8-11/OICC-000009, 8-11/OICC-000010, 8-11/OICC-000020, 8-11/OICC-000021 y 8-12/OICC-000003. Informes especiales de la Cámara de Cuentas de fiscalización del proceso asistencial integrado del cáncer de mama, ejercicio 2009, de análisis y seguimiento de los servicios concertados del sistema sanitario público de Andalucía, Consejería de Salud, ejercicio 2008 de auditoría operativa del área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar, ejercicio 2009 de seguimiento de las recomendaciones incluidas en el informe de fiscalización de las residencias de mayores concertadas con el IASS de análisis y seguimiento de los servicios concertados por el sistema sanitario público andaluz, Servicio Andaluz de Salud, ejercicio 2009

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Buenos días.

Vamos a dar comienzo a la Comisión de Salud y Bienestar social dándole, una vez más, la bienvenida al Presidente de la Cámara de Cuentas y a su equipo.

Como quedamos en la Mesa, va a ser una información agrupada de los cinco informes. Después, vais a tener cada uno de los portavoces de los distintos grupos una primera intervención de 15 minutos, interviene el Presidente de la Cámara y, después, tendréis otros siete minutos para aquel portavoz que quiera hacer uso de ellos.

Así que, sin nada más, empezamos la Comisión dando la palabra al Presidente de la Cámara de Cuentas.

El señor LÓPEZ HERNÁNDEZ, PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE CUENTAS

—Buenos días.

En primer lugar, quiero agradecer la presencia también en la comparecencia de la Consejera Carmen Iglesias, de la Cámara de Cuentas, y de parte del equipo de Presidencia, que está aquí también presente.

Bien, como se señala, es una comparecencia agrupada, y voy a ir refiriéndome seguidamente a cada uno de los informes. Las fiscalizaciones a las que voy a ir refiriéndome se corresponden con planes de actividades que incluidas en los planes de actuación de 2009 y 2010, y voy a intentar exponerles los principales aspectos de cada una de ellas.

La que hace referencia al análisis y seguimiento de los servicios concertados del sistema sanitario público andaluz, Consejería de Salud, ejercicio 2008, concretamente, se incluyó en el plan de actuación de 2009 y fue aprobada por el Pleno de la Cámara en marzo de 2011. El concierto se configura como un instrumento complementario de apoyo al sector público, motivo por el cual los hospitales concertados se consideran como una herramienta más que contribuye a garantizar los plazos de respuesta en la demanda quirúrgica, en la demanda para los procesos asistenciales, en las primeras consultas en atención especializada y en los procedimientos diagnósticos. Esta figura se formaliza mediante un contrato de servicio público con un periodo de vigencia de un máximo de cuatro años, en el que, junto con la determinación de la cartera de servicios que se contratan en cada centro, se establece, además, un límite económico global.

En el momento de realizar este informe, la Consejería de Salud tenía suscritos conciertos con diversas entidades privadas, titulares de 17 centros hospitalarios homologados, situados en las provincias de Almería, Cádiz, Córdoba, Huelva, Granada, Málaga y Sevilla. El régimen asistencial contratado en todos los centros es el hospitalario y el ambulatorio, aplicable en este último a las consultas externas especializadas, a la unidad quirúrgica ambulatoria, a los servicios de rehabilitación y a los servicios generales clínicos del hospital.

El gasto presupuestario derivado de la prestación de servicios hospitalarios concertados se contabiliza en el presupuesto de la Consejería de Salud dentro del programa de atención sanitaria con medios ajenos. Durante el año 2008, el volumen de recursos dedicados a la financiación de los servicios asistenciales concertados alcanzó 157 millones para una cobertura de población de 8.202.220 habitantes.

El objetivo de este informe ha sido verificar el adecuado cumplimiento de la normativa en la contratación y gestión para la prestación y gestión de asistencia hospitalaria y especializada mediante dos conciertos entre la Consejería de Salud y los centros hospitalarios de propiedad privada, así como comprobar el grado de eficacia de los controles establecidos por la Administración sanitaria autonómica para asegurar el cumplimiento tanto en el plano económico como en lo relativo a la calidad asistencial.

El alcance de la fiscalización abarca cinco de los ocho conciertos vigentes en el año 2008, y se extiende al conjunto de actuaciones llevadas a cabo por la Consejería de Salud y por las delegaciones provinciales de Almería, Cádiz, Córdoba, Huelva, Málaga y Sevilla, en relación con la gestión y el control de los contratos firmados con una serie de entidades, que son las siguientes: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, José Manuel Pascual Pascual Sociedad Anónima, Cristóbal Castillo Sociedad Anónima y Clínica Terapéutica Mediterráneo Sociedad Anónima. La prestación de los servicios sanitarios de las entidades que he mencionado se ha efectuado en los siguientes centros: Clínica Terapéutica Mediterráneo y Clínica Virgen del Mar en Almería; Hospital San Juan Grande, Hospital Traumatológico Clínica San Rafael, Hospital Santa María del Puerto, Hospital Virgen de las Montañas y Hospital Virgen del Camino, todos ellos en Cádiz; Hospital San

BORRADOR

Juan de Dios en Córdoba; Hospital Blanca Paloma en Huelva; Hospital Fac Doctor Pascual en Málaga; Hospital San Juan de Dios de Sevilla.

Y, a continuación, paso a señalar algunos de los aspectos más relevantes de esta fiscalización. Se ha constatado una cierta obsolescencia y ambigüedad en el contenido y definición de algunos procedimientos incluidos en la normativa aplicable a los conciertos sanitarios y en los pliegos que componen el contrato. Esto, unido a la implementación de nuevos procedimientos de derivación, procesos de facturación y control de la actividad, hace recomendable revisar y actualizar la normativa reguladora de los conciertos, así como proceder a clarificar y completar las reglas contenidas en los correspondientes pliegos.

En cuanto a los diversos procedimientos de sistemas implantados para la gestión y control de la actividad concertada, hay que señalar los siguientes aspectos: respecto al procedimiento administrativo para derivar pacientes a los centros concertados, se observa una falta de regulación actualizada y homogénea del sistema de derivación. Asimismo, los medios humanos dedicados a la gestión de derivación son dispares en cada delegación provincial y, en algunos casos, insuficientes. Del seguimiento realizado al procedimiento de los pacientes derivados para las intervenciones quirúrgicas, se destaca la necesidad de implantar el registro de demanda quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía para el control y gestión de la demanda correspondiente a las intervenciones quirúrgicas programadas, sujeta o no a plazo de garantía.

En relación a la derivación de pacientes para primeras consultas de asistencia especializada y pruebas diagnósticas, señalar que en el periodo de fiscalización no se había constituido el registro de demanda de asistencia sanitaria para las pruebas diagnósticas y consultas externas. Además, ninguna delegación provincial dispone de un programa corporativo e integrado que facilite la gestión de estos servicios. Las delegaciones provinciales de Almería, Huelva, Málaga y Sevilla —en esta última solo para los procedimientos diagnósticos, ya que no tiene concertado el servicio de consultas externas— realizan un seguimiento de los servicios prescritos con los facturados; en el resto no existe control de los pacientes derivados de los mencionados procesos y, por lo tanto, de los servicios facturados.

Por otro lado, para el registro de la actividad realizada, se ha implantado una base de datos denominada sistema de información de la asistencia concertada, que incluye la información generada en los procesos asistenciales de cada centro. Para la gestión del procedimiento de derivación de pacientes inscritos en el registro de demanda quirúrgica y en situación de lista de espera para las intervenciones quirúrgicas, se ha creado la aplicación para la gestión de la demanda, implantada en todas las unidades de gestión provincial y en los centros concertados.

Para evaluar la gestión de la demanda de actividad programada, se ha realizado un análisis de este sistema, comprobando la fiabilidad de los registros existentes en cada hospital. Se han detectado diversas diferencias no justificadas en el número de intervenciones registradas en los dos sistemas de información implantados; es decir, la aplicación para la gestión de la demanda y el sistema de información para la asistencia concertada. Además, se ha comprobado que, aunque los centros concertados y las unidades de gestión provincial son las encargadas de los procesos de mantenimiento y actualización de los datos contenidos en los registros de demanda, en ambas unidades administrativas el módulo implantado tiene las funciones limitadas tanto para la entrada y salida de los datos como para las consultas u obtención de datos estadísticos respecto de la información que se registra. Por tanto, se recomienda revisar tanto el sistema de información de la asistencia concertada, como el módulo correspondiente a la lista de esperas quirúrgica, al objeto de posibilitar una eficaz explotación de la información registrada que permita el diseño de consultas o elaboración de informes corporativos.

Finalmente, se ha comprobado la demora y el tiempo de resolución de los pacientes derivados y pertenecientes a la lista de espera para intervenciones quirúrgicas. De los datos expuestos en el informe, se destaca que en el 35% de los hospitales que no tienen concertado el servicio de atención de urgencia se ha superado el plazo máximo de garantía, siendo ello imputable en un 83% de los casos a la demora de los hospitales concertados en practicar la intervención quirúrgica desde la fecha de derivación pertinente. En los hospitales con servicio de urgencia, se destaca que de las 71 intervenciones quirúrgicas, en 26 se supera el plazo de garantía.

Por lo que se refiere a una de las..., la segunda fiscalización objeto de esta comparecencia, que es la que hace referencia al análisis y seguimiento de los servicios concertados del sistema sanitario público andaluz, pero en este caso Servicio Andaluz de Salud, y para el ejercicio 2009, señalar que esta fiscalización se incluyó en el Plan de Actuaciones de 2010, y que fue aprobado por el Pleno de la Cámara de Cuentas en octubre de 2011. Con este informe se persigue verificar el adecuado cumplimiento en la contratación y su ejecución, así como en la gestión para la prestación de los servicios sanitario concertados por el SAS. Para concretar el alcance de la fiscalización se realizó un estudio previo sobre la totalidad de los servicios concertados y la diversidad de proveedores. En un primer análisis se dedujo que en todos los centros el volumen económico de gasto realizado se centraba en una serie de servicios, los que paso a señalar: hemodiálisis, servicio domiciliario de terapia respiratoria, técnicas de diagnóstico por imagen de resonancia magnética nuclear y transporte sanitario programado. El gasto

BORRADOR

de los servicios mencionados supone el 64% del total de las obligaciones reconocidas, por lo que el alcance material de la revisión hace referencia a una muestra de contratos que tienen por objeto la gestión de los servicios que he mencionado.

En cuanto al ámbito subjetivo, la fiscalización se centró en una evaluación de los procedimientos de gestión llevados a cabo por los siguientes centros hospitalarios: Hospital Universitario San Cecilio, Granada; Complejo Hospitalario de Jaén; Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga; Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, y Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. La información objeto de examen ha sido el gasto devengado para la financiación de los servicios asistenciales concertados, que para el ejercicio 2009, objeto de la fiscalización, alcanzó 216 millones de euros, para una cobertura de población de 8.302.923 habitantes. Y seguidamente paso a exponerles, de forma resumida, las conclusiones más relevantes.

En cuanto al cumplimiento de la legalidad, destaca que en el momento de realizar este informe el marco regulador es insuficiente y no está actualizado. Por ello, la Cámara de Cuentas de Andalucía recomienda, por un lado desarrollar una normativa común que regule la actividad de concentración..., perdón, perdón, de concertación sanitaria con entidades ajenas y que permita el seguimiento de la actividad y del consumo de esos servicios; y así mismo implantar un sistema centralizado de información que sirva como instrumento para la planificación y adecuada coordinación de las ofertas externas de los servicios sanitarios para su control y seguimiento.

En relación con el control interno, merece la pena señalar las siguientes debilidades. No se dispone de procedimientos de gestión de calidad en los que se detallen las acciones a desarrollar por las unidades o servicios responsables de las prestaciones concertadas. No se ha implantado un sistema de información que genere datos de la actividad desarrollada y que sirva de apoyo a la función de control.

En relación al sistema de facturación, señalar que difiere según los servicios y los hospitales analizados. Así, por tarifas o precios unitarios máximos para los servicios de análisis y resonancia magnética nuclear, y para los conciertos de terapias respiratorias formalizados por Virgen del Rocío, Centro Hospitalario Jaén y San Cecilio, a tanto alzado, con presupuesto fijo mensual, para todos los conciertos de transporte sanitario programado, para los de terapia respiratoria, formalizados en Virgen de la Victoria y Carlos Haya. En la mayoría de los hospitales no consta una aplicación que contenga todos los datos recogidos en el documento de prescripción, así como los relacionados en la ejecución de la prestación, a fin de que puedan comprobar los servicios solicitados y facturados. Así mismo, en ninguno de los centros fiscalizados se manejan indicadores específicos para evaluar la eficacia de la actividad, aun cuando algunos conciertos prevén indicadores de ejecución o de gestión de la prestación.

El estudio comparativo de los precios base de licitación y de adjudicación, así como de la actividad desarrollada y los precios facturados en cada uno de los servicios analizados, nos llevaría al siguiente análisis.

Terapias respiratorias. Los precios de adjudicación por habitante de este servicio concertado, en los hospitales de Virgen de la Victoria, Centro Hospitalario de Jaén y San Cecilio, son 3,27, 4,17, 4,33 euros respectivamente, aun teniendo el mismo suministrador, mientras que Virgen del Rocío obtiene un precio por habitante de 3,96 y Carlos Haya 3,89 euros cada uno. El servicio de terapia respiratoria a tanto alzado es más rentable desde el punto de vista económico que el pago por tarifas, ya que se obtienen precios entre un 25 y un 75% inferiores a las tarifas, consiguiendo los ahorros más importantes los hospitales Carlos Haya y Virgen de la Victoria, cuyo sistema de pago es a tanto alzado.

Resonancia magnética nuclear. En el año 2009 no consta que los precios y condiciones económicas para la realización de los estudios de resonancias tuvieran una regulación específica y actualizada, por lo que cada hospital fija en su presupuesto unitario de licitación sin limitación alguna. Respecto a los precios facturados por los servicios prestados se desprende un precio medio de 119,96 euros para los estudios simples, y 185,44 para los dobles. La diferencia más elevada respecto al precio medio la refleja el Hospital de San Cecilio, con un 26% en los estudios simples y un 23 en los dobles.

Transporte sanitario programado. El Hospital Virgen del Rocío presenta el precio de adjudicación más alto por habitante, con 0,84 euros, frente a 0,36 del Hospital Virgen de la Victoria. A este respecto también es relevante el precio por habitante que presenta el Centro Hospitalario Jaén, 0,70, ya que es casi el doble al de Virgen de la Victoria, aun cuando se adjudican a la misma empresa concertada y en el mismo ejercicio. Relacionando el precio con la actividad desarrollada, el servicio más caro se produce en el Hospital Virgen del Rocío, tanto a nivel de prestaciones, 41,76 euros, como comparando con la población de referencia, 12,31 euros.

Hemodiálisis, para terminar. Teniendo en cuenta el número total de sesiones de hemodiálisis realizadas, el precio más alto de la modalidad club diálisis lo refleja el Hospital Virgen del Rocío, con 133,73 euros. Respecto a la modalidad centro satélite, el precio más elevado se presenta en el Centro Hospitalario Jaén, con 128,74 euros, siendo este superior al de la modalidad club diálisis del mismo hospital en 7,55 euros, cuando la característica de la modalidad centro satélite es que todos los medios necesarios para el tratamiento de diálisis, excepto el nefrólogo, del hospital, correspondiente al SAS, corren a cargo de la empresa contratada.

Continuando con otro de los informes que hoy se presentan, la Fiscalización del proceso asistencial

BORRADOR

integrado Cáncer de Mama, ejercicio 2009, señalar que este trabajo, esta fiscalización, estaba incluida en el Plan de Actuaciones de 2010, y fue aprobada por el Pleno de la Cámara de Cuentas en febrero de 2011. La gestión por procesos se propone por el III Plan Andaluz de Salud y el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, como una alternativa a la gestión y organización tradicional de la asistencia sanitaria. El proceso asistencial integrado de cáncer de mama, concretamente, se define como «las acciones sanitarias a realizar en pacientes que presentan signos, y/o síntomas clínicos, o hallazgos en pruebas diagnósticas, con técnicas de imagen, sospechosas de malignidad, procedentes de cualquier nivel de asistencia, ya sea asistencia primaria, atención especializada, hospitalización, consulta externa, urgencia o programa de detección precoz». La detección precoz, mediante la realización de estudios mamográficos periódicos permite disminuir la mortalidad por esta causa, con la garantía de una rápida respuesta en caso de detección de alguna lesión sospechosa. Por esta razón, desde 1995, y con la implantación progresiva en los distintos distritos de atención primaria, se puso en marcha el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, siguiendo las directrices que en su día marcó la Red Europea de Cáncer de Mama, basada en tres parámetros: programa de base poblacional —censo municipal—, mujeres con edades comprendidas entre 50 y 65 años y periodicidad bienal. Dadas las características geográficas y poblacionales de nuestra Comunidad, esta actividad ha ido implantándose progresivamente hasta que en el año 2004, a incluir en el programa a todas..., llegó a incluir en el programa a todas las mujeres residentes en Andalucía con edades comprendidas entre 50 y 65 años. Una vez alcanzado el cien por cien de la cobertura en esta franja de edad, y siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo sobre..., digamos, el cribado del cáncer de mama, en 2006 se amplió la edad de la población objetivo hasta los 69 años. En 2009 se ha vuelto a alcanzar el cien por cien de la cobertura.

La gestión del Programa de Detección Precoz se lleva a cabo por los distritos sanitarios de atención primaria, los cuales disponen de una aplicación informática elaborada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el SAS, cuya explotación se realiza indirectamente en cada uno de los distritos. El límite de entrada al programa son pacientes con signos o síntomas clínicos de sospecha que pueden proceder del programa de detección precoz o de otras vías de acceso del sistema sanitario. El trabajo de fiscalización se ha configurado como una fiscalización operativa de carácter horizontal al objeto de realizar la evaluación funcional de este proceso, del proceso asistencial integrado del cáncer de mama verificando la operatividad de todas las fases que lo integran y el cumplimiento de los objetivos propuestos por la Consejería de Salud a los distintos centros implicados en las acciones que componen el proceso, a saber: accesibilidad, coordinación de todos los profesionales, rapidez de respuesta en diagnóstico y tratamiento, trasparencia de información y calidad en la asistencia prestada.

El objetivo de este informe consiste en concluir sobre la eficacia, eficiencia, economía, accesibilidad y equidad en la ejecución del proceso integral del cáncer de mama, por parte del sistema sanitario público de Andalucía durante el periodo que ha sido objeto de fiscalización.

El trabajo de campo se ha realizado en las siguientes provincias y centros: Programa de Detección Precoz, liderado y gestionado desde el nivel de atención primaria, 24 distritos de atención primaria y nueve áreas de gestión sanitaria, con un total de 38 puntos de notificación, distribuidos entre las ocho provincias de la Comunidad Autónoma, se han analizado los siguientes distritos sanitarios: Aljarafe, en Sevilla; Poniente, Almería; Antequera, Málaga Bahía, y, La Janda, en Cádiz.

Seguimiento del proceso asistencial en los centros hospitalarios, entradas procedentes del Programa de Detección Precoz, de otras vías de acceso, en este caso se han analizado los siguientes hospitales: el hospital San Juan de Dios, Bormujos, en Sevilla; hospital de la Mujer, Virgen del Rocío, Sevilla; Empresa Pública Hospitalaria del Poniente, en El Ejido, Almería; hospital Torrecárdenas, en Almería; área sanitaria de Antequera, en Málaga y hospital Puerta del Mar, en Cádiz.

Se han seleccionado indicadores de calidad definidos por la Consejería de Salud aplicando criterios de validez, relevancia, comparabilidad y mínimo número, máxime información.

La fuente principal de información ha sido la documentación clínica registrada en formato papel o bien en formato informático, según los centros.

A continuación paso a exponerle las principales conclusiones de esta fiscalización.

De las pruebas de auditoría que se han realizado se puede concluir que los protocolos de estación clínica se cumplen en todos los centros analizados donde se ha comprobado la implantación de la unidad de patología mamaria y el comité de tumores. Con independencia de la procedencia de las pacientes se ha podido comprobar la inmediatez y coordinación de los distintos niveles para asegurar la asistencia sanitaria inmediata y adecuada, en cada caso.

La cobertura del Programa de Detección Precoz es del cien por cien de la población objetivo, no obstante, la falta de información integral sobre los indicadores diseñados en el programa impide disponer de estudios empíricos que evalúen la eficacia en la detección precoz en nuestra Comunidad Autónoma desde la puesta en marcha del programa hasta la actualidad. Es por esto que resulta necesario integrar la información en una base de datos única, de forma que permita la evaluación, supervisión y control de los datos, así como la obtención de indicador de resultados y eficacia del programa.

BORRADOR

No se dispone de información analítica que evalúe el coste sanitario de la gestión mediante proceso asistencial integrado del problema de salud que supone el cáncer de mama. Tampoco se dispone de estudios analísticos que permitan conocer la evaluación económica de la ejecución del Programa de Detección Precoz. La falta de modelos analíticos impide conocer la relación coste-eficacia de la implantación de medidas de prevención y tratamiento, así como evaluar el coste asociado a las decisiones clínicas relacionadas con el desarrollo del proceso asistencial integrado.

Por ello, se recomienda el impulso de la Consejería de Salud para la puesta en marcha de modelos de cálculos analíticos que permitan evaluar e identificar el peso económico de los modelos de lo gestión integral de salud en el presupuesto del sistema sanitario público andaluz, así como evaluar la correcta utilización de los recursos disponibles.

En relación al cumplimiento de los objetivos del proceso asistencial integrado cáncer de mama merece destacar lo siguiente: la implantación de este proceso asistencial en el sistema sanitario ha supuesto la interconexión de los distintos niveles de atención sanitaria y la reordenación de los recursos humanos, materiales y medios técnicos. Estas acciones han permitido un continuo asistencial en el tratamiento de este problema de salud, estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividad terapéutica y la mejora tanto en la calidad del servicio como de los resultados asistenciales obtenidos en términos de efectividad clínica. Actualmente no se dispone de estudios empíricos que permitan concluir sobre el objetivo de disminución de la mortalidad en un 30%. No se dispone de información que permita conocer la satisfacción de las usuarias del proceso, tanto en la fase *screening* como en la fase asistencial.

En relación con la eficiencia y económica en la utilización de los recursos, señalar que no se dispone de información económica ni analítica sobre el coste de los recursos asignados al proceso asistencial integrado. Estas limitaciones impiden concluir sobre la eficiencia y economía del mismo.

Y, finalmente, en cuanto a la accesibilidad y equidad señalar que la distribución de los recursos del proceso asistencial se ha realizado atendiendo a criterios de densidad, concentración de la población y disponibilidad de los servicios públicos y permite el acceso al sistema sanitario en términos de igualdad y equidad en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

Pasando al siguiente informe de fiscalización, en este caso, referido a la auditoría operativa del área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar, ejercicio 2009, señalarles que formaba parte este trabajo del plan de actuaciones de la Cámara de 2010 y que fue aprobado por la misma, por el Pleno de la misma, en septiembre de 2011.

El área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar se constituye, por la Orden de 2 de diciembre de 2002, de la Consejería de Salud, para la gestión unitaria de los recursos de las áreas hospitalarias de La Línea, Punta Europa, en Algeciras y el distrito de atención primaria del Campo de Gibraltar, compuesto por seis zonas básicas de salud, 11 centros de salud, 18 consultorios locales y seis consultorios auxiliares, y, aquellos otros centros del sistema sanitario público de Andalucía que se puedan adscribir.

Da cobertura a una población de 263.749 habitantes, que corresponden a los municipios de Algeciras, Los Barrios, Tarifa, La Línea, San Roque, Jimena y Castellar de la Frontera.

Dispone de un total de 487 camas de hospitalización, la plantilla medida durante el ejercicio objeto de fiscalización, es decir, 2000-2009 ha sido de 3.095 personas, de las cuales, 2.252 es personal sanitario y 843 personal no sanitario.

El objetivo de este trabajo de fiscalización consiste en concluir sobre los niveles de eficacia, eficiencia y economía alcanzado por esta área de gestión durante el ejercicio 2009, así como sobre el cumplimiento de los principios de equidad y calidad en el desarrollo de la calidad asistencial que tiene encomendado.

Para ello se ha realizado un análisis operativo de la gestión integral del área, desde el punto de vista de la actividad asistencial, actividad quirúrgica, gestión de las listas de espera, calidad de la atención hospitalaria y gestión económica de los recursos.

Como el alcance de la fiscalización ha sido considerado el área de gestión sanitaria en su conjunto, integrado con todos los datos e información sobre su actividad.

Las conclusiones más relevantes del trabajo son las que paso a señalarles: por las que se refiere a la estructura organizativa, a la fecha de emisión del informe, el área no dispone de un marco normativo que permita el nombramiento de los puestos de trabajo como tal área de gestión sanitaria. Asimismo, no dispone de un marco normativo que permita la contratación de personal con vinculación de área en vez de por cada centro de forma independiente. Este hecho dificulta y en ocasiones impide la adecuada gestión y organización eficiente de los recursos en función de lo que son las necesidades asistenciales.

Por lo que se refiere a fijación y consecución de objetivos. El área de gestión sanitaria dispone de un cuadro de mandos para fijar y evaluar los diferentes objetivos establecidos para cada uno de los dos hospitales de forma independiente. Los mismos servicios de especialidades de cada centro, incluso los configurados como unidades de gestión clínica, excepto por lo que se refiere a farmacia, medicina nuclear, establecen objetivos distintos para cada hospital.

A partir del ejercicio 2010 se ha iniciado la negociación de los acuerdos de gestión, iniciativa de la gerencia del área para diseñar la estrategia de integración de la actividad de los centros, de forma que se acentúe, realmente, como área de gestión sanitaria.

BORRADOR

La consecución de objetivos del contrato programa para 2009 ha alcanzado el 69%. No está disponible este dato respecto al 2008, pero sí ha sido posible comprobar que el complemento de productividad aprobado por el gerente del SAS para el equipo directivo del área se ha incrementado un 45% respecto a lo aprobado en el ejercicio 2008. Por tanto, podemos concluir que en el ejercicio 2009 se ha iniciado un incremento de la eficacia en el cumplimiento de los objetivos previstos, en el contrato programa respecto a la tendencia de ejercicios anteriores.

Por lo que se refiere a eficacia y eficiencia, y, en concreto, respecto a la actividad de hospitalización, el área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar está clasificada en el grupo de hospitales de especialidades. Pero, individualmente, cada uno de los hospitales que lo componen están clasificados en distintos niveles, con poblaciones de cobertura distinta, lo que determina que la actividad esperada en relación con el número de ingresos y, por tanto, el índice de frecuentación hospitalaria, que es el número de ingresos por cada mil habitantes, resulte sustancialmente distintos.

El hospital de La Línea presenta un porcentaje de ocupación bajo, el 66%; un 19% inferior respecto al hospital Punta Europa, que es el del 79%. Ambos hospitales presentan un índice de utilización de estancias por encima de la unidad, por lo tanto, el resultado del indicador para el área de gestión refleja un consumo real de estancia superior al esperado para la casuística, con respecto tanto a los hospitales de su nivel como al conjunto de los hospitales de Andalucía.

En lo que se refiere a actividad de consultas, se observa una gran diferencia entre la actividad que desarrollan ambos hospitales, teniendo en cuenta los medios disponibles. El hospital Punta Europa dispone del doble de salas de consulta y de un 70% más de facultativos. En cambio, el total de consultas es sólo en un 30% superior.

El número de consultas por salas es un 66% superior en el hospital de La Línea, y el índice de rotación de usuarios por sala también es superior, en un 7%. Cada espacio físico es utilizado para una media de dieciocho consultas diarias, en el hospital de La Línea, frente a las once calculadas para el hospital Punta Europa.

En lo que se refiere a la actividad de urgencias, la gestión resulta más eficiente en el hospital de La Línea, que resuelve estos episodios como un menor número de ingresos. En relación con el resto de hospitales de especialidades del sistema sanitario, los indicadores son favorables al área del Campo de Gibraltar, que presenta el mayor número de urgencias atendidas y el porcentaje de urgencias ingresadas más bajo de todos ellos.

En cuanto a la actividad quirúrgica, el área del Campo de Gibraltar presenta el índice de resolución de cirugía mayor ambulatoria más bajo de todos los hospitales de especialidades del sistema sanitario andaluz. El porcentaje de ingresos, después de una intervención de este tipo, también resulta el más bajo del conjunto de hospitales de sus especialidades.

Ambos hospitales han realizado un importante esfuerzo orientado a la consecución del objetivo de prevención y control, y han logrado disminuir los porcentajes de prevalencia de infecciones nosocomiales y de prevalencia de pacientes con infecciones nosocomiales, hasta situarse, en los indicadores, por debajo de la media nacional y de los hospitales del sistema sanitario público de Andalucía.

En cuanto a la actividad de Atención Primaria, no hay un cuadro de mando integral para el seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa. La Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados de Insalud, elabora anualmente un informe, en el que aporta información comparada de la actividad desarrollada por los distintos de atención integrados en el sistema público andaluz. El objetivo del contrato programa, en cuanto al indicador de demora, es de un 3%; todos los centros alcanzan este objetivo, con un porcentaje de demora que, en el ejercicio 2009, es del 0,5%.

La tasa estándar de derivación, desde atención primaria a primera consulta de especialidades, está establecida en 240,16; tasa estandarizada por cada mil habitantes. La tasa de derivación de los centros de atención primaria, en el área del Campo de Gibraltar, ha sido de 256.

En cuanto a la frecuentación en domicilio, los centros de primaria del Campo de Gibraltar, están por debajo de la media alcanzada por otros distritos de similar población. Este hecho puede explicarse por la extensión geográfica y dispersión de la población de cobertura.

Por lo que se refiere a las conclusiones del informe de carácter económico, señalar que el área de gestión del Campo de Gibraltar presenta una situación deficitaria acumulada, siendo el total de gastos pendientes de imputar a presupuesto al cierre del ejercicio 2009, de 21.000.000. Este déficit se concentra en el capítulo II del presupuesto de gastos, principalmente, en el consumo de productos farmacéuticos, material sanitario y prótesis.

En lo que se refiere a gastos de personal, en el ejercicio 2009, se ha observado una disminución del gasto de personal directivo, motivado por la disminución de los puestos de dirección y de jefatura de servicio. Los indicadores que relacionan el coste de personal, desde el área del Campo de Gibraltar con la población y con las altas, se encuentran en la media del resto de los hospitales de especialidades.

El coste medio del personal de hospitalización, atención al paciente ingresado, del hospital de La Línea, resulta un 19% más elevado que en el hospital Punta Europa. Todos los servicios, excepto Medicina Interna y Pediatría, presentan un coste superior en el hospital de La Línea, destacando los servicios de hematología y hemoterapia clínica, oftalmología y otorrinolaringología.

BORRADOR

En lo que se refiere a los gastos de farmacia, los indicadores de consumo farmacéuticos del área, del Campo de Gibraltar, se sitúan en las posiciones más favorables respecto a su grupo de referencia, presentando el menor consumo por alta del grupo, y de los más bajos en el resto de indicadores.

La prescripción por principio activo, establecida como objetivo en el contrato programa, continúa siendo baja en relación con los hospitales de su nivel.

Por lo que se refiere a gastos de material fungible sanitario, se ha calculado indicadores a partir de la información facilitada por el sistema de control y analítica. Los resultados obtenidos son muy similares en ambos hospitales.

El hospital Punta de Europa presenta resultados más desfavorables. En lo concerniente a gastos en prótesis, del total del gasto en prótesis, se han analizado los consumos de cardiovasculares y traumatológicas, por ser éstos los de más importes significativos; representan el 85% del gasto contabilizado. El coste por altas y puntos-grupos relacionados de diagnósticos, los RD, relacionados con prótesis traumatológicas, es muy superior en el hospital de La Línea: 62% en consumo altas, y un 76% con consumo puntos.

Para las prótesis cardiovasculares, aunque el consumo por alta sea mayor en el hospital de La Línea, el indicador que relaciona el coste con la complejidad de los procedimientos resulta algo superior en el hospital Punta Europa.

El área del Campo de Gibraltar no dispone de procedimientos escritos y autorizados por la dirección, en el que se describan los circuitos administrativos para la selección y adquisición de los implantes y prótesis quirúrgicos.

En lo que se refiere a la accesibilidad y equidad, y, en concreto, a la gestión de listas de espera, en el hospital Punta de Europa tan sólo un caso ha sido intervenido fuera del plazo de garantía. Han sido detectadas un total de siete suspensiones temporales por causas clínicas del paciente, que son reprogramados una vez que se ha rechazado la oferta de concertación. En el hospital de La Línea, de una muestra inicial de 29 casos, el 27% presentaron incidencias.

Por lo que se refiere a la satisfacción de los pacientes, según las encuestas realizadas, los usuarios del hospital de La Línea están, en casi todos los indicadores de satisfacción, por debajo de la media de Andalucía. El número de reclamaciones presentadas en 2009, en el conjunto del área, ha descendido un 10,8% respecto a los años anteriores.

Para terminar, haré referencia a una serie de conclusiones generales sobre este informe. Como resultado de los análisis realizados, se puede concluir que el proyecto de área-gestión sanitaria, no ha cumplido los objetivos de incrementar la eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios. Entre los motivos, se encuentran, principalmente, los siguientes: la falta de autorización y aprobación de una plantilla directiva adecuada a la configuración como área de gestión sanitaria, que permita desarrollar el proyecto de gestión integral de los recursos de los dos centros hospitalarios que lo integran, una población de cobertura amplia y dispersa, y con parámetros socioeconómicos complejos y singulares.

La oposición de los usuarios del sistema a ser atendidos, en uno u otro centro del área, al entender que no les corresponde. Ello dificulta, y con frecuencia impide, la gestión eficaz y eficiente de los recursos disponibles para la prestación de los servicios sanitarios.

Cada uno de los centros hospitalarios del área de gestión dispone de un sistema de gestión de información distinto e independiente, que impide la transferencia de datos entre los dos centros.

Y, finalmente, la fórmula organizativa de área de gestión sanitaria sólo ha sido realidad en la integración de la información de carácter presupuestario.

Continuando con los informes que son objeto de análisis, paso, seguidamente, a hablar de la fiscalización sobre el seguimiento de las recomendaciones incluidas en el informe de fiscalización de las residencias de mayores concertadas con el Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Este informe fue incluido en el Plan de Actuaciones de 2010, y fue aprobado por la Cámara de Cuentas en octubre de 2011.

Esta actuación se enmarca en una línea de trabajo, encaminada a efectuar el seguimiento de las recomendaciones de informes elaborados en ejercicios anteriores. Se trata, en definitiva, de que la Cámara de Cuentas, al paso del tiempo, vuelve al ente que ha sido fiscalizado para ver en qué medida ha incorporado las recomendaciones que se han derivado de ese informe. Y, sobre todo, pretende también ver la influencia que tiene el trabajo de la Cámara a la hora de realizarse y de incorporarla en los trabajos que desarrolla el ente fiscalizado y, en definitiva, de ver si se mejoran las prácticas de gestión en los entes públicos a raíz de estas recomendaciones.

Desde el ejercicio 2002 se han producido sustanciales cambios normativos y organizativos que afectan de forma significativa al alcance del presente trabajo, y hay que tenerlo en cuenta. Y, entre las modificaciones normativas, destaca la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia —la conocida Ley de Dependencia—, que configura un nuevo sistema de acceso a las prestaciones y servicios asociados a la Dependencia.

Por lo que se refiere a los cambios organizativos, cabe señalar la supresión en el año 2003 del Instituto Andaluz de Servicios Sociales, sus funciones y recursos fueron asumidos por la entonces Consejería de Asuntos Sociales. En la fecha de realización de este trabajo de seguimiento, la Dirección General de Mayores de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social

BORRADOR

ejercía las funciones relacionadas con la ordenación, gestión y coordinación de los centros y servicios de atención y protección a personas mayores, así como las autorizaciones y acreditaciones de los centros residenciales. Estas funciones se han visto afectadas por la creación en el ejercicio 2011 de la Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, cuyos estatutos, aprobados el 19 de abril de 2011, contemplan entre sus fines el desarrollo de las actividades de organización y prestación de los servicios necesarios para la gestión del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Andalucía. El objetivo general de este trabajo consiste en realizar el seguimiento de las recomendaciones y principales conclusiones de un informe anterior, que es de 2002, referidas a la autorización y acreditación de centros, actuaciones de la Inspección, provisión de vacantes, expedientes de concertación, liquidación de los servicios prestados y gasto del ejercicio en relación con esto.

Para realizar el trabajo, los tres últimos aspectos mencionados, se ha seleccionado una muestra de 20 centros residenciales gestionados desde servicios centrales y las delegaciones provinciales de Cádiz, Córdoba y Sevilla. Esta muestra representa el 10,58% del total de centros dependientes de estos órganos gestores y supone el 16% del total de las plazas.

El alcance temporal se refiere al período 2009-2010. No obstante, para determinados aspectos, y con objeto de presentar el trabajo de seguimiento lo más actualizado posible, el alcance temporal se ha extendido hasta la fecha de finalización del trabajo de campo, que ha sido abril de 2011.

Y, a continuación, paso a recoger los principales aspectos, conclusiones y recomendaciones que contempla o contiene el trabajo.

Del trabajo de seguimiento realizado se desprende que en el 76% de las conclusiones y recomendaciones objeto de seguimiento se ha adoptado algún tipo de medida con objeto de subsanar las deficiencias detectadas e implantar las recomendaciones propuestas. A 31 de diciembre de 2010, en Andalucía había 379 residencias concertadas, con 17.921 plazas, lo que supone un incremento del 201% y 294%, respectivamente, respecto al ejercicio 2002, que fue el objeto del primer trabajo. El 97,6% de las residencias concertadas se gestionan desde la respectiva delegación provincial. No obstante, en nueve de ellas participan en su gestión los servicios centrales. En aras a agilizar y unificar criterios para la gestión de las plazas, sería recomendable que todas las residencias ubicadas en la misma provincia se gestionaran desde el mismo y único centro gestor.

La sucesión de períodos transitorios de adaptación a los requisitos exigibles para la autorización y acreditación, las ampliaciones de estos plazos de adaptación, así como las posibilidades de la provisionalidad de las acreditaciones, dan lugar a que existan centros cuyas acreditaciones responden a requisitos y a exigencias diferentes, por lo que se recomienda o es aconsejable homogeneizar, estandarizar y unificar los criterios de acreditación de centros.

La situación administrativa en la que se encuentran las residencias ha mejorado con respecto a la que había en 2002. Así, el 66% de los centros residenciales cuentan con acreditación definitiva, y el 31% con acreditación provisional. No obstante, 24 de estas acreditaciones no se encuentran en vigor y, por otra parte, el 3% de las residencias —es decir, 11— no tienen acreditación. Por ello, se recomienda adoptar las medidas oportunas tendentes a la actualización de la situación administrativa de todas las residencias concertadas.

Respecto a los expedientes de concertación con las residencias, a raíz del informe anterior de la Cámara de Cuentas se inició un proceso de transformación de los convenios con las residencias concertadas en contratos de gestión de servicios públicos. El 76,5% de los centros residenciales de 2010 —es decir, 290— tienen formalizados contratos de gestión de servicio público, y el 23,5% —es decir, 89 centros residenciales— aún emplean como fórmula jurídica los convenios de colaboración.

De la revisión de los expedientes seleccionados se desprende que con carácter general se encuentran más completos y ordenados. Se han detectado algunas incidencias en la imputación contable de los pagos realizados por la Consejería en las residencias concertadas, así como insuficiencia de créditos en las aplicaciones presupuestarias destinadas a financiar el coste de las plazas concertadas.

En cuanto a la provisión de vacantes, en el informe objeto de seguimiento se detectaron tiempos medios dilatados para cubrir las vacantes. Al respecto debe tenerse en cuenta las dos fases que intervienen en el proceso establecido por la Ley de Dependencia. Una primera fase de valoración de la situación de dependencia y concesión del grado y nivel de dependencia de las personas, y una segunda fase de elaboración del programa individual de atención —llamado PIA—, en el que se determinan los servicios y prestaciones que en su caso correspondan a las personas.

Según datos proporcionados por el Imserso, desde mediados del año 2008 en Andalucía el tiempo medio a 1 de enero de 2010 para realizar la valoración de la dependencia —primera fase del procedimiento— se sitúa en unos cuatro-cinco meses, tres meses de media en España. Mientras que en la segunda fase, desde que se reconoce el grado y nivel de dependencia de las personas beneficiarias hasta la elaboración del programa individual de atención, el PIA, transcurren entre nueve y doce meses —entre nueve y 15 meses de media en el conjunto de España—.

El caso andaluz con respecto al de otras comunidades autónomas es particular, dado su mayor volumen de gestión. Del total de solicitudes de dependencia registradas en España, a 1 de mayo de 2011 el 26%

BORRADOR

corresponden a Andalucía. Desde la aprobación de la Ley de Dependencia, el número de resoluciones de PIA de atención residencial o, en su caso, prestación económica vinculada al servicio, asciende a 19.038 y 3.138, respectivamente.

Por otra parte, a 31 de marzo de 2011 había 48.785 propuestas de PIA de personas que, teniendo reconocido un grado y nivel de dependencia con derecho a prestación, aún no tienen aprobado el PIA que pudiera dar lugar al servicio de atención residencial. Según estimaciones de la Consejería, se prevé que aproximadamente el 9% del total de propuestas de PIA se concentre en este servicio.

El nivel de ocupación de las residencias concertadas alcanza un 94% de media en Andalucía. Los valores máximos por provincias se sitúan en el 90% en la provincia de Málaga y el 97% en la de Sevilla.

Por lo que se refiere a la liquidación de los servicios prestados, continúa sin haber un modelo de liquidación de estancia único para todos los centros, excepto para la delegación de Córdoba. Por ello, se vuelve a recomendar la implantación de un modelo normalizado y en soporte informático para todos los centros.

Por otra parte, sigue sin quedar constancia por escrito de las comprobaciones realizadas por las delegaciones provinciales sobre los ingresos de los residentes que se consignan en las liquidaciones presentadas en los centros. En la mayoría de las liquidaciones continúa sin diferenciarse las plazas reservadas por motivos distintos a cuando se esté tramitando su ocupación, es decir, días de ausencia por permiso, vacaciones o internamiento en el centro hospitalario. Ello puede dar lugar a que se liquiden estas plazas como ocupadas en lugar de como reservadas, en cuyo caso se facturarán al 60% del coste de una plaza ordinaria. Además, esta práctica también afecta a la aportación del usuario, ya que en dichos supuestos deben satisfacer el 40% del importe que corresponde a la plaza ocupada.

Respecto al gasto del ejercicio, se destaca en el informe que con la vigente clasificación presupuestaria del gasto sigue sin poderse conocer directamente cuál es el caso incurrido en conciertos de residencias de mayores. Así, en las aplicaciones presupuestarias de conciertos se imputan conceptos relativos a otros sectores sociales, como, por ejemplo, los discapacitados y menores.

Por último, para finalizar con mi intervención en esta primera parte en relación con las actuaciones de la Inspección de Servicios Sociales, en línea con lo recomendado por la Cámara de Cuentas, se ha incrementado el grado de control sobre los centros concertados tanto cuantitativamente como cualitativamente. Así, la Inspección visita el ciento por ciento de las residencias y el alcance se refiere tanto a los requisitos normativos como a la calidad asistencial que se preste.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Presidente.

Bien, pues vamos a pasar a la intervención de los distintos grupos parlamentarios, en primer lugar por Izquierda Unida Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.

Tiene la palabra el señor Baena Cobos.

El señor BAENA COBOS

—Muchas gracias, señor Presidente.

En primer lugar, agradecer a la Cámara de Cuentas y a su presidente la prestación de estos datos para que los tengamos en cuenta. Saludos también, darle los buenos días a sus señorías.

Y, bueno, plantear varias cuestiones. Una primera: algunas de las fechas que se traen, pues, son un poco, o sea, están lejos un poco del momento actual, ¿no? Hay una cuestión que creo que se empieza a resolver con un último informe presentado, que es el que nos interesa realmente, o debe interesar a la Administración, que es la evolución del funcionamiento de los distintos servicios que han sido auditados para comprobar si realmente los fallos, los puntos poco claros, que se observan en su gestión han sido implementados con medidas para su resolución, porque realmente la foto fija uno sabe, yo creo que todos somos conscientes, que cualquier tipo de aparato grande administrativo que se monte va a tener múltiples ineficacias, que la misión de los administradores es ir corrigiendo esas ineficacias, y que eso se comprueba con la observación de cumplimientos hechos de manera, pues, periódica, ¿no?

Entonces, desde ese punto de vista, espero que esta última evaluación que se ha hecho pues se repita con otras unidades para que realmente tengamos datos de la seriedad en acometer las medidas que pueden mejorar la gestión. Y más en unos momentos en que le estamos aplicando recortes a la población y de los informes se deduce que hay múltiples ineficiencias, ineficacias de los distintos sistemas evaluados que permitirían unos ahorros y que, por tanto, podrían aminorar el impacto sobre la población que tiene el recorte en los presupuestos sanitarios o en los presupuestos sociales de la Junta de Andalucía.

No sé, es permanente la constatación de que muchos de estos sistemas carecen de aplicaciones informáticas que permitan evaluar la realidad de lo realizado y la eficacia desde el punto de vista de coste/eficacia de los procedimientos que se han escogido, ¿no?, claro, si no tenemos, si el que se encarga de administrar no cuenta con ese tipo de conocimiento, pues, difícilmente las opciones que se tomen van a ser las mejores a la hora de garantizar la eficiencia de los servicios.

Es constante, es permanente, y le puedo asegurar, por haberlo practicado, que no es por falta de carga

BORRADOR

burocrática en cuanto a los trabajadores del sistema, que sí que tenemos una gran carga burocrática en nuestro trabajo diario de consultas, etcétera, etcétera, sino que posiblemente es por la falta de definición de aquellos objetivos, de aquellos indicadores de definición de que estén incluidos en los soportes informáticos aquellos indicadores que nos pueden llevar a un conocimiento más exhaustivo de la rentabilidad o no de seguir manteniendo determinados servicios. Estamos en un momento en que es absolutamente necesario replantearnos el sistema, los servicios generales que damos a la población, unos en cuanto a su eficacia y su eficiencia real, y otros en cuanto al desarrollo de esos servicios, ¿no?, a mí me ha preocupado mucho, pues, el conocimiento de que en la detección precoz del cáncer de mama carecemos de indicadores que nos digan si es bueno lo que estamos haciendo, si después de llevar a un montón de mujeres, desde los 50 a los 69 años, a que le hagan mamografías, si realmente hay una relación entre los resultados de salud que obtenemos y el coste y la agresión que supone para la mujer el sometimiento a estas pruebas, ¿no?, entiendo, que bueno, que no es cosa de ustedes, que es una cosa a trasladar a la consejería correspondiente, pero en momentos como estos es mucho más urgente, preciso y necesario que reevaluemos, de acuerdo con sociedades científicas y de acuerdo con la participación de los ciudadanos, que valoremos el mantenimiento, el alcance de determinados procedimientos que la sanidad pública ha puesto en marcha.

Y, finalmente, pues, refiriéndonos a las residencias, ya se admite que ha habido una mejora en la gestión, pero sigue siendo importante el carecer de conocimiento real sobre el coste de los conciertos con las residencias, de los conciertos o de los contratos públicos con estas residencias, las disparidades que se producen en su Administración, que suele ser algo frecuente, cuando uno lee todos estos informes, pese al supuesto carácter centralizado de la Consejería, observa como cada unidad analizada pues tiene sus propias características que se separan bastante de lo que significaría el conjunto de procedimientos de que, bueno, se plantea que la Consejería, el Sistema Andaluz de Salud, o la Agencia de Servicios Sociales, pues, disponen, ¿no?, lo hemos visto con los hospitales de La Línea y de Punta Arena, y lo estamos viendo en prácticamente todos los casos la ausencia de, o sea la pequeña tarificación de determinados sistemas sanitarios y determinados distritos, y demás, ¿no?

Yo lo que espero y deseo es que estos análisis que se han hecho y que yo creo que ofrecen mucha luz para que el intente administrar con eficacia y eficiencia el sistema, pues, sean atendidos por los órganos correspondientes, y que realmente la próxima vez que nos veamos, dentro de un año o dos años, pues podamos concluir todos que se han dado pasos en la medida de mejorar la eficiencia del sistema.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Muchas gracias, señor Baena.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, el señor Ruiz García.

El señor RUIZ GARCÍA

—Muchas gracias, señor Presidente. Señorías, buenos días. Señor Presidente de la Cámara de Cuentas, buenos días, bienvenido, y en nombre del Grupo Socialista nuestro agradecimiento por su labor constante, pero también hoy especialmente por estar aquí.

Yo intentaré ser muy breve, pero, si me permiten, no me gustaría obviar el hecho, que incluso ha reflejado sus propios informes y que probablemente ustedes en su experiencia han visto, y es la complejidad de la naturaleza del hecho sanitario, por tanto, de la gestión sanitaria. La gestión sanitaria es tan especial que incluso en el ámbito de la economía hay una disciplina específica, que es la economía de la salud, y entre otros aspectos la naturaleza del hecho sanitario, por tanto de la gestión, tanto en el nivel micro como meso de los hospitales, o macro, viene condicionado por elementos que no existen habitualmente en la prestación de otros servicios. Por ejemplo, la asimetría de información entre quién presta el servicio y quién lo demanda es, en algunos casos, abismal, y que determina lo que se conoce como relación de agencia, es decir, que la inducción de demanda en un alto porcentaje de servicios se produce desde el lado de la oferta. Esto condiciona, ha condicionado históricamente, y va a seguir condicionando la evolución de la gestión sanitaria en todos los niveles, de ahí que, como ha expresado muy bien el señor Presidente, como conclusiones, hay una enorme variabilidad, si luego tengo oportunidad me referiré a ella, que está en la naturaleza del acto clínico, la variabilidad de la práctica clínica es uno de los restos y de los elementos del análisis clínico, epidemiológico, y económico de la salud en el mundo.

Sentado, por tanto, la enorme complejidad de la naturaleza de la gestión sanitaria, y quiero resaltar también por ello el mérito que tienen todos aquellos que se dedican a la gestión sanitaria, insisto, en todos los niveles, desde el nivel clínico en las unidades de gestión, o en los servicios clínicos, o este nivel macro.

Se plantea, y me gustaría también destacarlo, que a pesar de eso hay distintas opciones, opciones que están relacionadas con los valores, que están relacionadas con los modelos, que están relacionadas con los objetivos, y, por tanto, son opciones políticas. Partiendo de la eficiencia social como un compromiso y una condición inexcusable el empleo del gasto público tiene que intentar maximizar el nivel de eficiencia social, pero es indispensable para apoyar ese gasto

BORRADOR

público, precisamente, que esa eficiencia se persiga permanentemente.

Pero hay que distinguir entre un modelo estrictamente público y social, como el que tenemos en Andalucía, universal y gratuito, se ha referido el señor Presidente a algunos de los indicadores de accesibilidad, pero siempre ha dejado de manifiesto la normativa, las garantías que existen, o que se pretenden alcanzar en el ámbito normativo en cuanto a la accesibilidad a los servicios, es muy distinto un modelo estrictamente público en el acceso, insisto, universal y gratuito, que un modelo maximizador de beneficios empresariales y/o profesionales, como el que se pretende implantar en este momento en muchas comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular y que, por su naturaleza, huye de la regulación —a esto es a lo que se ha referido el señor Presidente como elemento de comparación—, tiende a la selección de riesgos —selecciona los riesgos y las patologías más ventajosas— y, por tanto, no acaba, no determina la garantía, sino todo lo contrario, acaba con el principio de equidad y de accesibilidad.

Por ello, es importante que el modelo sanitario, público universal y gratuito, externalice solo y exclusivamente aquello que no conlleve un riesgo para la toma de decisiones clínicas en condiciones de igualdad.

Deseo resaltar este asunto porque estamos en un ámbito político, estamos en la Cámara de representación de los ciudadanos y, por tanto, es importante que destaquemos que, a pesar de las dificultades de la gestión sanitaria y, por tanto, de las conclusiones que se puedan obtener tanto del análisis que ustedes han hecho como de otros, es importante preservar un modelo público. Eso, evidentemente, conlleva una serie de retos en el modelo de la gestión sanitaria aplicado en la práctica. Hay que intentar establecer, como decía, un principio de eficiencia.

Y, en este sentido, dentro de las múltiples opciones que han aparecido reflejadas en el análisis que ustedes han hecho en el campo de la gestión, resulta fundamental que haya instrumentos de análisis, de observación externa, como la función que ustedes están llevando a cabo en la Cámara de Cuentas. Que, en mi opinión, ayuda a interpretar tanto a la gestión como al órgano de control, que es este Parlamento, conocer las recomendaciones, comprender el por qué se producen los distintos hechos a través de los análisis que llevan a cabo y objetivar los resultados.

No es este análisis ningún argumento, ninguna excusa, ningún arma para ser utilizada para reformar radicalmente el modelo sanitario hacia otro modelo. Lo digo porque, en ocasiones, se usan algunos elementos, algunos parámetros, algunas conclusiones del sistema sanitario, de todos los sistemas sanitarios, y se utilizan como argumento para detraer recursos sanitarios públicos y para transformar el sistema sanitario en otro privado.

En este aspecto, insisto que tenemos que agradecer el análisis que hace la Cámara de Cuentas, mostrar nuestro mayor respeto institucional y profesional y, desde luego, invitar a todas las opciones políticas a que sigan este camino, a que se preserve una institución como la Cámara que, en los últimos días, no en esta Comisión, afortunadamente, pero sí en otros ámbitos, incluso en el ámbito público, en la opinión pública, hemos visto que, por parte de algunos sectores de la derecha andaluza, se ha atacado a la Cámara de Cuentas. Yo, que he sido testigo del trabajo que se ha desarrollado en otros ámbitos, quiero reforzar, aprovechando que está usted en esta Comisión, el respeto institucional a la Cámara de Cuentas.

Respecto a los contenidos, algo he adelantado antes. Se pone de manifiesto la necesidad de una constante revaluación debido, precisamente, a esa complejidad del hecho sanitario. Es necesaria una mayor, perseguir una mayor homogeneización en la gestión, siempre dependiendo de esa variabilidad, no solo de la práctica clínica, sino también desde el punto de vista epidemiológico. Es algo que el modelo sanitario, como ustedes saben y habrán visto en su análisis, lleva realizando desde hace bastante tiempo, y es una homogenización, precisamente, para garantizar la accesibilidad, para garantizar los derechos, no justo para todo lo contrario.

Es evidente que hay que integrar elementos mancomunados. Ustedes han analizado el área, una de las áreas de gestión sanitaria, hay más áreas de gestión sanitaria, que son un instrumento experimental, precisamente, para homogeneizar, concentrar e integrar elementos mancomunados. Se están llevando a cabo, como probablemente habrán visto, más recientemente —precisamente a partir de 2009, 2010— plataformas de gestión, suministros, conciertos, prestaciones, concursos de medicamentos… por cierto, que en algunos casos están siendo atacados, si no atacados, bloqueados por el Gobierno del Partido Popular. Y, en cualquier caso, hay que seguir abundando en la gestión clínica.

Me satisface enormemente que el análisis que han hecho del proceso de cáncer de mama integrado dentro de una filosofía de gestión clínica, en esa microgestión de la que antes hablábamos y de una gestión participada, sea satisfactorio desde el punto de vista de la Cámara porque, sin duda alguna, es probablemente el camino sobre el que más tenemos que avanzar. Por lo demás, el sistema sanitario público, el vasto sistema sanitario público andaluz pone de manifiesto una gran cantidad de diferencias —como decía antes— de variabilidad que, por otro lado, históricamente ha servido como experimento para adaptar aquellos modelos que son, aparentemente, más eficientes y a, evidentemente, es evidente que hay que seguir avanzando, aparte, al margen de la dificultad, en ese nivel de eficiencia. Eso es lo que va condicionar y le va a dar sostenibilidad a nuestro sistema sanitario.

En definitiva y en conclusiones, un agradecimiento muy especial a la Cámara de Cuentas y a su Presi-

BORRADOR

dente, especialmente. Reitero, en lo que conozco de la acción de la Cámara de Cuentas y, especialmente, recientemente, que ha demostrado que merece la pena confiar en servidores públicos, en servidores públicos de verdad —si me permiten el término—, no en los que se sirven de lo público, sino servidores públicos. Y que la actitud que ha mostrado la Cámara de Cuentas y su Presidente, en este caso y en otros, ponen de manifiesto que para nosotros es una herramienta útil, que está impregnada de las mejores virtudes que puede haber en el ejercicio de la función pública.

Muchas gracias, Presidente.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, gracias, señor Ruiz.

Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Popular Andaluz, la señora Espinosa López.

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Sí, gracias, señor Presidente.

Buenos días, señor Consejero.

Quiero, en primer lugar, como no puede ser de otra manera y al igual que han hecho los parlamentarios que me han antecedido, darle la bienvenida en nombre del Grupo Parlamentario Popular a esta sesión de la Comisión de Salud del Parlamento, bienvenida que hago extensiva a la Consejera presente y a parte de su equipo, como usted ha indicado, que lo acompañan esta mañana.

También tenemos que agradecerle la exposición de los cinco informes que ha traído aquí esta mañana y que nos parecen muy importantes por cuanto afectan a la situación, afectan a materias sensibles a las que los ciudadanos andaluces nos enfrentamos cada día, nosotros o nuestras familias: la sanidad o los servicios sociales.

En nuestra opinión, estos informes contienen un trabajo exhaustivo, un trabajo serio, un trabajo sobre materias, ya le digo, absolutamente sensibles y para nosotros, para el Grupo Parlamentario Popular, el contenido de estos informes no pasa esta mañana por aquí y se archiva, sino que para nosotros son documentos de trabajo, documentos de trabajo en los que vamos a basar importantes iniciativas en este Parlamento, proposiciones no de ley, con el objetivo de llamar la atención del Gobierno de la Junta de Andalucía sobre las recomendaciones que se hacen en estos informes y mejorar, así, la calidad de vida, la asistencia que recibimos los andaluces como ciudadanos que somos. Y sobre todo, porque hemos notado que son muchos los déficits de gestión que se observan, que se remarcan en estos informes, aunque de su exposición no se hayan destacado mucho, pero sí que hay unos déficits de gestión, hay ineficiencias que sería importante convertir en eficiencias para que, al final, porque al final y para que al final los recursos públicos andaluces, el dinero que pagamos los andaluces, los ciudadanos, con nuestros impuestos, sea gastado de la mejor forma posible.

Y estamos de acuerdo o, por lo menos, yo estoy de acuerdo con el portavoz de Izquierda Unida cuando ha resaltado la falta de definición de objetivos, que es necesario definir los objetivos, y que también puede haber una carga burocrática importante que luego, en otros sitios, se adolece, en donde puede hacer falta, y que esto hace que el sistema, a veces, muestre ineficiencias importantes.

Muy de acuerdo con el portavoz del Partido Socialista en cuanto a que la gestión sanitaria es muy compleja. No podemos hacer otra cosa que decir que estamos de acuerdo con eso. Con lo que no estamos de acuerdo es con que nuestro modelo no sea un modelo público y universal, porque eso no es así. Es más, el Partido Popular, desde que llegó al Gobierno de España hace poco más de un año, está trabajando para sacar a la sanidad pública española y andaluza de la situación de quiebra en la que se quedó, con más de 11.000 millones de euros de deuda. Yo no sé qué se puede hablar de público y privado, con más de 400 millones de euros en concierto —uno de los informes se refiere a los conciertos—; o con una situación de listas de espera en la fiscalía. Pero, bueno, ahora nos vamos a centrar en los informes de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y vamos a dejar otros debates para otras ocasiones.

Entrando en el informe que se refiere a los servicios concertados del sistema sanitario público andaluz del año 2008, pues vemos que tenemos, hablando de sanidad pública y privada, en 2008, 17 centros hospitalarios concertados —ahora son más—; solamente en 2008 y en conciertos hospitalarios, más de 157 millones de euros.

Algún problema con las listas de espera, algún problema a la hora de verificar el grado de satisfacción de los pacientes, de los usuarios. Yo creo que tenemos que trabajar ahí.

Y me llama la atención, y me resalta, y quiero recordarles que me he referido que hasta las listas de espera quirúrgica, no quirúrgicas, de especialistas, de pruebas..., han llegado en varias ocasiones a la fiscalía andaluza. Yo creo que no habrá fiscalía de provincias de nuestra comunidad que no haya recibido alguna denuncia de ese tipo, y que incluso la Fiscalía Superior de Andalucía la ha recibido, me permito llamarles la atención, porque es una cosa que se repite a lo largo de los informes que se han presentado esta mañana, llamarles la atención a la Cámara de Cuentas, a usted, como Consejero Mayor, sobre la procedencia, sobre la necesidad de que se valorara por la Cámara de Cuentas realizar un informe, una importante auditoría, sobre los

BORRADOR

sistemas informáticos y de gestión de estas listas de espera. Porque es que yo tengo aquí..., yo tengo aquí, pues no sé, tengo aquí datos sobre la vulneración de los plazos en estas listas de espera quirúrgica y para pruebas; son muy importantes, creo que es algo que está generando mucho malestar y mucha preocupación en ciudadanos y en usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz. Así que solamente como, y a modo de sugerencia, le ruego que la tenga en cuenta.

Al hablar del sistema de servicios concertados por el Servicio Sanitario Andaluz de 2009, otra vez me he vuelve a llamar la atención las referencias que puede haber a los distintos problemas a la hora de evaluar las listas de espera, la eficiencia, y demás.

Falta también una normativa, falta una normativa. Se pone de manifiesto que falta una normativa, falta una normativa, un marco para la concertación. Es importante tener un marco para la concertación, pues, primero, porque esto puede..., pues que da mayor transparencia; puede hacer más eficiente el sistema, y sobre todo el gasto sanitario. Siempre es importante gastar adecuadamente, y ser eficiente en el gasto. Pero, ahora, con la situación económica que tenemos, un euro que esté mal gastado, es casi un atentado a la economía andaluza. Es decir, se tiene que mirar hasta el céntimo de euro. Y, entonces, esa normativa es..., yo creo que muy importante y creo que estará usted de acuerdo conmigo.

Las debilidades, falta de homogeneidades, fijación de precios; falta de control de los servicios prestados; los regímenes..., distintos regímenes de facturación y pago, por tarifas, a tanto alzado; falta de control de la validez o de la efectividad de los servicios que se efectúan, y valoración del servicio prestado. Al final vamos a lo mismo: nos falta el marco..., un marco para la concertación, un marco amplio para la concertación, que baje a estos detalles y que hagan más eficiente el gasto sanitario en Andalucía.

Nosotros creemos que es muy importante, y, desde luego, nuestro grupo va a trabajar para conseguir que este marco exista y que este marco, además, sea eficiente. Y yo creo que no debe de..., la Cámara de Cuentas..., y vuelvo, vuelvo otra vez a sugerir, creo que trabajar en la eficiencia de la concertación es importante; lo tendrá que hacer nuestro grupo parlamentario, y yo creo que también puede la Cámara de Cuentas volver a valorar esa eficiencia en la concertación, en las distintas concertaciones. Porque es muy importante esas diferencias de precio que usted ha dado aquí, yo creo que son lo suficientemente llamativas como para intentar, entre todos, ayudar al Gobierno de la Junta de Andalucía y a la Consejería de Salud, en este caso, a que sea más eficiente.

El proceso asistencial integrado, cáncer de mama..., pues, nosotros, la verdad, que para nosotros es una buena noticia comprobar que nuestra Comunidad Autónoma..., la Cámara de Cuentas ha concluido que todos los protocolos de actuación clínica se cumplen en todos los centros analizados. Y que ahora mismo la cobertura, en detección precoz, está alcanzando al ciento por ciento de la población considerada diana.

Esta es una buena noticia. Pero nos falta, nos falta, en algo tan sensible, en una enfermedad que, tan común en todas las mujeres, pues nos falta. Y creo que tenemos que seguir trabajando en esa evaluación de la eficacia, que tenemos que continuar implantando medidas y que tenemos que conocer el grado de satisfacción de las usuarias. Eso es muy importante, lo resalta..., lo resalta el informe de la Cámara de Cuentas, y a mí me parece que es muy importante. Izquierda Unida también lo ha destacado, y me parece que acierta.

Luego, yo me quiero detener especialmente en la cuestión observada al punto 48, en la que, textualmente, en el informe se contiene, pues la siguiente expresión: «Que puede observarse las diferencias en los valores de detección entre unas provincias y otras, diferencias que, en un principio, podrían indicar diferencias en la calidad de los distintos servicios radiológicos». Yo tengo que confesar que yo soy de Almería, y llegado a este punto, pues ya aquí me tengo que detener.

Evidentemente, en la provincia de Almería no es que haya solamente una diferencia a la hora de la detección, pero sí que hay una diferencia en la atención, pronóstico y tratamiento. Y quería yo, otra vez, volver a hacer una observación al Presidente de la Cámara de Cuentas sobre si sería posible y conveniente —sería posible y conveniente— analizar, auditar, los distintos sistemas y la maquinaria y los procesos, y los medios y los recursos humanos, y no humanos, que se tienen, y mecánicos que se tienen, y sobre todo a la hora de los aparatos de resonancia nuclear, la medicina nuclear que tenemos en las distintas provincias de Andalucía, porque el tratamiento no está siendo el mismo. Entonces, yo con..., además se lo puedo decir así, con la sencillez de las palabras de una persona que no es sanitaria, que yo soy abogada, yo le puedo decir que, en Almería, se ha utilizado, hasta no hace mucho, una bomba de cobalto, y hemos tenido más de dos años empaquetado un aparato de braquiterapia, cosa que me consta que, afortunadamente, no ha ocurrido en otras provincias. A mí me preocupa la diferencia de atención en este tipo de enfermedades, dependiendo de los recursos que hay en unas provincias, y que no hay en otras. Y no sé si sería posible o adecuado que la Cámara de Cuentas nos ayudase a todos a poner en un mismo nivel de atención o evaluar la atención que en este tipo de enfermedades recibimos en las distintas provincias. Pues, es por eso que he querido destacar la cuestión observada al punto 48.

Respecto del área operativa del Campo de Gibraltar... Bueno, destacan ustedes... Pues, bueno, tenemos..., volvemos a lo mismo, volvemos a lo mismo: un organigrama..., el organigrama o la dirección de esta área operativa del Campo de Gibraltar tendrías que aprobarse

BORRADOR

por el Gerente del SAS, si no me equivoco, a propuesta del Gerente del Área del Campo de Gibraltar, pero, sin embargo, se sigue haciendo, como todo, ¿no?, con arreglo al Real Decreto que, por la Consejería, se hacen todos los nombramientos y se hace todo.

No lo entendemos. Nosotros pensamos que la cercanía de la..., las direcciones tendrían que estar conforme al gerente. Creemos que monopoliza muchísimo los nombramientos la Consejería de Salud, y los directivos encargados de este punto del SAS, y nos parece adecuado. Y también nos ha..., no nos parece adecuado, y además creo, si no me equivoco, que en el propio informe se destaca...

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Espinosa, le quedan dos minutos, ¿eh?

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Sí.

...que en el propio informe se destaca la no existencia de un adecuado organigrama directivo. Es, quizás, por esa lejanía de la Consejería del Campo de Gibraltar y esa no tener en cuenta el criterio, como se había acordado, de la gerencia.

Se destaca también, y se asevera, sobre una posible desmotivación de los profesionales sanitarios, que quizás también tenga que ver con lo último a lo que me he referido. Y, desde luego, este proyecto..., este proyecto, y así consta en el informe parece que no ha calado, que no es conocido y que no ha llegado a los ciudadanos y usuarios.

Es muy importante..., es muy importante, quizás, que las direcciones de los hospitales, de las áreas sanitarias, de Andalucía, también sean adecuadas, es decir, estén adecuadas, tengan un..., se conozca y se vea cómo se va a hacer. Y &&esté...&&, desde luego, sean conformes a derecho, porque estamos un día sí y otro también o con demasiada asiduidad viendo cómo los tribunales tumban muchos nombramientos. Yo veo aquí una disfunción importante.

Igual que nos preocupa especialmente a nuestro Grupo el comprobar que en el propio informe se destaca que tenemos un hospital obsoleto, un hospital obsoleto, y que, sin embargo, no sabemos cuándo va a llegar el nuevo.

Las esperas de los pacientes, pues, vuelven otra vez a rondar por el informe. Vuelven otra vez a rondar por el informe, la satisfacción no está muy clara, la espera de los pacientes..., y es por eso que vuelvo a insistir: un importante documento de trabajo para el Grupo Parlamentario Popular, y también quizás abriéndose en nuevos campos de trabajo para la Cámara de Cuentas de Andalucía. Estamos hablando de un nuevo..., infraestructuras obsoletas e infraestructuras que no sabemos cuándo van a llegar. No sé yo si sería también conveniente que la...

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Señora Espinosa, tiene que ir terminando, ¿eh?

La señora ESPINOSA LÓPEZ

—Termino enseguida.

... que la Cámara de Cuentas ayudase a este Parlamento, a esta Comisión y al Gobierno de la Junta de Andalucía auditando y viendo el seguimiento y la obsolescencia de alguna infraestructura y las que tuvieran que llegar y que no han llegado. Yo creo que estaría bien y que nos haría a todos mejor.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Gracias, señora Espinosa.

Para cerrar este primer punto del orden del día, tiene de nuevo la palabra el Presidente de la Cámara de Cuentas.

El señor LÓPEZ HERNÁNDEZ, PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE CUENTAS

—Bueno, yo quiero agradecerles muy sinceramente todas sus observaciones y sus palabras en relación con los informes y con el trabajo de la Cámara de Cuentas al respecto.

Y solo me gustaría comentar algunos aspectos de que..., a raíz de un poco sus intervenciones, ¿no?, sin necesidad... No se trata de contestar una..., sino hacer algunas reflexiones en torno a las cuestiones que me han planteado, ¿no?

Yo comparto con ustedes el que uno de los tipos de informes que creo que generan un mayor valor añadido para el conocimiento de la realidad de la gestión en Andalucía, de la gestión pública en Andalucía es, precisamente, los informes que hablan sobre la evaluación de la eficacia y eficiencia de la economía, de la gestión de los recursos, como son buenos ejemplos todos estos que tenemos aquí.

De los dos tipos de informes que fundamentalmente se hacen en el ámbito de auditoría pública, los que son informes de regularidad, informes de legalidad y financieros, bueno, son informes que, como todos ustedes

BORRADOR

saben, pretenden ver un poco el desempeño desde ese punto de vista legal y financiero, y nadie les va a quitar el valor que tienen, porque es muy importante conocer el desempeño en esas facetas. Nadie. Probablemente, son también los que tienen una mayor dimensión mediática, ¿no?, en relación con que si ha sido, no ha sido, se ha incumplido, no se ha incumplido... Es decir, yo respeto absolutamente todas esas gestiones, pero, desde mi punto de vista, los informes que pretenden evaluar la gestión, lo que llamamos los informes de auditoría operativa, que evalúan la gestión desde la perspectiva de la economía, la eficacia, la eficiencia, yo creo que son los que aportarán un mayor valor añadido para que sirvan de orientación a buenas prácticas en la gestión de los recursos públicos. Nosotros estamos convencidos en la Cámara de Cuentas.

Es cierto que cuando diseñamos nuestro plan de actuación, tenemos que equilibrar la presencia de unos y otros..., de uno y otro de estos tipos de informes en nuestro trabajo.

En un estudio reciente que se ha hecho a nivel de órganos de control externo autonómicos..., no autonómicos, sino regionales a nivel de Europa, la Cámara de Cuentas de Andalucía queda en un magnífico lugar en relación con la presencia de este tipo de informes en su actividad, porque digamos que desde hace tiempo, no es un mérito del Pleno actual, sino ha sido un poco una dinámica en la que ha venido trabajando la Cámara de Cuentas de Andalucía de tiempo, es el darle la importancia que tiene a este tipo de trabajos. Y es cierto, y me van a permitir que haga esa observación, que normalmente pasan luego más desapercibidos desde el punto de vista a lo mejor del calado que pueden tener social, ¿no? A lo mejor a veces se presta más atención a aquellos informes que podemos llamar que tengan algo que atente contra el infarto, ¿no?, o que afecten a cuestiones mediáticas. Pero yo insisto en la importancia que tienen que tener estos informes y el que la Cámara de Cuentas siga profundizando ya no solo en el ámbito sanitario, sino en otros ámbitos, en el educativo, en el de servicios sociales, en el de la gestión de infraestructuras, etcétera, para poder conocer el desempeño desde esa perspectiva.

En ese sentido, las sugerencias que me ha hecho en torno a algunos informes, tomaré nota de ellas para ver en qué medida pueden ser tenidas en cuenta a la hora del diseño de planes de actuación, del plan de actuación de la Cámara, y ver cómo le podríamos dar cobertura a estas iniciativas que me está planteando.

Y hay una cosa sobre la que sí quiero incidir un poco, y es..., y se ha apuntado por alguno de ustedes, es el hecho de que también profundicemos en los trabajos que pretenden conocer el seguimiento que se ha hecho de las recomendaciones de los trabajos de la Cámara. Esa es otra línea en la que la Cámara suele promover siempre algún trabajo..., algunos trabajos dentro de su plan de actuación.

Pero yo creo que habría una opción mucho más práctica —si me permiten que lo diga— que el hecho de que nosotros programemos de manera regular trabajos de este tipo para ver..., y volvamos al ente auditado y comprobemos hasta qué punto están utilizando o siguiendo nuestras recomendaciones, y es que desde el propio Parlamento, y yo he sugerido algunas veces y vuelvo a sugerirlo ahora, y, en un momento dado, el Pleno está planteando hacer una propuesta que pueda ser estudiada por los distintos grupos políticos, que se puedan hacer algunas reformas normativas que permitan una cierta institucionalización o normativizar algo esto. Me explico: si se incorpora en alguna norma, que puede ser en una reforma de la Cámara de Cuentas, en alguna de las que puede modificar la propia normativa de la Cámara de Cuentas o en alguna de la normativa que se está estudiando, como la normativa de la Ley de Transparencia o alguna que se considere oportuno, el hecho de que cuando la Cámara de Cuentas haga sus informes, que contemplen sugerencias y recomendaciones, esos entes tengan que remitir necesariamente al cabo de un tiempo que se considere prudencial y, digamos, normal, cómo han incorporado en sus modelos de gestión o en su práctica de gestión las recomendaciones que se han hecho de manera institucional, seguramente que avanzaríamos mucho más, porque eso exigiría, les obligaría a tener que replantearse en qué medida tienen que modificar sus formas de proceder, sus modos de proceder desde el punto de vista de la legalidad, de la regularidad financiera, de la operatividad de su gestión para dar respuesta a la sugerencia, teniendo que responder de manera más o menos institucional a esas sugerencias en unos plazos a la Cámara de Cuentas y al Parlamento, que es, en definitiva, el depositario de nuestros informes, ¿no?

Y esa es una sugerencia que yo hago y que les pido que estudien, y que les pido que, en un momento dado, nosotros plantearemos junto con otra que también he reiterado en algunas ocasiones, y es que formalmente se incluya la obligación..., no la obligación, sino el que haya algún tipo de multas, o sanciones, o algún tipo de consideración respecto de aquellos entes fiscalizados, aquellos entes del sector público que no rindan en los plazos oportunos.

Próximamente, seguramente veremos un informe no en esta Comisión, pero en otra —y permítanme que aproveche la ocasión para decir esto así—, es decir, en los que ponemos de relieve el poco índice de rendición en algún ámbito del sector público, especialmente en las entidades locales. Ya sé que no es una materia de su negocio, de su negociado, ¿no? Pero permítame que lo utilice para requerirlo. Es decir, hace falta establecer mecanismos que establezcan de una manera normativa el hecho de que si usted no rinde cuentas y usted no cumple con una responsabilidad que tiene... Pero ya no hablo de las entidades, ya no hablo del ente; yo me estoy refiriendo a los responsables del ente que tienen

BORRADOR

que hacer las cosas, y que puedan recibir sanciones o que puedan recibir algunas multas en el caso de que no cumplan con su objetivo.

Pero, en fin, volviendo un poco a la primera cuestión que ustedes han sugerido, yo creo que una propuesta de ese tipo, en la que necesariamente el ente que ha sido objeto de la fiscalización tenga que responder institucionalmente en unos plazos para saber exactamente qué ha hecho para mejorar su desempeño en relación con las sugerencias y recomendaciones que se han hecho de un informe podría ser una propuesta que ayude a que esto pueda mejorarse de alguna forma.

Y, por lo demás, agradecer también las palabras en cuanto al trabajo que se realiza desde la Cámara, desde siempre, desde que nos hemos incorporado el nuevo Pleno, Pleno que fuimos el año pasado. Estamos reiterando, en conjunto, todo este Pleno y yo, personalmente, como no, el que nos gustaría quedar al margen del debate político y que se respete el papel institucional que tiene la Cámara. Con lo cual, cualquier intervención que en ese sentido se haga, desde mi punto de vista, pues me parece que es respetable y bienvenido.

Y nada más.

Muchas gracias.

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Bien, muchas gracias, señor Presidente.

Terminamos este primer punto del orden del día como empecé, dándole las gracias a él, a su Consejero y equipo, no solamente por su comparecencia hoy, sino por el maravilloso trabajo que nos ha presentado aquí de los cinco informes de fiscalización.

Damos un minuto para despedir al Presidente y recibir a la Consejera en el segundo punto del orden del día.

[*Receso.*]

9-12/APC-000111. Comparecencia de la Consejera de Salud y Bienestar Social a fin de informar sobre la deuda de la sanidad pública andaluza

El señor MENACHO VILLALBA, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

—Reanudamos la sesión, con el punto 2, dándole la bienvenida a la Consejería de Salud y Bienestar Social.

Y pasamos al punto, como he dicho, número 2, de las comparecencias. En primer lugar, la comparecencia, a petición del Grupo Popular Andaluz, a fin de informar sobre la deuda de la sanidad pública andaluza.

Tiene la palabra la Consejera.

La señora MONTERO CUADRADO, CONSEJERA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

—Gracias, Presidente. Buenos días, a todos y a todas.

Y, en primer lugar, trasladar en relación con esta comparecencia, y por eso decía antes que creo que con un turno de intervención va a ser suficiente, trasladar el que no estando aun cerrado el ejercicio presupuestario es muy difícil hacer ningún tipo de anticipación de cuáles van a ser los resultados generales al finalizar el año 2012 y, por tanto, el hecho de abordar con anterioridad el cierre esta comparecencia, en esta Comisión, pues no nos va a poder aportar muchas luces si, realmente, lo que se busca es ver cómo se encuentran las cuentas públicas de la Comunidad Autónoma, en general, y, en particular de la sanidad andaluza.

Y, además, sí me gustaría trasladar que, como no puede ser de otra manera, el Gobierno de Andalucía, de forma constante y permanente viene trasladando una imagen y un sentimiento de confianza a los mercados financieros porque cualquier cuestión que se relacione con poner en duda la capacidad económica de nuestras administraciones, el cumplimiento, fundamentalmente, de los objetivos de déficit saben ustedes que provocan gran turbulencia en los mercados, no solamente en relación con la capacidad de obtener financiación externa, sino también de la evaluación que la propia Unión Europea hace de forma periódica del objetivo de estabilidad.

Por tanto, si tuviera que contestar de forma clara a esta pregunta, con independencia de que profundicemos en algunos otros elementos, diría que el objetivo de la Administración sanitaria andaluza es cumplir el objetivo presupuestario y, por tanto, cerrar el ejercicio 2012 sin deuda, como no podría ser de otra manera, y como considero que se puede plantear por parte de los responsables públicos en cualquiera de los entornos donde se plantea.

No obstante, sí creo que durante estos días estamos asistiendo a algunas previsiones de cómo se va a comportar el objetivo de déficit en Andalucía que, bajo mi punto de vista, son buenas noticias en relación a lo que establecen tanto organismos externos como las propias previsiones del Gobierno de España, que si no lo ha hecho público en el día de hoy, así lo hará. Y, por tanto, reafirmar que estamos haciendo un esfuerzo ímprobo porque el objetivo complicado que se le puso a la comunidad autónoma se pueda cumplir por parte de todas las administraciones.

Especial hincapié en la Administración sanitaria y de bienestar social, es decir, la parte del Gobierno que emplea un mayor volumen de recursos que se destinan a los servicios públicos fundamentales que se dirigen a los ciudadanos, porque recordarán sus señorías que representamos, aproximadamente, un cuarenta y cinco, cuarenta cuatro, cuarenta y seis —dependiendo de los años— por ciento de todo el presupuesto de las

BORRADOR