Informe Especial de la Cámara de Cuentas 7-05/OICC-000003, de fiscalización de los gastos farmacéuticos en los hospitales del SAS, correspondiente al ejercicio 2002.

La señora PRESIDENTA

—Bienvenidos y bienvenidas a esta Comisión de Salud.

Bienvenidos, igualmente, al Consejero Mayor de la Cámara de Cuentas y a las personas de su equipo que lo acompañan. Darles las gracias por asistir aquí esta tarde y por esta comparecencia. Y, sin más, vamos a comenzar el orden del día.

En primer lugar, los informes especiales de la Cámara de Cuentas. El primero de ellos, de fiscalización de los gastos farmacéuticos en el hospital del Servicio Andaluz de Salud, correspondientes al ejercicio 2002.

Para ello, tiene la palabra el señor Consejero Mayor.

El señor CONSEJERO MAYOR DE LA CÁMARA DE CUENTAS

—Muchas gracias. Con su venia, señora Presidenta.

Como ha dicho, el Pleno de la Cámara de Cuentas, en sesión celebrada el 26 de febrero de 2003, aprobó incluir en el plan de actuaciones para dicho ejercicio una fiscalización sobre el gasto farmacéutico en los hospitales dependientes del SAS, referida al ejercicio 2002. Este informe se aprobó por unanimidad en el Pleno celebrado el 25 de noviembre de 2004.

En anteriores trabajos de fiscalización de esta institución, efectuados sobre hospitales del SAS, se observó que la evolución del gasto en suministro de medicamentos no guardaba relación con el de otros componentes del Capítulo II del Presupuesto de Gastos, Bienes Corrientes y Servicios.

Resultaba preocupante el comportamiento de la curva de crecimiento de este gasto y, especialmente, el que obedecía a los llamados pacientes externos, así como otros sometidos a tratamientos de quimioterapia y con algunas patologías singulares, cuyas tasas anuales de crecimiento superaba el 15%.

Los objetivos de esta fiscalización integral han sido los siguientes: Determinar el gasto del ejercicio, tras practicar las oportunas comprobaciones y conciliaciones y los oportunos ajustes sobre los distintos registros contables; revisar la adecuación de la gestión del aprovisionamiento de medicamentos a la normativa aplicable; comprobar la adecuada organización de los procesos relacionados con los suministros y almacenamiento de los medicamentos, así como la adecuación de los procedimientos de autorización, adquisición, almacenamiento y registro de las operaciones realizadas con el aprovisionamiento de medicamentos; efectuar recomendaciones de control interno, con el fin de coadyuvar a la mejora de la gestión administrativa de estos productos; analizar el grado de cumplimiento de los objetivos fijados con relación a la promoción del uso racional del medicamento; efectuar un análisis comparativo de los recursos humanos utilizados en la gestión de los productos farmacéuticos, tanto internos como externos, así como el de determinados medicamentos representativos, y, finalmente, realizar un análisis comparativo sobre los precios de adquisición.

A fin de obtener conclusiones sobre los aspectos indicados, y teniendo en cuenta los distintos tipos de centros —regionales, provinciales y comarcales—, se han seleccionado seis hospitales —Hospital de Punta Europa, de Algeciras; Hospital Reina Sofía, de Córdoba; Hospital Clínico Universitario San Cecilio, de Granada; Hospital Infanta Elena, de Huelva; Hospital Virgen de la Victoria, de Málaga, y Hospital Universitario Virgen del Rocío, de Sevilla—, que representan el 38% del gasto por este concepto.

En relación con la fiscalización operativa —economía, eficiencia y eficacia—, se han efectuado análisis comparativos de la totalidad de los hospitales del SAS. Para comparar los precios de adquisición, se seleccionó un grupo de medicamentos que representan más del 50% del gasto total. Además, se han enviado cuestionarios a la totalidad de los hospitales del SAS para completar los datos obtenidos, tanto a lo que se refiere a aspectos de la fiscalización de regularidad como de la operativa.

Las conclusiones y recomendaciones más importantes de este informe son las que citaré a continuación.

El consumo hospitalario de medicamentos ha crecido en los últimos ejercicios a una tasa media del 13%, si bien la evolución ha sido muy distinta en sus componentes. Así, mientras el consumo de los pacientes internos se ha incrementado a una media anual inferior al 4%, el de los pacientes externos ha crecido en torno al 20% anual. Entre estos últimos, muchos fármacos tienen la consideración de medicamentos exclusivos.

A 31 de diciembre de 2002, había un total de 106'26 millones de euros pendientes de imputar a presupuestos por este concepto. Se recomienda, por tanto, incrementar los recursos financieros destinados a medicamentos en los hospitales del SAS.

Si bien en los últimos ejercicios está aumentando el número de expedientes de contratación, en el ejercicio 2002 éstos representaban sólo el 42% de las obligaciones reconocidas y el 32% del gasto real del ejercicio.

Con el fin de no superar el límite del artículo 176 del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, se observan supuestos de fraccionamiento del objeto del contrato, lo que supone un incumplimiento del artículo 68 de la citada norma.

En relación con los aspectos de control interno, se pueden destacar las siguientes recomendaciones:

Se debería mejorar la comunicación y coordinación entre los Servicios de Farmacia y las Unidades de Suministro, dependientes de las Direcciones de Servicios Generales.

Se debe dotar a los centros hospitalarios de aplicaciones informáticas, tanto para la gestión administrativa del circuito de adquisición como para la valoración de ofertas de proveedores.

Se deben acortar los plazos medios de las distintas fases del circuito administrativo.

Se debe incrementar el número e importancia económica de los expedientes de contratación, lo que redundará en una disminución de la carga de trabajo administrativo.

En relación con el análisis de la eficacia, eficiencia y economía, las principales conclusiones son:

En general, en el cumplimiento de los objetivos del contrato programa relativo a la prestación farmacéutica no se ha logrado la eficacia prevista.

De acuerdo con las estimaciones efectuadas por el propio SAS, en 23 de los 29 hospitales dependientes del SAS hay un déficit de titulados superiores en Farmacia, cifrado en un total de 95 puestos.

En relación con el consumo interno, son más eficientes los hospitales comarcales de mayor tamaño que los de menor tamaño, dado que tienen costes medios inferiores en proporción a la actividad desarrollada.

La prescripción de determinados medicamentos analizados —que se consideran por las autoridades sanitarias eficaces, eficientes y seguros— se encuentra todavía alejada de las previsiones del organismo.

En cuanto a los pacientes externos, se han detectado diferencias de unos centros a otros en el coste medio de hasta el 43%, por la dispensación de determinados medicamentos. Se recomienda que se estudie la conveniencia de proceder a la adquisición centralizada de algunos productos farmacéuticos de alto coste.

Además, se ha efectuado un análisis comparativo de los precios de adquisición de 65 productos seleccionados, por ser los que comportan mayor consumo en términos económicos. En 32 de ellos se observan diferencias de precio superiores al 10%, y en cinco productos superiores al 50%. Estas diferencias pueden deberse a distintas condiciones de volumen, sistema de contratación, momento, etcétera, en que se adquieren los medicamentos, si bien el concurso de determinación de tipo y precio adjudicado en los primeros meses de 2003 debería aminorar de forma sustancial tales diferencias.

Por último, la aplicación del Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica entre Distritos y Hospitales, aprobado en los primeros meses del ejercicio 2003, en el marco del Plan General de Calidad y Eficiencia, supone la implantación de toda una serie de medidas concretas de actuación, que podrían tener como consecuencia el logro de una mayor eficiencia, eficacia y economía en la gestión de estos recursos.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Consejero Mayor.

Bien. Pasamos a un turno de posicionamiento de los diferentes Grupos parlamentarios. Comenzamos por el Grupo Parlamentario Popular.

Su señoría tiene la palabra.

El señor GARCÍA TRENADO

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Muy brevemente, en hilo con la intervención del señor Consejero.

En primer lugar, agradecerle su información y el trabajo realizado por la Cámara, como no puede ser de otra forma. Y, bueno, aunque el tema pudiera parecer —dentro de lo que es el control del gasto del conjunto del Consejo de Gobierno de la Junta, de todas sus Consejerías y organismos— de cuestión menor, sin embargo tiene una trascendencia importante en cuanto a lo que es la gestión de una parte importante de la salud pública, como es la utilización de los medicamentos dentro del ámbito hospitalario.

A las observaciones que ha hecho la Cámara de Cuentas, yo creo que hay algo que habría que añadir, desde nuestra óptica, desde nuestra posición como Grupo político, y es la diferencia del énfasis que pone la propia Consejería en el control del gasto farmacéutico cuando es de régimen ambulatorio, sobre todo en el crecimiento —me refiero, fundamentalmente—, en donde existe un interés grande y una presión también grande hacia la industria, hacia los profesionales que prescriben y hacia la organización que los dispensa, como es la oficina de farmacia. Hay una presión, digo, importante de la Consejería, que ha hecho que en los últimos años nuestra Comunidad sea una Comunidad de crecimiento lento, comparado con el resto del conjunto del Estado.

Sin embargo, no es así dentro del gasto farmacéutico de ámbito hospitalario, donde, digamos, existe un menor control o, al menos, hay una menor presión, y donde, por lo tanto, el crecimiento comparado es mucho mayor, cuando racionalmente debería ser similar. Es decir, los medicamentos tienen, como todo el mundo sabe, unos precios intervenidos, tasados por la Administración —es decir, un acuerdo entre la industria y la Administración— y, por lo tanto, no hay una libertad de mercado real. Con lo cual, lógicamente, digamos que las normas de aplicación en un ámbito y en otro podrían ser muy similares o parecidas a la hora de obtener los mismos resultados. Y no es ése el caso, como lo pone de manifiesto el propio informe de la Cámara y como la práctica habitual de los sanitarios que conocemos la materia sabemos también que es así.

En cualquier caso, yo creo que es importante este estudio porque denota fallos en el control. Por ejemplo, la ausencia de un sistema informatizado, perfectamente informatizado, en lo que es la prestación farmacéutica ambulatoria, y sin embargo no se ha hecho con igual

rigor y medida en lo que es la prestación farmacéutica dentro del ámbito hospitalario.

En segundo lugar, evidentemente, hay cuestiones que técnicamente son, digamos, cuestionables, como es el sistema de compra; pero hay que tener en cuenta también una cuestión importante, que es que muchas veces se toman decisiones por el régimen de adquisición de la..., no es tanto de la farmacia hospitalaria correspondiente, como sí por las unidades terapéuticas, que están, digamos, incidiendo o pidiendo la compra de determinados medicamentos en un momento determinado, que no pueden ser o no se programan adecuadamente en los ejercicios.

Pero, de todo ello, quizás lo que más nos llama la atención, o nos ha podido llamar la atención, aunque teníamos conocimiento de ello, es la no correspondencia, la no equivalencia, año tras año, de los capítulos de presupuesto y gasto en esta materia. Es decir, siempre ha ido creciendo el presupuesto —y crece— muy por debajo de lo que es el gasto del año anterior; con lo cual, lógicamente, al año siguiente volvemos a caer en el mismo problema: es decir, que lo presupuestado no cubre en la totalidad, ni siquiera se acerca a cubrir en la totalidad, el gasto real de medicamentos dentro de las instituciones hospitalarias.

Yo creo que, si las recomendaciones de la Cámara, si las observaciones que hace la Cámara y si el estudio que ha hecho la Cámara se aplicara adecuadamente, seguirían existiendo —repito- algunas desviaciones, porque hay unas necesidades..., bueno, que se producen en corto espacio de tiempo por parte de los responsables de la adquisición de medicamentos, una medida fundamental a la hora de tratar pacientes, pero, sin embargo, coincidimos con la Cámara en que gran parte del volumen sí podría ser previsto de un año para otro y de ejercicio en ejercicio.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor García Trenado.

Continuamos con el turno de intervenciones, y ahora tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Ramírez Marín.

Tiene su señoría la palabra.

La señora RAMÍREZ MARÍN

—Gracias, señora Presidenta.

En primer lugar, quiero, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, dar la bienvenida a esta Comisión al señor Navas, Consejero Mayor de la Cámara de Cuentas, y, como no podía ser de otra manera, felicitarle por el informe que nos presenta hoy aquí, por la seriedad del mismo, el rigor y la eficacia con la que se han realizado por parte de la institución que usted representa. Y, por supuesto, hacer extensiva la felicitación a todo el equipo que trabaja con usted.

Hay que reconocer que este informe que nos ha presentado hoy pone de manifiesto una serie de cuestiones que en algunos aspectos no son las más satisfactorias o las más adecuadas. Nada que objetar, por supuesto, señor Navas, por nuestra parte, ya que la institución que usted representa tiene como objetivo esto precisamente: la fiscalización o la obtención de conclusiones, y efectuar las recomendaciones oportunas para mejorar el trabajo de la Administración autonómica.

En este caso, hablamos del gasto farmacéutico; nos referimos al año 2002. Estamos a finales del año 2006, han pasado varios años, y porque creemos que la Consejería de Salud atendió dichas recomendaciones, hoy podemos decir que la Comunidad Autónoma de Andalucía sigue en las primeras posiciones en cuanto se refiere a la contención del gasto farmacéutico, con un menor crecimiento del mismo en relación a cómo lo hace la media nacional. De hecho, de enero a octubre de este mismo año, y con respecto al mismo período del año 2005, el gasto en farmacia de Andalucía creció un 4’59% respecto al 5’87 de crecimiento en el conjunto del Estado, lo que demuestra que hay contención en el gasto.

No tengo mucho más que decir, señor Navas. Yo le felicito nuevamente por su informe, por su trabajo. Felicitarle igualmente a su equipo. Creemos que ésta es la manera de que realmente las cosas funcionen, cuando instituciones que dependen del propio Parlamento de Andalucía, que han elegido los ciudadanos, hacen un control exhaustivo y serio para que todos, fuera y dentro de esta Cámara, trabajemos mejor.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ramírez Marín.

Señor Consejero, tiene la palabra.

El señor CONSEJERO MAYOR DE LA CÁMARA DE CUENTAS

—Muchas gracias, señora Presidenta. Con su venia.

Bien. Con la misma brevedad con que han intervenido los Grupos. En primer lugar, agradecer la acogida que han dado al informe de fiscalización sobre el gasto farmacéutico.

En segundo lugar, expresar que, efectivamente, la presupuestación de este tipo de gasto, como se ha puesto de manifiesto, presenta dificultades en todas las Administraciones que están afectadas por la evolución de este concepto. Sabemos ya que hay una serie de circunstancias que influyen en los gastos que, efectivamente, se van produciendo en estas magnitudes respecto de los que se han presupuestado. No obstante, incluso yo recuerdo lo que viene diciendo la Cuenta General respecto a la consideración de este gasto como gasto ampliable y que se va reiterando

año tras año la ampliación de los gastos de los créditos para gastos farmacéuticos, digamos, en algunos casos, en cuantía inferior a lo que se ha venido a gastar efectivamente en el ejercicio anterior. Pero, no obstante, como se ha señalado, la evolución, en el caso de la Comunidad Autónoma de Andalucía, no es tan desfavorable, por lo menos, como lo es en el caso de otras Administraciones autonómicas. Y ese indicio de mejora pues corresponde, seguramente, a la planificación.

Hemos citado aquí que, cuando ya se había elaborado el informe, se había aprobado el Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica en distintos hospitales. Y, seguramente, será necesario en el futuro hacer un seguimiento, una fiscalización de seguimiento de los resultados obtenidos en esa planificación y ver en la medida en que mejora, efectivamente, la gestión de estas partidas.

Y bien, desde mi punto de vista, nada más. Muchas gracias.

Informe Especial de la Cámara de Cuentas 7-06/OICC-000009, de fiscalización de la eficacia y eficiencia de los servicios de Radiodiagnósticos de hospitales del SAS, correspondiente al ejercicio 2003.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Navas.

Pues pasamos al segundo Informe Especial de la Cámara de Cuentas, de fiscalización de la eficacia y eficiencia de los servicios de Radiodiagnósticos de hospitales del Servicio Andaluz de Salud en el ejercicio 2003.

Para ello, de nuevo, tiene la palabra el señor Consejero.

El señor CONSEJERO MAYOR DE LA CÁMARA DE CUENTAS

—Muchas gracias.

Con una advertencia previa de que este informe alude y se refiere a magnitudes de cierta dificultad, como seguramente habrán podido apreciar por los índices y los indicadores que maneja; de forma que yo voy a intentar ser lo más claro posible. Pero, en fin, si se incluyen tecnicismos y expresiones de difícil interpretación, les pido de antemano que me perdonen. En todo caso, en la medida de mis posibilidades, luego se aclara o lo aclararemos; si yo no supiera responder —porque tampoco estoy seguro de que yo sepa responder—, la Cámara se lo aclararía a través de un escrito o una consulta por el procedimiento que sea.

El Pleno acordó incluir este informe en el plan de actuaciones de 2004, en lo que se refiere a la eficacia y la eficiencia de los servicios de Radiodiagnóstico de los hospitales del SAS relativa al ejercicio 2003. El informe fue aprobado por unanimidad hace relativamente poco, el 20 de abril de 2006.

El Radiodiagnóstico es una especialidad médica que tiene como fin el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, mediante la realización e interpretación de procedimientos que utilizan como soporte las imágenes y los datos funcionales obtenidos con el uso de radiaciones, principalmente con la utilización de diversas técnicas, tales como la Radiografía convencional, la Tomografía Axial Computerizada —TAC—, la Ecografía y la Resonancia Magnética.

Por otro lado, la radiología intervencionista ha modificado la actividad desarrollada por los servicios de Radiodiagnóstico añadiendo una faceta terapéutica a su vertiente de diagnóstico tradicional.

Este informe se propone conseguir los siguientes objetivos: evaluar el grado de eficacia de los objetivos relativos al diagnóstico fijados en los respectivos contratos programas suscritos entre el Servicio Andaluz de Salud y los hospitales que dependen del mismo; evaluar el grado de eficiencia de los hospitales dependientes del SAS en la actividad de Radiodiagnóstico.

A tal fin, se ha obtenido información sobre la actividad, recursos humanos —tanto materiales como económicos—, rendimientos y costes relacionados con el servicio objeto de fiscalización en los 29 hospitales existentes en el SAS en el ejercicio 2003, verificando la información obtenida en 12 hospitales seleccionados entre los cuatro grupos o tipos en que el SAS clasifica sus centros hospitalarios.

En cuanto a la eficiencia, los datos obtenidos se han explotado utilizando dos metodologías: el análisis comparativo de indicadores de gestión y el análisis envolvente de datos, modelo matemático de evaluación de la eficiencia. Dentro de este último, se han seleccionado cuatro modelos que obedecen a la aplicación simultánea de dos criterios: desagregar o sintetizar recursos y resultados, y considerar sólo la producción propia o la total, añadiendo la actividad concertada con entidades privadas.

Durante los trabajos de fiscalización se han producido las siguientes limitaciones al alcance: una, porque los sistemas de información no recogen la demanda de actividad recibida por los distintos servicios de Radiodiagnóstico, por lo que no es posible conocer el grado de adecuación a la misma de la actividad realizada. En consecuencia, no ha podido ser objeto de comparación la actividad realizada solicitada desde los servicios médico-quirúrgicos.

Los datos relativos a la actividad concertada con entidades privadas facilitados por los servicios centrales del SAS no concuerdan con los facilitados por los respectivos hospitales.

Y, en tercer lugar, tanto los servicios centrales del SAS como los hospitales no disponían, en el ejercicio fiscalizado, de registros de información completos y fiables relativos a la espera de procedimientos diag-

nósticos, por lo que no han podido ser objeto de comparación dichos datos.

Las principales conclusiones obtenidas son las siguientes:

En relación a la eficacia, primero, los datos sobre el cumplimiento facilitados por los servicios centrales del SAS no se corresponden con los facilitados directamente por los hospitales. Si bien los contratos programa suscritos por los servicios centrales del SAS y los respectivos hospitales recogían diversos objetivos para los servicios de Radiodiagnóstico en el ejercicio fiscalizado, sólo ha sido objeto de seguimiento y evaluación uno de ellos, relativo a la actividad concertada. El único objetivo evaluado muestra unas tasas de cumplimiento medio muy alejadas, tanto positiva como negativamente, de las tasas previstas, lo que plantea dudas sobre el rigor con que ha sido fijado, al menos, tal objetivo.

Desde el punto de vista de la eficiencia, con la metodología de indicadores de gestión, para obtener conclusiones con esta metodología, se ha relacionado la actividad desarrollada por cada hospital, medida en Unidades Relativas de Valor —URV—, y que representan los resultados *output* con los distintos recursos —*input*— que intervienen con la prestación de ésta: los recursos humanos, los bienes consumibles, los equipamientos, el mantenimiento y reparación, y las instalaciones.

Este análisis se ha efectuado agrupando los hospitales en dos subgrupos: uno compuesto por los hospitales de referencia regional y de especialidades —Tipo 1 y 2—, y un segundo grupo, por hospitales comarcales: Tipos 3 y 4. Los hospitales de mayores recursos dentro de cada subgrupo son, en general, más eficientes que los restantes.

Se observa una gran disparidad en la actividad desarrollada por los distintos hospitales, actividad medida en Unidades Relativas de Valor, en relación con los siguientes parámetros: población de referencia, pacientes ingresados, urgencias atendidas y consultas médicas.

Los costes medios de la Unidad Relativa de Valor en los distintos hospitales presentan diferencias muy significativas, tanto en lo que concierne a la actividad propia como tal —propia más concertada—, que superan incluso el cien por cien de las mínimas, de las tasas mínimas.

Dentro de los hospitales de referencia regional y de especialidades, los más eficientes en el factor recursos humanos son el Juan Ramón Jiménez, de Huelva; Carlos Haya, de Málaga, y Virgen Macarena, de Sevilla. Los menos eficientes son los hospitales de Jerez; San Cecilio, de Granada, y Virgen de la Victoria, de Málaga.

En los hospitales de referencia regional y de especialidades se observa relación positiva entre la eficiencia y la edad media de los facultativos.

En cuanto a la eficiencia del valor bienes consumibles, los hospitales más eficientes son Virgen Macarena, de Sevilla; Virgen de las Nieves, de Granada, y Juan Ramón Jiménez, de Huelva. Y los menos eficientes: Virgen de la Victoria, de Málaga; Reina Sofía, de Córdoba, y Virgen del Rocío, en Sevilla. Las diferencias que se observan son muy significativas, siendo la tasa máxima cuatro veces mayor que la tasa mínima.

Respecto a la eficiencia del factor equipamiento, los hospitales de referencia regional y de especialidades que resultan más eficientes en este factor son: Reina Sofía, de Córdoba; Virgen de las Nieves, de Granada, y Carlos Haya, de Málaga. Los menos eficientes son: Virgen del Rocío, de Sevilla; Torre Cárdenas, de Almería, y San Cecilio, de Granada.

En cuanto a los hospitales comarcales, los de San Agustín, de Linares, y San Juan de la Cruz, de Úbeda, Jaén, se incluyen entre los más eficientes en los tres factores anteriores mencionados —recursos humanos, bienes consumibles y equipamiento—, junto con el hospital de Osuna, en los factores bienes consumibles y equipamiento, y la Axarquía de Málaga, en el factor de recursos humanos. Entre los menos eficientes, dentro de los hospitales comarcales, se encuentran los de Riotinto, Huelva; Valle de Los Pedroches, de Pozoblanco, Córdoba, y Antequera, Málaga, en el factor recursos humanos. Los hospitales de la Axarquía y Ronda, Málaga, y La Línea, Cádiz, en el factor bienes consumibles. Y los hospitales de Antequera, Málaga; Huércal-Overa, Almería y La Línea, Cádiz, en el factor equipamiento.

En el conjunto de los hospitales del SAS, la utilización de equipos en horario de tarde presenta la proporción media más elevada en Resonancia Magnética Nuclear, 67%, y la más baja en Radiología Vascular e Intervencionista, 10%. Es destacable el caso del hospital de San Juan de la Cruz, de Úbeda, en el que no se realizan exploraciones de TAC en horario de tarde y, sin embargo, es el único hospital comarcal que cuenta con conciertos de este procedimiento diagnóstico.

En lo relativo a eficiencia en mantenimiento y reparaciones, hay que señalar que a mediados del ejercicio fiscalizado se produjo el traspaso de la competencia, para contratar desde los servicios centrales del SAS a los respectivos hospitales y, debido a que los determinados hospitales no suscribieron contratos de mantenimiento en el resto del ejercicio, se producen unas diferencias muy significativas de unos a otros centros hospitalarios.

A fin de evaluar el factor instalaciones, se ha tomado como referencia la superficie total del respectivo servicio y la producción asistencial propia.

Se observan diferencias sustanciales entre las tasas máximas y mínimas, en particular entre los hospitales de referencia regional y de especialidades, en los que la tasa más favorable —Hospital Virgen Macarena de Sevilla— es cuatro veces superior a la mínima: Hospital Reina Sofía, de Córdoba y Hospital de Jaén. Es destacable que los hospitales que presentan las tasas máximas —Reina Sofía y Jaén— tienen unos índices incluso inferiores a la totalidad de los hospitales comarcales.

En cuanto al efecto económico de la actividad concertada sobre el coste de la actividad asistencial desarrollada, sólo cuatro hospitales presentan un efecto positivo de reducción de costes.

En el coste medio por exploración concertada, se observan diferencias en los precios de los servicios de Tomografía Axial Computerizada —TAC— del 63%. En cuanto a Resonancia Magnética las diferencias son del 87% en los hospitales de Tipo 1 y 2, y del 49% en los hospitales Tipos 3 y 4.

Tres hospitales comarcales —Huércal-Overa, Osuna, y Valle de Los Pedroches, de Pozoblanco— presentan precios medios de Resonancia Magnética Nuclear inferiores a once hospitales de referencia regional y de especialidades, ubicados en ciudades en las que, en principio, es más factible promover la concurrencia y con mayor volumen de pruebas concertadas.

Finalmente, también ha sido analizada la complejidad de la actividad realizada, mediante una evaluación de la casuística de cada servicio de Radiodiagnóstico. La mayor complejidad se da en los hospitales Reina Sofía de Córdoba, Puerto Real de Cádiz y Virgen de la Victoria de Málaga, entre los Tipos 1 y 2; y Riotinto de Huelva, La Axarquía de Málaga e Infanta Elena de Huelva, entre los de los Tipos 3 y 4. Las mínimas se dan, respectivamente, en los hospitales de Jerez, Virgen Macarena y Juan Ramón Jiménez de Huelva, por un lado, y los hospitales de Santa Ana de Motril, San Agustín de Linares, Jaén, y La Línea, en Cádiz, por otro.

Con la metodología de análisis envolvente de datos, el análisis resulta muy complejo y, si bien permite su aplicación a modelos como el analizado, donde conviven múltiples recursos *input* y resultados *output,* se trata de una simplificación de la realidad, y, por tanto, las conclusiones deben ser matizadas, en particular por el efecto de las circunstancias no consideradas en el análisis. No obstante, los datos obtenidos sí señalan distintas intensidades en la producción de servicios y de consumo de recursos, que pueden ser útiles para adoptar las medidas oportunas, a fin de conseguir una mayor eficiencia en los servicios analizados.

Las principales conclusiones obtenidas con este examen son:

Dentro de cada subgrupo anteriormente mencionados son más eficientes, en general, los hospitales de mayor tamaño —Tipo 1 y 3, respectivamente—.

No afecta a los resultados de la evaluación de la eficiencia la consideración de la producción propia o del total; es decir, aquellos hospitales que son eficientes en cuanto a producción propia continúan siendo eficientes cuando se considera la producción total, donde está incluida la actividad concertada.

En tres de los ocho submodelos se da una correlación positiva entre la eficiencia y la edad media de los radiólogos. Y en dos submodelos se da una correlación positiva entre la eficiencia y población a atender o de referencia.

Después de agregar los resultados de los cuatro modelos utilizados, los hospitales eficientes, entre los hospitales de referencia regional y de especialidades —Tipos 1 y 2—, serían Juan Ramón Jiménez de Huelva y Virgen Macarena de Sevilla, seguidos por los hospitales Carlos Haya de Málaga, Virgen de las Nieves de Granada y Puerto Real de Cádiz. Por el contrario, los menos eficientes resultarían los hospitales Reina Sofía de Córdoba, San Cecilio de Granada y Torre Cárdenas de Almería.

Entre los hospitales comarcales Tipos 3 y 4, el único hospital eficiente en la totalidad de modelos es el de San Agustín de Linares, seguido por los hospitales de San Juan de la Cruz de Úbeda e Infanta Elena de Huelva y La Línea de la Concepción.

Los de menor eficiencia media han resultado los hospitales de Riotinto, Huelva; Huércal-Overa, Almería, y Valle de Los Pedroches de Pozoblanco, en Córdoba.

En los distintos modelos, el número de hospitales eficientes oscila entre 3 y 9 dentro de los de referencia regional y de especialidades, y de 2 a 8 respecto a los comarcales.

La actividad desarrollada total, incluida la concertada, podría verse incrementada en los hospitales no eficientes en una horquilla media del 24% en los hospitales de referencia regional y de especialidades, y del 22% en los comarcales; y la actividad desarrollada propia, en un 34% y en un 33%, respectivamente.

Se detallan en el informe los porcentajes de incremento que podrían registrarse en las diferentes modalidades de actividad: Radiología convencional, Mamografía, Ecografía y TAC y Resonancia Magnética.

Por lo que se refiere a los recursos utilizados en los hospitales no eficientes, para una misma cantidad producida, y considerado de manera agregada, el incremento de los recursos en los que incurren se sitúa en: producción total, 19% de media en la superficie de instalaciones en hospitales de referencia regional y de especialidades; 8% en hospitales comarcales, y 2% y 4%, respectivamente, en suma de gastos. Producción propia: Los valores respectivos alcanzan el 7% y el 11% en superficie de instalaciones, y del 3% y el 6% en suma de gastos.

En el informe se recogen estas mismas disfunciones, considerando los recursos de forma desagregada.

Por último, se recomienda que los servicios centrales del SAS efectúen evaluaciones de la eficiencia de los distintos servicios, utilizando las metodologías expuestas u otras existentes, que puedan orientar la toma de decisiones respecto a la asignación de recursos y a la fijación de objetivos a medio y largo plazo.

Nada más, muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señor Consejero.

Pasamos al turno de posicionamiento de los diferentes Grupos, comenzando por el Grupo Parlamentario Popular y su portavoz, la señora Botella Serrano.

La señora BOTELLA SERRANO

—Agradecer al Consejero Mayor de la Cámara de Cuentas de Andalucía su presencia en esta Comisión y, por supuesto, darle la enhorabuena por la seriedad y por la calidad del informe.

Por supuesto, y como muy bien ha dicho en su intervención, es un informe muy técnico y es un informe muy complejo. Y, bien, yo, con toda humildad, pues voy a intentar hacer una serie de consideraciones en torno al mismo, ¿no?

En primer lugar, decir que creo que ese tipo de informes son fundamentales y que hay que tenerlos muy en cuenta, porque yo creo que estos informes —que, como se ha dicho aquí, son de marcado carácter económico y técnico— son muy importantes para que se les haga caso, y así garantizar la viabilidad económica del Servicio Andaluz de Salud. El Servicio Andaluz de Salud es un servicio fundamental, y yo creo que a todos nos interesa que siga funcionando, para así poder garantizar a los andaluces, pues, una sanidad universal, gratuita y de calidad.

Por lo tanto, yo creo que lo primero que habría que decir es que espero y deseo que los responsables del SAS tengan en cuenta las consideraciones y las recomendaciones que se emiten en dicho informe.

Luego, decir que, efectivamente, cuando se valora la eficacia y la eficiencia de unos servicios tan técnicos y tan importantes, como son los servicios de Radiodiagnóstico de los hospitales del SAS, y cuando, después de este estudio, aparecen unos *ranking* de los distintos hospitales de Andalucía, ¿no?, catalogando cuáles son más o menos eficaces o eficientes, pues yo entiendo, y así lo he considerado, que partimos de la base de que, detrás de todos esos servicios, hay grandes profesionales que hacen su tarea lo mejor que pueden, y yo creo que la eficacia y la eficiencia de estos servicios más depende de los criterios organizativos y de gestión de los propios hospitales más que del desarrollo y el ejercicio profesional de los sanitarios que lo llevan a cabo.

Y, bien, yo creo que también hay que tener en cuenta y hay que advertir también a los responsables del SAS de algo que dice el informe, y es que, evidentemente, la eficacia y la eficiencia se mide respecto de algo: y se mide respecto de los objetivos que se marcan en el contrato programa suscrito entre los servicios centrales del SAS y los distintos hospitales de Andalucía.

Bien, entonces, este informe te dice que, de los distintos objetivos que se recogen en el contrato programa, sólo se ha hecho seguimiento de uno de ellos, que es el relativo a la actividad concertada. Bien, pues yo creo, como así dice también el informe, que sería importante que se hiciera el seguimiento y el control de no sólo ese objetivo, sino también del resto de los objetivos que se marcan en el contrato programa.

Y, dicho esto, también hay algunas otras cuestiones que a mí me han llamado la atención y que creo que deberían de hacer reflexionar a los responsables del Servicio Andaluz de Salud. Hay un dato, que es que hay unas grandes variaciones en lo que se llama coste medio de la unidad relativa de valor, hay una gran variación entre los distintos hospitales de Andalucía; pero lo que se dice es que parece ser que los hospitales de mayores recursos son, en general, más eficientes. Por lo tanto, yo creo que habría que hacer..., habría que reflexionar sobre la oportunidad, o no, de seguir construyendo, seguir apostando por hospitales más pequeños, que parece ser, por lo menos en lo que se refiere a la eficacia y eficiencia de los servicios de Radiodiagnóstico, que dan una menor eficacia o eficiencia, o, por lo menos, esa conclusión me ha parecido a mí extraer, dada la dificultad, también, técnica del informe, ¿no?

Luego, otro dato que también me ha llamado la atención es que no se observa relación entre la proporción de facultativos con exclusividad y la eficacia de los centros, e incluso dice que en los hospitales comarcales la relación entre ambos es negativa: es decir, que a mayor facultativos con exclusividad, hay una mayor eficacia o eficiencia. Esto yo creo que también, pues, nos tendría que hacer reflexionar, dado que en otras Comunidades Autónomas, por ejemplo, ya se ha eliminado el concepto de exclusividad entre los profesionales sanitarios.

Luego, otro tema que a mí me ha llamado la atención, y que también creo que podría ser objeto de reflexión, y es que tampoco en la edad media de los facultativos hay una relación positiva entre la edad media de los facultativos y la eficiencia. Por ejemplo, el porqué de la jubilación forzosa a determinada edad de los facultativos, que también ha sido cuestionado y debatido en Andalucía.

Luego, otro elemento que yo creo también de debate, ¿no?, es el del factor del coste del mantenimiento, que se tiene también en cuenta para cuantificar la eficiencia, ¿no? Entonces, bueno, habría que analizar si es mejor la contratación de estos contratos de mantenimiento por los servicios centrales del SAS o por los propios hospitales.

Luego, por otro lado, yo creo que habría que intentar incrementar la utilización y el funcionamiento de los servicios de Radiodiagnóstico en turnos de tarde, ya que parece ser que implica un mejor aprovechamiento de estos recursos y, por lo tanto, se abaratarían o se podrían abaratar los costes, ¿no? Y, además, yo creo que la utilización de estos servicios en turnos de tarde, pues, también podrían suponer una comodidad para el usuario.

Y también, del informe, llama la atención la gran variación del coste de la actividad concertada, ¿no? Y me ha llamado a mí también la atención, pues, lo que recoge el propio informe de que, incluso, el coste medio de exploración concertada es menor en hospitales comarcales que están situados en pequeños

municipios. Y, claro, llama la atención porque dice que aquí, en teoría, deberían ser mayores los costes, dado que la concurrencia es menor. Por lo tanto, yo creo que también habría que analizar el porqué de estas variaciones en la contratación de medios de radiodiagnóstico concertados, ¿no?

Y yo, para terminar, simplemente volver a felicitar a la Cámara de Cuentas por el informe. Decir que, evidentemente, detrás de este informe hay mucho trabajo y muchas horas de dedicación, porque es francamente técnico y exhaustivo, y baraja muchísimos elementos y muchísimos factores a la hora de poder hacer estas tablas de *ranking* entre los distintos hospitales. Y, simplemente —y ya para terminar—, espero y deseo que estos informes sean tenidos en cuenta por los responsables de gestionar el Servicio Andaluz de Salud, dado que, de este servicio, pues, depende un servicio público fundamental, como es la asistencia sanitaria a todos los andaluces.

Nada más, y muchísimas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Botella.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Ramírez Marín tiene la palabra.

La señora RAMÍREZ MARÍN

—Gracias, señora Presidenta.

De nuevo, señor Navas, agradecerle la presentación de este informe y manifestar el máximo respeto, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, al contenido del mismo.

Respecto al contenido de este informe, yo quería llamar la atención sobre el hecho de que, a veces, un informe técnico como éste hay que leerlo en su totalidad —aunque yo también reconozco la complejidad y la amplitud, sobre todo no por la amplitud, sino por la complejidad del informe— y hay que sacar todas las conclusiones posibles; que yo entiendo también, pero, claro, cada uno desde su posición elige aquella parte del informe que más le conviene o que más le pueda convenir. Está claro.

Señor Navas, si bien desde mi Grupo se reconocen, efectivamente, determinadas debilidades o deficiencias plasmadas en el informe objeto de debate, es evidente que la Administración sanitaria trata de mantener los controles rigurosos para que todo el sistema sanitario público funcione adecuadamente. Y, por ello, por parte de los responsables correspondientes, se han atendido o se están atendiendo las recomendaciones recogidas en este informe.

Yo voy a ser muy breve. Y, en definitiva, y para terminar, yo quería decir que por encima de todo creemos que la Administración autonómica hace todos los esfuerzos necesarios para que todo el sistema sanitario en su conjunto funcione adecuadamente, para que se preste una atención sanitaria en las mejores condiciones en todos los servicios y departamentos, para que los ciudadanos, que son al fin y al cabo los protagonistas últimos de la asistencia sanitaria, se encuentren satisfechos con la misma.

Reiterarle de nuevo el agradecimiento por parte del Grupo Parlamentario Socialista. Y, por supuesto, decirle que, evidentemente, los informes de la Cámara de Cuentas son importantes para que la Administración autonómica siga las recomendaciones y vaya mejorando día a día.

Nada más y muchas gracias.

La señora PRESIDENTA

—Muchas gracias, señora Ramírez Marín.

Señor Consejero, tiene la palabra.

El señor CONSEJERO MAYOR DE LA CÁMARA DE CUENTAS

—Muchas gracias.

Efectivamente, el propósito de la Cámara, como se ha reiterado en otras ocasiones, es justamente el obtener la mejora de la gestión de los servicios públicos que perciben los andaluces, y este informe se orienta en la misma perspectiva. El informe, además, como es bien notorio, supone un esfuerzo notable de formación y de preparación por parte del personal de la Cámara.

Poco a poco, la Cámara va evolucionando hacia una mayor complejidad técnica de los informes, sobre todo avanzando por la auditoría operativa, la auditoría de gestión, que, sin perjuicio de no abandonar, como es lógico, la auditoría de regularidad, la que toma en consideración la regularidad contable y la legalidad de los procedimientos, nos permite, digamos, hacer controles más profundos y analizar los conceptos de eficacia, eficiencia y economía. Y este informe se inscribe, también, en esa dirección que la Cámara lleva asumiendo ya hace algún tiempo.

Incluso, para mayor tranquilidad aún, si no bastase la pura lectura del informe, para mayor tranquilidad aún de los señores parlamentarios, les señalo que el equipo o alguno de los miembros del equipo de fiscalización que elaboraron este informe escribieron, a propósito del mismo, un artículo doctrinal, un artículo académico, que se publicó en una revista y que ha obtenido un premio nacional de auditoría pública. Por lo tanto, parece que el informe no sólo es reconocido y reconocible en el ámbito territorial de Andalucía, sino que ha sido reconocido por su calidad y su metodología en el resto del país. Por lo tanto, sin perjuicio de esa complejidad y esos tecnicismos que incorpora, nos puede dejar tranquilos a los que somos menos versados en estos temas.

Y reiterando el agradecimiento por la acogida que han brindado al informe, nada más. Muchísimas gracias y hasta otro día.

La señora PRESIDENTA

—Muchísimas gracias, señor Consejero, por su presencia aquí esta tarde, por la presentación de estos dos Informes Especiales de la Cámara de Cuentas. Agradecemos su presencia aquí Y agradecemos también la presencia al resto de su equipo.

Y, señorías, suspendemos un momentito la sesión para despedir al Consejero, y reanudamos inmediatamente el orden del día.

[*Receso.*]

Proposición no de Ley 7-05/PNLC-000496, relativa a los trabajadores de Astilleros afectados por amianto.

La señora PRESIDENTA

—Bien. Señorías, vamos a reanudar el orden del día.

Abordamos el segundo punto del orden del día, las proposiciones no de ley en Comisión. Antes, me gustaría hacer una salvedad, por petición de los diferentes portavoces de los Grupos: vamos a proceder a las votaciones de las proposiciones no de ley al final de las mismas, ¿eh?

Así es que comenzamos con la primera de ellas, la proposición no de ley en Comisión relativa a los trabajadores de Astilleros afectados por amianto, proposición que presenta el Grupo Parlamentario Andalucista.

Y, en este momento, tiene la palabra su portavoz, el señor Moreno Olmedo.

El señor MORENO OLMEDO

—Muchas gracias, señora Presidenta.

Buenas tardes, compañeros y compañeras de esta Comisión.

Como pueden comprobar sus señorías, en la Exposición de Motivos de esta proposición no de ley recogemos los problemas derivados de la exposición del amianto.

El amianto, como saben sus señorías, es un material que se ha utilizado bastante en los últimos cuarenta años, un material al que han estado expuestos muchos trabajadores y trabajadoras de la nación andaluza. Concretamente, en todo el Estado español su uso está prohibido desde el año 2001, aunque, dada la beligerancia con la que actúa, se prevé que en los próximos años... Y señorías, desgraciadamente, cada vez es mayor el número de patologías asociadas al asbesto.

Esta exposición reiterada al amianto ha generado el desarrollo de distintas enfermedades, que han afectado no sólo al personal que ha trabajado directamente con el amianto, sino que también ha perjudicado a los familiares que de manera indirecta han tenido contacto con dicho material.

Distintos estudios, elaborados por varios organismos, dan como resultado una elevada relación entre la exposición al amianto y distintos tipos de enfermedades; enfermedades, por cierto, que aún no tienen la consideración de enfermedad profesional. Como se suele decir, no hay nada más triste que perder la vida por trabajar, y todavía peor cuando no se reconoce que la enfermedad o la muerte han estado ocasionadas por desempeñar un trabajo.

En estos momentos, señorías, se estima que el número de afectados cada vez es mayor, sabiendo que en el futuro el número de afectados aumentará, ya que los efectos perniciosos del trato con el amianto aparecen tras años de exposición a este material: los síntomas pueden tardar en aparecer incluso hasta veinte años. Los expertos consideran que en el futuro se producirán en España entre 40.000 y 50.000 muertes producidas por la exposición al amianto.

Hoy, la proposición no de ley que trae el Grupo Parlamentario Andalucista se centra en los trabajadores del sector naval de la Bahía de Cádiz, pero tranquilamente podríamos referirnos a trabajadores del sector eléctrico, de las industrias petroquímicas, del cemento, del sector ferroviario o de la construcción. Variará el número de afectados de un sector a otro, pero el padecimiento es el mismo para todos los afectados. Para muchos de ellos, el amianto ha sido parte determinante de su actividad laboral y, por desgracia, parte y causa de las enfermedades que ahora tienen, como la aparición de cáncer de pulmón, la mesotelioma o cáncer que afecta a la membrana del tórax, o de la abestosis, que produce pulmones endurecidos debido a unas cicatrices situadas en las paredes de los alvéolos, que bloquean el paso de la sangre hasta provocar su muerte. Es así de crudo, señorías, y, a su vez, tremendamente real.

Como creo que todos sabemos, son muchos los sectores laborales afectados por la exposición al amianto, y muchos los trabajadores y trabajadoras afectados, por tanto, señorías, no entendemos por qué no se adoptan medidas urgentes que ayuden a paliar la situación de desamparo en la que se encuentran las personas afectadas por la exposición directa o indirecta. Son necesarias medidas rigurosas de seguimiento del cumplimiento de protocolos de vigilancia sanitaria específica de las personas afectadas por el amianto, estableciendo un registro único de afectados, que se tendría que actualizar cada poco tiempo, ya que, como he dicho anteriormente, las enfermedades producidas por el contacto con el amianto no son de aparición inmediata.

También, como solicitan las distintas asociaciones y colectivos de afectados por el amianto, es necesario que se cumpla de forma rigurosa la Orden Ministerial de 26 de julio de 1993, así como el Programa de Vigilancia Sanitaria de las Personas Afectadas por el Amianto, de 29 de enero de 2003, en lo referente