiar el establecimiento de una Unidad de Hemodinámica de referencia de las regiones sanitarias de Tarragona y Terres de l'Ebre y el apoyo oncológico a todos los centros hospitalarios y de atención primaria de la demarcación de Tarragona.
Corporación de Salud de El Maresme y La Selva (H. C. de Blanes)	130.923,06	Financiar el coste de la atención de pediatría para la población infantil de la comarca de La Selva.
Althaia, Red Asistencial de Manresa, FP	272.069,47	Financiar el apoyo en atención especializada que da este centro a los centros de las comarcas de El Berguedà, El Solsonès y La Cerdanya.
H. de Sant Joan de Déu de Barcelona (Esplugues de Llobregat)	15.626,32	Financiar circuitos que facilitan la circulación de pacientes terciarios pediátricos desde los hospitales comarcales y de atención primaria hacia el hospital y atender pacientes derivados de otros hospitales comarcales y de atención primaria.
Instituto Catalán de Oncología	52.423,48	Financiar la implantación del ICO en la región sanitaria de Barcelonès Nord y Maresme, como centro coordinador entre los diferentes niveles asistenciales.
Policlínica de El Vallès, FP	105.062,93	Financiar los servicios de medicina interna, neurología, reumatología y atención domiciliaria urgente, cuya supresión aprobó la Policlínica de El Vallès, de acuerdo con el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y que debían ser prestados por el Hospital General de Granollers. Por necesidades de adaptación, dichos servicios continuaron en la Policlínica de El Vallès, lo que comportó un gasto de 527.380,00 €, que ha sido asumido por el SCS mediante el programa <i>Coordinación asistencial de apoyo a la actividad terciaria</i> , siendo las anualidades pactadas de 105.062,93 € en el año 2003, 109.562,93 € en el año 2004 y 312.754,14 € en el año 2005.
Corporación Sanitaria Parc Taulí	30.050,61	Financiar tareas de apoyo de actividad oncológica a la población de la comarca de El Berguedà.
Mutua de Terrassa	6.010,13	Financiar el apoyo médico en cirugía torácica que da este hospital a la población de Terrassa y comarca.
F. de Gestión Sanitaria del Hospital de Santa Creu i Sant Pau	58.017,38	Financiar la actividad desarrollada por un equipo interdisciplinario vinculado al programa de <i>Prevención y control de la enfermedad de Hansen en Cataluña</i> .
Total	1.715.159,64	

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de la respuesta de las entidades proveedoras a la circularización realizada por la Sindicatura.

El SCS financió el programa *Unidad funcional del sida*, que tenía como objetivo mejorar la atención de los enfermos que sufren un proceso de infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), exclusivamente en nueve hospitales y por el que percibieron 759.979,31 €, aunque según ha informado el SCS, en el año 2003 este tratamiento lo estaban realizando la mayoría de los centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP. Además, el conjunto de centros hospitalarios ya facturaba esta actividad de acuerdo con los precios establecidos en las cláusulas adicionales a los convenios de servicio que regulan la actividad general²¹ (cuadro 2.3.P).

Cuadro 2.3.P: Relación de entidades remuneradas mediante el programa Unidad funcional del SIDA

Entidad titular o gestora del centro hospitalario	Gasto
Consorcio Sanitario Integral (Hospital de L'Hospitalet de Llobregat)	58.155,31
Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat	66.981,39
Corporación Sanitaria Parc Taulí	41.689,21
Consorcio Sanitario de Terrassa	20.891,47
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	229.240,90
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (Hospital del Mar)	62.393,20
Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de Santa Creu i Sant Pau	100.472,13
Consorcio Hospitalario de Vic	40.188,76
Instituto de Asistencia Sanitaria (Hospital Santa Caterina)	134.966,94
Total	759.979,31

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Por otra parte, el SCS pagó 115.493,32 € a una de las entidades proveedoras, que ejecutaba uno de los programas incluidos en el programa *Absorción de urgencias–urgencias extrahospitalarias*, para garantizar un mínimo de cuatro ingresos de urgencias diarios procedentes del Hospital de Santa Creu i Sant Pau, hecho que implica que a lo largo del año debía garantizar un mínimo de 1.460 urgencias. El coste unitario por urgencia garantizada sería de 79,11 €, importe superior al que el SCS satisfizo por urgencia contratada a este hospital en la actividad general que fue de 75,10 €.

Del análisis de los diferentes programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social se deducen elementos de discrecionalidad en la contratación de los servicios sanitarios incluidos en algunos de estos programas.

c) Falta de objetivos a medio y corto plazo y de indicadores de resultados en los programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social

En el año 2003, la mayoría de los programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social tenían establecido un objetivo genérico a

21. Se considera actividad general la actividad de hospitalización, consulta externa, urgencias y técnicas, tratamientos y procedimientos específicos.

alcanzar, pero no tenían definidos los objetivos concretos a medio y/o corto plazo que se querían conseguir, ni se habían establecido mecanismos de seguimiento de la ejecución de los programas a partir de indicadores de procedimientos, de actividades o de resultados. Estas carencias no permiten evaluar la eficacia y la eficiencia de la mayoría de estos programas, dado que ambas variables están relacionadas necesariamente con la definición previa de objetivos y de indicadores.

d) Seguimiento de la ejecución de los programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, docencia e investigación: falta de motivación de los informes emitidos e incumplimiento de las cláusulas adicionales de los convenios de gestión de servicios

En 35 de los 57 programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, el SCS o una comisión de seguimiento del programa debía emitir un informe previo al último pago derivado de la ejecución del programa. Este informe se debía basar en la información aportada por la entidad sobre la actividad realizada y, además, en siete programas, en los costes que se derivaran.

En todos los informes previos emitidos, excepto en los relativos al programa *Para la resolución de productos no finalistas y de apoyo del proceso diagnóstico*, el SCS emitió informe favorable sobre este pago, pero en algunos casos no mencionaba los motivos que justificaban el informe favorable y en otros solo especificaba que se habían alcanzado los objetivos del programa, sin hacer referencia a cuáles eran los objetivos alcanzados ni a los indicadores utilizados para medir su consecución aunque, tal como se ha indicado en la observación anterior, el SCS no había definido los objetivos concretos a alcanzar. Además, ninguno de los informes hacía referencia a los costes derivados de la ejecución del programa, aunque las cláusulas que regulaban siete de estos programas así lo exigían (cuadro 2.3.Q).

Cuadro 2.3.Q: Programas en los que el informe previo al último pago debía hacer referencia a los costes derivados de su ejecución

Programa	Gasto
Cribaje de cáncer de mama	6.123.088,34
Instituto de Bioquímica Clínica	361.699,48
Atención a la mujer (1)	2.064.825,04
Plan oncológico de Cataluña	1.716.401,33
Programa especial de segunda opinión oncológica	63.755,36
Registro de tumores	138.302,00
Tratamiento específico leucemia	164.170,01
Total	10.632.241,56

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Nota: (1) La cláusula que regulaba este programa no era igual para todas las entidades que lo ejecutaban; así, algunas de ellas no establecían que el informe de los servicios técnicos se debía basar en los costes que generó la actividad realizada.

Del resto de aspectos revisados, el seguimiento se considera correcto, excepto en los casos que a continuación se detallan:

- La entidad que desarrolló el programa *Unidad asistencial y preventiva deportiva en el Centro de Alto Rendimiento Deportivo*, con un gasto para el SCS de 556.454,03 €, no envió al SCS información sobre los recursos utilizados y los gastos generados en su ejecución e incumplió la cláusula adicional mediante la que fue contratada.
- El programa Transplante de médula ósea²² lo ejecutaron cinco hospitales que, de acuerdo con las cláusulas adicionales, debían justificar un número mínimo de casos realizados. Se ha solicitado esta justificación de dos de estos centros hospitalarios y uno de ellos no había informado del número de casos realizados. El gasto del SCS derivado de la ejecución de este programa por esta entidad fue de 602.832,46 €.
- El programa Transplante sem-cells²³ lo ejecutaron tres hospitales que, de acuerdo con las cláusulas adicionales, debían justificar un número mínimo de tratamientos. Se ha solicitado esta justificación de dos de estos hospitales. Uno de ellos no había justificado ningún tratamiento y el otro había justificado 14 de los 40 que como mínimo debía realizar. Por otra parte, no consta que la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas emitiera el informe previo y preceptivo en el último pago del programa a estas entidades. El gasto del SCS derivado de la ejecución de este programa por estas dos entidades fue de 265.478,14 €.
- Se ha revisado la documentación justificativa de la ejecución del programa UFISS cuidados paliativos de uno de los dos centros que lo desarrollaron. El SCS satisfizo el último pago a este centro sin que la comisión de seguimiento del programa, integrada por un representante del programa "Vida als anys" (Vida a los años) y un representante del SCS, hubiera emitido el informe previo al pago, tal como establece la cláusula adicional al convenio que regula el sistema de pago de este servicio asistencial. El gasto del SCS derivado de la ejecución de este programa por esta entidad fue de 200.818,28 €.
- Se ha revisado la justificación de la actividad realizada de tres centros hospitalarios de los diecisiete que el SCS contrató para realizar la formación en docencia de postgrado y uno de ellos no cubrió dos plazas de las veinte que tenía asignadas. A pesar de ello, el SCS no detrajo 25.229,60 € correspondientes a la parte proporcional de residentes no acreditados, tal como establece la cláusula adicional a los convenios de servicios que regulan la docencia de postgrado.
- El SCS contrató a seis entidades para realizar la formación especializada en enfermería, que estaban obligadas a la formación del número de comadronas

22. Programa con un gasto de 4.056.513,34 €, incluido en el programa de *Transplantes*.

23. Programa con un gasto de 345.855,77 €, incluido en el programa de *Transplantes*.

del primer y segundo año establecido en la cláusula adicional a los convenios de servicios. Se ha revisado la actividad de un centro hospitalario, que debía formar a seis comadronas y solo formó cinco. Sin embargo, el SCS le satisfizo la totalidad del importe establecido en la cláusula por 59.150,93 €.

2.3.3.3. *Prótesis y medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria*

Las prótesis quirúrgicas fijas implantadas no recuperables en el alta del paciente –con exclusión de los materiales de sutura y de las prótesis para la intervención de cataratas– y determinados medicamentos y productos dispensados en régimen ambulatorio se contratan aparte de la actividad general.²⁴

1) Prótesis no recuperables en el momento del alta del paciente

El gasto del año 2003 en prótesis quirúrgicas fijas fue de 41.446.984,99 €, y representó el 2,46% del gasto en asistencia hospitalaria y especializada realizada en el ejercicio 2003.

Las prótesis quirúrgicas fijas están recogidas y clasificadas en un catálogo que fue aprobado por el consejero de Sanidad y Seguridad Social el 1 de septiembre de 1999. En el año 2003, el consejero de Sanidad y Seguridad Social, mediante Resolución de fecha 17 de junio de 2003, aprobó los precios de las prótesis quirúrgicas fijas, que se incrementaron con respecto al año anterior en un 4%.

El SCS para cada hospital estableció el número de enfermos a tratar, sin especificar el tipo de prótesis a implantar, un presupuesto máximo y un precio medio por enfermo. El número de casos que fueron aceptados por el SCS y, por lo tanto, facturados, fue el número de casos realizados si no se excedía del 10% del número de casos fijados; a partir de este exceso, solo se facturó el 25% de las prótesis implantadas. En relación con el precio, se facturó al precio inferior entre el precio medio fijado y el aprobado.

2) Medicamentos y productos de nutrición parenteral y enteral y material para su administración a domicilio a dispensar por los servicios farmacéuticos del hospital a pacientes en régimen ambulatorio

La medicación está incluida en los conceptos de alta hospitalaria, visita de consulta externa, urgencia y casos tratados, excepto los medicamentos de las especialidades farmacéuticas de uso hospitalario dispensadas a pacientes en régimen de am-

24. Se considera actividad general la actividad de hospitalización, consulta externa, urgencias y técnicas, tratamientos y procedimientos específicos.

bulatorio, los productos de nutrición parenteral, los productos de nutrición enteral domiciliaria y los medicamentos para pacientes hemofílicos VIH positivos en tratamiento con antirretrovirales. El SCS abona estos medicamentos y productos de acuerdo con la cláusula adicional a los convenios de servicio que fija los tipos de medicamentos y el sistema de facturación.

En el año 2003, el gasto de esta medicación alcanzó los 162.362.938,79 €, que representaron el 9,64% del gasto en asistencia hospitalaria y especializada realizada en este ejercicio.

Los medicamentos y productos que se dispensan están incluidos en el catálogo de medicamentos y productos de nutrición parenteral y enteral de dispensación ambulatoria en los hospitales de la RHUP, aprobado mediante Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social el 29 de mayo de 2001.

Los precios de los medicamentos de especialidades farmacéuticas en régimen ambulatorio están establecidos en dicho catálogo y se actualizan automáticamente en caso de que el Ministerio de Sanidad y Consumo autorice la presentación en envase clínico o la especialidad farmacéutica genérica correspondiente. Los productos de nutrición parenteral domiciliaria se retribuyen de acuerdo con las tarifas aprobadas por el consejero de Sanidad y Seguridad Social mediante Resolución de 29 de mayo de 2001 y los precios de los productos de nutrición enteral domiciliaria y los medicamentos dispensados a pacientes hemofílicos VIH positivos se corresponden con los precios de venta de laboratorio.

2.3.3.4. *Modelo poblacional*

La Orden SSS/172/2002, de 17 de mayo, estableció una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional, en los ámbitos geográficos de Osona, Altesorbat, Alt Maresme–Selva Marítima, La Cerdanya y El Baix Empordà, con una vigencia hasta el 31 de diciembre de 2003. Esta orden fue derogada por la Orden SSS/38/2004, de 20 de febrero, de contenido casi idéntico a la primera, pero que ampliaba la vigencia de la prueba piloto hasta el 31 de diciembre de 2005.

El objeto de la prueba piloto es establecer una actuación coordinada de la totalidad de entidades proveedoras para alcanzar una prestación integral de las líneas de servicios y de las prestaciones siguientes²⁵:

25. Las líneas de servicios y prestaciones no son las mismas en todos los ámbitos geográficos de la prueba piloto, pero en todos ellos se han coordinado como mínimo los servicios de atención primaria de salud y de atención especializada.

- Líneas de servicios: atención hospitalaria y especializada, atención primaria de salud, atención sociosanitaria, atención a la salud mental, atención a la insuficiencia renal, atención extrahospitalaria y atención a la drogodependencia.
- Prestaciones: farmacia, transporte sanitario y entrega por desplazamientos, prestaciones ortopédicas, oxigenoterapia, medicación especial y extranjera, resarcimiento de gastos y rehabilitación.

El sistema de pago de base poblacional se fundamenta en el parámetro constituido por la asignación media del gasto corriente sanitario neto por habitante en Cataluña modulado por un factor corrector, calculado según las variables de edad, sexo y aislamiento geográfico. El consejero de Sanidad y Seguridad Social, mediante Resolución de fecha 3 de noviembre de 2003, fijó en 724,45 € la asignación media del gasto corriente sanitario neto por habitante de Cataluña para el año 2003 y estableció el factor corrector de cada uno de los ámbitos geográficos de la prueba piloto.

La contraprestación de cada ámbito geográfico es el resultado de multiplicar el parámetro anterior por el factor corrector y por el número de habitantes. De esta contraprestación se deduce el importe de las prestaciones financiadas directamente por el SCS y los gastos derivados de la asistencia sanitaria que se debería haber prestado en el ámbito geográfico donde es de aplicación la prueba piloto, pero que ha sido prestada por entidades proveedoras de otros ámbitos geográficos. Asimismo, a esta contraprestación se le añade el importe de la asistencia prestada a población no residente en el ámbito geográfico de la prueba piloto.

Las entidades proveedoras que participan en la prueba piloto se corresponsabilizan de la gestión de las prestaciones farmacéuticas y ortopédicas y del transporte sanitario y entregas y, además, los hospitales participantes se corresponsabilizan de la gestión de la población atendida fuera del ámbito geográfico de la prueba piloto.

Esta corresponsabilización se materializa mediante la fijación de unos presupuestos para farmacia, transporte sanitario y prestaciones farmacéuticas, y una asignación destinada a la gestión de la población atendida fuera del ámbito de la prueba piloto, de los que las entidades proveedoras participantes en la prueba asumen un porcentaje de riesgo. Al final del ejercicio, si el gasto real es superior al presupuestado, la entidad proveedora asume el coste en una cuantía equivalente al porcentaje de riesgo establecido aplicado a la diferencia entre el gasto real y el presupuestado; en caso contrario, si el gasto real es inferior al presupuestado, la entidad proveedora se beneficia del ahorro en la parte correspondiente al porcentaje de riesgo establecido aplicado a la diferencia entre el gasto real y el presupuestado.

En el año 2003, el modelo poblacional ha supuesto que el SCS destinara unos recursos superiores en 2.529.067,70 € a los que habría utilizado en caso de que se hubiera aplicado el modelo convencional (cuadro 2.3.R).

Cuadro 2.3.R: Diferencia entre el gasto resultante de la aplicación del modelo sanitario en base poblacional y el modelo convencional

Ámbito geográfico	Líneas de servicios (1)	Corresponsabilización farmacia, transporte y prestaciones ortopédicas (2)	Corresponsabilización población atendida en otras zonas (3)	Gasto de la población no residente (4)	Diferencia total
Cerdanya	(36.899,79)	(101.232,96)	36.553,47	276.763,19	175.183,91
Altebrat	153.481,39	(23.829,97)	22.579,40	282.673,35	434.904,17
Baix Empordà	(1.288.973,72)	(120.580,03)	60.690,33	2.101.403,78	752.540,36
Osona	(1.584.325,29)	58.933,64	(152.369,95)	2.196.503,49	518.741,89
Alt Maresme–Selva Marítima	(2.638.302,46)	(8.024,59)	(162.358,35)	3.456.382,77	647.697,37
Total	(5.395.019,87)	(194.733,91)	(194.905,10)	8.313.726,58	2.529.067,70

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Notas:

- (1) Diferencia en la contraprestación de servicios sanitarios básicos entre el modelo capitulo y el convencional. Si la facturación de los servicios sanitarios, de acuerdo con el modelo tradicional, es superior a la contraprestación de estos servicios, de acuerdo con el modelo capitulo, la diferencia es negativa y el SCS la detrae a la entidad proveedora; si es inferior, la diferencia es positiva y el SCS la debe abonar a la entidad proveedora.
- (2) Importe resultante del porcentaje de riesgo asumido por las entidades proveedoras de la diferencia entre el gasto pactado y el gasto real en farmacia, transportes y prestaciones ortopédicas. Si el gasto real es superior al pactado (importes de la columna en negativo), la entidad contratada debe hacer frente al porcentaje de riesgo asumido de este diferencial; si el gasto real es inferior al pactado (importe de la columna en positivo), la entidad contratada percibe la diferencia de acuerdo con el porcentaje de riesgo asumido.
- (3) Importe resultante del porcentaje de riesgo asumido por las entidades proveedoras de la diferencia entre la cantidad pactada y el gasto ocasionado al SCS por los enfermos atendidos en hospitales de otra zona geográfica. Si el gasto real es superior al pactado (importes de la columna en negativo), la entidad contratada debe hacer frente al diferencial de acuerdo con el porcentaje de riesgo asumido; si el gasto real es inferior al pactado (importes de la columna en positivo), la entidad contratada percibe la diferencia de acuerdo con el porcentaje de riesgo asumido.
- (4) Gasto que satisface el SCS por la actividad sanitaria generada, en el ámbito de la atención hospitalaria y especializada, por la población no residente atendida dentro de la zona geográfica de la prueba piloto.

Este saldo a favor de las entidades proveedoras, 2.529.067,70 €, es abonado por el SCS a la entidad titular o gestora del centro hospitalario de los ámbitos geográficos de la prueba²⁶, que lo distribuye entre todas las entidades participantes, salvo el ICS, a quien el SCS hace directamente la liquidación. El importe que le correspondía al SCS abonar a las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios fue de 3.044.139,01 € y el importe a detraer del ICS fue 515.071,31 €.

En cada ámbito donde se desarrolla la prueba piloto se constituye una comisión de seguimiento, que vela por su buen funcionamiento y que anualmente hace una evaluación de los resultados.

2.3.3.5. Equiparación de condiciones laborales

El Gobierno de la Generalidad, mediante el Acuerdo de fecha 9 de julio de 2002, modificado parcialmente por el Acuerdo de Gobierno de 15 de julio de 2003 y por el Acuerdo de Gobierno de 30 de noviembre de 2004, autorizó al Departamento de Salud, mediante el SCS, a formalizar una cláusula adicional anual a los

26. En caso de que haya más de un centro hospitalario en el ámbito geográfico donde se desarrolla la prueba piloto, corresponde a la entidad titular de uno de ellos distribuir la diferencia entre el resto de entidades proveedoras.

convenios con los centros de la RHUP durante el periodo 2002 a 2006, a fin de alcanzar una armonización de las condiciones retributivas dentro del marco de la RHUP y autorizó la realización de pagos a cuenta de las cláusulas adicionales, que debían regularizarse una vez las hubieran suscrito.

Este acuerdo recogía la voluntad del Parlamento de Cataluña, reflejado en la Resolución 915/VI, aprobada por el Parlamento sobre la orientación de la política general del Consejo Ejecutivo, en la que instaba al Gobierno a equiparar las condiciones laborales de los profesionales del sector concertado de la RHUP.

En el año 2003, el consejero de Sanidad y Seguridad Social autorizó, mediante resoluciones mensuales, la concesión de los pagos a cuenta de las cláusulas adicionales a los convenios que se debían suscribir, pero que, en el mes de agosto de 2005, todavía no se habían firmado. El SCS ha informado de que este retraso es consecuencia de las discrepancias entre las partes con respecto a la cantidad que debían percibir los hospitales en concepto de armonización de las condiciones retributivas.

El gasto del año 2003 en la equiparación condiciones laborales fue de 32.944.320,00 € y representó el 1,96% del gasto devengado en asistencia sanitaria en el ejercicio 2003.

2.4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE CENTROS NO INTEGRADOS EN LA RHUP

El Servicio Catalán de la Salud puede contratar servicios sanitarios con los centros hospitalarios que no pertenezcan a la Red, con carácter excepcional y por una duración limitada, en los supuestos en que los hospitales de la Red no sean suficientes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 43.2 de la LOSC y en el artículo 4.1.a) del Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del SCS.

2.4.1. Centros que no pertenecen a la RHUP

Las entidades proveedoras que no pertenecen a la RHUP y que prestaron asistencia hospitalaria y especializada durante el año 2003 se muestran en el cuadro 2.4.A, con indicación del objeto de la gestión de los servicios, el importe del gasto derivado de su ejecución y la fecha y forma en que se formalizó esta gestión.

SINDICATURA DE CUENTAS DE CATALUÑA – INFORME 22/2006

Cuadro 2.4.A: Entidades que prestan servicios²⁷ mediante centros que no pertenecen a la RHUP

Entidad proveedora (1)	Gasto	Convenio/ contrato	Fecha convenio/ contrato	Prestación de servicios
Clinica Salus Infirmerum	1.187.077,49	Contrato	14.12.01	Asistencia al enfermo agudo en régimen de internamiento y ambulatoria.
Centre MQ Reus, SA	3.684.046,10	Convenio	17.06.99	
CARSA Clínica de Tortosa	765.018,36	Contrato	01.06.03 (2)	
<i>Total hospitales complementarios</i>	<i>5.636.141,95</i>			
Societat Anònima Municipal de Gestió de Sanitat i Serveis Socials (SAMGISS)	911.177,01	Convenio	10.12.03	Asistencia hospitalaria en la actividad de urgencias y cirugía menor ambulatoria.
Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL (Hospital General de Catalunya)	10.282.995,40	Convenio	03.11.03	Hospitalización, técnicas y procedimientos específicos, prótesis y actuaciones realizadas de acuerdo con el Plan de salud.
Neuroangiografía Terapèutica, SL	2.076.048,71	Contrato	31.12.03	Tratamientos de neurorradiología intervencionista y angiografía diagnóstica.
Institució Tres Torres, SA	86.000,00	Contrato	02.05.03	Procedimientos quirúrgicos de cataratas, varices y prótesis de rodilla con el objeto de reducir las listas de espera.
Grupo Hospitalario Quirón, SA	78.000,00	Contrato	02.05.03	
Institut Dexeus, SA	170.000,00	Contrato	02.05.03	
Centro de Oftalmol. Barraquer, SA	81.700,00	Contrato	02.05.03	
Centre Mèdic Delfos, SA	126.400,00	Contrato	02.05.03	
Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL (Hospital General de Catalunya)	1.291.102,28	Contrato	02.05.03	
<i>Total procedimientos quirúrgicos 2003</i>	<i>1.833.202,28</i>			
Instituto Catalán de la Retina	6.352,00	Contrato	2002	Procedimientos quirúrgicos de cataratas, varices y prótesis de rodilla contratados en 2002 pero realizados en 2003, con el objeto de reducir las listas de espera.
Centro Médico Delfos	7.753,10	Contrato	2002	
Institut Dexeus, SA	5.719,00	Contrato	2002	
<i>Total procedimientos quirúrgicos 2002</i>	<i>19.824,10</i>			
Instituto de diagnóstico para la imagen	454.082,96	Convenio	20.11.03	Endoscopias intervencionistas y realización de los productos finalistas y de apoyo del proceso diagnóstico con el objeto de reducir las listas de espera.
Clinica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Sanatorio Médico Quirúrgico de Lérida, SA	156.301,20	Contrato	27.03.03	Asistencia al enfermo agudo en régimen de internamiento en relación con el Programa de urgencias de invierno
Centre Quirúrgic Sant Jordi, SA	3.599.428,20	Contrato	18.03.94	Intervenciones con circulación extracorpórea, a corazón cerrado o angioplastia coronaria, estudio hemodinámico e implantación de marcapasos en pacientes que no pueden ser atendidos por los hospitales de la RHUP, por falta de capacidad.
Grupo Hospitalario Quirón, SA	12.842,28	Contrato	18.03.94	
Institut Clínica Corachan, SA	497.147,01	Contrato	18.03.94	
Clinica Nostra Senyora del Pilar	234.225,81	Contrato	18.03.94	
<i>Total coronarios</i>	<i>4.343.643,30</i>			
Clinica Universitaria de Navarra	69.465,97	(3)		Servicios oncológicos.
Fundación Privada Instituto Catalán de Traumatología y Medicina del Deporte	72.435,70	Contrato	01.03.03	Gestión de servicios de una unidad de referencia de atención integral a la acondroplasia, otras displasias y otros trastornos de crecimiento.
Fundación Sociosanitaria de Barcelona	411.087,75	Contrato	04.09.1987	Dispensación de medicamentos de régimen especial: Eritropoyetina.
Ayuntamiento de Reus	164.006,34	Contratos y convenios firmados en diferentes ejercicios		Atención ambulatoria a los usuarios de drogas.
Instituto Municipal de Servicios Personales (Ayto. Tarragona)	300.457,07			
Hospital i Llars de la Santa Creu Jesús-Tortosa (GESAT)	181.650,58			
Ayuntamiento de Ripoll	7.223,75			
Ayuntamiento de Blanes	24.059,06			
Ayuntamiento de Figueras	24.059,06			
Ayuntamiento de Palafrugell	24.059,06			
Ayuntamiento de Olot	25.087,62			
Fundación Teresa Ferrer	558.073,27			
Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat	267.132,60			
Ayuntamiento de Sant Feliu de Llobregat	179.199,78			
Mancomunidad La Fonsanta	213.658,68			
Mancom. Intercomarcal Penedès/Garraf	240.816,92			
Ayuntamiento de Olesa de Montserrat	81.078,95			
Consorcio Sanitario de Mataró PASS	242.509,56			
Instituto Municipal de Servicios Personales (Ayto. Badalona)	410.446,68			
Ayuntamiento de Sabadell	315.136,82			
Ayuntamiento de Granollers	249.042,02			
Ayuntamiento de Rubí	141.983,86			
Fundación Privada Centro Psicoped. Osona	125.256,83			
Manc. Int. Vallès-Ripolllet-Mont. i Reixac	65.887,03			
Ayuntamiento de Mollet del Vallès	92.343,00			
<i>Total drogodependencias</i>	<i>3.933.168,54</i>			
Servicios Sanitarios de Referencia-Centro de Transfusión y Banco de Tejidos	143.734,07	Convenio	16.06.97	Gestión y administración de la donación, la transfusión y el análisis de sangre y plasma sanguíneo.
Fundación Instituto de Investigación Oncológica	2.243.819,10	Convenio	24.09.98	Investigación oncológica.
Entidades titulares o gestoras de funerarias	123.107,91	(4)		Gastos ocasionados por el traslado del cadáver cuando este ha sido donante de tres o más tejidos.
Total	32.710.235,95			

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Notas: (1) Algunas de estas entidades no prestan atención hospitalaria, pero se han incluido en el cuadro porque el SCS contabiliza los gastos de la prestación de servicios en la partida presupuestaria Atención especializada.

(2) Centres Assistencials Reunits, SA (CARSA) se subrogó en fecha 1 de mayo de 2003 en los convenios o contratos de gestión de servicios sanitarios suscritos entre el SCS y la Quinta de Salud L'Aliança, MPS.

(3) Gestión de servicios sin contrato ni convenio.

(4) Servicios facturados de acuerdo con la instrucción 04/2002 del SCS.

27. De acuerdo con la alegación de los comentarios de carácter general se ha suprimido el término *hospitalarios*.

El gasto derivado de la prestación de servicios hospitalarios por las entidades que no pertenecen a la RHUP alcanzó los 32.710.235,95 €, de los cuales más de un tercio, 11.574.097,68 €, correspondieron a gasto por los servicios prestados por la entidad Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL, propietaria del Hospital General de Catalunya. Además, el SCS contrató con la empresa Neuroangiografía Terapèutica servicios de neuroangiografía, por 2.076.048,71 €, que desarrolló también en el Hospital General de Catalunya.

El Gobierno de la Generalidad, en fecha 22 de julio de 2003, autorizó al SCS a firmar un convenio con la empresa Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL, titular del Hospital General de Catalunya, para la prestación de determinados servicios. El convenio se firmó el 3 de noviembre de 2003.

El Hospital General de Catalunya había sido declarado en estado de quiebra el 25 de noviembre de 1999 y el 25 de julio de 2001 la empresa Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL fue designada adjudicataria de los activos que componían su patrimonio y alcanzó el compromiso de mantener la actividad sanitaria del centro siempre que el SCS asumiera el compromiso de mantener la colaboración con dicho hospital en la prestación de asistencia sanitaria de cobertura pública a los usuarios durante un plazo de 10 años a contar desde julio de 2001.

El Gobierno de la Generalidad adoptó, en la sesión celebrada en fecha 24 de diciembre de 2001, un acuerdo por el que se autorizó al Departamento de Sanidad y Seguridad Social a mantener las líneas de colaboración asistencial con Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL, colaboración que el SCS mantenía desde 1994 a través de los respectivos acuerdos de Gobierno que lo autorizaban a hacerlo.

Mediante Acuerdo de Gobierno, de 22 de julio de 2003, se autorizó al SCS a suscribir un convenio con la empresa Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL, como titular del Hospital General de Catalunya, por la prestación de determinados servicios sanitarios, con duración desde el 1 de enero de 2003 hasta el 25 de julio de 2011. El convenio se firmó el 3 de noviembre de 2003 y se estableció que la valoración prevista de la contratación de los servicios sanitarios fuera, a precios constantes de 2003, de 10.824.245,16 € anuales; salvo para el año 2003, cuando dicha valoración se vio deducida por la facturación realizada como consecuencia de las actividades prestadas por la entidad, no contempladas en el convenio, según la derivación que hizo el SCS hasta el 31 mayo de 2003.

Por otra parte, en el momento en que el Hospital General de Catalunya fue declarado en estado de quiebra, en fecha 25 de noviembre de 1999, este tenía concertadas operaciones de crédito con entidades financieras que estaban avaladas por el Instituto Catalán de Finanzas, que exigieron la ejecución del aval por 22.639.427,37 €

El SCS se hizo cargo de los gastos de ejecución del aval en virtud del Acuerdo de Gobierno de fecha 13 de diciembre de 1999, que autorizó al SCS a hacer gastos,

con alcance plurianual, por 22.639.427,37 €, repartidos en diez anualidades de 2.263.942,7 €, durante los ejercicios presupuestarios de 2000 a 2009, ambos incluidos.

En el año 2003, el SCS satisfizo al Instituto Catalán de Finanzas 2.757.094,59 €, de los cuales 2.263.942,74 € se destinaron a cubrir el principal y 493.151,85 € a intereses.

De la revisión de este apartado hay que hacer las siguientes observaciones:

a) Prestación de servicios mediante hospitales que no pertenecen a la Red de forma no excepcional y habitual

De conformidad con el artículo 43.2 de la LOSC, el artículo 4.1 del Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, establece que los servicios de asistencia hospitalaria y especializada podrán ser objeto de convenio o contrato con entidades que no pertenezcan a la RHUP solo excepcionalmente y por una duración limitada.

No obstante, las empresas Clínica Salus Infirmorum, el Centre MQ Reus, SA, CARSA–Clínica de Tortosa, la Societat Anònima Municipal de Gestió de Sanitat i Serveis Socials, la empresa Neuroangiografia Terapèutica, SL, las entidades que realizan intervenciones coronarias y la Fundación Sociosanitaria de Barcelona gestionan servicios asistenciales de forma habitual y permanente en el tiempo. Algunas de estas entidades gestionan servicios a raíz de contratos firmados en los años 1987 y 1994 y las otras han sido contratadas de forma continuada mediante varios contratos; así, una vez se les agotaba el plazo del contrato de gestión de servicios, volvían a ser contratadas con otro contrato con el mismo objeto.

Por otra parte, en ninguno de los expedientes de contratación, formalizados mediante convenio o contrato, el SCS justifica de forma expresa el carácter excepcional de la contratación de servicios sanitarios con estos centros hospitalarios que no pertenecen a la Red, aunque es uno de los requisitos establecido en el artículo 43.2 de la LOSC.

En el caso del Hospital General de Catalunya, el Gobierno de la Generalidad, en el Acuerdo de 22 de julio de 2003, hizo constar la excepcionalidad de la situación y la conveniencia de preservar la continuidad de la prestación sanitaria desarrollada por el Hospital General de Catalunya, que se venía prestando desde 1994 y que, a raíz del convenio firmado el 3 de noviembre de 2003, se pactó que se seguiría prestando hasta el 25 de julio de 2011.

Una muestra de ello es la elevada dependencia económica de estas entidades en relación con los ingresos que provienen del SCS, tal como muestra el cuadro siguiente:

Cuadro 2.4.B: Dependencia económica durante el año 2003 de las entidades que gestionan hospitales que no pertenecen a la RHUP con respecto al SCS

Entidad titular o gestora del centro, servicio o establecimiento sanitario	Porcentaje de ingresos provenientes del SCS respecto al total de ingresos de la entidad (1)
Centre Mèdic CMQ de Reus	54
Clínica Salus Infirorum	62
CARSA-Clínica de Tortosa	39
Societat Anònima Municipal de Gestió de Sanitat i Serveis Socials	47
Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL (Hospital General de Catalunya)	(2) 28
Neuroangiografia Terapèutica, SL (3)	-

Fuente: Datos obtenidos de los informes de auditoría de estas entidades del año 2003.

Notas: (1) Los ingresos del SCS pueden provenir de la prestación de servicios hospitalarios o de la prestación de otros servicios. Al mismo tiempo, estas entidades pueden ser titulares o gestoras de diferentes centros hospitalarios, sin que las auditorías hagan distinción de los ingresos que pertenecen a cada centro.

(2) Importe calculado en función de la auditoría que abarca del 31 de marzo de 2003 al 31 de marzo de 2004.

(3) No se dispone de información. La gestión de los servicios asistenciales prestados por esta empresa se lleva a cabo en el Hospital General de Catalunya.

b) Prestación de servicios hospitalarios mediante centros no integrados en la RHUP, aunque los hospitales de la red tenían capacidad para realizarlos

El artículo 43.2 de la LOSC y el artículo 4.1 del Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, establecen que el SCS solo podrá establecer convenios y contratos con los centros hospitalarios que no pertenezcan a la RHUP en aquellos supuestos en que los hospitales de la Red no sean suficientes.

A pesar de ello, en el año 2003 se contrató la realización de procedimientos quirúrgicos de cataratas, varices y prótesis de rodilla con el objeto de reducir las listas de espera con empresas titulares o gestoras de centros hospitalarios que no estaban incluidos en la RHUP, aunque los hospitales de la RHUP tenían capacidad para realizar algunos de estos procedimientos, dado que a la licitación de la contratación de estos servicios acudieron tres hospitales incluidos en la Red. La Mesa de Contratación los excluyó porque la actividad objeto de la contratación era de apoyo a la realizada por los centros de la RHUP.

Además, la Clínica Universitaria de Navarra prestó servicios oncológicos a ocho pacientes que habían iniciado el tratamiento en esta clínica en años anteriores, aunque durante 2003 podían haber recibido tratamiento en centros de la RHUP. El SCS ha informado de que se ha mantenido la prestación de servicios con la Clínica Universitaria de Navarra para que estos pacientes no tuvieran que cambiar el especialista que los trataba, dado que la patología que tienen hace que sean muy dependientes del centro que los trata.

Por otra parte, el SCS no justificó la falta de capacidad de los hospitales de la Red para llevar a cabo la gestión de la asistencia a los enfermos agudos que realizó el Centre MQ de Reus, SA, y los tratamientos de neurorradiología intervencionista y angiografía diagnóstica prestados por la empresa Neuroangiografia

Terapèutica, SL, aunque es uno de los requisitos establecidos por la LOSC para contratar centros que no pertenecen a la RHUP.

En el resto de expedientes, excepto en seis, la justificación se limita a decir que los hospitales de la RHUP no son suficientes para atender las necesidades de asistencia de los enfermos.

2.4.2. Contratación de servicios hospitalarios

La asistencia hospitalaria y especializada prestada por las entidades titulares de centros hospitalarios acreditados no incluidos en la RHUP puede ser objeto de convenio o contrato, de acuerdo con el artículo 4.1 del Decreto 345/2001, de 24 de diciembre.

De acuerdo con el artículo 1 de dicho Decreto, los convenios se establecerán entre el SCS y entidades de derecho público y empresas públicas que pertenezcan íntegramente a la Administración o a un ente público de esta, siempre que tengan como finalidad prestar servicios sanitarios. El procedimiento para establecer estos convenios está regulado en el artículo 13 del Decreto 345/2001 y es el mismo que el previsto para los centros integrados en la RHUP (véase apartado 2.3.2.a).

El artículo 16 del Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, establece que el SCS puede establecer contratos para gestionar servicios sanitarios con personas jurídicas privadas; el procedimiento de contratación, las formas de adjudicación, la ejecución, la modificación, los efectos y la extinción del contrato deben ajustarse a la Ley de contratos de las administraciones públicas.

De la revisión de este apartado hay que hacer las siguientes observaciones:

a) Incumplimiento del procedimiento para establecer convenios

El SCS prestó servicios sanitarios mediante convenio con las siguientes entidades públicas: el Centre Mèdic CMQ de Reus, participada al 100% por el Ayuntamiento de Reus y la Societat Anònima Municipal de Gestió de Sanitat i Serveis Socials, participada íntegramente por el Ayuntamiento de Amposta.

En relación con el procedimiento para suscribir y renovar estos convenios, el director del SCS no estableció mediante resolución el plazo en el que las entidades titulares de los centros hospitalarios podían presentar la solicitud para formalizar o renovar los convenios, ni estas presentaron ninguna solicitud por escrito. Tampoco presentaron la oferta de los servicios en la que se debería haber recogido la previsión de las líneas estratégicas desde el punto de vista asistencial y económico, incumpliendo, por lo tanto, el artículo 13 del Decreto 345/2001.

b) Prestaciones de servicios a partir de contratos y convenios prorrogados mediante decreto y otros no vigentes

En el año 2003, las empresas que realizaron intervenciones coronarias prestaron servicios de acuerdo con los contratos de gestión de servicios firmados el 18 de marzo del año 1994, que se adjudicaron sin publicidad y concurrencia; algunas de las entidades públicas que prestaron servicios de atención ambulatoria a los usuarios de drogas lo hicieron en virtud de convenios formalizados en el año 1995; la Fundación Sociosanitaria de Barcelona suministró eritropoyetina de acuerdo con un contrato firmado el 4 de septiembre de 1987; y la empresa Servicios Sanitarios de Referencia-Centro de Transfusión y Banco de Tejidos prestó servicios en virtud de un convenio firmado el 16 de junio de 1997.

La vigencia de estos contratos se prorrogó de acuerdo con la disposición adicional tercera del Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, que permite la prórroga hasta el 31 de diciembre de 2002 de los contratos suscritos por el SCS para la prestación de determinados servicios sanitarios. A partir de este año, mediante decretos anuales, se han ido prorrogado estos contratos y, de acuerdo con el último decreto de prórroga, su vigencia se estableció hasta el 31 de diciembre de 2006.

La consecuencia de estas prórrogas sucesivas es que, aunque el Decreto 345/2001 entró en vigor el 28 de diciembre de 2001, cuatro años y medio después todavía hay contratos de los años 1987, 1995 y 1997 que no se ajustan a él.

Ahora bien, los decretos anuales solo prorrogan los contratos para los servicios sanitarios incluidos en el apartado 4.1.e) del Decreto 345/2001 y las intervenciones coronarias están incluidas en el apartado 4.1.a), que corresponde a la asistencia hospitalaria y especializada. Por lo tanto, las cuatro entidades que realizaron intervenciones coronarias lo hicieron sin apoyo contractual vigente.

La Clínica Universitaria de Navarra también prestó servicios oncológicos sin disponer de un contrato vigente.

El SCS y la Fundación Sanitaria de Barcelona no firmaron las cláusulas adicionales al contrato de servicios, que deberían haber fijado los tipos de medicamentos a dispensar por la farmacia del centro y el sistema de pago para el ejercicio 2003.

c) Criterios de adjudicación inadecuados

Entre los criterios de adjudicación utilizados por el SCS para seleccionar a los contratistas figura la memoria de actividades asistenciales del último año o de los últimos años. De acuerdo con la normativa comunitaria de contratos y la propia jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, la experiencia debe ser un

elemento a considerar a la hora de evaluar la capacidad de las empresas, pero no una circunstancia ni un criterio que determine la adjudicación de un contrato.

Otro de los criterios de adjudicación utilizados por el SCS para seleccionar a los contratistas es la aportación de la documentación que el empresario crea adecuada a fin de hacer la oferta más favorable a los intereses del SCS. Esta documentación se valora entre 5 y 10 puntos, dependiendo de la licitación, sobre 100. El SCS debería especificar en qué sentido las ofertas son más favorables a sus intereses.

Por otra parte, en el pliego de cláusulas administrativas se fija la puntuación máxima que se concede a cada criterio de adjudicación, pero sin indicar los criterios de carácter objetivo que se seguirán para la puntuación concreta de cada oferta. De acuerdo con el informe 7/2002, de 12 de julio, de la Comisión Permanente de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de la Generalidad de Cataluña: "En el pliego de cláusulas administrativas hay que expresar los elementos, los criterios y los factores de ponderación cualitativa y cuantitativa para la aplicación de los criterios de adjudicación que la Mesa de Contratación aplicará, con la discrecionalidad que necesariamente concurre en la valoración técnica de las proposiciones de los licitadores".

d) Límites por siniestro cubiertos por los seguros insuficientes

Las entidades titulares de los centros hospitalarios CARSA Clínica de Tortosa, Clínica Salus Infirmorum y Societat Anònima Municipal de Gestió de Sanitat i Serveis Socials tenían por límite de indemnización por siniestro por responsabilidad civil profesional 600.000 € y, por lo tanto, incumplían el contrato de gestión de servicios sanitarios con el SCS, que establecía que estas entidades debían tener cubierta la responsabilidad civil profesional en la misma extensión que la prevista en la póliza de seguros del SCS, que tenía un límite por siniestro de 901.518,16 €.

2.4.3. Compra de los servicios hospitalarios

Las cantidades de unidades de actividad²⁸ que el SCS adquirió en los diferentes centros hospitalarios se determinaron por las necesidades asistenciales a satisfacer, por la capacidad de los hospitales de la RHUP y por la disponibilidad presupuestaria.

En la gestión de servicios formalizados mediante contratos, las tarifas fueron el producto de la oferta del licitador, excepto para el caso de la dispensación de

28. Se ha utilizado el término *unidad de actividad* para hacer referencia a cualquier parámetro de actividad: altas, visitas, urgencias, día de tratamiento, casos, etc.

eritropoyetina por la Fundación Sociosanitaria de Barcelona, a quien se satisfizo el precio de la medicación.

En el caso de los convenios, el importe pactado es el resultado de una negociación basada en los costes de la prestación de servicios, excepto en los siguientes:

- El Centre MQ de Reus, que a partir del año 1998 se incorporó a las modalidades de pago reguladas mediante el Decreto 179/1997 y se le asignó, igual que a los centros de la RHUP, una IRE y una IRR. Se incluyó en el grupo 1 de complejidad en relación con las consultas externas, cirugía menor ambulatoria y hospital de día y se clasificó como hospital aislado en relación con las urgencias, de acuerdo con la Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social de 6 de abril de 1999.
- Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL, en relación con el convenio que regula las técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, prótesis y actuaciones realizadas de acuerdo con el Plan de salud, cuyas tarifas son establecidas por el Gobierno de la Generalidad mediante Acuerdo de fecha 22 de julio de 2003.

El Departamento de Economía y Finanzas emitió informe favorable sobre las tarifas máximas establecidas en los pliegos de cláusulas administrativas y las establecidas en convenios, excepto para las fijadas en convenios y contratos firmados con anterioridad al Decreto 345/2001.

Las entidades titulares o gestoras de funerarias facturaron los gastos ocasionados por el traslado del cadáver cuando este había sido donante de tres o más tejidos y siempre que no hubiera un tercero obligado al pago (aseguradoras y otros), de acuerdo con la instrucción 4/2002 del SCS.

De la revisión efectuada se desprende:

a) Servicios satisfechos a tarifas superiores a las de la RHUP

El SCS satisfizo las prestaciones asistenciales que llevaron a cabo los hospitales no integrados en la RHUP a unos precios iguales o inferiores a los que pagó a los centros de la RHUP, salvo los satisfechos a la empresa Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL (Hospital General de Catalunya), en relación con la actividad realizada en técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, a quien se le pagaron las tarifas establecidas en el Acuerdo de Gobierno de fecha 22 de julio de 2003, que eran superiores a las satisfechas en los hospitales de la Red en los siguientes tratamientos:

Cuadro 2.4.C: Comparación entre las tarifas pagadas a Catalana de Diagnòstic i Cirurgia y las satisfechas a las entidades titulares o gestoras de centros de la RHUP

Tipo de tratamiento	Tarifa centros RHUP	Tarifas Catalana de Diagnòstic i Cirurgia
Cateterismos cardiacos diagnòsticos (1) Los 600 primeros casos A partir del caso núm. 601	3.293,28 3.479,02	4.170 € por caso, sin distinguir si son diagnòsticos o terapéuticos. Ha realizado 859 casos.
Cateterismos cardiacos terapéuticos (1) Los 150 primeros casos A partir del caso núm. 151	4.497,13 4.896,11	
Cirugía cardiaca extracorpórea Los 600 primeros casos A partir del caso núm. 601	6.086,45 6.727,13	6.727,13 € por caso. Ha realizado 155 casos.
Radioterapia Complejidad nivel I Complejidad nivel II Complejidad nivel III	684,62 1.574,31 2.411,79	2.404,05 € por caso, sin distinguir la complejidad. Ha realizado 868 casos.

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de los datos facilitados por el SCS.

Nota: (1) Las tarifas en el tratamiento de cateterismos cardiacos que se satisficieron a Catalana de Diagnòstic i Cirurgia incluyen el precio del alta del paciente. A fin de poder compararlas con las tarifas que cobran los centros de la RHUP se ha sumado a la tarifa que cobra un hospital de la RHUP por un caso de cateterismo el precio del alta más elevado de toda la RHUP, que es de 2.309,59 €.

b) Actividad financiada por el SCS que no se ajusta al concepto de asistencia hospitalaria y especializada²⁹

En el año 2003, el SCS concedió 2.243.819,10 € a la Fundación Privada Instituto de Investigación Oncológica, a partir de un convenio firmado entre las partes el 21 de septiembre de 1998, para financiar la investigación biomédica aplicada, el banco de cordón umbilical para el transplante y estudios de genética molecular para el cribaje de la fibrosis quística en Cataluña.

Estas prestaciones asistenciales no se ajustan a la asistencia hospitalaria y especializada que realizan el conjunto de centros hospitalarios de titularidad pública o privada de Cataluña por cuenta del sistema sanitario de cobertura pública, y que el SCS contabiliza en el subconcepto *Atención especializada*; por lo tanto, habría que contabilizarlas en el subconcepto correspondiente.

El SCS no ha facilitado información de cómo se habían fijado los 2.243.819,10 € que concedió a la fundación.

29. De acuerdo con la alegación 21 se ha suprimido el párrafo siguiente: "Por otra parte, el SCS también registró dentro del subconcepto *Atención especializada* los gastos ocasionados por el traslado del cadáver cuando este ha sido donante de tres o más tejidos, que son satisfechos por el SCS a las entidades titulares o gestoras de funerarias. Estos gastos no corresponden por su naturaleza a atención especializada, por lo tanto, habría que reclasificarlos en el subconcepto correspondiente".

2.5. PAGOS DE SERVICIOS SANITARIOS

El importe facturado por las entidades proveedoras de servicios asistenciales prestados durante el año 2003 fue de 1.684,73 M€, de los cuales el SCS había pagado 1.149,29 M€ a 31 de diciembre de 2003. Por lo tanto, un 31,78% del gasto ejecutado en este ejercicio estaba pendiente de pago en esta fecha (cuadro 2.5.A).

Cuadro 2.5.A: Importes facturados durante el ejercicio 2003 e importes pagados y pendientes de pago a 31 de diciembre del año 2003

Proveedores	Importe facturado (1)	Importe pagado a 31.12.2003	Pendiente de pago a 31.12.2003	% pendiente de pago
Centros que pertenecen a la RHUP	1.652.789.606,19	1.125.327.251,29	527.462.354,90	31,91
Centros que no pertenecen a la RHUP	31.945.217,59	23.959.418,58	7.985.799,01	25,00
Total proveedores	1.684.734.823,78	1.149.286.669,87	535.448.153,91	31,78

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Nota: (1) El importe facturado por los centros que pertenecen a la RHUP incluye 765.018,36€, que corresponden a la facturación de los servicios prestados por CARSA, SAU, mediante la Clínica de Tortosa, que no pertenece a la RHUP, pero que se ha incluido en este concepto porque la información facilitada por el SCS relativa a los pagos ha sido en función del proveedor sin distinguir si este gestionaba centros que pertenecían o no a la RHUP.

A 31 de diciembre de 2003 quedaba pendiente de pago la facturación de los servicios hospitalarios prestados durante los meses de octubre, noviembre, diciembre y la regularización anual. En esta fecha las entidades proveedoras no habían enviado al SCS la facturación del mes de diciembre, ni la regularización que se factura mayoritariamente a partir del mes de marzo del ejercicio 2004.

Las entidades proveedoras, tanto las que integran la RHUP como las que no forman parte de ella, facturaron la gestión de los servicios de forma mensual, antes del quinto día hábil del mes siguiente al de referencia de la factura, excepto la regularización de los contratos de compra de servicios sanitarios que se realizó durante el mes de marzo de 2004.

En la mayoría de casos, el SCS abonó el precio de la facturación a los 75 días (dos meses y medio) contados a partir del último día del mes facturado, salvo el importe pagado por la regularización anual de la facturación que el SCS abonó en dos plazos: el primero, que equivalía al 50% del importe de la regularización, se satisfizo a los setenta y cinco días (dos meses y medio) y el segundo, que correspondía al 50% restante, se satisfizo después de ciento sesenta y siete días (cinco meses y medio), ambos plazos contados a partir del 31 de marzo de 2004.

Los únicos proveedores a los que el SCS pagó a treinta días fueron la Policlínica de El Vallès, FP, y la empresa Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, SL (Hospital General de Catalunya).

La atención ambulatoria a los pacientes drogodependientes, prestada por los ayuntamientos, quedaba pendiente de pago a 31 de diciembre dado que, de acuerdo con los convenios firmados, estos servicios se satisfacen en un único pago, previa certificación justificativa del gasto emitido por el interventor de la entidad.

Para hacer frente a los pagos de los proveedores se utilizaron dos instrumentos financieros:

- *Confirming*: figura utilizada por la Tesorería de la Generalidad y por el SCS, por la que se firma un convenio marco y varios convenios con entidades financieras consistentes en confirmar a la entidad financiera la fecha en que se harán una serie de pagos. Si a la Tesorería le interesa, en la fecha del pago puede pedir al banco que haga el pago. El proveedor cobra y el banco tiene un crédito contra la Generalidad. El SCS registra contablemente el reconocimiento de la obligación y el pago efectivo al acreedor. La deuda con las entidades financieras se contabiliza en una cuenta extrapresupuestaria de carácter acreedor hasta que la Administración hace el pago a estas entidades.

Durante el año 2003, el SCS ha hecho uso de esta figura financiera en facturas³⁰ emitidas por las entidades titulares o gestoras de centros hospitalarios que pertenecen a la Red por un importe de 49.194.488,93 €. Este servicio ha supuesto un gasto financiero de 564.194,22 €.

- *Pagos por cuenta de terceros*: mediante esta figura el SCS contrata con una entidad financiera el pago por cuenta del SCS de las facturas de los proveedores al vencimiento. Al cabo de una media de 230 días el SCS satisface el importe de las facturas a la entidad financiera, junto con un interés, que en el año 2003 osciló entre el 2,287% y el 2,494%. El SCS no registra las obligaciones presupuestarias derivadas de las facturas de los proveedores hasta que efectúa el pago a las entidades financieras, ya dentro del presupuesto del siguiente ejercicio.

El importe de las facturas correspondientes a la gestión de servicios hospitalarios ejecutados durante el año 2003 que fueron pagadas por las entidades bancarias a cuenta del SCS fue de 563.576.686,29 € y los intereses satisfechos fueron de 8.637.738,48 €.

De este apartado hay que hacer las siguientes observaciones:

30. Las facturas corresponden a todo tipo de servicios prestados por los centros hospitalarios, no tan solo los de asistencia hospitalaria.

a) Incumplimiento del plazo de abono del precio establecido en la Ley de contratos

Los plazos en los que el SCS paga los servicios prestados por las entidades proveedoras incumplen el artículo 99.4 de la Ley de contratos de las administraciones públicas, que establece que la Administración tiene la obligación de abonar el precio dentro de los dos meses siguientes a la fecha del documento que acredite la realización total o parcial del contrato.

El hecho de no pagar en el plazo tiene un coste para la Administración que es el interés de demora, que el SCS debería abonar a los contratistas a partir del cumplimiento del plazo de los dos meses mencionados.

2.6. MECANISMOS DE CONTROL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

El control ejercido por el SCS y por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la gestión de los servicios hospitalarios concertados se concreta en lo siguiente:

1) Control de los servicios hospitalarios facturados

El control de los servicios hospitalarios facturados por los proveedores lo realiza el SCS. Las entidades titulares o gestoras de centros y establecimientos hospitalarios le envían de forma mensual, entre otras, la información siguiente: la factura, que incluye los servicios sanitarios facturados en cada una de las líneas de detalle relacionadas con las cláusulas adicionales al contrato y la relación de usuarios atendidos, identificados por el CIP (código de identificación personal de la tarjeta sanitaria) y, en caso de que no tenga o si se trata de usuarios de otras comunidades autónomas o de usuarios extranjeros, se identifican mediante el nombre, el apellido, la fecha de nacimiento y el sexo. Además, en el caso de usuarios de otras comunidades autónomas, los centros hospitalarios deben informar del número de afiliación a la Seguridad Social, y en el caso de los usuarios extranjeros, del convenio internacional que ampara el derecho a la asistencia.

Todas las entidades que gestionan centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP y la empresa CMQ de Reus, la Clínica Salus Infirmerum y CARSA Clínica de Tortosa envían esta información al SCS en soporte informático para ser cargada en la base de datos del SCS. El resto de entidades que gestionan hospitales que no pertenecen a la RHUP envían la información en papel.

El programa informático que utiliza el SCS confronta los CIP de los usuarios atendidos por los centros hospitalarios con los CIP del Registro Central de Asegurados (base de datos donde constan los códigos de identificación personal de la tarjeta sanitaria) y los precios facturados por los proveedores con los precios previamente aprobados, lo que implica que el SCS detectaría servicios asistenciales facturados de forma duplicada y la aplicación de precios incorrectos.

2) Control de la gestión de la actividad hospitalaria

El control de la gestión de la actividad hospitalaria lo realiza el SCS mediante el análisis de los datos que envían los centros hospitalarios que configuran el registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y a través de la evaluación de la información económico-patrimonial de los centros hospitalarios.

- Conjunto mínimo básico de datos

El conjunto mínimo básico de datos es un registro sistemático de la morbilidad y de la actividad asistencial que permite a los centros sanitarios, a las entidades proveedoras y a las administraciones sanitarias conocer las patologías atendidas, su evolución en el tiempo y las características de la atención sanitaria prestada.

Este registro recoge, entre otros, la información de los hospitales de agudos, públicos y privados, radicados en Cataluña, relativa a la actividad hospitalaria y al hospital de día. En concreto incluye variables que identifican al paciente (código de identificación personal, fecha de nacimiento, sexo, residencia e historia clínica), las variables relacionadas con el proceso (unidad proveedora de servicios, tipo de actividad, régimen económico, circunstancia de admisión y circunstancia de alta, fecha de admisión y fecha de alta), y las variables clínicas (diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades, 9ª edición, modificación clínica, CIM-9-MC).

La información que deben enviar los centros hospitalarios está regulada en la Orden de 23 de noviembre de 1990, de regulación del informe clínico de alta hospitalaria y el conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria, modificada parcialmente por la Orden de 14 de noviembre de 1991 y por la Orden de 20 de abril de 1993.

- Central de Balances

La Central de Balances es un instrumento de gestión que trata y evalúa la información económico-financiera obtenida básicamente de los estados financieros de los hospitales de la RHUP, excepto el Espitau de La Val d'Aran; de los hospitales complementarios (CARSA–Clínica de Tortosa, Clínica Salus Infirmorum y CMQ de Reus) y del resto de centros hospitalarios gestionados por CARSA que no están incluidos en la RHUP y que no son complementarios (Clínica Quirúrgica Onyar y Clínica de Vic).

La Central de Balances y la información que envían los centros hospitalarios al SCS no está regulada normativamente, sino que se envía a voluntad del SCS y de los centros que integran la RHUP, con el objeto de mantener una base de datos de información económico-financiera que permita elaborar informes agregados y conocer la situación económico-financiera de cada centro en relación

con el resto de centros del sistema. La información que proporciona también se utiliza para la toma de decisiones en materia sanitaria, de financiación y de compra de servicios y gestión sanitaria.

3) Control de la calidad de la prestación de los servicios hospitalarios

La calidad con la que los centros hospitalarios prestan servicios asistenciales está garantizada por la Dirección General de Recursos Sanitarios, dependiente del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, mediante la concesión del certificado de acreditación (véase apartado 2.2) y el SCS, mediante determinados programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social como el programa *Plan de salud* y el programa *Para la resolución de productos no finalistas y de apoyo del proceso diagnóstico* (véase apartado 2.3.3.2).

El SCS, a fin de evaluar la percepción que los usuarios de los centros hospitalarios tenían de la calidad de los servicios sanitarios prestados, en el año 2003 realizó una encuesta sobre el grado de satisfacción con la atención hospitalaria. La nota media de satisfacción global fue de un 8,6 sobre 10, con una desviación estándar de 1,6 y mediana de 9.

Los aspectos mejor valorados fueron la confianza, el apoyo emocional y el trato, que presentaron un porcentaje de asegurados satisfechos superior al 90%.

Con respecto al confort, el hecho de compartir habitación no supuso ningún problema para el 93% de los usuarios, pero la comida no fue tan bien valorada, dado que el grado de satisfacción se situó en torno al 76%.

El aspecto menos valorado, en el que el porcentaje de asegurados satisfechos no llegó al 75%, fue el tiempo que el usuario estuvo en lista de espera. El 30% de los encuestados consideraron que el tiempo que debieron esperar era largo o muy largo.

Un 91% volvería al hospital donde fue tratado y solo un 4% no volvería.

La valoración positiva mejora a medida que aumentaban los años de los encuestados y en la población con niveles de estudios inferiores.

4) Actuación inspectora

Las actividades de las entidades titulares o gestoras que contravengan las previsiones contenidas en los convenios firmados con el SCS pueden ser objeto de penalización.

En la mayoría de los casos, la actuación inspectora se inicia a raíz de las denuncias que los usuarios envían al SCS o de los indicios de irregularidades detectados por las regiones sanitarias del SCS. La investigación de las irregularidades la realiza la Subdirección General de Evaluación e Inspección de Asistencia Sanitaria, dependiente del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que propone la incoación o no del expediente sancionador. El director del SCS incoa y resuelve el expediente sancionador.

Cuadro 2.6.A: Número de inspecciones realizadas en los centros de la RHUP, número de expedientes sancionadores, infracciones detectadas y sanciones impuestas

Año	Número de inspecciones realizadas	Número de expedientes sancionadores	Tipo de infracción	Resolución del expediente
2002	9	0		0
2003	13	3	Doble facturación al SCS	Reintegro de las cantidades facturadas indebidamente
			Realización de prácticas de dirigismo de pacientes tributarios de prestación ortoprotésica con cargo al sistema sanitario público.	Sanción por 4.000 €
			Incumplimiento de las condiciones de prescripción de las prestaciones ortoprotésicas del SCS y realización de prácticas de dirigismo de pacientes a un centro ortoprotésico determinado.	Sanción por 6.000 €
2004	16	3	Trato diferente en lista de espera a pacientes públicos y privados.	Sanción por 12.600 €
			Prácticas de dirigismo en la prestación ortoprotésica a pacientes del SCS.	Sanción por 3.005 €
			Incumplimiento de las condiciones de prescripción de las prestaciones ortoprotésicas del SCS y realización de prácticas de dirigismo de pacientes a un centro ortoprotésico determinado	Sobreseimiento del expediente por caducidad.
Total	38	6		

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de la información facilitada por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y por el SCS.

Durante el periodo que abarca desde el año 2002 hasta el año 2004, se realizaron 38 inspecciones en los centros de la RHUP, que dieron lugar a seis expedientes sancionadores, uno de los cuales se sobreseyó por caducidad.

De la revisión de este apartado es preciso hacer la siguiente observación:

a) Información que deben enviar los centros hospitalarios al SCS que no está establecida por reglamento:

Los indicadores económicos de la actividad asistencial de los hospitales de la RHUP no están regulados reglamentariamente, en contra de lo establecido en el artículo 54 de la LOSC. Estos indicadores los confecciona el SCS a partir de los datos que los centros hospitalarios envían a la Central de Balances.

Mediante la Orden SSS/496/2003, de 14 de noviembre, se creó la Central de Resultados de la RHUP, como órgano de asesoramiento desconcentrado, con los objetivos, entre otros, de medir, evaluar y difundir los resultados de la RHUP en el resultado de salud y calidad asistencial, eficiencia y sostenibilidad, y acceso y atención a la ciudadanía. En la fecha de fiscalización este órgano no ejerce sus funciones.

Tampoco está regulado reglamentariamente el plan trienal que debe contener las previsiones en recursos humanos y el programa de inversiones de los centros hospitalarios, en contra de lo establecido en el artículo 4 apartado f) del Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública. Los centros hospitalarios no envían esta información al SCS, incumpliendo, así, dicho Decreto.

2.7. LISTAS DE ESPERA

El Parlamento de Cataluña, mediante la Moción 23/VI, de 8 de junio de 2000, manifestó su preocupación por los problemas que se pusieron de manifiesto con respecto a las largas listas de espera para intervenciones cardiacas y, en general, por la situación en la que se encontraban las listas de espera en Cataluña, y, entre otras medidas, instó al Gobierno a crear un registro centralizado y nominal en el que se estableciera una lista de espera única para cada patología y a aplicar un plan de choque urgente para reducir el número de pacientes en lista de espera.

El Parlamento de Cataluña, mediante la Moción 153/VI, de 18 de abril de 2002, insta al Gobierno a constituir una comisión de seguimiento y control de las listas de espera, a acelerar los trabajos para la puesta en funcionamiento de un registro centralizado de las listas de espera para consultas externas y pruebas complementarias, a establecer garantías de plazos máximos de espera para visitas a especialistas y pruebas complementarias, y a extender progresivamente a toda Cataluña los mecanismos de diagnóstico rápido en los casos de sospecha de cáncer en atención primaria, etc.

A raíz de estas mociones el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y el SCS tomó determinadas medidas que llevaron a la siguiente situación de las listas de espera a 31 de diciembre de 2003 y de 2004:

1) Listas de espera para procedimientos quirúrgicos

En el año 2000 el SCS puso en marcha un plan de choque que ha continuado hasta el año 2003, basado en la compra selectiva y adicional de actividad a los centros hospitalarios de la RHUP y en la contratación de forma extraordinaria de actividad con los hospitales que no pertenecían a la Red, en caso de que la capacidad de los centros de la RHUP se viera sobrepasada.

También se creó, mediante el Decreto 418/2000, de 5 de diciembre, el registro de seguimiento y gestión de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos y, mediante el Decreto 354/2002, de 24 de diciembre, se estableció un tiempo de garantía de asistencia para 14 tipos de intervenciones quirúrgicas que puso el límite de tiempo en seis meses de espera. La Orden SLT/203/2004, de 11 de junio, añade a las 14 intervenciones quirúrgicas dos intervenciones más y modifica para la

intervención de prótesis de rodilla el límite de tiempo de garantía que se fija en 24 meses para el año 2004, 18 meses para el año 2005, 12 meses para el año 2006 y 6 meses a partir del 1 de enero de 2007.

Si la intervención no se puede realizar en el plazo comprometido de garantía establecido en el centro donde está programada, la persona usuaria puede optar por continuar en la lista de espera del centro de la RHUP indicado o escoger cualquiera de los centros no incluidos en la RHUP con los que el SCS haya establecido los correspondientes contratos. Ante esto, el SCS puede derivar al paciente a un centro de la RHUP que pueda efectuar la intervención quirúrgica en un plazo de acceso igual o inferior al centro escogido, o bien puede autorizar que el usuario sea atendido en el centro que ha escogido.

Cuadro 2.7.A: Número de personas que estaban en lista de espera para procedimientos quirúrgicos a 31 de diciembre de 2003 y 2004 y el tiempo medio de resolución (tiempo medio de espera) en cada una de estas fechas

Procedimiento quirúrgico	Pacientes en lista espera a 31.12.2003	Pacientes en lista espera a 31.12.2004	% variación pacientes en lista espera	Tiempo medio de resolución a 31.12.2003 (1)	Tiempo medio de resolución a 31.12.2004 (1)	% variación tiempo medio de resolución
Cataratas	20.316	18.207	(10,38)	4,84	4,40	(9,09)
Varices	4.504	4.346	(3,51)	4,92	4,61	(6,30)
Hernias	5.213	5.467	4,87	4,19	4,56	8,83
Colecistectomía	2.305	3.104	34,66	3,32	4,34	30,72
Artroscopia	3.549	3.901	9,92	5,05	5,42	7,33
Prostatectomía	1.019	1.234	21,10	2,86	3,29	15,03
Canal carpiano	1.976	2.352	19,03	3,68	4,09	11,14
Amigdalectomía	1.596	2.205	38,16	3,76	5,04	34,04
Circuncisión	1.560	1.869	19,81	3,18	3,81	19,81
Prótesis de cadera	2.813	2.739	(2,63)	5,25	5,04	(4,00)
Histerectomía	1.066	1.174	10,13	2,51	2,89	15,14
Prótesis de rodilla	9.966	9.891	(0,75)	15,68	13,83	(11,80)
Septoplastia	1.369	1.617	18,12	3,88	3,69	(4,90)
Vasectomía	850	1.464	72,24	2,35	3,04	29,36
Juanetes	8.695	6.824	(21,52)	19,72	13,07	(33,72)
Quiste pilonidal	1.989	1.218	(38,76)	7,00	3,85	(45,00)
Total	68.786	67.612	(1,71)	5,50	5,19	(5,64)

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Nota: (1) Plazo medio de resolución en meses.

Los datos de este cuadro hacen referencia a todos los centros hospitalarios de la RHUP, incluidos los gestionados por el ICS.

De acuerdo con la información facilitada por el SCS, para realizar las intervenciones que tienen establecido un tiempo de garantía de asistencia había en lista de espera, a 31 de diciembre de 2004, de 67.612 pacientes, 1.174 usuarios menos que a 31 de diciembre de 2003. Los procedimientos quirúrgicos que tenían más pacientes en lista de espera, a 31 de diciembre de 2004, eran las cataratas y las prótesis de rodilla, con 18.207 y 9.891 pacientes, respectivamente.

De los 16 procedimientos quirúrgicos, 6 disminuyeron el número de pacientes en lista de espera; destacan el procedimiento quirúrgico de quiste pilonidal y los juanetes, que disminuyeron un 38,76% y un 21,52%, respectivamente. Las listas de espera en el resto de procedimientos aumentaron, destacando la vasectomía, la colecistectomía y la amigdalectomía, que se incrementaron en un 72,24%, un 38,16% y un 34,66%, respectivamente.

El tiempo medio de espera de los pacientes para poder realizar este tipo de intervenciones era, a 31 de diciembre de 2004, de 5,19 meses, 0,31 meses menos que en el año anterior. Los procedimientos quirúrgicos de prótesis de rodilla y de juanetes eran los que tenían un plazo medio de resolución más elevado, de 13,83 y 13,07 meses, respectivamente, pero en ambos tratamientos este plazo medio se redujo en el año 2004 con respecto al año 2003.

De acuerdo con los datos facilitados por el SCS, en todos los tratamientos se cumplió el plazo de garantía establecido, excepto en las prótesis de rodilla, que tenían un tiempo de espera de 15,68 meses, a 31 de diciembre de 2003, y en las intervenciones por juanetes, que tenían un tiempo medio de espera de 13,07 meses, a 31 de diciembre de 2004. No obstante, se debe tener en cuenta que la intervención por juanetes se incluyó como intervención quirúrgica con un plazo máximo garantizado en fecha 22 de junio de 2004, con efectos del 1 de diciembre de 2004. Por otra parte, el plazo garantizado para las intervenciones de rodilla se amplió mediante la Orden SLT/203/2004, que lo fijó en 24 meses para 2004.

Durante el año 2003 el SCS recibió 207 reclamaciones por haber agotado el plazo de espera garantizado, y durante el año 2004 recibió 269.

El número de intervenciones quirúrgicas de los procedimientos con tiempo de espera garantizado realizadas durante los ejercicios 2003 y 2004 se incrementó en mayor proporción, un 4,08%, que el incremento de la población en Cataluña, un 1,74%. A pesar de ello, el número de intervenciones de cataratas, hernias, circuncisión e histerectomía disminuye en el año 2004 con respecto al año anterior (cuadro 2.7.B).

Cuadro 2.7.B: Número de intervenciones quirúrgicas de los procedimientos con tiempo de espera garantizado realizadas durante los ejercicios 2003 y 2004

Procedimientos	Año 2003 (1)	Año 2004 (2)	% de variación
Cataratas	49.785	49.699	(0,17)
Varices	10.785	11.317	4,93
Hernias	14.939	14.376	(3,77)
Colecistectomía	8.341	8.574	2,79
Artroscopia	8.433	8.635	2,40
Prostatectomía	4.271	4.507	5,53
Canal carpiano	6.446	6.905	7,12
Amigdalectomía	5.093	5.255	3,18
Circuncisión	5.887	5.881	(0,10)
Prótesis de cadera	6.426	6.517	1,42
Histerectomía	5.089	4.870	(4,30)
Prótesis de rodilla	7.325	8.580	17,13
Septoplastias	4.234	5.258	24,19
Vasectomías	4.340	5.779	33,16
Juanetes	5.291	6.264	18,39
Quiste pilonidal	3.409	3.795	11,32
Total	150.094	156.212	4,08
Población	6.807.498	6.926.191	1,74

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Notas: (1) Población obtenida del Instituto Nacional de Estadística (INE), 1 enero 2004.

(2) Población del Registro Central de Asegurados (RCA), febrero 2004.

Los datos de este cuadro hacen referencia a todos los centros hospitalarios de la RHUP, incluidos los gestionados por el ICS.

El SCS ofrece información del tiempo de resolución y listas de espera en su página electrónica.

2) Listas de espera de cirugía cardiaca

A 31 de diciembre de 2004, 306 pacientes estaban en lista de espera para realizar una intervención cardiaca, 27 pacientes más que en el año anterior. Desde el año 2001, el número de pacientes en lista de espera ha ido aumentando excepto en el año 2003, cuando prácticamente se mantuvo (cuadro 2.7.C).

Cuadro 2.7.C: Evolución del tiempo medio de resolución y el número de pacientes en lista de espera a 31 de diciembre de los años 2001, 2002, 2003 y 2004, y del número de operaciones cardiovasculares realizadas en cada uno de estos ejercicios

	31.12.01	31.12.2002	% de variación 2002-2001	31.12.2003	% de variación 2003-2002	31.12.2004	% de variación 2004-2003
Pacientes lista espera	238	280	17,64	279	(0,36)	306	9,68
Tiempo medio de resolución (1)	28	34	21,43	35	2,94	36	2,86
Actividad (2)	3.110	3.059	(1,64)	2.987	(2,35)	3.154	5,59

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Notas: (1) El tiempo medio de resolución está en días.

(2) La actividad hace referencia al número de intervenciones realizadas durante todo el ejercicio.

Los datos de este cuadro hacen referencia a todos los centros hospitalarios de la RHUP, incluidos los gestionados por el ICS.

El plazo medio de resolución por operaciones cardiovasculares a 31 de diciembre de 2004 era de 36 días e, igual que el número de pacientes en lista de espera, ha ido aumentando desde el año 2001.

En cambio, el número de operaciones cardiovasculares disminuyó desde el año 2001 hasta el 2003 y tuvo un incremento importante en el año 2004. Durante este año se realizaron 3.154 operaciones de cirugía cardiaca, un 5,59% más que durante el año 2003.

3) Extensión progresiva por toda Cataluña de los mecanismos de diagnóstico rápido en los casos de sospecha de cáncer en atención primaria

El SCS dictó la Instrucción 04/2005, en la que se establece un conjunto de mecanismos con el objetivo de que el tiempo transcurrido entre la primera visita al hospital por sospecha de cáncer colorrectal, de mama y de pulmón hasta al inicio del tratamiento sea inferior a 30 días.

Esta instrucción entró en vigor el 15 de septiembre de 2005, por lo que todavía no se dispone de los indicadores que permitan evaluar los resultados de su implantación.

4) Medidas de carácter económico aplicadas para reducir los tiempos de espera

Las diferentes medidas adoptadas por el SCS para reducir las listas de espera ocasionaron al SCS un gasto de 19.493.992,95 € (cuadro 2.7.D)

Cuadro 2.7.D: Medidas con coste para el SCS aplicadas durante el año 2003 para reducir las listas de espera

Tipología	Medidas aplicadas	Entidad contratada	Coste
Procedimientos quirúrgicos	El SCS compra de forma específica altas de procedimientos quirúrgicos	Centros de la RHUP	(1)
	Plan de actuación sobre listas de espera quirúrgicas	Centros de la RHUP	10.673.597,85
	Compra de actividad adicional a la de los centros de la RHUP	Centros que no pertenecen a la RHUP	1.833.202,28
Cirugía cardiaca	Compra adicional a la de los centros de la RHUP	Centros que no pertenecen a la RHUP	4.343.643,30
Pruebas diagnósticas	Plan de actuación sobre listas de espera de pruebas complementarias	Centros de la RHUP	2.202.549,52
	Programa de disminución de las listas de espera de pruebas complementarias	Instituto de Diagnóstico por la Imagen	441.000,00
Total			19.493.992,95

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el SCS.

Nota: (1) No es posible cuantificar el coste, dado que estos procedimientos se satisfacen conjuntamente con las altas generales.

De este apartado hay que hacer la siguiente observación:

a) Falta de registro centralizado con datos correctos sobre las listas de espera por pruebas complementarias y visitas externas y falta de establecimiento de plazos de garantía

El SCS no ha facilitado información relativa al número de personas que están en lista de espera para pruebas diagnósticas y para visitas de consultas externas; tampoco ha informado sobre el tiempo medio de espera para pruebas diagnósticas y para visitas de consultas externas. El SCS ha comunicado que dispone de los datos relativos a las pruebas diagnósticas, pero que son provisionales, motivo por el que no los ha facilitado. Tampoco se han establecido garantías de plazos máximos de espera para las visitas a especialistas y las pruebas complementarias.

El Pleno del Parlamento de Cataluña, en la sesión del día 18 de abril de 2002, instaba al Gobierno a acelerar los trabajos para la puesta en funcionamiento de un registro centralizado de las listas de espera para consultas externas y pruebas complementarias y a establecer garantías de plazos máximos de espera para las visitas a especialistas y pruebas complementarias.

2.8. SITUACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS QUE PRESTAN ASISTENCIA HOSPITALARIA

El análisis de la situación económico-financiera de las entidades titulares o gestoras de los 51³¹ centros hospitalarios integrados en la RHUP y no gestionados por el ICS se ha realizado a partir del agregado obtenido de las cuentas anuales de estas entidades (cuadro 2.8.A). Hay que tener en cuenta que las ratios obtenidas del agregado no son representativas de la situación individual de cada centro.

Cuadro 2.8.A: Agregado de los Balances de situación a 31 de diciembre de 2003 de las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP

ACTIVO	Importe a 31.12.03	%
Activo fijo	1.154.052.892,74	55,96
Aportación pendiente SCS	2.213.924,37	
Inmovilizado	1.096.834.007,88	
Inmovilizado material	966.401.576,78	
<i>Coste</i>	<i>1.583.583.262,29</i>	
<i>Amortización</i>	<i>(617.181.685,51)</i>	
Inmovilizado inmaterial	46.223.395,49	
Inmovilizado financiero	82.015.604,24	
Otros	2.193.431,37	
Gastos a distribuir en varios ejercicios	55.004.960,49	
Activo circulante	908.336.301,79	44,04
Aportación pendiente CATALUT	316.274,91	
Existencias	47.884.658,15	
Deudores	797.510.968,24	
Inversiones financieras temporales	24.759.488,27	
Tesorería	16.342.021,03	
Ajustes por periodificación	3.877.681,28	
Otros	17.645.209,91	
TOTAL ACTIVO	2.062.389.194,53	100,00

PASIVO	Importe a 31.12.03	%
Fondos propios	180.399.034,97	8,75
Capital y reservas	614.723.952,05	
Resultados ejercicios anteriores	(318.851.906,29)	
Pérdidas y ganancias	(116.586.172,63)	
Otros	1.113.161,84	
Ingresos a distribuir en varios ejercicios	124.470.456,42	6,04
Provisiones para riesgos y gastos	51.471.035,23	2,50
Acreedores a largo plazo	714.623.765,34	34,65
Deudas con entidades de crédito	229.332.219,09	
Deudas con empresas del grupo	37.754.493,22	
Administración pública	154.368.716,24	
Otros acreedores	293.168.336,79	
Acreedores a corto plazo	991.424.902,57	48,07
Deudas con entidades de crédito	307.108.952,89	
Otros	684.315.949,68	
TOTAL PASIVO	2.062.389.194,53	100,00

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas de Cataluña a partir de los balances presentados por las entidades.

31. Algunas de las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios de la RHUP gestionan otros centros no integrados en la Red. El patrimonio, la situación financiera y el resultado del ejercicio reflejados en las cuentas anuales son el resultado de la gestión de todos estos centros.

Del análisis de la situación económica del Balance de situación agregado a 31 de diciembre de 2003 se desprende que las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios integrados en la RHUP tenían invertido el 55,96% de sus recursos en activo fijo, básicamente en inmovilizado material, que representaba el 83,74% del activo fijo. El activo circulante alcanzaba el 44,04% del activo y correspondía mayoritariamente, en un 87,80%, a saldos de deudores.

En relación con la estructura financiera, se desprende que estas entidades se financiaron en un 82,72% mediante recursos ajenos (acreedores a largo y a corto plazo) y en un 17,28% a través de recursos propios (fondos propios + ingresos a distribuir en varios ejercicios + provisiones para riesgos y gastos). Estos porcentajes indican un grado de endeudamiento excesivo, en tanto que superan ampliamente el endeudamiento con terceros en relación con el pasivo que se considera adecuado en el sector hospitalario y que se sitúa en torno al 60%.

Las entidades que gestionaban 33 centros de la Red tenían un endeudamiento superior al óptimo, incluso 10 de ellas se financiaban en su totalidad mediante recursos ajenos, hecho que da lugar a porcentajes superiores al 100%, dado que son entidades con recursos propios negativos (cuadro 2.8.B).

Cuadro 2.8.B: Endeudamiento

Recursos ajenos/pasivo	Número de centros	Endeudamiento		
		Agregado	Valor superior	Valor inferior
% inferior a 60% del pasivo	18	49,38	59,65	23,50
% superior a 60% del pasivo	33	105,00	216,65	60,16
Total	51	82,72	216,65	23,50

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de las cuentas anuales de las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios.

El 58,11% de la deuda tenía un vencimiento a corto plazo. El principal acreedor a largo plazo era la Administración pública, cuyo saldo correspondía, básicamente, a una deuda con la Seguridad Social anterior a 31 de diciembre de 1994 que, mediante la Ley 41/1994, de 30 de diciembre, de presupuestos generales del Estado para 1995 y de disposiciones adicionales de las leyes de presupuestos posteriores, dio la posibilidad de aplazar estos pagos hasta el 31 de diciembre del año 2015.

El coeficiente de garantía (Activo real/Total deudas) del agregado era de un 1,17, es decir, que el valor del activo real (bienes y derechos) de los centros hospitalarios superaba en un 17% el importe de la deuda con terceros. Del análisis de esta ratio se desprende que las entidades que gestionaban los 10 centros hospitalarios que se financiaban en su totalidad mediante recursos ajenos se encontraban en una situación de quiebra técnica, dado que el valor de sus deudas era superior a los bienes y derechos de que disponían (cuadro 2.8.C).

Cuadro 2.8.C: Coeficiente de garantía para los centros hospitalarios que estaban en quiebra técnica y para los que no, junto con los máximos y mínimos

Activo real/Deudas Valor no óptimo: inferior a 1, quiebra técnica	Número de centros	Coeficiente de garantía		
		Agregado	Valor superior	Valor inferior
Superior a 1	41	1,67	4,25	1,02
Inferior o igual a 1	10	0,66	0,99	0,31
Total	51	1,17	4,25	0,31

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de las cuentas anuales de las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios.

El fondo de maniobra del balance agregado de los hospitales (Activo circulante–Acreedores) fue negativo en 83.088.600,78 €, lo que indica un desequilibrio financiero entre masas patrimoniales, que ocasiona una falta de disponibilidad necesaria para hacer frente a las deudas a corto plazo. Las entidades gestoras de 30 centros sanitarios de los 51 tuvieron un fondo de maniobra negativo, que acumulado fue de 171.733.988,70 €, pero 2 de estos hospitales generaron el 57% de este fondo negativo (cuadro 2.8.D).

Cuadro 2.8.D: Número de centros con fondo de maniobra positivo y negativo

Activo circulante–Pasivo circulante Valor óptimo: positivo en torno al 1	Número de centros	Fondo de maniobra		
		Agregado	Valor superior	Valor inferior
Con fondo positivo	21	88.645.387,92	27.300.000,00	39.586,18
Con fondo negativo	30	(171.733.988,70)	(174.444,76)	(71.822.794,31)
Total	51	(83.088.600,78)	27.300.000,00	(71.822.794,31)

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de las cuentas anuales de las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios.

La ratio de disponibilidad (Disponible/Pasivo circulante) del agregado era de 0,016, que se encontraba muy por debajo del nivel que se considera que los recursos líquidos son suficientes para hacer frente a los pagos inmediatos (entre 0,1 y 0,3), lo que implica que existían tensiones importantes de tesorería. Solo hubo dos entidades que disponían de una ratio de disponibilidad superior a 0,1 (cuadro 2.8.E).

Cuadro 2.8.E: Centros hospitalarios con ratio de disponibilidad superior e inferior a 0,1

Disponible/Pasivo circulante Valor óptimo entre 0,1 y 0,3	Número de centros	Ratio de disponibilidad		
		Agregado	Valor superior	Valor inferior
Con ratio superior a 0,1	2	0,284	0,408	0,138
Con ratio inferior a 0,1	49	0,015	0,096	0,000
Total	51	0,016	0,408	0,000

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de las cuentas anuales de las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios.

En el año 2003 el resultado del ejercicio del agregado presentó un déficit de 116.586.172,63 €. Las entidades titulares o gestoras de 29 hospitales de los 51 de la RHUP tuvieron un resultado negativo y acumularon unas pérdidas de

127.639.700,94 €. El 78,15% de estas pérdidas las generaron dos hospitales (cuadro 2.8.F).

Cuadro 2.8.F: Resultado del ejercicio

Ingresos-gastos Resultado no óptimo: pérdidas	Número de centros	Resultado		
		Agregado	Valor superior	Valor inferior
Con beneficio	22	11.053.528,31	2.705.743,00	978,02
Con pérdida	29	(127.639.700,94)	(3.331,00)	(65.143.349,79)
Total	51	(116.586.172,63)	2.705.743,00	(65.143.349,79)

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de las cuentas anuales de las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios.

Estos centros se financiaron en un 80,04%³² con los ingresos procedentes de los convenios con el SCS. Los gastos de personal constituyen el grueso del gasto y alcanzaron el 56,89% del total de los gastos.

Del análisis realizado en este apartado hay que hacer la siguiente observación:

a) Debilidad financiera de las entidades hospitalarias

Las entidades titulares o gestoras de los hospitales de la RHUP tienen una fuerte dependencia económica del SCS, dado que la mayoría de sus ingresos provienen de la prestación de servicios sanitarios públicos.

Las entidades titulares o gestoras de 30 hospitales de los 51 que integraban la RHUP (el 59%) tenían un fondo de maniobra negativo, lo que indica un desequilibrio financiero entre masas patrimoniales, que ocasiona una falta de disponibilidad necesaria para hacer frente a las deudas a corto plazo. Por otra parte, las entidades que gestionaban 49 de los 51 centros hospitalarios (96%) tenían tensiones de tesorería para hacer frente a los pagos inmediatos.

Las entidades titulares o gestoras de 29 hospitales de los 51 centros sanitarios que integraban la RHUP (un 57%) tuvieron pérdidas en el año 2003. Las entidades gestoras de 33 de los 51 hospitales (un 65%) alcanzaron una ratio de endeudamiento que se puede considerar elevada. Las pérdidas acumuladas de estas entidades han dado lugar a una fuerte descapitalización y, en los casos más extremos, de las entidades que gestionan 10 de los 51 hospitales (un 20%), a una situación de quiebra técnica.

Esta situación pone de manifiesto el problema de la debilidad financiera de un número significativo de entidades hospitalarias.

32. El porcentaje de los ingresos procedentes de los convenios con el SCS se ha calculado sobre las entidades titulares o gestoras de 43 hospitales, ya que del resto no se tenía esta información.

2.9. SUBVENCIONES CONCEDIDAS POR EL SCS Y PRÉSTAMOS Y AVALES CONCEDIDOS POR EL INSTITUTO CATALÁN DE FINANZAS A LAS ENTIDADES TITULARES O GESTORAS DE LOS CENTROS DE LA RHUP

Algunas de las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios integrados en la RHUP recibieron financiación mediante subvenciones corrientes y de capital, transferencias y aportaciones de capital concedidas por el SCS y mediante préstamos y avales concedidos por el ICF.

1) Transferencias, subvenciones y aportaciones de capital

El SCS, durante el año 2003 y en años anteriores, concedió subvenciones, transferencias y aportaciones de capital a entidades proveedoras del SCS por 515.077.519,26 €, que ocasionaron un gasto en el ejercicio 2003 de 11.620.358,52 € (cuadro 2.9.A).

En las transferencias y subvenciones corrientes destaca la transferencia concedida a la empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris, SA, que gestiona el Hospital Santa Maria de Lleida, propiedad del SCS, para financiar los gastos de explotación por 3.777.042,54 €, que también percibió en el año 2002 por el mismo importe.

Las subvenciones y aportaciones a cuenta de capital y a fondo patrimonial se destinaron a financiar el inmovilizado y el capital y los intereses de préstamos solicitados para construir nuevos hospitales, salvo en la subvención de capital concedida al Consorcio Sanitario de Mataró que se concedió para enjugar las pérdidas de la prestación de servicios hospitalarios antes de la creación del Consorcio Sanitario de El Maresme por importe de 2.732.850,12 €.

Todas las subvenciones de capital son nominativas –en el presupuesto del SCS aprobado por el Parlamento figuraba el beneficiario y el importe– excepto las concedidas a la Fundación Privada Hospital de Mollet y a Gestió Comarcal Hospitalària, SA, empresa privada que gestiona el Hospital Comarcal Móra d’Ebre, propiedad del SCS. En ambos casos la subvención concedida fue directa y por importe de 300.506,05 €.

SINDICATURA DE CUENTAS DE CATALUÑA – INFORME 22/2006

Cuadro 2.9.A: Relación de subvenciones, transferencias y aportaciones de capital concedidas por el SCS durante el año 2003 y durante los años anteriores que ocasionaron gasto en el ejercicio 2003 o que lo ocasionarán en ejercicios futuros

Entidad beneficiaria	Tipo de financiación	Año de concesión	Anualidades	Objeto de la financiación	Importe concedido	Obligaciones reconocidas en el año 2003
Gestió de Serveis Sanitaris (Santa Maria de Lleida)	Transferencia nominativa	2003	2003	Financiar gastos de explotación.	3.777.042,54	3.777.042,54
Total transferencias corrientes					3.777.042,54	3.777.042,54
Fundación Privada Hospital de Puigcerdà	Subvención corriente directa	2003	2003	Financiar al 50% junto con el Conseil Régional Languedoc Roussillon un estudio para la viabilidad de la creación de un hospital transfronterizo.	45.000,00	45.000,00
Total subvenciones corrientes					45.000,00	45.000,00
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (H. del Mar y H. de L'Esperança)	Subvención de capital nominativa	2003	2003	Financiar obras, instalaciones y equipo médico del hospital.	1.502.530,26	1.502.530,26
Hospital St. Joan de Reus, SA	Subvención de capital nominativa	1999	1999-2003	Financiar obras e instalaciones del hospital.	7.644.873,97	1.634.752,92
Fundación Privada Hospital de Santa Creu i Sant Pau	Subvención de capital nominativa	2003	2003-2023	Financiar la amortización y los intereses de un préstamo para construir un nuevo hospital.	360.444.298,00	0 (1)
Fundación Mossèn Miquel Costa-Hospital de Palamós	Subvención de capital nominativa	1999	1999-2004	Financiar obras e instalaciones.	8.714.675,51	2.404.048,42
Consorcio Sanitario de Mataró (L'Aliança Mataronina y H. de Sant Jaume)	Subvención de capital nominativa	2001	2001-2007	Coadyuvar los gastos del plan de viabilidad y la reordenación de la oferta asistencial en Mataró.	2.732.850,12	664.899,69
Fundación Privada Hospital de Mollet	Subvención de capital directa	2003	2003	Financiar el plan de inversiones extraordinarias en obras y equipamiento médico.	300.506,05	189.683,70
Gestió Comarcal Hospitalària, SA (H. Móra d'Ebre)	Subvención de capital directa	2003	2003	Financiar las obras y el equipamiento médico incluidos en el plan de inversiones del hospital.	300.506,05	300.506,05
Total subvenciones de capital					381.640.239,96	6.696.421,04
Corporación de Salud de El Maresme y La Selva (H. Sant Jaume de Calella y H. Comarcal de Blanes)	Aportación al fondo patrimonial	2002	2002-2004	Financiar inversiones para el mantenimiento y reposición del inmovilizado.	601.010,90	198.333,99
Consorcio Sanitario de El Maresme (H. Mataró)	Aportación al fondo patrimonial	2003	2003	Financiar inversiones.	300.506,05	300.506,05
Consorcio Hospitalario de Vic (H. de Vic)	Aportación al fondo patrimonial	2003	2003	Financiar obras de remodelación.	240.405,00	240.405,00
Consorcio Sanitario Integral	Aportación al fondo patrimonial	2003	2003-2012	Financiar un préstamo para financiar la construcción del nuevo Hospital Comarcal de El Baix Llobregat y la construcción de un local en el Hospital Creu Roja de L'Hospitalet de Llobregat para el traslado de una cámara hiperbárica.	3.626.499,00	362.649,90
Instituto de Asistencia Sanitaria (H. de Santa Caterina)	Aportación a cuenta de capital	1997	1997-2021	Financiar el proyecto, obras, equipamientos y gastos financieros para desarrollar la construcción del centro hospitalario Martí i Julià en Salt.	89.711.182,76	0 (2)
Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell	Aportación al fondo patrimonial	2001	2002-2021	Colaborar en el desarrollo de la segunda fase de ordenación del conjunto hospitalario, actuaciones complementarias y coste financiero	35.135.633,05	0 (2)
Total aportaciones a cuenta de capital y fondo patrimonial					129.615.236,76	1.101.894,94
Total transferencias, subvenciones y aportaciones a cuenta de capital y fondo patrimonial					515.077.519,26	11.620.358,52

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de la información facilitada por el SCS.

(1) La anualidad del año 2003 se contabilizó como gasto en el año 2004.

(2) Mediante los acuerdos de Gobierno del día 28 de octubre de 2003 se modificaron las anualidades aprobadas en acuerdos anteriores de ambas subvenciones y, en ambos casos, las del año 2003 se fijaron en 0€.

Por otra parte, el SCS reconoció obligaciones en concepto de transferencias a favor del Consejo General del Valle de Aran por 6.492.463,28 €, de los cuales 6.203.977,44 € tuvieron por objeto financiar los servicios sanitarios transferidos mediante el Decreto 354/2001, de 18 de diciembre, de transferencia de competencias de la Generalidad de Cataluña al Consejo General del Valle de Aran en materia de sanidad y 288.485,81 € tuvieron por objeto financiar obras y reparaciones del Espitau de La Val d’Aran. Ambas transferencias fueron establecidas en dicho Decreto (véase apartado 2.3.1).

Cuadro 2.9.B: Transferencias concedidas al Consejo General del Valle de Aran

Tipo de financiación	Año de la concesión	Anualidad	Objeto de la financiación	Importe concedido	Obligaciones reconocidas 2003
Transferencia corriente	2003	2003	Financiación servicios sanitarios transferidos.	6.203.977,44	6.203.977,44
Transferencia de capital	2002	2002-2004	Ampliación del servicio de urgencias y consultas externas y reparación del tejado del Espitau de La Val d’Aran.	865.457,43	288.485,81
Total				7.069.434,87	6.492.463,25

Importes en euros.

Fuente: Elaborado por la Sindicatura de Cuentas a partir de los datos facilitados por el SCS.

2) Préstamos y avales concedidos por el ICF

A 31 de diciembre de 2003, trece entidades titulares o gestoras de centros de la RHUP tenían concedidos quince préstamos del ICF y, además, este avalaba cuatro entidades concertadas. El importe formalizado de estos préstamos y avales era de 131.554.524,47 €, las cuotas pendientes de amortizar de los préstamos eran de 75.936.202,54 € y el riesgo vivo por cuotas pendientes de los préstamos avalados era, a 31 de diciembre de 2003, de 12.496.393,54 € (cuadros 2.9.C y 2.9.D).

Cuadro 2.9.C: Préstamos concedidos por el Instituto Catalán de Finanzas a entidades titulares o gestoras de centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP

Nombre del titular	Fecha formalización	Tipo interés	Fecha vencimiento	Importe formalizado	Pendiente a 31.12.2003	Intereses facturados 2003
Althaia, Red Asistencial de Manresa, FP	28.06.2000	Euríbor 12+0,75	15.12.2005	60.101,21	24.040,49	1.329,74
Althaia, Red Asistencial de Manresa, FP	28.06.2001	Euríbor 12+0,75	15.10.2006	822.785,57	493.671,35	25.306,69
Consorcio Hospitalario Parc Taulí de Sabadell	16.01.1998	Euríbor 3+0,55	31.12.2007	5.793.756,69	2.575.002,96	89.167,83
Consorcio Hospitalario Parc Taulí de Sabadell	20.07.2000	Euríbor 12+0,75	15.12.2005	1.412.378,45	681.176,83	37.677,74
Fundación P. Hospital de L’Esperit Sant	27.09.2002	Euríbor 3+0,85	27.09.2022	24.791.749,00	24.791.749,00	5.185,61
Fund. Hospital Sant Pau i Santa Tecla	29.11.2002	Euríbor 1+1,40	31.12.2035	25.200.000,00	1.985.000,00	230.257,16
Fundación Hospital-Asilo de Granollers	23.11.2001	Euríbor 3+1,00	23.11.2021	6.010.121,04	5.589.141,81	208.609,18
Fundación Privada Hospital de Mollet	23.03.2001	Euríbor 3+1,00	23.03.2011	3.305.566,57	2.662.817,54	101.480,83
F. P. Hospital de Pobres de Puigcerdà	21.06.2000	Euríbor 12+0,75	15.12.2005	300.506,05	150.253,03	8.310,90
Fundación Puigvert	12.12.2002	Euríbor 3+0,5	31.12.2015	8.000.000,00	8.000.000,00	5.360,76
Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, FP	13.09.2002	Euríbor 12+0,75	15.11.2009	901.518,16	901.518,16	2.961,60
Fund. Sant Hospital de La Seu d’Urgell	29.05.2000	Euríbor 12+0,75	15.12.2005	69.116,39	27.646,55	1.529,21
Hospital Fundación Mn. Miquel Costa (H. Palamós)	08.11.2002	Euríbor 12+0,75	15.11.2009	901.518,16	901.518,16	3.134,39
Policlínica de El Vallès, Fundación Privada	19.09.2002	Euríbor 3+1,00	19.09.2005	1.803.000,00	152.666,66	33.355,17
Quinta de Salud L’Aliança (1)	25.06.2003	Euríbor 3+1,00	25.06.2015	27.000.000,00	27.000.000,00	118.475,07
Total				106.372.117,29	75.936.202,54	872.141,88

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el ICF.

Nota: (1) Quinta de Salud L’Aliança es el único socio de las empresas Gestió de Centres Sanitaris, SA (GECESSA) y Centres Assistencials Reunits, SA (CARSA), que gestiona el Hospital Comarcal de El Pallars, CARSA, la Clínica de Lleida y el Hospital Universitario Sagrat Cor.

Cuadro 2.9.D: Avaluos concedidos por el Instituto Catalán de Finanzas a entidades titulares o gestoras de centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP

Nombre del titular	Fecha formalización	Importe formalizado	Riesgo vivo a 31.12.2003	Fecha de cancelación
Clínica Plató, Fundación Privada	20.06.2001	3.305.566,57	2.592.226,19	30.06.2011
Fund. Gestión Sanitaria H. Santa Creu i Sant Pau	13.11.1996	9.015.181,57	9.015.181,57	31.12.2005
Fundación Sanitaria de Igualada, Fundación Privada	17.11.1994	841.416,95	84.141,72	17.11.2004
Quinta de Salud L'Aliança (1)	07.03.1997	12.020.242,09	807.844,06	19.03.2005
Total		25.182.407,18	12.499.393,54	

Importes en euros.

Fuente: Datos facilitados por el ICF.

Nota: (1) Quinta de Salud L'Aliança es el único socio de las empresas Gestió de Centres Sanitaris, SA (GECESSA) y Centres Assistencials Reunits, SA (CARSA), que gestionan el Hospital Comarcal de El Pallars, CARSA, Clínica de Lleida y el Hospital Universitario Sagrat Cor.

El SCS efectuó aportaciones a cuenta de capital y a fondo patrimonial a entes públicos en los que dispone de la mayoría de miembros en el Consejo Rector de estas entidades, excepto la aportación al fondo patrimonial a la Corporación de Salud de El Maresme y La Selva, que gestiona el Hospital Sant Jaume de Calella y el Hospital Comarcal de Blanes, en los que el SCS no dispone de la mayoría de los miembros en el Consejo Rector. La aportación al fondo patrimonial de la Corporación se concedió en el año 2002 por 601.010,90 €.

De la revisión de estos apartados es preciso hacer las siguientes observaciones:

a) Falta de autorización previa del Gobierno de la Generalidad para la concesión de subvenciones por razón de cuantía y falta de justificación de la imposibilidad de promover la concurrencia

El SCS concedió dos subvenciones de capital directas, por 300.506,05 €, a la Fundación Privada Hospital de Mollet y a Gestió Comarcal Hospitalària, SA (Hospital de Móra d'Ebre), sin haber obtenido la autorización previa de la Comisión de Gobierno para asuntos económicos³³, que era preceptiva dado que los importes de las subvenciones concedidas sobrepasaban los 300.000 €, importe a partir del cual se precisa esta autorización previa de acuerdo con el apartado d) del artículo 94.2 del Decreto legislativo 3/2002, de 24 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de finanzas públicas de Cataluña.

Además, en ambas subvenciones, la justificación de la imposibilidad de promover la concurrencia pública fue inadecuada e insuficiente, incumpliendo el artículo 94.2 del Decreto legislativo 3/2002, de 24 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de finanzas públicas de Cataluña.

33. De acuerdo con el Decreto 26/2002, se delega a la Comisión de Gobierno para asuntos económicos, entre otros, la autorización previa para la concesión de subvenciones y ayudas, cuando por razón del importe sea competencia del Gobierno.

En el año 2002, el SCS ya había concedido una subvención de capital a estas dos entidades por el mismo importe de 300.506,05 € que la concedida en el año 2003.

b) Justificantes de subvenciones no sellados

El SCS no selló los justificantes originales aportados por los beneficiarios de los gastos subvencionados, por lo tanto, no hizo constar el órgano que concedía la subvención ni el importe subvencionado, a fin de que los mismos comprobantes no pudieran ser utilizados para obtener otras ayudas, en contra de lo establecido en el artículo 11 de la Orden de 1 de octubre de 1997.

c) Gastos contabilizados en capítulos diferentes de los de la propia naturaleza

Una parte de las subvenciones concedidas y de las aportaciones de capital aportadas por el SCS a la Fundación Privada Hospital de Santa Creu i Sant Pau, al Consorcio Sanitario de Mataró, al Consorcio Sanitario Integral, al Instituto de Asistencia Sanitaria y a la Corporación Sanitaria Parc Taulí tienen por objeto financiar los intereses de los préstamos concedidos a estas entidades. El SCS contabiliza el importe total de la subvención o de la aportación a cuenta de capital en los capítulos 7, *Transferencias de capital*, y 8, *Variación de activos financieros*, aunque la parte destinada a financiar los intereses se debe contabilizar en el capítulo 4, *Transferencias corrientes*, dado que financia gasto corriente.

2.10. INGRESOS DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

Los centros de la RHUP atienden a personas desplazadas³⁴ procedentes de otras comunidades autónomas y ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que el Estado español tiene suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca.

Esta asistencia se financia con cargo en el Fondo de cohesión sanitaria, previsto en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de autonomía y desarrollado en el Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del fondo de cohesión sanitaria, que establece que se compensarán las comunidades autónomas con cargo a este Fondo por los siguientes conceptos:

34. Personas que no figuran incluidas en la población protegida de cada comunidad autónoma.

a) Con respecto a las personas desplazadas residentes en España

- Los ciudadanos que se desplacen a una comunidad autónoma diferente de donde tengan la residencia habitual, previamente autorizados por la comunidad de residencia, para que les sea prestada asistencia hospitalaria programada por alguno de los procesos relacionados en dicho Real decreto, es necesario que la comunidad autónoma de origen no disponga de los servicios hospitalarios que se requieren o sean manifiestamente insuficientes para atender a la población.
- Aquellos ciudadanos residentes en provincias limítrofes que pertenezcan a diferentes comunidades autónomas, a quien se preste alguno de los procesos regulados en dicho Real decreto.

En el resto de supuestos la financiación de la asistencia sanitaria a los desplazados residentes en España se efectúa de acuerdo al sistema general previsto en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre; es decir, con cargo al fondo general regulado en el artículo 4.B.a) de la Ley 21/2001.

b) Con respecto a los desplazados a cargo de una institución de otro Estado

- Los desplazados con estancia temporal en España, procedentes de otros países de la Unión Europea.
- Los desplazados de otros países, también con estancia temporal, con los que España haya suscrito convenios internacionales en materia de Seguridad Social, siempre que hayan entrado y estén legalmente en España y que la asistencia prestada esté cubierta por dichos convenios.

Esta regulación excluye de la financiación a cargo del Fondo de cohesión a los inmigrantes no empadronados que se encuentran en España, aunque la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social les reconozca el derecho a la asistencia urgente y a la atención en el embarazo, así como a la asistencia sanitaria a los menores.

El Real decreto 1247/2002 incluye en los anexos la relación de los procesos hospitalarios y de las técnicas y procedimientos cuyo coste se puede compensar con el Fondo de cohesión sanitaria. En el caso de los procesos hospitalarios, el coste compensable es el 20% del coste fijo en los hospitales más el 100% del variable, lo que en términos de media corresponde al 40% del coste total. En el caso de otras técnicas y procedimientos, el coste compensable se establece en el 80% del coste total.

El Real decreto 1247/2002 no incluye entre las actividades que compensa el Fondo la atención primaria, la asistencia sanitaria urgente, la asistencia en salud

mental, la asistencia sociosanitaria, la prestación farmacéutica, la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria, el transporte sanitario, el transporte medicalizado y la asistencia in situ, y la asistencia hospitalaria, extrahospitalaria y los trasplantes por procesos no incluidos en el Real decreto.

En fecha 4 de febrero de 2003, la Generalidad de Cataluña interpuso recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Supremo contra el Real decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria. Las alegaciones en las que se fundamentaba la demanda eran, en resumidas cuentas, que el Real decreto infringía los principios de jerarquía normativa y de suficiencia financiera, así como la igualdad en el acceso a los servicios de asistencia sanitaria pública.

En el recurso se establecía, entre otros aspectos, que “las personas excluidas por el Real decreto 1247/2002 del concepto legal de desplazados no se pueden considerar incluidas en el parámetro población protegida que sirve de base para el cálculo de la distribución del fondo general, y que la regulación que contiene el Real decreto 1247/2002 no garantiza que la financiación sea proporcional a todas las cargas asumidas por cada comunidad autónoma, hecho que da lugar a un desajuste en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud contrario a la equidad y del que se resienten aquellas comunidades que, como Cataluña, son mayoritariamente receptoras de desplazados, y a las que no se les garantiza, en condiciones de igualdad, la financiación necesaria para la gestión de las prestaciones sanitarias que, en su ámbito territorial, la Ley general de sanidad les encomienda”.

En fecha 11 de febrero de 2005, el Tribunal Supremo desestimó el recurso presentado por la Generalidad.

El Ministerio de Sanidad y Consumo reintegró para el Fondo de cohesión sanitaria 10.206.113 €, en el año 2002, y 12.622.696,52, en el año 2003.

2.11. GASTO PRESUPUESTARIO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

El gasto en atención hospitalaria se contabiliza en el presupuesto del SCS dentro de la función de *Atención especializada* en el concepto presupuestario 252 *Conciertos con instituciones cerradas*. En el año 2003 se contabilizaron en este concepto presupuestario unas obligaciones reconocidas por 1.487,30 M€.

El concepto de *Conciertos con instituciones cerradas* está integrado por el subconcepto presupuestario 2520001 *Atención especializada*, con unas obligaciones reconocidas de 1.358,71 M€ en el año 2003, y por el subconcepto 2520002 *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria*, con unas obligaciones reconocidas de 128,59 M€.

De la revisión de este apartado hay que hacer la siguiente observación:

a) Gasto efectuado y no contabilizado

La liquidación del presupuesto de 2003 del concepto *Conciertos con instituciones cerradas* no incluye el gasto efectuado³⁵ durante el periodo que abarca una parte del mes de mayo hasta el mes diciembre de 2003, por 981.079.433,24€, de los cuales 869.586.469,63€ corresponden al subconcepto de *Atención especializada* y 111.492.963,61€ corresponden al subconcepto *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria*. Por otra parte, incluye 827.134.942,14€ de gastos efectuados durante el periodo del mes de junio al mes de diciembre de 2002, de los cuales 749.062.179,51€ corresponden a *Atención especializada* y 78.072.762,63€ al subconcepto *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria*.

Los gastos de cada ejercicio no se contabilizan en el presupuesto que les corresponde por falta de crédito presupuestario. Este hecho provoca el incumplimiento del artículo 28.b) del Decreto legislativo 3/2002, de 24 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de finanzas públicas, que establece que se imputarán al ejercicio presupuestario las obligaciones reconocidas hasta el 31 de enero del año siguiente, correspondientes a cualquier tipo de gastos efectuados antes del cierre del ejercicio presupuestario con cargo a los créditos respectivos. También supone, implícitamente, la ultralimitación de los créditos presupuestarios y consiguientemente la infracción del principio presupuestario de especialidad cuantitativa establecido en el artículo 35.2 de la Ley de finanzas públicas y el incumplimiento del mandato del Parlamento establecido en la Ley de presupuestos mediante la que se aprueban los límites de los créditos presupuestarios.

3. CONCLUSIONES

Una vez analizados los recursos materiales y económicos destinados a la gestión de servicios hospitalarios con medios ajenos, de acuerdo con los objetivos marcados al inicio de este informe, a continuación se exponen las observaciones y las recomendaciones más significativas que se han puesto de manifiesto con motivo del trabajo realizado.

35. Gastos efectuados antes de cerrar el ejercicio presupuestario que deberían haber dado lugar al reconocimiento de la obligación hasta el 31 de enero del año siguiente, en caso de que se hubiera dictado el acto administrativo previo.

3.1. OBSERVACIONES

En este apartado se incluyen las observaciones que se desprenden de la fiscalización realizada sobre los procedimientos y circuitos establecidos para la planificación, la programación, la evaluación, la inspección y la compra de los servicios de asistencia hospitalaria y especializada y para la contabilización del gasto.

Se incluyen los hechos que se han considerado incorrectos ya sea por incumplimiento de la normativa que les es de aplicación o porque se ha observado alguna ineficiencia económica.

Por lo tanto, sería preciso enmendar los hechos que se indican a continuación:

1) Incumplimiento del procedimiento normativo de la autorización de apertura y funcionamiento de los centros hospitalarios y de la renovación de la autorización administrativa por transplante de tejido osteotendinoso y por extracción de órganos y tejidos

En cuatro expedientes de autorización administrativa por ampliación, modificación o traslado de los centros hospitalarios y en un expediente de renovación de la autorización para realizar transplantes de tejidos y extracción de órganos humanos faltaban algunos de los documentos que deben acompañar las solicitudes de los centros hospitalarios, lo que incumplía los artículos 3 y 6 de la Orden, de 24 de enero de 1983, para la autorización de ampliación, modificación y traslado del centro y el artículo 10 de la Orden, de 16 de agosto de 1984, para la renovación de la autorización para realizar transplantes, en los que consta la relación de documentos que se deben aportar y a partir de los cuales se dicta la resolución que concede o deniega las autorizaciones (véase apartado 2.1, letra c).

La Dirección General de Recursos Sanitarios concedió la autorización de apertura y funcionamiento a un centro hospitalario que no disponía de la autorización administrativa previa de la ampliación de la actividad asistencial, que es requisito indispensable para obtener la autorización de apertura y funcionamiento del centro, servicio o establecimiento; por lo tanto, se incumplió el artículo 12 de la Orden de 24 de enero de 1983 y el artículo 3 del Decreto 118/1982. También concedió la autorización de apertura y funcionamiento a otros tres centros hospitalarios, aunque en los expedientes no consta que se hubiera comprobado que se cumplían las condiciones y requisitos establecidos en la autorización previa de traslado, ampliación y modificación, tal como dispone el artículo 3 apartado b) del Decreto 183/1981, y autorizó la apertura y el funcionamiento de otro centro, aunque la inspección había detectado deficiencias al comprobar las condiciones y requisitos establecidos en la autorización administrativa previa de traslado y ampliación del centro hospitalario (véase apartado 2.1, letras b y d).

Un centro hospitalario renovó la autorización para realizar transplantes de tejidos y/o extracción de órganos y tejidos, dos años y veintidós días después de la fecha límite de su vigencia (véase apartado 2.1, letra e).

2) Centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP y que no están acreditados

El SCS contrató servicios sanitarios a la Fundación Sanitaria de Igualada, Fundación Privada, al Hospital Provincial Santa Caterina y al Hospital Comarcal Sant Antoni Abat, que son centros hospitalarios incluidos en la RHUP que no estaban acreditados en el año 2003.

Mediante la acreditación se garantiza que una organización sanitaria alcanza un conjunto de estándares previamente establecidos y consensuados y es un requisito preceptivo para que el centro hospitalario pueda pertenecer a la RHUP, de acuerdo con el artículo 4 del Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública. El hecho de que estos centros no estuvieran acreditados debería haber dado lugar a su exclusión de la Red, de acuerdo con el artículo 3 de la Orden de 24 de abril de 1986, sobre regulación de los procedimientos para la integración y exclusión de los centros hospitalarios de la RHUP, y para su clasificación en niveles (véase apartado 2.2, letra a).

3) Falta de cobro de tasas por la tramitación de la acreditación y del canon por la concesión administrativa de la gestión de dos hospitales

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social no cobró la tasa por los servicios administrativos de tramitación de la acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, incumpliendo lo establecido en el capítulo 6 de la Ley 15/1997, de 24 de diciembre, de tasas y precios públicos, modificada por las sucesivas leyes de medidas fiscales y administrativas (véase apartado 2.2, letra d).

El SCS no cobró el canon por la concesión administrativa de la gestión del Hospital Comarcal de El Pallars a la empresa de titularidad privada Gestió de Centres Sanitaris, SAU, por 6.000€ anuales revisables en función de la variación del IPC de cada año. Tampoco cobró el canon por la concesión administrativa de la gestión del Hospital Comarcal Móra d'Ebre a la empresa de titularidad privada Gestió Comarcal Hospitalària, SA, que no se ha podido cuantificar dado que el SCS no disponía del contrato (véase apartado 2.3.1, letra c).

4) Falta de expedientes de contratación de la gestión de dos hospitales mediante concesión administrativa

El SCS no disponía del expediente de contratación de la gestión del Hospital Comarcal Móra d'Ebre mediante concesión administrativa a la empresa de titularidad privada Gestió Comarcal Hospitalària, SA. Del expediente de contratación

de la gestión del Hospital Comarcal de El Pallars mediante concesión administrativa a la empresa de titularidad privada Gestió de Centres Sanitaris, SAU, el SCS solo disponía del contrato de gestión del hospital firmado el 31 de diciembre de 1993; por lo tanto, faltaba, entre otros, la documentación relativa al procedimiento y la forma de adjudicación (véase apartado 2.3.1, letra b).

5) Incumplimiento del procedimiento para establecer y renovar convenios con las entidades gestoras de los centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP y con centros de titularidad pública que no pertenecen a ella

El SCS incumplió el procedimiento para establecer y renovar convenios establecido en el artículo 13 del Decreto 345/2001 con las entidades que pertenecían a la RHUP y con la entidad Centre Mèdic CMO de Reus y la Societat Anònima Municipal de Gestió de Sanitat i Serveis Socials, entidades públicas municipales que no pertenecían a la RHUP; en este sentido, el director del SCS no estableció, mediante resolución, el plazo en el que las entidades titulares de los centros hospitalarios podían presentar la solicitud para formalizar o renovar los convenios, ni estas presentaron solicitud alguna por escrito. Tampoco presentaron la oferta de los servicios, en la que se debería haber recogido la previsión de las líneas estratégicas desde el punto de vista asistencial y económico (véanse apartado 2.3.2, letra b) y apartado 2.4.2, letra a).

6) Gestión de servicios sanitarios sin apoyo contractual, realizada por proveedores que gestionan centros que no pertenecen a la RHUP

Las empresas que realizaron intervenciones coronarias y la Clínica Universitaria de Navarra prestaron servicios asistenciales de acuerdo con unos contratos de gestión de servicios sanitarios que no estaban vigentes en el año 2003; por lo tanto, la gestión de estos servicios asistenciales se realizó sin ajustarse al Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios (véase apartado 2.4.2, letra b).

7) Criterios de adjudicación inadecuados en la contratación de la gestión de servicios sanitarios con centros hospitalarios que no pertenecen a la RHUP

Entre los criterios de adjudicación utilizados por el SCS para seleccionar a los contratistas figura la memoria de actividad asistencial del último año o de los últimos años. De acuerdo con la normativa comunitaria de contratos y la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, la experiencia debe ser un elemento a considerar a la hora de evaluar la capacidad de las empresas, pero no una circunstancia ni un criterio que determine la adjudicación de un contrato.

Otro de los criterios de adjudicación utilizados por el SCS para seleccionar a los proveedores es la aportación de la documentación que el licitador crea adecuada

a fin de hacer la oferta más favorable a los intereses del SCS. En este caso, el SCS debería especificar en qué sentido las ofertas son más favorables a los intereses del SCS.

Por otra parte, en el pliego de cláusulas administrativas se fija la puntuación máxima que se concede a cada criterio de adjudicación, pero sin indicar los criterios de carácter objetivo que se seguirán para la puntuación concreta de cada oferta. De acuerdo con el Informe 7/2002, de 12 de julio, de la Comisión Permanente de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de la Generalidad de Cataluña: “En el pliego de cláusulas administrativas hay que expresar los elementos, los criterios y los factores de ponderación cualitativa y cuantitativa para la aplicación de los criterios de adjudicación y que la Mesa de Contratación aplicará, con la discrecionalidad que necesariamente concurre en la valoración técnica de las proposiciones de los licitadores” (véase apartado 2.4.2, letra c).

8) Gestión de servicios hospitalarios de forma habitual, mediante hospitales que no pertenecen a la Red

Las entidades Clínica Salus Infirmorum, el Centre MQ Reus SA, CARSA–Clínica de Tortosa, la Societat Anònima Municipal de Gestió de Sanitat i Serveis Socials, la empresa Neuroangiografia Terapèutica, SL, las entidades que realicen intervenciones coronarias y la Fundación Sociosanitaria de Barcelona, entidades que gestionan centros sanitarios que no pertenecen a la Red, gestionan servicios asistenciales de forma habitual y permanente en el tiempo, a pesar de que el SCS solo puede contratar servicios sanitarios con los centros hospitalarios que no pertenezcan a la RHUP, con carácter excepcional y por un duración limitada, de acuerdo con lo establecido en el artículo 43.2 de la LOSC y en el artículo 4.1a) del Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del SCS.

Por otra parte, en ninguno de los expedientes de contratación con las entidades que gestionan centros hospitalarios que no pertenecen a la Red, formalizados mediante convenio o contrato, el SCS justifica de forma expresa el carácter excepcional de la contratación de la gestión de servicios sanitarios, aunque es uno de los requisitos que establece el artículo 43.2 de la LOSC.

En el caso del Hospital General de Catalunya, centro no integrado en la RHUP, el Gobierno de la Generalidad, en el Acuerdo de 22 de julio de 2003, hizo constar la excepcionalidad de la situación y la conveniencia de preservar la continuidad de la prestación sanitaria desarrollada por el Hospital General de Catalunya, que se prestaba desde 1994 y que, a raíz del convenio firmado el 3 de noviembre de 2003, se pactó que se seguiría prestando hasta el 25 de julio de 2011 (véase apartado 2.4.1, letra a).

9) Contratación de hospitales que no pertenecen a la Red sin justificar la falta de capacidad de los de la RHUP para prestar estos servicios

En la contratación de la gestión de servicios hospitalarios con los hospitales que no pertenecen a la RHUP, formalizados mediante contrato o convenio, salvo en seis, el SCS no justificó la falta de capacidad de los hospitales de la Red para llevar a cabo la gestión de la asistencia al enfermo agudo, aunque solo puede contratar servicios sanitarios con los centros hospitalarios que no pertenezcan a la RHUP, en caso de que los hospitales de la Red no sean suficientes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 43.2 de la LOSC y en el artículo 4.1a) del Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, por el que se regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del SCS.

Por otra parte, el SCS contrató la realización de procedimientos quirúrgicos de cataratas, varices y prótesis de rodilla con el objeto de reducir las listas de espera con empresas titulares o gestoras de centros hospitalarios que no estaban incluidos en la RHUP, aunque los hospitales de la RHUP tenían capacidad para realizar estos procedimientos, dado que en la licitación de la contratación de estos servicios acudieron tres hospitales incluidos en la Red. La Mesa de Contratación los excluyó porque la actividad objeto de la contratación era de apoyo a la realizada por los centros de la Red (véase apartado 2.4.1, letra b).

10) Límites por siniestro cubiertos por los seguros insuficientes de algunas entidades que gestionan servicios sanitarios con centros hospitalarios que no pertenecen a la RHUP

Las entidades titulares de los centros hospitalarios CARSA Clínica de Tortosa, Clínica Salus Infirmorum y Societat Anònima Municipal de Gestió de Sanitat i Serveis Socials tenían por límite de indemnización por siniestro por responsabilidad civil profesional 600.000 € y, por lo tanto, incumplían el contrato de gestión de servicios sanitarios con el SCS, que establecía que estas entidades debían tener cubierta la responsabilidad civil profesional en la misma extensión que la prevista en la póliza de seguros del SCS, que tenía un límite por siniestro de 901.518,16 € (véase apartado 2.4.2, letra d).

11) Importes concedidos a determinados centros en concepto de apoyo económico

Las aportaciones, derivadas del Acuerdo de Gobierno de fecha 18 de noviembre de 2003 por 16.019.820,12 €, y del Acuerdo de Gobierno de fecha 30 de marzo de 2004, por 9.000.000 €, en seis hospitales de la RHUP en concepto de apoyo económico tienen naturaleza de subvención, ya que se trata de aportaciones dinerarias que efectúa el SCS para hacerse cargo de parte del déficit de las entidades.

Como tales, su concesión debería haber estado sujeta a criterios de publicidad, concurrencia y objetividad, tal como determina el artículo 90 de la Ley de finanzas públicas. La concurrencia solo deja de ser preceptiva si por la especificidad y las características del beneficiario o de la actividad subvencionada no es posible, de una forma objetiva, promover la concurrencia pública.

En referencia a esto último, el SCS no disponía de ninguna justificación de que en los centros hospitalarios que recibieron el apoyo económico se dieran las causas establecidas en el Acuerdo de Gobierno de 18 de noviembre de 2003; es decir, el SCS no acreditó que en los seis centros hospitalarios concurrieran razones de dimensión productiva insuficiente, estructurales o de reordenación de servicios que justificaran la concesión de esta aportación económica. Tampoco acreditó que estas causas solo se produjeran en estos centros y en ningún otro de la RHUP (véase apartado 2.3.3.1, letra d).

12) Falta de justificación de la cuantía del importe satisfecho a las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP para la ejecución de los programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social

Mediante Resolución del consejero de Sanidad y Seguridad Social de fecha 17 de junio de 2003, al amparo de lo dispuesto en el artículo 2.2 del Decreto 179/1997, de 2 de julio, se aprobaron para el año 2003 la relación de servicios, dispositivos y programas específicos de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

En la Resolución de aprobación se estableció una cuantía global que el Departamento destinó a estos programas específicos, pero ni en dicha Resolución ni en el Decreto 179/1997 se determinó cómo se efectuaría el reparto de estos importes entre los hospitales que podían ser beneficiarios.

El SCS nos ha informado de que el reparto del importe de cada programa, entre los diferentes proveedores que lo llevaron a cabo, se realizó en función de los gastos producidos por la actividad asistencial contratada, pero el SCS no disponía de ningún escandallo de costes ni ninguna otra documentación que justificara la cuantía de los importes que se satisficieron a cada una de las entidades gestoras de hospitales concertados.

Este hecho pone en duda la existencia de una relación entre los importes satisfechos a las entidades proveedoras y los costes de la ejecución de los programas, lo que se confirma a partir de la gran disparidad en los valores de las ratios obtenidas de la circularización de las entidades proveedoras que llevaban a cabo tres programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Así, en uno de estos programas, el centro hospitalario que cobraba más por mamografía percibía 8,36 veces más el importe del que cobraba menos; en

otro programa, el hospital que cobraba más por sesión de rehabilitación foniatría percibía 31,62 veces más el importe del que cobraba menos por sesión.

Otros hechos que confirman la falta de relación entre los importes satisfechos a cada proveedor por programa y los costes de la actividad contratada son los siguientes:

- El SCS financió el programa *Unidad funcional del SIDA*, exclusivamente a nueve hospitales, aunque, según informa el SCS, la actividad que financia el programa la desarrollan la mayoría de los hospitales, que la facturan de acuerdo con los precios establecidos en las cláusulas adicionales a los convenios de servicio que regulan la actividad general.
- La Policlínica de El Vallès recibió financiación para ejecutar el programa *Coordinación asistencial de apoyo a la actividad terciaria*, pero la actividad que realmente financió el SCS no parece ajustarse al objeto del programa.
- El SCS pagó a una entidad proveedora 79,11 € por urgencia mediante un programa de interés especial, aunque esta entidad cobraba las urgencias contratadas en las cláusulas de la actividad general a 75,10 € (véase 2.3.3.2, letra b).
- En ninguno de los informes previos al último pago de los programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que elaboraba el SCS o la comisión encargada del seguimiento del programa, se hacía referencia a los costes derivados de la actividad contratada, aunque en las cláusulas adicionales a los convenios mediante las cuales se contratan siete programas de interés especial, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social establecía que el informe se debía basar en la actividad realizada y en los costes que se derivaran de ella (véase 2.3.3.2, letra d).

Del análisis de los diferentes programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social se deducen elementos de discrecionalidad en la contratación de los servicios sanitarios incluidos en algunos de estos programas.

13) Falta de justificación del importe concedido a la Fundación Privada Instituto de Investigación Oncológica

El SCS concedió 2.243.819,10 € a la Fundación Privada Instituto de Investigación Oncológica para financiar la investigación biomédica aplicada, el banco de cordón umbilical para el transplante y estudios de genética molecular para el cribaje de la fibrosis quística en Cataluña, pero no ha facilitado información de cómo se había establecido este importe. Esta Fundación es una entidad que no gestiona servicios hospitalarios mediante un centro que pertenece a la RHUP (véase apartado 2.4.3, letra b).

14) Incumplimiento de las cláusulas adicionales de los convenios de compra de programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, docencia e investigación

La entidad que desarrolló el programa *Unidad asistencial y preventiva deportiva en el Centro de Alto Rendimiento Deportivo*, con un gasto para el SCS de 556.454,03 €, no envió al SCS información sobre los recursos utilizados y los gastos generados en su ejecución, incumpliendo la cláusula adicional mediante la que fue contratado.

El programa *Transplante de médula ósea* lo ejecutaron cinco hospitales que, de acuerdo con las cláusulas adicionales, debían justificar al SCS un número mínimo de casos realizados. Se ha solicitado esta justificación de dos de estos centros hospitalarios y uno de ellos no había informado del número de casos realizados. El gasto del SCS derivado de la ejecución de este programa por esta entidad fue de 602.832,46 €.

El programa *Transplante sem-cells* lo ejecutaron tres hospitales que, de acuerdo con las cláusulas adicionales, debían justificar un número mínimo de tratamientos. Se ha solicitado esta justificación de dos de estos hospitales. Uno de ellos no había justificado ningún tratamiento y el otro había justificado 14 de los 40 que como mínimo debía realizar. Por otra parte, no consta que la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas emitiera el informe previo y preceptivo en el último pago del programa a estas entidades. El gasto del SCS derivado de la ejecución de este programa por estas dos entidades fue de 265.478,14 €.

Se ha revisado la documentación justificativa de la ejecución del programa *UFISS cuidados paliativos* de uno de los dos centros que lo desarrollaron. El SCS satisfizo el último pago a este centro sin que la comisión de seguimiento del programa, integrada por un representante del programa "Vida als anys" y un representante del SCS, hubiera emitido el informe previo al pago, tal como establece la cláusula adicional al convenio que regula el sistema de pago de este servicio asistencial. El gasto del SCS derivado de la ejecución de este programa por esta entidad fue de 200.818,28 €.

Se ha revisado la justificación de la actividad realizada de tres centros hospitalarios de los diecisiete que el SCS contrató para realizar la formación en docencia de postgrado y uno de ellos no cubrió dos plazas de las veinte que tenía asignadas. A pesar de ello, el SCS no detrajo 25.229,60 € correspondientes a la parte proporcional de residentes no acreditados, tal como establece la cláusula adicional a los convenios de servicios que regulan la docencia de postgrado.

El SCS contrató a seis entidades para realizar la formación especializada en enfermería, que estaban obligadas a la formación del número de comadronas del

primer y segundo año como estaba establecido en la cláusula adicional de los convenios de servicios. Se ha revisado la actividad de un centro hospitalario, que debía formar a seis comadronas y solo formó a cinco. Sin embargo, el SCS le satisfizo la totalidad del importe establecido en la cláusula por 59.150,93 € (véase 2.3.3.2, letra d).

15) Pagos de servicios hospitalarios en centros que pertenecen a la RHUP por encima de las contraprestaciones aprobadas y servicios satisfechos a un centro que no pertenece a ella a tarifas superiores a los que sí pertenecen a ella

El importe que el SCS satisfizo por los servicios prestados por los centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP se ajustó a las contraprestaciones fijadas por el consejero de Sanidad y Seguridad Social mediante la Resolución de 17 de junio de 2003, excepto en la actividad de hospital de día que llevaron a cabo la Clínica de Girona y la Fundación Sant Hospital de La Seu d'Urgell, que percibieron, entre los dos, 20.032,48 € de más en relación con las contraprestaciones establecidas (véase apartado 2.3.3.1, letra c).

Por otra parte, el SCS satisfizo algunos tratamientos incluidos en técnicas, tratamientos y procedimientos específicos realizados por la empresa Catalana de Diagnòstic i Cirurgia, entidad propietaria del Hospital General de Catalunya que no pertenece a la RHUP, de acuerdo con las tarifas establecidas en el Acuerdo de Gobierno de 22 de julio de 2003, que eran superiores a las satisfechas en los hospitales integrados en la RHUP (véase apartado 2.4.3, letra a).

16) Incumplimiento del plazo de abono del precio establecido en la Ley de contratos

El plazo en el que el SCS paga los servicios prestados por las entidades proveedoras (en la mayoría de los casos 2 meses y medio) incumple el artículo 99.4 de la Ley de contratos de las administraciones públicas, que establece que la Administración tiene la obligación de abonar el precio dentro de los dos meses siguientes a la fecha del documento que acredite la realización total o parcial del contrato.

El hecho de no pagar en plazo tiene un coste para la Administración que es el interés de demora, que el SCS debería abonar a los contratistas a partir del cumplimiento del plazo de estos dos meses (véase apartado 2.5, letra a).

17) Debilidad financiera de entidades hospitalarias

Las entidades titulares o gestoras de los hospitales de la RHUP tienen una fuerte dependencia económica del SCS, dado que la mayoría de sus ingresos provienen de la prestación de servicios sanitarios públicos.

Las entidades titulares o gestoras de 30 hospitales de los 51 que integraban la RHUP (el 59%) tenían un fondo de maniobra negativo, lo que indica un desequilibrio financiero entre masas patrimoniales, que ocasiona una falta de disponibilidad necesaria para hacer frente a las deudas a corto plazo. Por otra parte, las entidades que gestionaban 49 de los 51 centros hospitalarios (96%) tenían tensiones de tesorería para hacer frente a los pagos inmediatos.

Las entidades titulares o gestoras de 29 hospitales de los 51 centros sanitarios que integraban la RHUP (un 57%) tuvieron pérdidas en el año 2003. Las entidades gestoras de 33 de los 51 hospitales (65%) alcanzaron una ratio de endeudamiento que se puede considerar elevada. Las pérdidas acumuladas de estas entidades han dado lugar a una fuerte descapitalización y, en los casos más extremos, de las entidades que gestionan 10 de los 51 hospitales (un 20%), a una situación de quiebra técnica. Esta situación pone de manifiesto el problema de la debilidad financiera de un número significativo de entidades hospitalarias (véase apartado 2.8, letra a).

18) Falta de autorización previa del Gobierno de la Generalidad para la concesión de subvenciones por razón de cuantía, y falta de justificación de la imposibilidad de promover la concurrencia

El SCS concedió dos subvenciones de capital directas, por 300.506,05 €, a la Fundación Privada Hospital de Mollet y a Gestió Comarcal Hospitalària, SA (Hospital de Móra d'Ebre), sin haber obtenido la autorización previa de la Comisión de Gobierno para asuntos económicos, que era preceptiva dado que los importes de las subvenciones concedidas sobrepasaban los 300.000 €, importe a partir del cual hace falta esta autorización previa de acuerdo con el apartado d) del artículo 94.2 del Decreto legislativo 3/2002, de 24 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de finanzas públicas de Cataluña.

Además, en ambas subvenciones, la justificación de la imposibilidad de promover la concurrencia pública fue inadecuada e insuficiente, incumpliendo el artículo 94.2 de dicho Decreto legislativo 3/2002.

En el año 2002 el SCS ya había concedido una subvención de capital a estas dos entidades por el mismo importe que la concedida en el año 2003 (véase apartado 2.9, letra a).

19) Justificantes de subvenciones no sellados

El SCS no selló los justificantes originales aportados por los beneficiarios de los gastos subvencionados, por lo tanto, no hizo constar el órgano que concedía la subvención ni el importe subvencionado, a fin de que los mismos comprobantes no pudieran ser utilizados para obtener otras ayudas, en contra de lo establecido en el artículo 11 de la Orden de 1 de octubre de 1997 (véase apartado 2.9, letra b).

20) Gasto efectuado y no contabilizado

La liquidación del presupuesto de 2003 del concepto *Conciertos con instituciones cerradas* no incluye el gasto efectuado durante el periodo que abarca una parte del mes de mayo hasta el mes de diciembre de 2003, por 981.079.433,24 €, de los cuales 869.586.469,63 € corresponden al subconcepto *Atención especializada* y 111.492.963,61 € corresponden al subconcepto *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria*. Por otra parte, incluye 827.134.942,14 € de gastos efectuados durante el periodo del mes de junio al mes de diciembre de 2002, de los cuales 749.062.179,51 € corresponden a *Atención especializada* y 78.072.762,63 € al subconcepto *Para compensar gastos farmacéuticos de dispensación ambulatoria*.

Los gastos de cada ejercicio no se contabilizan en el presupuesto que les corresponde por falta de crédito presupuestario. Este hecho provoca el incumplimiento del artículo 28.b) del Decreto legislativo 3/2002, de 24 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de finanzas públicas, que establece que se imputarán al ejercicio presupuestario las obligaciones reconocidas hasta el 31 de enero del año siguiente, correspondientes a cualquier tipo de gastos efectuados antes de terminar el ejercicio presupuestario con cargo a los créditos respectivos. También supone, implícitamente, la ultralimitación de los créditos presupuestarios y consiguientemente la infracción del principio presupuestario de especialidad cuantitativa establecido en el artículo 35.2 de la Ley de finanzas públicas y el incumplimiento del mandato del Parlamento establecido en la Ley de presupuestos, mediante la que se aprueba los límites de los créditos presupuestarios (véase apartado 2.11, letra a).

21) Operaciones no registradas contablemente o en cuentas que no corresponden y gastos contabilizados en capítulos diferentes de los de su propia naturaleza

El SCS contabilizó en el Balance de situación a 31 de diciembre de 2003 el valor de los centros hospitalarios que se le adscribieron, operación que registró con cargo en las cuentas de *Inmovilizado* y abono en la cuenta de *Patrimonio*, aunque la cuenta donde debería haber abonado el valor del inmovilizado debería haber sido *Patrimonio recibido en adscripción*. Por otra parte, no contabilizó el valor de los centros hospitalarios librados en adscripción y los cedidos, operación que habría disminuido el *Inmovilizado* e incrementado las cuentas con signo negativo de pasivo *Patrimonio entregado en adscripción* y *Patrimonio entregado en cesión* (véase apartado 2.3.1, letra d).

El apoyo económico concedido por el SCS a las entidades que gestionan seis centros de la RHUP por 25.019.820,12 €, formalizado mediante una cláusula adicional al convenio de gestión de servicios sanitarios, tiene naturaleza de subvención y, por lo tanto, se debería haber contabilizado en el capítulo 4 *Trans-*

ferencias corrientes del presupuesto y no en el subconcepto 2520001 *Atención especializada* (véase apartado 2.3.3.1, letra e).

El importe que el SCS concedió, por 2.243.819,10€, a la Fundación Privada Instituto de Investigación Oncológica (para financiar la investigación biomédica aplicada, el banco de cordón umbilical para el trasplante y estudios de genética molecular para el cribaje de la fibrosis quística en Cataluña) se registró en el subconcepto *Atención especializada*, aunque estos servicios no se ajustan a la asistencia hospitalaria y especializada que realizan el conjunto de centros hospitalarios de titularidad pública o privada de Cataluña por cuenta del sistema sanitario de cobertura pública, haría falta, pues, contabilizarlas en el subconcepto correspondiente (véase apartado 2.4.3, letra b)³⁶.

Una parte de las subvenciones concedidas y de las aportaciones de capital aportadas por el SCS a la Fundación Privada Hospital de Santa Creu i Sant Pau, al Consorcio Sanitario de Mataró, al Consorcio Sanitario Integral, al Instituto de Asistencia Sanitaria y a la Corporación Sanitaria Parc Taulí tienen por objeto financiar los intereses de los préstamos concedidos a estas entidades. El SCS contabiliza el importe total de la subvención o de la aportación a cuenta de capital en los capítulos 7, *Transferencias de capital*, y 8, *Variación de activos financieros*, aunque la parte destinada a financiar los intereses se debe contabilizar en el capítulo 4, *Transferencias corrientes*, dado que financia gasto corriente (véase apartado 2.9, letra c).

3.2. RECOMENDACIONES

En este apartado se exponen las propuestas que se consideran más adecuadas a fin de mejorar el control interno y la gestión del SCS en relación con las materias que han sido objeto de fiscalización, y que convendría que el SCS aplicara, en la medida en la que no hayan sido ya implantadas.

a) Normativa que regula la autorización de apertura y funcionamiento y la acreditación de los centros hospitalarios

La disposición transitoria de la Orden de 10 de julio de 1991, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios, establece que los centros hospitalarios que solicitan la autorización de apertura y funcionamiento deben cumplir obligatoriamente con los mismos requisitos que los que se acreditan, aunque el certificado de acreditación garantiza la consecución de una determinada calidad de los centros

36. Se ha suprimido la parte del párrafo que se refería a los gastos ocasionados por el traslado del cadáver, por 123.107,91 €, no se ajustan a la asistencia hospitalaria y especializada que realizan el conjunto de centros hospitalarios, en virtud de la aceptación de la alegación 21.

hospitalarios, que solo se puede evaluar cuando el centro ya está en funcionamiento, hecho que no se produce cuando el centro, servicio o establecimiento sanitario solicita la autorización de apertura y funcionamiento.

El resultado de esta normativa es que ninguno de los centros hospitalarios que obtuvieron la autorización de apertura y funcionamiento cumplió todos los requisitos establecidos en dicha Orden; por eso, sería conveniente que se dictaran las normas específicas de autorización para los centros hospitalarios (véase apartado 2.1, letra a).

Por otra parte, el artículo 4 de la Orden de 10 de julio de 1991 establece que la acreditación se concede por un periodo de tres años, pero este plazo se ha ido prorrogando mediante sucesivas órdenes del consejero de Sanidad y Seguridad Social, dado que se estaba revisando el modelo de acreditación que debe dar lugar a una nueva normativa.

Sería conveniente acelerar los trámites de aprobación de esta nueva normativa, dado que las prórrogas sucesivas del certificado de acreditación han ocasionado que los centros hospitalarios no hayan sido sometidos a controles exhaustivos de la calidad del servicio, la seguridad, la estructura y el mantenimiento de los edificios desde los años 1996, 1997 y 1998, dependiendo del momento en el que los hospitales obtuvieron la acreditación (véase apartado 2.2, letra b).

a) Procedimientos de control interno

La Dirección General de Recursos Sanitarios concede la autorización de apertura y funcionamiento basándose en los requisitos, establecidos en la Orden de 10 de julio de 1991, que el centro hospitalario cumple. A fin de facilitar el control y la evaluación de si el centro hospitalario cumple estos criterios, sería conveniente que se creara una plantilla o un documento donde constaran estos requisitos y que en cada expediente figurara esta plantilla, que debería reflejar los criterios que el centro cumple y no cumple (véase apartado 2.1, letra f).

La Dirección General de Recursos Sanitarios, antes de conceder el certificado de acreditación a un centro hospitalario, se desplaza para evaluar si cumple los requisitos establecidos en la Orden de 10 de julio de 1991, pero la mayoría de veces no deja constancia escrita de las visitas que realiza. Sería conveniente que en el expediente de acreditación del centro hospitalario se dejara constancia de estas visitas, con indicación de los días que se han efectuado (véase apartado 2.2, letra e).

b) Seguimiento de las medidas adoptadas por los centros hospitalarios para solucionar las deficiencias detectadas en el momento de la acreditación de los centros

La Dirección General de Recursos Sanitarios, cuando concedió los certificados de acreditación a los centros hospitalarios, adjuntó peticiones a fin de que cada centro realizara las mejoras oportunas para cumplir la totalidad de los criterios de acreditación, a la vez que se establecían unos plazos máximos de tres, seis, dieciocho y treinta y seis meses para solucionar las deficiencias, en función de la priorización de los incumplimientos.

De la revisión de los expedientes se desprende que la Dirección General de Recursos Sanitarios interrumpió la evaluación del cumplimiento de estas peticiones en el año 2002. A fin de garantizar y mejorar la calidad asistencial y/o estructural de los centros hospitalarios, convendría que se reiniciara el seguimiento y el control de la enmienda de las deficiencias detectadas en los centros sanitarios (véase apartado 2.2, letra c).

c) Datos y relación de los centros hospitalarios que integran la RHUP

La relación de centros sanitarios incluidos en la Red Hospitalaria de Utilización Pública, que consta en el anexo del Decreto 133/1997, de 27 de mayo, no está actualizada. Por una parte, esta relación no recoge los cambios de los nombres y de las direcciones de estos centros y, por otra parte, incluye dos centros que no pertenecen a la RHUP (véase apartado 2.3.1, letra a).

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social debería elaborar un nuevo anexo con los centros que actualmente integran la RHUP y, al mismo tiempo, debería actualizar los datos relativos al nombre y la dirección de los centros restantes, que, por cambios posteriores al Decreto 133/1997, no coinciden con los datos del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Dirección General de Recursos Sanitarios.

d) Momento en el que se firman los convenios de gestión de servicios hospitalarios y de sus cláusulas adicionales

El Servicio Catalán de la Salud establece convenios, con una vigencia de seis años, con las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios incluidos en la RHUP para la prestación de asistencia hospitalaria y especializada de ámbito hospitalario de cobertura pública. Anualmente se formalizan las cláusulas adicionales donde se especifica la actividad que se debe prestar aquel año y la contraprestación económica.

Los convenios que establecen las condiciones para la prestación de servicios del año 2003, que son los vigentes desde el 1 de enero de 2002, se firmaron con retraso; la mayoría se firmaron a partir del mes de octubre del año 2002, incluso uno de ellos el 19 de junio de 2003.

Las cláusulas adicionales a estos convenios, que establecían la actividad para el año 2003 y su contraprestación, también se firmaron con retraso, en los últimos cuatro meses del año.

El SCS debería acelerar o adelantar el inicio de todos los trámites previos a la firma de estos convenios y sus cláusulas adicionales, a fin de que se firmaran antes del inicio de su vigencia. Consiguientemente, disminuirían las tensiones de tesorería en las entidades que gestionan los centros hospitalarios, que se producen a causa del retraso en la firma de las cláusulas adicionales, dado que hasta que no se firman, las tarifas que se aplican son las del ejercicio anterior (véase apartado 2.3.2, letra c).

e) Volumen de actividad realizada diferente a la contratada

El SCS contrató con las entidades titulares o gestoras de los centros hospitalarios un determinado número de servicios, pero las cantidades realizadas fueron diferentes de las contratadas, en algunos casos en exceso (marginalidad) y en otros en defecto.

La actividad con una marginalidad más elevada fue la del hospital de día, con una marginalidad que alcanzó el 20,04%, seguida de consulta externa, donde las cantidades realizadas excedieron a las contratadas en un 14,94%. En la actividad de hospitalización las cantidades facturadas sobrepasaron las contratadas en un 9,11%. En otros tratamientos incluidos en técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, en algunos casos, el número de casos realizados dobla, triplica o cuadruplica a los contratados (véase apartado 2.3.3.1, letra a).

En cambio, en la actividad de otros tratamientos incluidos en técnicas, procedimientos y tratamientos específicos, los hospitales no realizaron todos los casos que el SCS les contrató; incluso algún centro hospitalario no realizó ninguno de los casos contratados de determinados tratamientos, y otros no realizaron todos los casos contratados, a pesar de la existencia de listas de espera en los tratamientos (véase apartado 2.3.3.1, letra b).

La cantidad de actividad sanitaria que contrata el SCS se debería ajustar más a las necesidades de la población, a fin de evitar las elevadas marginalidades que se han producido en algunos de los centros hospitalarios y la no realización de la actividad contratada en algunos otros. Dado que las unidades se contratan en función de los objetivos y las líneas de actuación establecidas en el Plan de salud de Cataluña 2002-2005 y de la política del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, el hecho de realizarlas en exceso o no realizarlas podría condicionar, en algunos casos, la consecución de estos objetivos o el cumplimiento de la política sanitaria.

f) Objetivos e indicadores de procedimientos, actividades y resultados de los programas de interés especial para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social

Anualmente, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, a propuesta del Consejo de Dirección del SCS, determina el presupuesto y los programas que, de acuerdo con la política sanitaria y el Plan de salud, tienen un especial interés sanitario.

La mayoría de estos programas tienen un objetivo genérico, determinado por el Consejo de Dirección del SCS. Mediante las cláusulas adicionales a los convenios de gestión de servicios sanitarios, el SCS contrata a las entidades titulares o gestoras de los hospitales de la RHUP para que ejecuten los programas de interés especial para el Departamento. En la mayoría de estas cláusulas adicionales solo consta el nombre del programa que debe desarrollar el centro hospitalario, el presupuesto máximo destinado a ejecutarlo y la forma como se pagará.

Haría falta que, para cada programa, se definieran los objetivos concretos, a medio y/o corto plazo, que se quieren alcanzar, y que se establecieran los mecanismos de seguimiento de los programas a partir de indicadores de procedimientos, actividades y resultados. Estos objetivos se deberían plasmar en las cláusulas adicionales a los convenios de gestión de servicios sanitarios firmadas con las entidades encargadas de ejecutar estos programas. En estas cláusulas también deberían constar los indicadores definidos para evaluar el seguimiento y el cumplimiento del programa (véase apartado 2.3.3.2, letra c).

Por otra parte, también sería preciso que en los informes del SCS y de las comisiones de seguimiento de los programas previos al pago del último pago a las entidades que los llevan a cabo, se determinara el grado de consecución de los objetivos establecidos mediante los indicadores previamente definidos. También sería conveniente que constara el coste que ha soportado el centro hospitalario para la ejecución del programa y la desviación en relación con lo previsto (véase apartado 2.3.3.2, letra d).

El hecho de que no se hayan determinado objetivos concretos e indicadores para analizar si se han alcanzado los objetivos y que no se hayan cuantificado las relaciones entre servicios sanitarios prestados y costes de los programas, no permite evaluar la eficacia y la eficiencia de la mayoría de programas, dado que ambas variables están relacionadas necesariamente con la definición previa de objetivos y de indicadores.

g) Prestaciones de servicios a partir de contratos y convenios prorrogados mediante decreto

El Decreto 345/2001, de 24 de diciembre, regula el establecimiento de los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios en el ámbito del SCS, pero la disposición adicional tercera permite la prórroga hasta el 31 de diciembre de 2002 de los contratos suscritos por el SCS para la prestación de determinados

servicios sanitarios. A partir de este año, mediante decretos anuales, se han prorrogado estos contratos y, de acuerdo con el último decreto de prórroga, su vigencia se estableció hasta el 31 de diciembre de 2006.

El Decreto 345/2001 entró en vigor el 28 de diciembre de 2001 y cuatro años y medio después todavía hay contratos de los años 1987, 1995 y 1997 que no se ajustan a esta normativa a consecuencia de las prórrogas establecidas mediante decretos. Por lo tanto, sería conveniente que el SCS, en los casos que creyera conveniente seguir manteniendo los servicios, iniciara un proceso de contratación ajustado al Decreto 345/2001 y a la Ley de contratos de las administraciones públicas (véase apartado 2.4.2, letra b).

h) Listas de espera para pruebas complementarias y visitas externas

El SCS no dispone de datos definitivos del tiempo medio de espera y del número de personas que están en lista de espera para pruebas diagnósticas y para visitas de consultas externas. A fin de dar cumplimiento al mandato del Parlamento de Cataluña, de fecha 18 de abril de 2002, el SCS debería acelerar los trabajos para la puesta en funcionamiento de un registro centralizado de las listas de espera para consultas externas y pruebas complementarias y para establecer garantías de plazos máximos de espera para las visitas a especialistas y pruebas complementarias (véase apartado 2.7, letra a).

i) Aportaciones al Consorcio Corporación de Salud de El Maresme y La Selva

El SCS efectuó una aportación a cuenta de capital, por importe de 601.010,90 €, a la Corporación de Salud de El Maresme y La Selva, donde no dispone de la mayoría de los miembros en el Consejo Rector.

El número de miembros del Consejo Rector de la Corporación de Salud de El Maresme y La Selva debería tener una mayor coherencia con las aportaciones de fondos que se realizan.

j) Información que deben enviar los centros hospitalarios al SCS, que debería estar regulada

El Plan trienal, que debería contener las previsiones en recursos humanos, y el programa de inversiones de los centros hospitalarios mencionado en el artículo 4 del Decreto 202/1985, de 15 de julio, de creación de la RHUP, y los indicadores económicos de la actividad asistencial de los hospitales de la RHUP que confiere el SCS a partir de los datos que los centros envían a la central de balances, no están regulados reglamentariamente.

Haría falta que se diera contenido normativo al Plan trienal y a los indicadores económicos para dar cumplimiento al artículo 4 apartado f) del Decreto 202/1985 y al artículo 54 de la LOSC, que prevén esta regulación reglamentaria.

Mediante la Orden SSS/496/2003, de 14 de noviembre, se creó la central de resultados de la RHUP, con los objetivos, entre otros, de medir, evaluar y difundir los resultados de la RHUP en el resultado de salud y calidad asistencial, eficiencia y sostenibilidad, y acceso y atención a la ciudadanía. En la fecha de fiscalización este órgano no ejerce sus funciones; por lo tanto, habría que acelerar los trámites para que este órgano sea efectivo, dado el papel que desempeña en la publicidad y transparencia de la información del sistema sanitario público (véase apartado 2.6, letra a).

4. TRÁMITE DE ALEGACIONES

Al efecto previsto por el artículo 6 de la Ley 6/1984, de 5 de marzo, de la Sindicatura de Cuentas, modificada por la Ley 15/1991, de 4 de julio, y la Ley 7/2002, de 25 de abril, el presente informe de fiscalización fue enviado, en fecha 17 de julio de 2006, al director del Servicio Catalán de la Salud a fin de que, si fuera el caso, se presentaran las alegaciones correspondientes en los plazos establecidos.

En fecha 28 de julio de 2006, la secretaria general del Departamento de Salud pidió una prórroga del plazo de presentación de alegaciones que la Sindicatura concedió hasta el 6 de septiembre de 2006.

A continuación se transcribe³⁷ el escrito enviado por la secretaria general del Departamento de Salud, con registro de salida núm. 3368/101.1988/2006, de fecha 5 de septiembre de 2006, y con registro de entrada en la Sindicatura de Cuentas núm. 2876, de fecha 6 de septiembre de 2006:

37. El escrito original estaba redactado en catalán. Aquí figura una traducción al castellano de la transcripción.

“Sr.D. Agustí Colom Cabau
Síndico
Sindicatura de Cuentas de Cataluña
Av. Litoral, 12-14
08005 Barcelona

Distinguido síndico:

En respuesta a su escrito de 17 de julio me complace adjuntarle las justificaciones y comentarios al proyecto de Informe de fiscalización 3/2005-C sobre los “Gastos en asistencia hospitalaria con medios ajenos, ejercicio 2003” a fin de que pueda valorarlos a la hora de cerrar la redacción de su informe.

Aprovecho la ocasión para agradecerle sinceramente la ampliación del plazo, que nos ha permitido analizar mejor su trabajo y hacerle llegar unos comentarios más precisos.

Al mismo tiempo, quiero poner de manifiesto que valoramos positivamente su labor, que con toda seguridad nos permitirá mejorar los procedimientos y organización de nuestros servicios.

Reciba un cordial saludo,

[Firma]

Marta Segura Bonet
Secretaria general

Barcelona, 5 de septiembre de 2006”

“Alegaciones del Departamento de Salud al proyecto de Informe 03/2005-C, elaborado por la Sindicatura de Cuentas en relación con los *Gastos en asistencia hospitalaria con medios ajenos, ejercicio 2003*”

COMENTARIOS DE CARÁCTER GENERAL

El proyecto de informe elaborado por la Sindicatura de Cuentas hace referencia al ***Gasto en asistencia hospitalaria con medios ajenos***, pero en el texto hay momentos en los que se cita como *asistencia o atención especializada*. Es preciso señalar que el concepto “Atención especializada” incluye la atención hospitalaria especializada (que es el tipo de asistencia que prestan los hospitales –mayoritariamente los de la RHUP– cuando se les contrata la actividad para la atención a enfermos agudos) y otros tipos de atención especializada (que para clarificar los términos podemos llamar

“resto de atención especializada”), diferente de la anterior, llevada a cabo por otras entidades, que es un tipo de asistencia que o no precisa ingreso hospitalario o se presta exclusivamente para determinadas patologías (coronarias, terciarismo, técnicas y/o procedimientos de alta complejidad, drogodependencias...). El informe elaborado por la Sindicatura puede dar lugar a interpretar que toda la atención especializada es prestación de servicios hospitalarios y se lleva a cabo en un hospital, cuando de hecho no toda la atención especializada se presta por los hospitales para la atención a enfermos agudos.

De acuerdo con esta aclaración, sería conveniente matizar el punto 2.3 *Prestación de servicios mediante los centros que integran la RHUP*: en este apartado se dice que el importe facturado por la prestación de servicios hospitalarios en 2003 fue de 1.684,73 M€, de los cuales 1.652,02 M€ correspondían a prestaciones de servicios hospitalarios realizadas por los hospitales de la RHUP y 32,71 M€ a las realizadas por centros hospitalarios no RHUP. La realidad es que estos 32,71 M€ corresponden, en su inmensa mayoría (27,07 M€), al “Resto de atención especializada” (en este importe se ha incluido la atención a las drogodependencias contratada con ayuntamientos y mancomunidades, concursos para reducir listas de espera quirúrgica, técnicas/intervenciones de alta complejidad como la neuroangiografía terapéutica...). De estos 32,71 M€, únicamente 5,64 M€ corresponden a 3 centros que dan apoyo a la RHUP para la prestación de asistencia hospitalaria y especializada para la atención a enfermos agudos, y como tal, son los únicos que debería estar en el apartado “Entidades que prestan servicios hospitalarios mediante centros que no pertenecen a la RHUP”. De acuerdo con esto, también habría que adaptar el cuadro 2.4.A. *Entidades que prestan servicios hospitalarios mediante centros que no pertenecen a la RHUP* suprimiendo la parte de atención especializada que no es hospitalaria.

Por otra parte, hay que clarificar que el concepto de *marginalidad* se está aplicando al volumen de actividad sanitaria realizada por encima de la contratada cuando, de hecho, lo que es marginal es el precio al que se paga esta actividad, no la propia actividad. La aplicación de un precio marginal es una herramienta de ámbito económico para acotar el volumen económico de un contrato que, por su naturaleza de atención sanitaria, no puede tener un volumen de servicios absolutamente determinado y limitativo. Se trata más de un concepto económico que sanitario, dado que la actividad es cualitativamente igual.

En relación con el proceso de acreditación, en el momento de elaboración del proyecto de informe por la Sindicatura de Cuentas la normativa vigente de acreditación era la Orden de 10 de julio de 1991. Esta normativa ha sido sustituida por el Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras y por la Resolución SLT/1325/2006, por la que se da publicidad al Acuerdo del Gobierno que aprueba los estándares de acreditación que se regulan en el artículo 4 del Decreto 5/2006.

La Orden de 10 de julio de 1991 contemplaba esencialmente aspectos de estructura y en número notablemente más bajo de organización. A partir del año 2000 el Departamento de Salud estudia la posibilidad de un cambio del modelo de acreditación y de sus estándares. En este periodo se prorrogan las acreditaciones a la espera de aplicar el nuevo modelo. El decreto que regula este nuevo modelo de acreditación pasa el preceptivo trámite de audiencia en 2003, pero se publica el 19 de enero de 2006, después de un nuevo trámite de audiencia en 2005. El nuevo modelo de acreditación evalúa el proceso y se orienta hacia la evaluación de los resultados de la organización, por lo tanto, se adapta a los modelos de acreditación más modernos.

La gran mayoría de centros hospitalarios de enfermos de agudos se acreditaron de acuerdo con la Orden de 10 de julio de 1991 en el periodo 1996-1999. Un número bajo de centros se incorporó a la acreditación 2000-2001.

El anexo de la Orden de 10 de julio de 1991 sigue vigente para la autorización de apertura y funcionamiento de los centros hospitalarios mientras no se dicte una disposición que regule específicamente este tema.

COMENTARIOS A LAS CONCLUSIONES DEL PROYECTO DE INFORME

En relación con las observaciones del proyecto de informe se formulan los siguientes comentarios:

2. Centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP y que no están acreditados.

El Servicio Catalán de la Salud para la prestación de asistencia hospitalaria a enfermos agudos cuenta con la Red Hospitalaria de Utilización Pública (RHUP) como conjunto de centros que reúnen las condiciones suficientes para ser contratados por el Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 345/2001.

El proceso de acreditación de centros ya existentes implica en muchos casos que estos deban realizar inversiones de adaptación de sus infraestructuras. La necesidad de que estas inversiones en la mayoría de los casos deban ser financiadas desde el presupuesto del ámbito de Salud de la Generalidad, junto con las limitaciones de la financiación sanitaria, ha implicado que estos procesos fueran largos. En algunos casos las remodelaciones necesarias eran tan grandes que se han tenido que renovar totalmente los centros. Así, los centros gestionados por la Fundación Sanitaria de Igualada serán sustituidos por el nuevo Hospital de L'Anoia que se acaba de construir en Igualada, y el Hospital de Santa Caterina de Girona fue sustituido en el año 2004 por el nuevo Hospital de Santa Caterina, construido en el Parque Hospitalario Martí i Julià de Salt. Una vez sustituidas las infraestructuras viejas por las nuevas se reanuda el proceso de acreditación. Con respecto al Hospital Sant Antoni Abad, se encuentra en un proceso de readaptación de servicios mayoritariamente

hacia el ámbito sociosanitario, por lo que no tiene sentido aplicarle la normativa de acreditación de hospitales.

3. Falta de cobro de tasas por la tramitación de la acreditación y del canon por la concesión administrativa de la gestión de dos hospitales.

Es cierto que se ha producido un retraso en el cobro de los cánones para las concesiones administrativas de los dos hospitales. En el caso del Hospital Comarcal de El Pallars, el Servicio Catalán de la Salud ha reclamado su pago en fecha 21 de julio de 2005 y 2 de mayo de 2006. Con respecto al Hospital Comarcal Móra d'Ebre se reclamaron los cánones retrasados y la entidad realizó el pago el 29 de septiembre de 2005.

5. Incumplimiento del procedimiento para establecer y renovar convenios con las entidades gestoras de los centros hospitalarios que pertenecen a la RHUP y con centros de titularidad pública que no pertenecen a ella.

De acuerdo con la normativa de contratación de servicios sanitarios y la propia Ley de ordenación sanitaria, los centros que pertenecen a la RHUP son los anualmente contratados por el Servicio Catalán de la Salud para dar asistencia hospitalaria y especializada al enfermo agudo. Anualmente, el Servicio Catalán de la Salud abre una negociación con los centros que recoge el proceso de coordinación de la oferta de servicios que el centro puede realizar con las necesidades de actividad y capacidad de financiación que el Servicio Catalán de la Salud dispone. En consecuencia, en esta negociación se entiende demandada por el Servicio Catalán de la Salud y presentada por el centro la oferta de servicios a la que se refiere la normativa.

Por lo tanto, se debe entender que existe en todo caso una falta de formalización documental del procedimiento en relación únicamente con la solicitud de oferta por parte del Servicio Catalán de la Salud y la presentación de esta por parte de los centros.

6. Gestión de servicios sanitarios sin apoyo contractual, realizada por proveedores que gestionan centros que no pertenecen a la RHUP.

La Clínica Universitaria de Navarra durante un tiempo tuvo suscrito un contrato de prestación de servicios sanitarios, fundamentalmente, para complementar la capacidad de la red pública en determinados tratamientos oncológicos. Este contrato fue rescindido en su momento, y se detuvo el flujo de pacientes en este centro hospitalario, dado que en Cataluña ya existían centros hospitalarios que podían llevar a cabo esta actividad.

Sin embargo, en la actualidad hay enfermos (muy pocos) que siguen recibiendo atención sanitaria en aquel centro aunque podrían ser atendidos en los centros hospitalarios de Cataluña. La razón es el vínculo de dependencia que se establece en este tipo de enfermos (oncológicos) y el médico y centro que los ha atendido. Estos son enfermos que en su momento se

trataron en la Clínica Universitaria de Navarra con un resultado óptimo, por lo que las revisiones anuales las quieren seguir haciendo en aquel centro. En estos casos el Servicio Catalán de la Salud ha valorado la importancia que tiene para el enfermo la continuidad del tratamiento en aquel centro y ha decidido hacerse cargo de los gastos de estas revisiones siempre y cuando haya una autorización previa del Servicio Catalán de la Salud. Eso no supone, sin embargo, la consideración de dicho centro como proveedor habitual, y se trata de una situación muy marginal y a extinguir.

Con respecto a las intervenciones coronarias, el Servicio Catalán de la Salud tenía establecidos contratos con 4 centros hospitalarios que no pertenecen a la RHUP a fin de dar cobertura médico-quirúrgica de forma inmediata a enfermos con patología coronaria en caso de insuficiencia puntual de los recursos por este tipo de atención en la RHUP.

Estos contratos estaban prorrogados de acuerdo con lo establecido en el Decreto 348/2002, de 24 de diciembre, y así constaba en la propia cláusula que se suscribió con estos centros. Hay que recordar que la actividad contratada con estos centros era muy específica (solo actividad coronaria) y, por lo tanto, no se debe confundir con la actividad hospitalaria y especializada que es la propia de la atención al enfermo agudo –entendiendo esta como conjunto de actividades y no de forma específica para patologías concretas como es el caso de los coronarios–, por lo que los contratos por la actividad coronaria están incluidos en el punto 4.1.e) del Decreto 345/2001 y son objeto de aplicación de dicho Decreto 348/2002 de prórroga de contratos hasta el 31 de diciembre de 2003.

Sin embargo, hace falta especificar que estos centros han dejado de contratarse por el Servicio Catalán de la Salud desde el año 2005, suscribiendo los correspondientes contratos, de acuerdo con la Ley de contratos de las administraciones públicas, por esta actividad, la entidad SEM, SA, que es quien debe buscar recursos, en caso de urgencia, dentro del sistema sanitario en los momentos en que los recursos de la RHUP son insuficientes. Por lo tanto, ya se ha resuelto la situación expresada por el proyecto de informe.

7. Criterios de adjudicación inadecuados en la contratación de la gestión de servicios sanitarios con centros hospitalarios que no pertenecen a la RHUP.

El informe analizado establece que entre los criterios de adjudicación utilizados por el Servicio Catalán de la Salud para seleccionar a los contratistas se encuentra la valoración de la memoria de actividad asistencial del último año. Ciertamente, este criterio, relacionado directamente con la experiencia del licitador, solo puede ser valorado a fin de evaluar la solvencia técnica de las empresas que participan en los concursos, y así lo determinan las directivas comunitarias.

Revisando la documentación contractual observamos que en el año 2003 en algunos pliegos del Servicio Catalán de la Salud todavía se valoraba

este criterio en fase de adjudicación y no de acreditación de la solvencia del contratista, pero poco después se subsanaron estas deficiencias y actualmente se puede comprobar que en los pliegos de cláusulas administrativas particulares de los diferentes concursos, ni la memoria ni ningún otro concepto relacionado con la experiencia profesional se recoge como criterio de adjudicación. Incluso, y en relación con conceptos que podrían llegar a ser considerados como evaluadores de la solvencia de la empresa: recursos humanos u organización del trabajo siempre se consideran en relación con el servicio concreto a prestar.

8. Gestión de servicios hospitalarios de forma habitual mediante hospitales que no pertenecen a la Red.

La Clínica Salus Infirmorum, el Centre MQ Reus, SA, y CARSA–Clínica de Tortosa son centros que tienen consideración de hospitalarios y que realizan una actividad complementaria a la de la red pública. Son centros que, por su tipología y por las prestaciones que llevan a cabo, se consideran centros complementarios de la RHUP. Estos centros disponen de una estructura y de unos recursos que les permiten prestar ampliamente una asistencia y atención sanitaria durante todo el año. Realizan actividades similares a la del conjunto de centros de la RHUP y tienen la característica de permitir ampliar la capacidad instalada de la red en aquellas actividades en las que se ve afectada la accesibilidad del ciudadano, generando listas de espera. La actividad que realizan estos centros es actividad derivada de los centros de la RHUP, de los cuales ellos son centros complementarios dentro del territorio. Por lo tanto, el objetivo con estas contrataciones no solo es incrementar la actividad, sino también permitir una ampliación de la oferta con respecto a recursos estructurales que permitan resolver la actividad en un tiempo de respuesta menor.

Dada la consolidación de la actividad pública de estos centros a lo largo del tiempo, y tal como figura en las recomendaciones del informe, se debe analizar la conveniencia de incorporarlos a la red pública.

Por otra parte, con respecto a la entidad Societat Anònima Municipal de Gestió de Sanitat i Serveis Socials, se le contrata una actividad puntual propia de los centros que pertenecen a la RHUP, como es la cirugía menor ambulatoria, y también, para mejorar las urgencias de esta zona geográfica se le contrata un dispositivo de urgencias.

Las entidades que realizan intervenciones coronarias tienen una consideración diferente, ya que su contratación se realiza para garantizar una disponibilidad de plazas en momentos de saturación de la red pública, por ejemplo en periodos de epidemia de gripe, etc.

Esta contratación no lleva implícita una garantía de realizar actividad por parte del centro contratado, sino que se garantiza la disponibilidad de utilización de los servicios en momentos puntuales en los que se ve superada la capacidad de la red pública. En cualquier caso, como ya se

ha comentado en el apartado 6, el Servicio Catalán de la Salud dejó de establecer estos contratos en el año 2005.

La empresa Neuroangiografía Terapèutica, SL tiene una consideración diferente. La diferencia viene dada por la tipología de la actividad que realiza, ya que provee actividad de alta complejidad, con una oferta limitada a muy pocos proveedores, y que requiere un nivel de experiencia y complejidad estructural muy alto.

La oferta pública existente en Cataluña de neuroangiografía terapéutica en el año 2003 se limitaba al Hospital de Bellvitge. A fin de poder garantizar una estructura y capacidad de oferta óptima para las necesidades de la población (cobertura 24 horas al día, lista de espera, disponibilidad de unidad de cuidados intensivos, etc.) se decidió ampliar la oferta. Por este motivo se realizó un concurso público que fue adjudicado a la empresa Neuroangiografía Terapèutica, SL.

Finalmente, hay que decir que la Fundación Sociosanitaria de Barcelona no presta servicios de atención hospitalaria. La facturación de esta entidad dentro del ámbito de atención hospitalaria y especializada es para la dispensación que efectúa de eritropoyetina, dado que es un centro de diálisis. Dado que en su momento esta entidad prestaba atención hospitalaria y dispone, todavía, de un servicio de farmacia, puede dispensar esta medicación. Así no es preciso que el paciente se desplace a un centro hospitalario únicamente para recoger esta medicación. No hay cláusula adicional porque sería de medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria y el contrato que tiene la Fundación Sociosanitaria de Barcelona no es de atención hospitalaria. El hecho, sin embargo, de que tenga servicio de farmacia permite esta mejora por el enfermo de diálisis que, ya que se trata en este centro, no hace falta que se desplace innecesariamente a otro para recoger la medicación.

9. Contratación de hospitales que no pertenecen a la Red sin justificar la falta de capacidad de los de la RHUP para prestar estos servicios.

En muchas ocasiones uno de los problemas en la red pública, que acaba ocasionando incrementos importantes del tiempo de espera por intervención quirúrgica o cualquier otro procedimiento, no está sólo relacionado con el hecho de garantizar un determinado volumen de actividad que previsiblemente puedan realizar los centros de red pública al cabo del año, sino que tiene que ver con la disponibilidad de la capacidad instalada que hay en un momento dado (camas, quirófanos, UCI, etc.) para dar respuesta a la demanda existente.

Esta capacidad generalmente se puede ver afectada por situaciones puntuales a lo largo del año, generando saturación de los centros de la red pública, que puede obligar a buscar contrataciones extraordinarias para dar respuesta a los compromisos adquiridos de tiempos máximos de espera.

Eso hace que, en momentos concretos y puntuales, sea necesario disponer de una capacidad instalada adicional para poder ampliar la estructura existente de la red pública, a fin de dar respuesta de una manera eficaz y eficiente a las necesidades de asistencia.

Esta circunstancia es la que motivó la contratación de determinados procedimientos quirúrgicos con más tiempo de espera (cataratas, varices y prótesis de rodilla) durante el año 2003.

Esta contratación se incluye dentro de las actuaciones implementadas por el Servicio Catalán de la Salud como medidas para reducir el tiempo de espera por estos procedimientos, así como para garantizar los objetivos marcados de tiempo máximo por intervención quirúrgica de estos, según establece el artículo 5 del Decreto 354/2002, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Catalán de la Salud.

10. Límites por siniestro cubiertos por los seguros insuficientes.

Con respecto a este punto observamos que no se trata exactamente de que la cobertura de algunos centros contratados y la del Servicio Catalán de la Salud sean diferentes cuantitativamente, sino que la estructura de coberturas está planteada de manera diferente. En la póliza del Servicio Catalán de la Salud, los límites de garantía con respecto a los centros de la RHUP (apartado 2.6) están planteados de manera doble: a) límite de 901.518,16€ (al que hace referencia el informe de la Sindicatura) únicamente para los casos de responsabilidad civil profesional directa y exclusiva de los centros servicios y establecimientos; y b) límite de 601.012,10 para los casos de responsabilidad de los centros servicios y establecimientos por los casos no incluidos en el apartado anterior, es decir, cuando no haya una responsabilidad exclusiva, que serán la mayoría de casos, ya que habitualmente si es por la vía patrimonial, esta responsabilidad se superpondrá con la de una Administración pública, o si es por la vía civil o penal, será concurrente con la de algún profesional.

En cambio, ciertamente la póliza de los centros citados tiene una única cobertura por 600.000,00€ que coincide con la cobertura menor pero más habitual de las que constan en la póliza del Servicio Catalán de la Salud. En la práctica esta diferencia no tiene un impacto real y durante toda la vigencia de las pólizas no ha existido ningún problema de cobertura derivado de este hecho.

11. Importes concedidos a determinados centros en concepto de apoyo económico.

Los importes concedidos a algunos centros hospitalarios en concepto de "apoyo económico a los gastos producidos por la actividad asistencial" están amparados, en el caso del año 2003, por el Acuerdo de Gobierno de 8 de noviembre de 2003, tal como se especifica en el proyecto de informe.

Estos importes se conceden como consecuencia de no poder llevar a cabo de una manera más eficiente la actividad asistencial por razones ajenas a la propia voluntad del centro. Estas razones pueden resumirse en tres: entidades sometidas a procesos de reordenación de servicios, razones estructurales o dimensión productiva insuficiente. Se trata de una situación que no es extensiva a todos los centros de la RHUP, por lo que el Servicio Catalán de la Salud reconoce estas características exclusivamente en los centros que soportan gastos superiores a los reconocidos en la contraprestación económica de la actividad asistencial, dado que estos gastos están ligados a la realización de la propia actividad sanitaria. Podríamos poner como ejemplos la situación del Hospital de Sant Pau, que tiene una estructura física en múltiples pabellones separados, lo que implica más gastos de personal y de transporte sanitario entre edificios para hacer la misma actividad, o el caso del IMAS o la Fundación Sanitaria de Igualada, que realizan también la actividad repartida en varios edificios.

Si la financiación sanitaria hubiera permitido alcanzar unos niveles de evolución de tarifas más razonablemente compasados con la evolución general de los costes sanitarios, es probable que no hubiera sido necesaria esta asignación específica y selectiva de una parte –pequeña en relación con el global del presupuesto de la concertación hospitalaria– del presupuesto destinado a los conciertos.

Es por este vínculo indisociable que tienen estas situaciones específicas con la realización de actividad por cuenta del Servicio Catalán de la Salud que se considera este gasto dentro del propio ámbito de la concertación. Si la evolución del presupuesto en los próximos años, junto con los procesos de corrección de las disfunciones (el nuevo Hospital de Sant Pau unificará la actividad en un solo edificio de acuerdo con lo que hoy en día debe ser un centro hospitalario y lo mismo pasará con la apertura del nuevo Hospital de L'Anoia en Igualada), lo hacen posible, el crecimiento de las tarifas debe absorber estas cláusulas de apoyo de los conciertos.

13. Falta de justificación del importe concedido a la Fundación Privada Instituto de Investigación Oncológica.

Está previsto que este concierto desaparezca en el año 2007 por la reordenación de la actividad del Instituto de Investigación Oncológica. Será mediante las subvenciones que el Departamento de Salud desarrolla en el ámbito de la investigación como se financiará esta entidad.

15. Pagos de servicios hospitalarios a centros que pertenecen a la RHUP por encima de las contraprestaciones aprobadas y servicios satisfechos a un centro que no pertenece a ella a tarifas superiores a los que sí pertenecen a ella.

La regularización de la actividad del hospital de día de la Clínica Girona y del Hospital de La Seu d'Urgell no se ajustó estrictamente a la resolución del consejero en la que se fija que a final del ejercicio los centros hospitalarios para cada una de las actividades contratadas en la cláusula general (hospitalización, consultas externas, hospital de día y cirugía me-

nor ambulatoria) deberán justificar la consecución de un mínimo de un 80% de la actividad contratada; en el caso de que la actividad realizada por el centro para cada una de aquellas actividades no llegara al 80% de la actividad contratada, se procederá a efectuar una regularización, liquidando la actividad realizada según los precios vigentes.

En estos dos casos la actividad realizada en el hospital de día fue muy próxima a este 80%, siendo de un 73% en el caso de la Clínica Girona y de un 75,8% en el caso del Hospital de La Seu d'Urgell. En los dos casos hay un informe explicativo de la región sanitaria correspondiente en los que se explica la regularización aceptada por esta actividad y la justificación de no aplicar ninguna penalización dadas las circunstancias en las que se desarrolla la actividad de estos centros.

Con respecto a la Clínica Girona, el rendimiento de este dispositivo viene condicionado por la derivación del flujo de pacientes de otras entidades de la región (especialmente del Hospital Josep Trueta con respecto a la actividad maxilofacial). El Servicio Catalán de la Salud tiene interés en que el centro atienda todas las derivaciones que reciba sin aplicar precios marginales, por lo que contrata toda la actividad que el centro puede realizar de acuerdo con la capacidad de su hospital de día. En caso de que no se le deriven suficientes enfermos para alcanzar el 80% del volumen de actividad contratada, la responsabilidad es del centro. Es por ello que el Servicio Catalán de la Salud no aplica la penalización en este caso.

En referencia al Hospital de La Seu d'Urgell, teniendo en cuenta que la actividad que se desarrolla en el hospital de día está condicionada por la patología de los pacientes de L'Alt Urgell, en su mayoría de edad avanzada y que provienen de núcleos de población aislados y con dificultad de comunicación y traslado, por lo que en ambos casos, aun sin haber llegado al 80% de la actividad contratada y dado que es por causas ajenas al propio funcionamiento del hospital, se considera procedente no aplicar la regularización que los penalizaría dado que el mantenimiento de este dispositivo genera un coste adicional para los centros, que hay que reconocer cuando la actividad depende de causas ajenas (como es el caso de la derivación de pacientes de otras entidades o de población aislada y envejecida).

Por otra parte, y en relación con las tarifas que son de aplicación a la entidad Catalana de Diagnòstic i Cirurgia (aprobadas en el Acuerdo de Gobierno de 22 de julio de 2003) son, efectivamente, superiores a las que se les aplica a los hospitales de la RHUP. Esta situación tiene explicación, si recordamos que las tarifas pagadas a la RHUP se basan en medias (la patología más compleja y económicamente más cara se compensa con la menos compleja y económicamente más barata). A la RHUP se le contrata una asistencia que comprende un conjunto de actividades que se pagan de acuerdo con una tarifa sea cual sea la patología.

En el caso de Catalana de Diagnòstic i Cirurgia se contrató exclusivamente actividad terciaria, que, como ya se sabe, comporta una alta

complejidad y, por lo tanto, una intensidad de recursos muy alta. En este caso no puede establecerse un sistema de medias como la RHUP que pueda compensar los casos complejos con los que no lo son. Es por eso que forzosamente en los casos de contratación de actividad exclusivamente terciaria, como es este, los precios deben ser superiores a los que se aplican en la RHUP. De todas maneras, también hay que señalar que los conceptos contratados a esta entidad no son los mismos que se contratan a la RHUP.

17. Debilidad financiera de entidades hospitalarias.

Las históricas dificultades de financiación de los servicios sanitarios públicos, no solo en nuestro país sino también en los de nuestro entorno, han supuesto una dificultad importante para compensar la evolución de los presupuestos sanitarios con la evolución del gasto. Los crecimientos de población y su envejecimiento, los cambios epidemiológicos y la evolución de la tecnología han impulsado constantemente la presión del gasto sanitario. Este hecho, en el caso que nos ocupa, ha tenido impacto también en la situación económico-financiera de los centros concertados por la dificultad de asumir un crecimiento de costes importante con unas tarifas que no podían evolucionar al mismo ritmo. Este hecho es evidente, como se ha hecho patente por parte de todas las comunidades autónomas, en el análisis conjunto de la financiación sanitaria que se ha hecho para la modificación del sistema de financiación de la sanidad mediante el acuerdo tomado en la II Conferencia de Presidentes.

En cualquier caso, convendría matizar los comentarios que se hacen sobre la situación económico-financiera de los centros hospitalarios que prestan asistencia hospitalaria. Cuando se hace referencia a los valores óptimos, se adoptan unos criterios que pueden ser válidos para la empresa en general, pero que no es conveniente interpretar en el ámbito sanitario público como se puede hacer para otro sector económico.

En este sentido, no se puede establecer una norma o coeficiente que determine el valor máximo del coeficiente de endeudamiento, solvencia, liquidez o disponibilidad. Así, empresas de gran estabilidad, con ayudas estatales, sin expectativas de cambio de mercado, ofrecen a las entidades financieras unas garantías de seguridad muy superiores a las de otras sociedades sometidas a grandes cambios estructurales, debido a la competencia de sus productos; las primeras, por ejemplo, pueden soportar unos coeficientes de endeudamiento superiores a las otras.

Por lo tanto, a pesar de reconocer la debilidad financiera del sector de la sanidad, a la hora de hacer el análisis económico también hay que tener en cuenta aspectos como el valor añadido que se genera, la cantidad de inversión que se realiza, el capital humano que se ocupa y la capacidad de arrastre del sector sobre otras ramas de la economía.

18. Falta de autorización del Gobierno para la concesión de subvenciones por razón de la cuantía.

Efectivamente se produjo un error al considerar el importe fijado en pesetas como límite para la autorización al tratarse de subvenciones de 50 millones de pesetas, que era la cifra antes de la aplicación del nuevo límite en euros (300.000 €). Al tratarse de subvenciones que ya se habían dado por este importe en años anteriores a la limitación en euros, se produjo el error. La traducción de la cifra que se iba dando anualmente de 50 millones es 300.506,05 € y el límite en euros se fijó en 300.000 €. Este tipo de error ya ha sido corregido.

Se trata de subvenciones para inversiones en centros de la RHUP que tenían necesidades concretas de inversiones urgentes a realizar, motivo por el que no se promovió la concurrencia.

19. Justificantes de subvención no sellados.

La práctica ordinaria del Servicio Catalán de la Salud es la de sellar los justificantes originales de las subvenciones que se devuelven posteriormente a los centros, por lo que se trata de errores los casos detectados.

20. Gasto efectuado y no contabilizado.

La situación presupuestaria del ámbito sanitario implicó la acumulación de déficits a lo largo del tiempo. Este hecho implicó que, mediante la utilización de varios instrumentos, se produjera un desplazamiento de gasto de un año para el siguiente y sucesivamente. Eso implicó la imposibilidad de contabilizar el gasto de acuerdo con los criterios de devengo que corresponderían.

Desde 2004, varias medidas y actuaciones han permitido reducir el nivel de gasto desplazado. La confección por parte del Gobierno de un presupuesto realista, el rigor que bajo esta situación ha sido posible mantener sobre el cumplimiento del presupuesto y los acuerdos alcanzados en materia de financiación sanitaria, han propiciado que el gasto desplazado global del presupuesto de Salud se haya reducido en 633 millones de €, un 29,2%.

21. Operaciones no registradas contablemente o en cuentas que no corresponden y gastos contabilizados en capítulos diferentes a los de su propia naturaleza.

En referencia a la contabilización del valor de los centros hospitalarios adscritos al Servicio Catalán de la Salud y del valor de los centros hospitalarios adscritos o cedidos a este en el Balance de situación a 31 de diciembre de 2003, es preciso indicar que el Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con las observaciones hechas por la propia Sindicatura en el proceso de análisis de la Cuenta General, está analizando la forma de mejorar la imagen patrimonial con las modificaciones que sean necesarias.

Con respecto al “apoyo económico a los gastos producidos por la actividad asistencial” concedido por el Servicio Catalán de la Salud, ya se ha comentado en el punto 11 que forma parte de la actividad contratada en tanto que si estos centros no tuvieran la problemática que soportan (razones estructurales, de reordenación de servicios o de dimensión productiva insuficiente) estos importes se destinarían a una mayor compra de actividad asistencial.

En relación con el comentario sobre la incorrecta imputación de los gastos relacionados con “la investigación biomédica aplicada, el banco de cordón umbilical para el trasplante y estudios de genética molecular para la detención de la fibrosis quística” así como “los gastos ocasionados por el traslado del cadáver cuando este ha sido donante de tres o más tejidos”, entendemos que la imputación de estos gastos es correcta en la partida de atención especializada ya que, como se ha expuesto en los comentarios de carácter general, este subconcepto no se compone exclusivamente de “asistencia hospitalaria especializada”, sino que hay también otra actividad especializada (el “resto de atención especializada”) que no se debe confundir con la asistencia hospitalaria especializada que prestan los hospitales para la atención del enfermo agudo. Por lo tanto, como este resto de actividad especializada no se presta desde hospitales, la imputación se entiende como correcta. Por otra parte, los gastos de traslado de cadáver forman parte del proceso sanitario de extracción de órganos, que constituye atención especializada.

Con respecto a la contabilización de los gastos financieros asociados a una inversión que realiza alguna entidad y después es financiada por el Servicio Catalán de la Salud, se han considerado en el nivel de financiación desde la Administración hacia las entidades como un coste global de inversión y por este motivo se han incluido dentro de las subvenciones de capital o aportaciones de capital a las entidades gestoras de las inversiones.

RECOMENDACIONES

a), b) y c) Normativa de autorización y acreditación y procedimientos de control interno y seguimiento.

En el apartado de comentarios de carácter general ya se han expuesto los cambios que se han realizado en la normativa con posterioridad a las fechas de elaboración del presente proyecto de informe.

En relación con los criterios de acreditación, hay que señalar que en los procesos de acreditación afloran los puntos débiles de las organizaciones y prevén siempre un plan de actuación por parte del propio centro con el objetivo de alcanzar una mejora progresiva en la medida de lo posible, teniendo en cuenta la capacidad económica del sistema sanitario.

Los puntos pendientes de alcanzar no tienen la misma importancia en relación con la calidad de la asistencia prestada en un centro. Por otra parte, no serían válidos ni un sistema de acreditación en el que todos los puntos se cumplieran de forma fácil y rápida ni uno en el que todos los puntos quedaran pendientes de cumplir.

Las deficiencias que se mencionan respecto al centro citado en el último párrafo de la página 22 se corrigieron con la Resolución de fecha 10 de septiembre de 2004, en la que se autorizó la apertura y funcionamiento de la remodelación del bloque quirúrgico y del área de tocoginecología de este hospital.

En todos los procedimientos de acreditación, los datos que comprueban los auditores quedaban reflejados en el documento "cuestionario de acreditación" y se ha podido comprobar que constan en el correspondiente expediente de acreditación de cada centro.

d) Relación de centros de la RHUP.

La relación de centros sanitarios de la RHUP incluido en el anexo del Decreto 133/1997 no está actualizada, vistos los cambios que se han producido. Actualmente se está trabajando en la normativa de revisión de dicho anexo, por lo que próximamente, cuando termine su tramitación formal, se prevé la publicación de un nuevo decreto que actualice dicha relación.

e) Momento en el que se firman los convenios de gestión de servicios hospitalarios y de sus cláusulas adicionales.

En los últimos ejercicios el Servicio Catalán de la Salud ha llevado a cabo acciones que han mejorado el calendario de contratación de servicios sanitarios y de actualización de la facturación de los conciertos de acuerdo con los nuevos parámetros contractuales. Así, tan pronto la entidad firma las cláusulas adicionales del ejercicio puede presentar la factura de diferencias desde el 1 de enero. Esta actuación permite disminuir el importe de facturación pendiente como consecuencia de la regularización, quedando esta reducida a la propia regularización que especifica el sistema de pago y, por lo tanto, mejora la tesorería de los centros. Este proceso se ha realizado entre 2005 y el primer trimestre de 2006.

En cualquier caso, es objetivo del Servicio Catalán de la Salud seguir avanzando el momento de la firma de los contratos mediante la agilización de los procesos de negociación de oferta y demanda de servicios previos al procedimiento de contratación.

f) Volumen de actividad realizada diferente de la contratada.

Uno de los objetivos de Servicio Catalán de la Salud es adecuar la actividad contratada a las necesidades de la población, recogidas en el Plan de salud de Cataluña.

Por otra parte, es difícil hacer coincidir en un momento determinado del año la necesidad de cerrar la contratación en tiempo y forma, con el comportamiento de la demanda a lo largo de todo el año.

Es lógico que en un modelo prospectivo de compra de actividad se produzca un desajuste entre la actividad contratada y la actividad hecha. Por este motivo, el propio sistema de pago contempla una forma de regular esta situación, aceptando toda la actividad realizada por encima de la contratada, pero a un precio inferior (marginalidad).

Esto obliga de forma periódica a revisar los escenarios de actividad previstos de un año para otro, a fin de adecuar la compra a las necesidades reales de cada territorio.

En este sentido, uno de los objetivos del Servicio Catalán de la Salud, dentro del marco de la disponibilidad presupuestaria anual, es ir ajustando la contratación de los centros a la actividad prevista de acuerdo con la planificación para cada territorio.

h) Prestaciones de servicios basándose en contratos y convenios prorrogados mediante decreto.

El Servicio Catalán de la Salud está haciendo todas actuaciones a fin de que en el año 2007 prácticamente se hayan eliminado las prórrogas de contratos establecidas vía decreto, ya que se prevé haber cerrado en su mayoría el proceso de adaptación de estos contratos a la normativa vigente.

i) Listas de espera de pruebas y consultas externas.

El Departamento de Salud publica dos veces al año los datos de listas de espera quirúrgicas correspondientes al primer y segundo semestre del año.

En el año 2005 estaba previsto dar información, con la misma periodificación, sobre las listas de espera de pruebas diagnósticas, a partir de la implantación a lo largo del año del registro nominal de listas de espera de pruebas diagnósticas. El objetivo concreto a lo largo del periodo 2004-2005 era definir los requisitos de información de la actividad de listas de espera de pruebas diagnósticas, desarrollar el sistema de información, implantarlo y obtener los primeros resultados. Paralelamente, la contratación de actividad específica para la reducción de estas listas de espera se inició en el segundo semestre del año 2003, con el compromiso de desarrollar un sistema de información propio.

Este objetivo se alcanzó, y la consejera de Salud hizo públicos por primera vez los datos de lista de espera de pruebas diagnósticas correspondientes al periodo 2005, en el mes de enero del año 2006.

El 28 de agosto de 2006 la consejera de Salud hizo públicos los datos correspondientes al primer semestre del año 2006.

Este calendario era el previsto dentro de los objetivos del Departamento de Salud para el año 2006.

Con respecto al registro nominal de listas de espera de consulta externa, está previsto que el Servicio Catalán de la Salud a finales del año 2006 tenga diseñados los requisitos del aplicativo, y que durante el año 2007 se hagan las pruebas con los centros de la red para su implantación.

j) Aportaciones a entes consorciados.

Con respecto a este aspecto, hay que comentar que la participación en los consorcios de otras administraciones permite una gobernabilidad de las instituciones sanitarias más próxima al territorio, pero no implica que las administraciones locales o sus entes soporten la financiación de los servicios sanitarios, dado que quien tiene la competencia para desarrollarlos es la Generalidad. En este sentido, la composición de los consejos en general mantiene una mayoría siempre de la Generalidad (60% normalmente), pero no se incrementa cuando la Generalidad hace aportaciones.

Por lo que se refiere al caso concreto de la Corporación de Salud de El Maresme y La Selva, se trata de un caso especial en el que un consorcio ya existente con mayoría en la Generalidad se juntó con un organismo local para propiciar la gestión conjunta de los hospitales de Blanes y de Calella. Actualmente se está analizando la redefinición de la composición del Consejo a fin de recuperar la mayoría en manos de la Generalidad.

k) Información a enviar por parte de los centros al SCS.

Habría que hacer una puntualización en relación con el comentario que se hace sobre los datos de la Central de Balances: la Central de Balances no es un instrumento de control ni de gestión, sino que es una herramienta compartida y consensual entre el Servicio Catalán de la Salud y los centros proveedores de servicios sanitarios de cobertura pública de Cataluña, que se constituyó en el año 1990 con el propósito esencial de crear y mantener bases de datos de información económico-financiera que permitan un mayor conocimiento del sector y a cada centro conocer su situación en relación con el resto. Hay que tener en cuenta que la Central de Balances no es un instrumento de evaluación de la información de los centros, lo que intenta es homogeneizar la información para poder hacer informes agregados y comparativos de los centros, sin expresar criterios de evaluación de la gestión de estos.

En cambio, con respecto a la información económica de los centros, el propio concierto ya fija la obligación de enviar las cuentas auditadas al Servicio Catalán de la Salud.

Con respecto a la Central de Resultados, se ha producido su constitución a finales de agosto de 2006, después de que se desarrollara un proceso de análisis de los sistemas de información de todo el Departamento de Salud. Este es el inicio de su funcionamiento.”

5. COMENTARIOS A LAS ALEGACIONES PRESENTADAS

Una vez vistas las alegaciones presentadas por el Departamento de Salud al proyecto de Informe de fiscalización 03/2005-C, referente a los Gastos en asistencia hospitalaria con medios ajenos, ejercicio 2003, se mantienen las observaciones hechas por la Sindicatura de Cuentas en los términos que se mencionan en el informe, excepto con respecto a lo siguiente:

- En relación con los comentarios de carácter general de las alegaciones, el objeto del informe, de acuerdo con lo que se explicita en el apartado 1.1.1. *Objeto y alcance*, es la fiscalización de la asistencia hospitalaria y especializada mediante convenios o contratos entre el Servicio Catalán de la Salud (SCS) y los centros hospitalarios. Esta asistencia especializada se presta mayoritariamente en centros hospitalarios. Este gasto se registra, por parte del SCS, junto con el gasto por la asistencia especializada prestada por centros no hospitalarios en un mismo concepto presupuestario, hecho por el que, en alguna parte del informe y a fin de mantener la exactitud de los datos presupuestarios, se ha incluido la referencia a estas prestaciones no hospitalarias. En este sentido, el título del apartado 2.4 hace referencia a centros en general y en el cuadro 2.4.A se efectúa la oportuna advertencia tal como se indica en la nota (1) del cuadro. En cualquier caso, el importe de los servicios no hospitalarios incluidos en el cuadro 2.4.A serían 6,18 M€, que corresponden a la atención a las drogodependencias y el importe que se concedió a la Fundación Privada Instituto de Investigación Oncológica, frente a los 1.678,55 M€ de gasto hospitalario. No obstante, para no dar lugar a confusión, se ha corregido el segundo párrafo del apartado 2.3 y el título del cuadro 2.4.A, de los que se ha suprimido el adjetivo *hospitalarios* que hacía referencia a centros y a servicios, respectivamente.
- En relación con el tercer párrafo de la alegación 21, se acepta la alegación en la parte que hace referencia a los gastos ocasionados por el traslado del cadáver cuando este ha sido donante de tres o más tejidos en el sentido de que forman parte del proceso sanitario de extracción de órganos que constituye atención especializada. Consecuentemente, se han corregido los apartados correspondientes del informe. En relación con los 2.243.819,10 €, que el SCS concedió a la Fundación Privada Instituto de Investigación Oncológica para financiar la investigación biomédica aplicada, el banco de cordón umbilical para el trasplante y estudios de genética molecular para la detección de la fibrosis quística, se mantiene la observación, ya que este gasto no se ajusta a la asistencia hospitalaria y especializada, sino que tiene la naturaleza de una subvención, que precisamente se menciona en las propias alegaciones (alegación número 13) y, por lo tanto, hay que registrarla en el capítulo IV del presupuesto de gastos.

Sin embargo, con respecto a la primera alegación referida a las recomendaciones a), b) y c) del informe, a la Sindicatura le consta la existencia del *cuestionario de acreditación* en los expedientes analizados. El informe hace referencia, exclusiva-

mente, a que no se deja constancia de las visitas efectuadas a fin de comprobar el cumplimiento de los criterios de acreditación, es decir, a fin de mejorar el control interno, haría falta que cada visita se documentara, haciendo constar el funcionario que se desplaza al centro hospitalario, los días que se desplaza, la duración de las inspecciones y los extremos que se verifican en cada visita. Este documento debería estar firmado por el funcionario desplazado.

6. VOTOS PARTICULARES DE MIEMBROS DEL PLENO DE LA SINDICATURA

En la aprobación del presente informe por el Pleno de la Sindicatura el 27 de septiembre de 2006, se emitieron dos votos particulares en contra, de acuerdo con lo previsto en el artículo 27 de las Normas de régimen interior de la Sindicatura de Cuentas de Cataluña. Estos votos particulares figuran a continuación.

6.1. VOTO PARTICULAR DE LA SÍNDICA DOÑA MONTSERRAT DE VEHÍ TORRA

La síndica doña Montserrat de Vehí Torra presentó el voto particular, en contra de la aprobación del informe, que se transcribe³⁸ a continuación:

Una vez analizado el Informe de fiscalización núm. 22/2006, relativo a Gastos en asistencia hospitalaria con medios ajenos, sometido a la aprobación del Pleno, y dado que los síndicos miembros del Pleno, como sucede en cualquier órgano colegiado, son responsables de forma solidaria de los acuerdos tomados en los que hayan votado a favor, me veo con la obligación de votar en contra de la aprobación de dicho informe por los siguientes motivos:

- Extralimitación del contenido, con respecto al Plan de trabajo.
- Falta de consideración de las alegaciones formuladas en lo que correspondía.
- No se han recogido muchas de las observaciones formuladas, ni siquiera las que mejoraban manifiestamente el texto.

6.2. VOTO PARTICULAR DEL SÍNDICO DON ERNEST SENA CALABUIG

El síndico don Ernest Sena Calabuig emitió el voto particular, contrario a la aprobación del informe, que se reproduce³⁸ a continuación:

Visto el pronunciamiento del Gabinete Jurídico de la Sindicatura, de fecha 6 de octubre de 2006, referencia GJ-69-IN/2006, que concluye que “no concurre la causa de abstención prevista en el artículo 24 de la Ley de la Sindicatura de Cuentas de Cataluña” de quien suscribe, en relación con el Proyecto de informe referenciado,

38. Los votos particulares estaban redactados en catalán. Aquí figura la traducción al castellano de su transcripción.

emite su voto particular, contrario a la aprobación de este proyecto de informe número 3/2005-C, dado que:

- 1º El contenido del Proyecto de informe no se adecua al objeto que le asignó el Plan de trabajo para el año 2005. En concreto, en criterio de quien suscribe, no se ajustan al objeto definido por el Pleno los apartados 2.7, 2.8, 2.9 y 2.10, y así lo ha hecho constar en el correspondiente debate.
- 2º Las alegaciones presentadas por doña Marta Segura Bonet, secretaria general del Departamento de Salud, en fecha 5 de septiembre de 2006, deberían representar, en opinión de quien suscribe, la modificación de las observaciones y de las recomendaciones contenidas en el Proyecto de informe, y así se ha manifestado en el debate del Pleno.
- 3º El que suscribe entiende que al Proyecto de informe le hacen falta correcciones de carácter técnico, así como la eliminación de juicios de valor.

Sindicatura de Cuentas de Cataluña
Av. Litoral, 12-14
08005 Barcelona
Tel. (+34) 93 270 11 61
Fax (+34) 93 270 15 70
sindicatura@sindicatura.cat
www.sindicatura.cat

Elaboración del documento PDF: noviembre de 2008

Depósito legal: B-47158-2008