

Fiscalizando la sanidad. Algunos apuntes desde el control externo

ANTONIO ARIAS RODRÍGUEZ
Síndico de Cuentas del Principado de Asturias
Doctor por la Universidad de Salamanca

Recibido: Noviembre 2018
Aceptado: Noviembre 2018

Resumen

En un marco de alto prestigio internacional, nuestro sistema nacional de salud afronta retos de muy difícil solución para los gestores públicos. El crecimiento del gasto sanitario se ha mostrado inflexible y difícil de contener, poniendo en riesgo la sostenibilidad de todas las finanzas regionales de España.

Su análisis ha sido objeto de abundantes auditorías, desde las más variadas perspectivas: financieras, de legalidad, operativas ... etc, cuyas principales conclusiones se presentan en este artículo.

Palabras clave: eficiencia, gasto sanitario, auditoría operativa, sostenibilidad, organización.

Clasificación JEL: I18.

Abstract

In a framework of high international prestige, our national health system faces challenges of very difficult solution for public managers. The growth of health spending has been inflexible and difficult to contain and puts at risk all the regional finances in Spain.

Its analysis has been subject to plenty of audits from different perspectives: financial, legality, operational ... whose conclusions are presented in this article.

Key words: efficiency, health expenditure, operational audit, sustainability, organization.

JEL Classification: I18.

Introducción

Una de mis encuestas preferidas (Social Progress Imperative, 2017) busca el «mejor país para nacer» y mide en 128 países doce apartados, agrupados en tres grandes categorías: desde las necesidades básicas (nutrición, vivienda, agua, seguridad) o el bienestar (acceso a conocimientos básicos, comunicaciones, salud y calidad medioambiental) hasta las oportunidades (derechos y libertades, tolerancia o acceso a educación superior). Como es previsible, el medallero lo acaparan los países nórdicos pues allí casi no hay riesgo de nacer en la casa de unos desafortunados. Y es que al igual que en el juego del *siete y medio*, puedes pasarte deseando, por ejemplo, nacer en EE.UU. y acabar en Harlem...

España ocupa este año el puesto 16 en la combinación de todos esos factores. Ocuparíamos el *pódium* sino falláramos en el apartado de *oportunidades* donde sólo alcanzamos el notable. Sin embargo, hay un ítem donde ocupamos el primer puesto: salud y bienestar. Sin duda una buena noticia. La mala noticia podría ser que no podremos pagarlo y lo sufragarán nuestros hijos y nietos porque nuestra política de endeudamiento nos indica que trasladamos ese problema financiero a las generaciones futuras. Así de crudo ¿Podrán ellos afrontarlo? Difícilmente, sobre todo cuando los tipos de interés suban un par de puntos y se lleve buena parte del presupuesto de ministerios o consejerías. Quizás les parezca frívolo, pero no veo a nadie queriendo garantizar la *sostenibilidad* a largo plazo de las finanzas públicas y resolver el problema de la financiación equilibrada de nuestras pensiones o de los gastos sanitarios. No quiero dejar pasar esta oportunidad para proclamarlo.

La clase política tiene otros problemas y éste se puede retrasar aunque con el riesgo de recrudescerse. Lo urgente eclipsa lo importante. Hoy, basta ver en las esquelas de los periódicos de provincias donde la edad de los fallecidos es diez años superior a la media mundial. Morimos de éxito, permítanme la macabra expresión, como reconocen todos los rankings internacionales de esperanza de vida. Nuestro Sistema Nacional de Salud tiene mucho que ver en ese éxito, empleando un tercio del presupuesto total en las distintas CCAA, en un escenario permanentemente marcado por las tensiones presupuestarias, incluso antes de la reciente crisis económica.

Los esfuerzos por mantenerlo bajo control están siendo importantes pero insuficientes. Táctica sin estrategia. Si comparamos la evolución del gasto sanitario público total de las CCAA constataremos su disminución en un 3% entre 2011 y 2015. Bien es cierto que su composición es desigual, pues la atención primaria ha disminuido un 5,62% mientras que la atención especializada ha aumentado en un 5,96%. El gasto en atención especializada es la mayor parte del gasto sanitario, sin que en los últimos años haya descendido como lo ha hecho el gasto total. El gasto en farmacia y el gasto de personal sanitario también han disminuido en este periodo.

El Libro Blanco sobre el sistema sanitario español (Academia Europea de Ciencias y Artes, 2011) dejó constancia de la preocupación ante una serie de problemas que ponían en cuestión su sostenibilidad debido al incremento progresivo de los gastos sanitarios. Estos problemas se refieren a aspectos financieros, políticos, profesionales, sindicales y también de estructura y de prioridades. Se trata de un estudio que recoge opiniones de profesionales, gestores y responsables políticos, preocupados por el mantenimiento de un sistema *descoordinado*, sobre todo en el ámbito de las inversiones, sin olvidar la de control del gasto farmacéutico, todo lo cual hace peligrar este sistema sanitario envidiado en muchos países.

Organizaciones complejas

En efecto, la gestión sanitaria es una de las áreas más complejas del presupuesto público, donde los principios de jerarquía, uniformidad o formalismo ceden ante la autonomía de sus profesionales y el trato directo con los usuarios del servicio. Los hospitales y los centros de salud constituyen una *burocracia profesional* (Mintzberg) donde el poder (meritocracia) radica en quienes producen directamente el output. Los contratos programa y las unidades de gestión

clínica han venido a corresponsabilizar e incentivar el cumplimiento de estos objetivos (Esteban y Arias, 2017). Las Instituciones Sanitarias son organizaciones bastante planas, donde los profesionales tienen bastante control sobre su propio trabajo, la jerarquía no funciona y es muy difícil implementar medidas de control del gasto que no sean simples y duros recortes.

Las decisiones políticas de restricción presupuestaria tienen efectos indiscriminados sobre las capas más débiles de la sociedad. Hace unos años, el Primer Ministro británico, Cameron, pedía disculpas ante las conclusiones del informe –de 3.000 páginas– dirigido por el abogado especialista en responsabilidad médica, Robert Francis, sobre la gestión del Sistema Nacional de Salud durante el quinquenio 2005-2009: «se ignoraron las señales de advertencia y se antepuso el interés corporativo y control del gasto por delante de los pacientes y su seguridad» (El mundo, 07/02/2013). Todo eso con una multitud de auditores *peinando* cada año los hospitales británicos y recomendando ahorros.

Esta complejidad supone un argumento que, no sólo permite discutir permanentemente esa sostenibilidad, sino que ha intentado justificar la imposibilidad de aplicar la normativa de las restantes administraciones. En conclusión: todo un reto para la teoría de las organizaciones, que entiende para su funcionamiento imprescindible un pacto, en forma de compromiso de objetivos y la necesaria rendición de cuentas.

La realidad española de los últimos años ha podido acreditarlo, en la dificultosa búsqueda de las mejores formas de gestión sanitaria. Además, el Ministerio de Sanidad ha padecido históricamente un liderazgo débil (Arias y Esteban, 2016) desde la aprobación hace más de 30 años de la Ley General de Sanidad.

El profesor de economía de la Universidad de Granada, José Martín, escribía recientemente un breve artículo con sugerente título: «El dilema entre una sanidad pública sin gobierno y una privada sin reputación». Apunta el autor, con apoyo de otros muchos estudios, que, en general, la dotación de personalidad jurídica del hospital, con independencia de su propiedad pública o privada, aumenta la probabilidad de ser más eficiente técnicamente en aproximadamente un 11% en relación a los hospitales públicos tradicionales sin personalidad jurídica propia agrupados en los Servicios de Salud de las comunidades autónomas. Además, hay un importante margen de mejora en eficiencia de los hospitales está condicionado (Romero, Ortega, Ocaña y Martín, 2017) por características específicas de cada comunidad autónoma, particularmente el envejecimiento, la riqueza y las políticas de gasto público regional.

Una buena gobernanza sanitaria ha sido un reto permanente para cualquier sistema nacional de salud. El informe «Diez temas candentes de la Sanidad española para 2017» elaborado por un panel de 26 expertos con diferentes sensibilidades y sectores profesionales recomendaba acabar con cierta opacidad de resultados del sector, constituyendo una Agencia de Información Sanitaria, liderada por el Ministerio de Sanidad, pero dotada de independencia de gestión, con una gobernanza madura, en la que participen las distintas CCAA y, tal vez, otros organismos (sociedades científicas, centros académicos, etc.), así como instituciones privadas.

Para los autores, éste es el diagnóstico de temas candentes:

1. Sacudir al Sistema Nacional de Salud
2. Un tema eterno: la financiación

3. El dolor crónico del Sistema Nacional de Salud. La gestión de recursos humanos y sus achaques continuos
4. Fármacos y tecnologías innovadoras, ¿cómo incorporarlos?
5. Comprar de forma más eficaz, comprar mejor
6. Provisión privada. Un nuevo fantasma recorre la sanidad española: el ‘paleoprogreso’
7. El paciente en el centro: pasar del eslogan publicitario a la realidad
8. Medir para comparar resultados y mejorar
9. La transformación digital del sistema sanitario: más allá de la historia y la receta electrónicas
10. ¿Gobernanza madura o ‘mareas blancas’?

El escenario

El Roto tiene dos ácidas viñetas, dentro de su habitual sección del diario *El País*, que suponen una profunda crítica sobre las dificultades que afronta nuestro Estado de bienestar. En la primera, un médico afirma «Antes hacíamos medicina, ahora gestionamos gasto sanitario». En otra, un inexpresivo contable explica «Reducir costes es fácil si no tienes alma». Ambas escenas ponen sobre la mesa el dilema de los directivos públicos que enfrentan en la administración económica de la salud ciudadana.

Los gestores sanitarios, públicos y privados, denuncian que la eficiencia no es inmoral (CEOE, 2015), sino que supone una obligación constitucional que está presente en otros muchos sectores de la vida administrativa. En el sector sanitario es fuente habitual de críticas, cuando se enfrenta con la equidad pero también por la dificultad de medir y reducir a números e indicadores la salud.

Suele recriminarse a los auditores públicos que hagan pocas auditorías de gestión. Nuestras Instituciones de Control Externo (ICEX) fueron inicialmente concebidas para fiscalizar la regularidad de la rendición pública de cuentas y hasta tiempos recientes no se han planteado colaborar activamente en la mejora de la gestión en el sector público.

Sin embargo, ya son muchas las ICEX de toda España que incorporan a los programas anuales de fiscalización la ejecución de trabajos de auditoría operativa, al amparo de una normativa que respalda sus análisis de eficacia, eficiencia y economía. En el ámbito sanitario, es conocida la dificultad de concluir al respecto (Martín y López del Amo, 2007) pero los auditores no dejan de intentar pronunciamientos al respecto.

Sindicatura de la Comunidad Valenciana

La Sindicatura de la Comunidad Valenciana es un ejemplo de ello. Atendiendo al requerimiento de la Mesa del parlamento regional en 2016, acomete la auditoría operativa de la

concesión administrativa sanitaria de Manises con criterios de eficiencia, eficacia y economía de la asistencia sanitaria integral. La petición hacía hincapié en el análisis de determinadas características, entre ellas, las modificaciones producidas en la población asignada y los recursos materiales adscritos, además de las operadas en su configuración societaria. Incluido en el programa anual de los auditores.

Para sorpresa de los peticionarios, los auditores concluyeron en la página 14:

«El gasto soportado por la Administración por la asistencia sanitaria integral prestada en el Departamento de Salud de Manises (674 euros por habitante) es un 24,6% inferior al gasto corriente público en asistencia sanitaria en el conjunto de departamentos de gestión pública catalogados como comarcales (894 euros por habitante)».

Este informe apostillaba además, que tomando como referencia ese gasto medio por habitante de los departamentos con hospital comarcal, la asunción con medios públicos de la asistencia sanitaria integral de la población protegida del departamento de Manises implicaría un mayor desembolso anual por gasto corriente sanitario en torno a 42,5 millones de euros. Constataba además que era superior no sólo la cartera de servicios ofrecida, sino el nivel de satisfacción del paciente.

Las conclusiones llegaban en un momento político delicado, tras la sanción europea al Reino de España por alterar el déficit regional y nacional.

Más recientemente, hizo público un polémico informe de Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torreveja. Ejercicios 2003-2016. Supone otra vuelta de tuerca al asunto, tras el informe realizado sobre la concesión del área sanitaria de Manises, donde las conclusiones obtenidas respaldaron la gestión privada.

El trabajo evaluó, con criterios de eficiencia, eficacia y economía, la asistencia sanitaria encomendada mediante concesión administrativa en Torreveja. Una de sus conclusiones apunta que la prestación logra un ahorro del gasto corriente público de 45 millones de euros anuales, «lo que implica un 30% de ahorro sobre el gasto medio de hospitales de gestión pública». Contribuye al ahorro final que el gasto corriente público per cápita sea de 675 euros por persona, mientras que en los centros de gestión pública se supera los 964 euros.

A simple vista, la conclusión es sencilla: menores y peores inputs frente a mejores y mayores outputs. Aquí viene el problema y la discusión política. Veamos:

- Respecto a los inputs, los costes laborales del concesionario son sensiblemente inferiores a los centros públicos debido a «factores tales como la estructura retributiva, los índices de absentismo del personal, la estructura organizativa de mandos directivos e intermedios y la antigüedad media de la plantilla». Además, cada médico atiende a más pacientes.
- En el output, se ofrece una mejor ratio de camas por cada 1.000 habitantes: 1,51 camas, frente a un promedio de 1,61 del sistema de gestión pública. Las listas de espera para las operaciones quirúrgicas se mueven en los 38 días en el caso de los centros de gestión privada, frente a los 64 días de media pública. Por último, en Torreveja se logró un 63,9% de los objetivos establecidos en los Acuerdos de Gestión, una cifra sensiblemente superior al conjunto autonómico que sólo alcanzó el 47,9%.

Aun es pronto para conocer todos los matices del trabajo. Desde la Dirección General de «Eficiencia y Régimen Económico» de la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, se rechazó la auditoría operativa porque «no ha tenido en cuenta aspectos extracontractuales que encarecen sustancialmente el modelo de concesión» (*El mundo*, 7-11-2018).

Cámara de Cuentas de Andalucía

La Cámara de Cuentas de Andalucía viene afrontando de manera reiterada la fiscalización del sector público sanitario con informes que han incidido en aspectos organizativos y de gestión del modelo.

En concreto, la diversidad de formas de gestión dificulta la evaluación de la eficiencia tanto en la red pública como en la concertada o en la privada. Por eso acometieron varios trabajos de análisis comparativo entre diversos hospitales (Riotinto y Montilla, en 2007; Virgen de Valme y Costa del Sol, en 2008, así como entre distritos de Málaga y Almería, en 2011), sin encontrar evidencia de ninguna superioridad de la empresa pública frente al organismo dependiente del SAS.

En 2011 y 2012 realizaron la auditoría operativa del área de gestión sanitaria de Campo de Gibraltar y del consorcio sanitario público del Aljarafe, respectivamente. Se examinaron los objetivos que permiten *alinear* la organización, así como el contenido del Contrato Programa, echando de menos determinados indicadores de calidad, que se consideran relevantes para un centro de estas características, tales como porcentaje de reingresos o porcentaje de altas por derivación a otros centros hospitalarios, que podrían completar un análisis global de la actuación de este centro (no sólo en términos de coste y producción).

Sobre los objetivos, recuerda que deben ser participativos, conocidos por todos los integrantes de la organización y aceptados por las partes, definidos de forma que sus resultados sean medibles, verificables, concluyendo: «deben ser retos pero alcanzables».

La crítica se centró en la insuficiente implicación y motivación de los profesionales sanitarios de los centros hospitalarios del Área así como la carencia de una adecuada política de comunicación de los objetivos de gestión eficiente. También que los distintos servicios clínicos, quirúrgicos, consultas o servicios administrativos funcionan de forma totalmente independiente, sin visión de área de gestión y sin directrices únicas que emanen de la dirección.

Más recientemente, fiscalizó determinadas áreas de la gestión de Recursos Humanos del Sector Sanitario Público de Andalucía, ejercicio 2013. Examinaron aspectos de regularidad en la gestión de personal, en particular, la legalidad de carácter presupuestario, contable, fiscal y laboral. También de carácter económico-financiero y de control Interno (normas y procedimientos), que consumen gran cantidad del trabajo de los auditores.

Sobre los planes anuales de control financiero, recomienda incrementar su actividad —en amplitud e intensidad— en relación con determinadas áreas de la gestión de los recursos humanos, entre las que se pueden destacar las situaciones administrativas, la contratación temporal, las retribuciones de personal directivo o las cuotas de Seguridad Social.

Consejo de Cuentas de Castilla y León

Es bien conocido que las restricciones presupuestarias, más o menos explícitas, fueron generando durante años una bolsa de facturas sanitarias sin partida presupuestaria («en el cajón») como en el resto de los sectores, pero en una cuantía muy elevada, que llegó al nivel máximo en la propia Comunidad Valenciana. Su fiscalización se ha convertido en recurrente para los auditores públicos, desde hace años.

En esta línea, destacamos otro interesante informe de auditoría operativa realizado por el Consejo de Cuentas de Castilla y León. Se trata del «Análisis y evolución de la deuda sanitaria no imputada a presupuesto» con el objetivo de estudiar el déficit de financiación existente en el periodo 2011-2016, sus causas, evolución, consecuencias.

En esa comunidad, la sanidad se lleva el 33.6% del presupuesto autonómico. Su evolución a lo largo del periodo 2011-2016 se caracteriza, en términos generales, por una cierta estabilidad. No obstante, el peso relativo de la composición del personal ha ido aumentando de manera continuada desde un 41,38% hasta llegar a un 47,59% en 2016.

Allí, la Gerencia Regional de Salud (como en otras muchas comunidades) ha generado deuda en todos los ejercicios analizados debido a que el importe del gasto sanitario es muy superior a la dotación presupuestaria del organismo y esto se traduce en la generación de obligaciones pendientes de imputar a presupuesto por falta de crédito, que se incluyen en el cuadro adjunto.

Obligaciones pendientes de imputar a presupuesto

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Deuda (Millones de €)	1.169	199	205	487	459	462

Fuente: Consejo de Cuentas de Castilla y León.

Como puede apreciarse en la tabla, en el ejercicio 2011 el importe de la deuda sanitaria era muy elevado (de hecho, alcanzó su máximo, que había venido aumentando desde los ejercicios anteriores). En el año 2012, año en que tuvo lugar la aplicación del mecanismo extraordinario de financiación de pago a proveedores, la deuda se redujo considerablemente, pero desde dicho ejercicio, de nuevo la deuda ha ido aumentando.

El informe evidencia la dificultad de aplicar restricciones presupuestarias, pues «cuando la dotación presupuestaria se reduce, la deuda inevitablemente aumenta porque en este ámbito de actuación existen gastos que no pueden dejar de producirse».

Concluye que existe una «insuficiencia estructural de los créditos iniciales para dar cobertura a las obligaciones de cada ejercicio, a pesar de conocerse el gasto real producido en ejercicios inmediatos anteriores».

Cámara de Comptos de Navarra

La Cámara de Comptos de Navarra remitió en 2012 al Parlamento foral un informe sobre la evolución del gasto sanitario en los últimos diez años. Se trata de una fiscalización solicitada por el propio legislativo donde se analiza la evolución del gasto ente 2001 y 2011, la actividad llevada a cabo en ese periodo, los recursos y medios utilizados y ofrece un análisis comparativo sobre la situación de la sanidad en Navarra y en el resto de comunidades autónomas. La Cámara de Comptos ya había publicado en 2003 un informe retrospectivo sobre el gasto sanitario, en el que analizó la evolución del gasto y actividad asistencial en el periodo 1994-2001.

En las conclusiones de los auditores navarros, destacamos la primera: en los últimos diez años el gasto sanitario había crecido más que el general del Gobierno de Navarra. Un 86% frente al 54.

Las principales causas identificadas de ese crecimiento son el aumento en gastos de fármacos hospitalarios y en inversiones. El aumento en gasto de personal se mantenía al mismo nivel que el general del Gobierno de Navarra.

En cuanto a la actividad sanitaria detectaba un incremento de consultas, ingresos, intervenciones y urgencias. Destacaba especialmente la mayor actividad en urgencias extrahospitalarias y una clara disminución de las estancias hospitalarias, estancia media y número de camas.

En cuanto al personal, en atención primaria había descendido, mientras que los profesionales dedicados a atención especializada habían aumentado, lo que se puede explicar en parte por el aumento de la actividad dirigida a pacientes que no ingresan pero necesitan pruebas diagnósticas o intervenciones que no requieren ingreso hospitalario.

El informe indicaba que los navarros acuden de media cinco veces a consultas de atención primaria, porcentaje que no ha variado en los últimos años. En el caso de las consultas especializadas, el promedio es de 1,5 visitas por habitante y año, porcentaje estabilizado desde hace diez años.

En cuanto a los indicadores relacionados con la calidad, Navarra es la comunidad que presenta menor tasa de reingreso hospitalario, ocupando un lugar también destacado en cuanto a satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público.

El informe subraya la necesidad de una presupuestación más acorde a las necesidades reales, ya que muchas previsiones son inferiores al gasto del ejercicio anterior. La Cámara de Comptos también pide la optimización de la gestión de personal, con introducción de sistemas de incentivos, mejor control del absentismo y una más eficaz coordinación entre profesionales económicos y sanitarios. Asimismo, recomienda también la realización de protocolos consensuados entre los profesionales sanitarios que eviten actividad médica innecesaria, derivada actualmente de la presión de los pacientes y el temor a posibles demandas. También aboga por aumentar la participación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones sobre cambios organizativos y estructurales, «ya que ellos son los que cuentan con más información útil sobre el funcionamiento de los servicios».

El informe pide continuar avanzando en la implantación de sistemas de costes y una mejora en la gestión de los conciertos sanitarios, análisis de alternativas a los mismos y, en todo caso, considera que dichos conciertos deben fijar las mismas tarifas para prestaciones similares e incluir indicadores para medir la calidad del servicio.

Audiencia de Cuentas de Canarias

La Audiencia de Cuentas de Canarias aprobó un Informe sobre la Evaluación de la Gestión del Gasto de las Administraciones Públicas Canarias en el Sector de la Sanidad, ejercicios 2004-2007. Se trata de una loable incursión en el complejo mundo de la evaluación de políticas públicas, como se había hecho antes con la política turística. Tanto la auditoría operativa como la evaluación tienen similitudes y diferencias. Los auditores (Tribunal de Cuentas Europeo, 2017) caracterizan la evaluación como la «*valoración de las intervenciones según sus resultados y repercusiones, sin perder de vista las necesidades que aspiran a satisfacer*».

Ambas actividades (evaluación y auditoría operativa) implican el examen de las políticas y los procesos de ejecución, así como de las consecuencias de éstos, en la evaluación de la economía, la eficiencia y la eficacia de una entidad o actividad. Ambas requieren conocimientos, habilidades y experiencia similares y se sirven de métodos afines para la recopilación y análisis de datos. Su principal diferencia radica en el contexto en el que se llevan a cabo y en el objetivo de cada una de ellas.

La auditoría operativa se encuadra en un marco de rendición de cuentas y los organismos interesados han de responder de la administración de los fondos y deben facilitar información significativa y fiable para determinar cómo ha sido la gestión. Las auditorías de gestión son llevadas a cabo por auditores que mantienen su independencia al elegir y determinar la manera en que realizan su trabajo y en que comunican sus resultados a la autoridad de aprobación de la gestión.

De la veintena de conclusiones del informe de la evaluación sanitaria me gustaría destacar dos:

- La sostenibilidad del sistema de salud está en entredicho, motivado por el envejecimiento de la población lo que hace que aumente el número de enfermos crónicos, que junto al coste de las nuevas tecnologías acarrearán un incremento del gasto sanitario.
- Existe un desajuste entre el presupuesto aprobado en cada ejercicio y el gasto real. Los presupuestos se hacen con respecto a las previsiones del año anterior y no con respecto al gasto real, de ahí que haya un desfase entre ambos conceptos en la financiación del sistema en los ejercicios analizados.

Consello de Contas de Galicia

El Consello en su Informe fiscalización sobre los objetivos del área del Sergas formulados en el documento presupuestario. Ejercicios 2011-2013 aborda los denominados «Acuerdos de Gestión» que ordenan las relaciones entre el organismo autónomo y su dispositivo

asistencial. Representan la aplicación práctica del modelo de dirección por objetivos y recogen para cada anualidad las líneas estratégicas, los objetivos e indicadores que el organismo establece con los diferentes centros de gestión.

Los auditores gallegos advierten de carencias en la información que el organismo autónomo publica respecto de su actividad y resultados, tanto para el conjunto del sistema regional como para los diferentes centros de gestión que lo integran, lo que contrasta con el elevado nivel de desarrollo de sus sistemas de información que le sirven de soporte. Asimismo «aprecian significativas deficiencias en la definición y concreción de los objetivos operativos e indicadores recogidos en el documento presupuestario, lo que limita su capacidad para cumplir con la finalidad de reflejar los objetivos estratégicos que se pretenden conseguir y su grado de consecución». Tampoco existe una sistemática de información y seguimiento de los mismos.

Por último, recomienda mejorar el acceso a la información sobre la actividad, la calidad y los resultados del sistema sanitario:

«Dicha información debe publicarse de manera periódica, sistematizarse de forma estructurada y ordenada y, por último, ser accesible, fácilmente interpretable, útil y comparable. Debe aprovecharse el elevado nivel de calidad y desarrollo de los sistemas y tecnologías de la información con los que cuenta la institución».

Uno de los pocos órganos de control externo que se ocuparon de las indemnizaciones por errores médicos ha sido el órgano de control externo de Galicia. En su *Informe de fiscalización de la responsabilidad patrimonial sanitaria del SERGAS* (2011) encontramos algunos datos interesantes, como el coste indemnizatorio medio abonado que oscila suele corresponder con el retraso de diagnóstico –con un importe medio de 93.065,99 euros–, seguido del error terapéutico y al contagio o infecciones, con importes medios de 68.586,76 euros y 63.865,91 euros, respectivamente.

Recordemos que para reconocer la responsabilidad patrimonial de la Administración se exige, con carácter general, la concurrencia de los siguientes elementos: la existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado, el nexo causal, el perjuicio antijurídico –que no exista la obligación de soportarlo– sin que concurra fuerza mayor.

Sin embargo, en el área de la responsabilidad patrimonial sanitaria, *se modelan* la anti-juridicidad, la objetividad y la causalidad. El paciente que demanda a al servicio regional de salud se encuentra en un mundo cuya construcción dogmática, nos recuerda Chaves García (Delajusticia.com, 2017) «es de cuño jurisprudencial y plagada de conceptos escurridizos y de difícil deslinde (consentimiento informado, vulneración de la lex artis asistencial, pérdida de oportunidad, daño desproporcionado, etc)».

El Consello de Contas ya apunta (epígrafe 4.29) futuras dificultades para el sector asegurador en este campo de la responsabilidad sanitaria, ante el progresivo incremento de las primas durante los últimos diez años por el crecimiento del número de reclamaciones:

«Las compañías de seguros ponen de manifiesto las dificultades para el cálculo actuarial y el ajuste técnico por riesgo de las primas, debido al elevado número de contingencias cubiertas y al importante grado de variabilidad en los importes de las indemnizaciones fijadas por los tribunales de justicia. Estas son las razones fundamentales, entre otras,

por las que muchas aseguradoras abandonaron este sector, mientras que otras iniciaron y consolidaron estrategias de especialización y de captación del mayor número de asegurados para garantizar la rentabilidad económica del seguro por volumen de negocio».

¿Porqué utilizar el seguro de responsabilidad civil en la Administración Sanitaria? No faltará quien piense que este tratamiento no existe para otros colectivos. Sin embargo, es un hecho que ningún otro sector tiene el número de demandas del médico y que sólo se le podría repercutir por negligencia grave.

En realidad es una técnica de gestión y de translación del riesgo que se justifica principalmente en razones presupuestarias cerrando así la cuantía anual de las indemnizaciones. También como política de personal debido a la presión de los colectivos profesionales de facultativos al incluir su defensa cuando son demandados en vía penal. Puede que acabe siendo más barato para el Estado asumirlo que permitir un incentivo como ese para escalada de conflictividad laboral o una espiral salarial.

Con todo, como pone de manifiesto el propio informe, el mayor coste que trae este nuevo escenario es la práctica de la *medicina defensiva* pues, por un lado ralentiza la prestación asistencial, y por otro encarece la asistencia prestada por cuanto supone la realización de pruebas y aplicación de terapias de las que se podría haber prescindido.

El Consello, aun reconociendo la competencia exclusiva del Estado ex 149.1.18. de la CE, considera *deseable* que la Administración sanitaria disponga de alternativas o mejoras en el actual sistema de gestión de la responsabilidad patrimonial sanitaria en vía administrativa, «en términos de celeridad en su resolución, de compensación de los daños de pequeña entidad y de respuesta efectiva al ciudadano, en el marco de un proceso asistencial de calidad que incentive su desjudicialización, facilite la cultura de aprendizaje de la organización sanitaria y suponga unos menores costes tanto en términos económicos como sociales». Una valiente recomendación de los auditores demostrando que no son presa fácil de los fríos números.

En España, tal como apuntaba el Consello, este camino continúa expresamente vedado tras la modificación de la Ley 5/2012 de mediación en asuntos civiles y mercantiles, que excluyó (art. 2.2) de su ámbito de aplicación a las Administraciones públicas. El magistrado TSJ de Galicia, Julio Díaz Casales, estudió el asunto en un seminario del Consejo General del Poder Judicial. En su ponencia titulada: «La mediación en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, una posibilidad por explorar» propuso establecer mecanismos extrajudiciales de resolución de estos conflictos como las *comisiones de reparación de los accidentes médicos* en derecho francés. Allí, su Ley 303/2002 prevé que en cada región existan una o varias comisiones de conciliación e indemnización que se encarguen de facilitar la solución amigable de los conflictos derivados de accidentes médicos.

En principio, los profesionales y los centros sanitarios franceses tienen la interesante obligación de informar acerca de las circunstancias que determinaron el daño, en el plazo de 15 días, por medio de una entrevista en la que el interesado puede estar asistido por un médico u otra persona de su elección. Además, una comisión nacional de accidentes médicos, dependiente de los Ministerios de Sanidad y de Justicia, selecciona los peritos entre el listado nacional de expertos que soliciten su inscripción durante 5 años renovable previa valoración de los conocimientos. Cuando la comisión estima una lesión relevante, la aseguradora del

profesional le hará a la víctima un ofrecimiento de indemnización suficiente para la reparación íntegra de los daños en el plazo de 4 meses y el pago debe realizarse en un mes.

El Ministerio de Hacienda toma cartas en el asunto

Tras la Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, promulgada en el marco de la normativa de supervisión de la estabilidad presupuestaria, se exige a las CCAA remitir al Ministerio de Hacienda –periódicamente para su seguimiento y publicación– información detallada de su gasto sanitario, especialmente el farmacéutico, las inversiones reales (incluidos los equipos de alta tecnología) así como las medidas adoptadas, así como su grado de avance, para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

En la web del Ministerio de Hacienda encontramos, en efecto, el seguimiento de estos gastos sanitarios por CCAA. Así, entre 2014 y el 2015, el crecimiento de ese gasto en las distintas CCAA había ascendido al 9,2% (en la farmacia hospitalaria del 26%). En la actualidad, después del inicial retroceso, el Gasto en productos farmacéuticos y sanitarios ha vuelto a repuntar (Ministerio de Hacienda, 2018) creciendo en el ejercicio 2016, el 5,2% , y en el 2017 un 4% (incluyendo el efecto de la Hepatitis C), si bien con muchas diferencias entre las diversas regiones españolas.

La citada Ley Orgánica 6/2015 incluye una modificación de la Ley General de Sanidad cuyo artículo 106, titulado «Seguimiento de la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario de las Comunidades Autónomas» que exige a las CCAA remitir periódicamente al Ministerio de Hacienda, para su seguimiento y publicación a través de la Central de Información Económico-Financiera, los datos relativos a su gasto farmacéutico hospitalario así como del gasto en productos farmacéuticos y sanitarios con y sin recetas médicas.

Además el artículo 111 incluía un aviso a navegantes pues la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos «aprobará un conjunto de medidas que contribuyan a mejorar la sostenibilidad y eficiencia del gasto farmacéutico y sanitario para que puedan ser adoptadas por aquellas Comunidades Autónomas que así lo consideren».

Así, se creó un instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario al que debían adherirse las CCAA. A partir de ahí, el nuevo artículo 114 fija límites de gasto sanitario de tal manera que en la Comunidad Autónoma *adherida* «la variación interanual, a ejercicio cerrado, del gasto farmacéutico (..) no podrá ser superior a la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto de medio plazo de la economía española».

Cuando el gasto farmacéutico o el gasto en productos sanitarios sin receta médica u orden de dispensación de una Comunidad Autónoma adherida a este instrumento supere ese límite:

1. La Comunidad Autónoma no podrá aprobar la cartera de servicios complementaria de la cartera común de servicios del sistema nacional de salud.
2. El acceso al reparto de esos recursos económicos estará sujeto al informe favorable del Ministerio de Hacienda (art. 20.3 Ley Orgánica de Estabilidad presupuestaria).
3. La Comunidad Autónoma deberá aplicar las medidas de mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario que sean acordadas por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos.

En conclusión

Los gastos sanitarios son una materia apropiada para buscar mejoras de eficiencia y eficacia a través de la auditoría operativa. La modernización administrativa llevada a cabo durante los últimos años ha dejado cubiertas muchas lagunas de legalidad que permite concentrar recursos a las Instituciones de control Externo en tareas de mejora en la gestión. Así, han efectuado variadas recomendaciones intentando contener el gasto, mejorando la transparencia y evaluando la gobernanza de las instituciones sanitarias.

En este momento, que las tensiones presupuestarias han vuelto a repuntar, tras la contención inicial producida a raíz de la LO 6/2015, se hacen mucho más necesarias.

Bibliografía

- Academia Europea de Ciencias y Artes. *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español*. 2011.
- CEOE. *El libro blanco de la sanidad*. 2016.
- Chaves García, J. R. «La responsabilidad sanitaria revienta por las costuras». www.delajusticia.com, 17-1-2017, consultado en octubre de 2018.
- Díaz Casales, J. (2017). «La mediación en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, una posibilidad por explorar». CGPJ (Seminario).
- Esteban Álvarez, A. I. y Arias Rodríguez, A. (2017). «El Contrato Programa como herramienta de planificación en las organizaciones sanitarias. Participación, transparencia y evaluación». *Presupuesto y Gasto Público*, n.º 88, 2017, págs. 181-204.
- (2016) «30 años de reforma sanitaria. Situación actual y perspectivas de la gestión clínica en España». *Revista española de control externo*, vol. 18, n.º 53 (número monográfico sobre la fiscalización operativa), págs. 67-105.
- García Vargas, J.; Ignacio Riesgo y Raimon Belenes (2017). Diez temas candentes de la Sanidad española para 2017. Unidad Editorial.
- Martín Martín, J. J. y López del Amo González, María del Puerto (2007). «La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias». *Presupuesto y Gasto Público*, n.º 49, págs. 139-161.
- Ministerio de Hacienda. Central de Información. Seguimiento de la Ley de Estabilidad Presupuestaria. *Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario*.
- Pérez Romero, C.; Ortega Díaz, M. Isabel; Ricardo Ocaña-Riola y Martín Martín, J. J. (2017). «Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español». *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, vol. 31, n.º 2, págs. 108-115.
- Social Progress Imperative. *Índice de Progreso Social*. 2017
- Tribunal de Cuentas Europeo. *Manual de auditoría de gestión*, edición 2017.
- Informes de Auditoría.
- Audiencia de Cuentas de Canarias. *Evaluación de la Gestión del Gasto de las Administraciones Públicas Canarias en el Sector de la Sanidad*, 2010.

- Cámara de cuentas de Navarra. *Evolución del gasto sanitario en Navarra (2001-2011)*. 2012.
- Cámara de Cuentas de Andalucía (2017). Fiscalización sobre determinadas áreas de la gestión de Recursos Humanos del Sector Sanitario Público de Andalucía, ejercicio 2013.
- (2014) *Fiscalización del consorcio sanitario público del Aljarafe. Ejercicio 2012*.
 - (2013a) *Análisis comparativo de dos Distritos de Atención Primaria. Ejercicio 2011*.
 - (2013b) *Fiscalización Operativa del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Ejercicio 2010*.
 - (2011). *Auditoría operativa del área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar. Ejercicio 2009*.
 - (2010) *Análisis comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol, ejercicio 2008*.
 - (2009) *Análisis comparativo de la gestión desarrollada por los hospitales comarcales de Riotinto y Montilla. Ejercicio 2007*.
- Consejo de Cuentas de Castilla y León. Análisis y evolución de la deuda sanitaria no imputada a presupuesto, 2018.
- Consello de Contas de Galicia (2016). Informe fiscalización sobre los objetivos del área del Sergas formulados en el documento presupuestario. Ejercicios 2011-2013.
- (2011). *Informe de fiscalización de la responsabilidad patrimonial sanitaria del SERGAS*.
- Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana (2017). *Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises*. Ejercicios 2009-2015.
- (2018) *Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevieja*. Ejercicios 2003-2016.