



## Premio XIII

Fiscalización horizontal: la gestión del gasto en prótesis quirúrgicas. (2010)



## Fiscalización horizontal: la gestión del gasto en prótesis quirúrgicas

### **Pilar Plaza Grau**

Auditora de la Sindicatura de Comptes de Catalunya

### **María Teresa Mateo Fernández**

Auditora del Consello de Contas de Galicia

### **Consuelo Rus Lillo**

Auditora de la Cámara de Cuentas de Andalucía

**Resumen:** Las prótesis quirúrgicas son uno de los componentes del gasto sanitario con tendencia creciente en los hospitales públicos y tienen un fuerte impacto en los presupuestos públicos de salud.

El objetivo fundamental de este artículo ha sido analizar los resultados de una experiencia de fiscalización transversal, focalizada sobre la compra y gestión de algunos tipos de prótesis en hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud de España.

El análisis realizado conjuntamente por los órganos de control externo de tres comunidades autónomas ha permitido contrastar los métodos de trabajo de los tres equipos de auditoría y establecer una metodología común.

La fiscalización se realizó en nueve hospitales, tres por cada Comunidad Autónoma, y analiza tanto aspectos de regularidad como de gestión de los procedimientos, referidos a cuatro tipos de prótesis quirúrgicas: prótesis de rodilla, desfibriladores, stents, y lentes intraoculares. Este artículo resume las conclusiones de la fiscalización de regularidad y también los resultados de la auditoría de gestión.

**Palabras clave:** Fiscalización, auditoría, control externo, hospitales, prótesis, implantes, Sistema Nacional de Salud, España.

**Abstract:** The implanting of surgical prostheses is one of the components of healthcare expenditure that is tending to increase in public hospitals and has a significant impact on public health budgets.

The fundamental aim of this article has been to analyse the results of a horizontal audit, focused on the purchase and management of certain types of prostheses in public hospitals in the Spanish National Health System.

The analysis carried out jointly by the external audit institutions of three autonomous regions (comunidades autónomas) enabled the three audit teams to compare audit work methods and establish a common methodology.

The audit was carried out in nine hospitals, three in each autonomous region, and reviewed both regularity and performance aspects of the procedures relating to four types of surgical prostheses: knee replacements, defibrillators, stents, and intraocular lenses. This article summarises the regularity audit findings and the results obtained from the performance audit.

**Keywords:** Public sector audit, external audit, review, hospitals, prostheses, implants, healthcare, National Health System, Spain.



## Introducción

La Sindicatura de Cuentas de Cataluña, el Consejo de Cuentas de Galicia y la Cámara de Cuentas de Andalucía han realizado sendos informes de fiscalización analizando la gestión en la adquisición de prótesis.

Esta fiscalización responde a una iniciativa conjunta de los citados tres Órganos de Control Externo (OCEX) con el objetivo de obtener conclusiones más allá de las propias de cada Comunidad Autónoma, así como avanzar y contrastar las diferentes metodologías de trabajo de los equipos auditores.

Los informes resultantes referidos al año 2007 son el informe 20/2009 de la Sindicatura de Cuentas de Cataluña, el informe de adquisición de implantes quirúrgicos del Consejo de Cuentas de Galicia y el informe OE 01/2008 de la Cámara de Cuentas de Andalucía.

En este artículo se analizan los aspectos institucionales de estos informes que se han considerado más significativos; se explican determinadas particularidades del objeto, alcance, ámbito subjetivo, metodología y resultados de la fiscalización realizada; finalmente se hace referencia a algunos indicadores de gestión.

## Aspectos institucionales y de competencias de los OCEX

El trabajo de fiscalización se ha materializado en la emisión de tres informes, uno por cada OCEX, y cada uno de ellos se ha aprobado por el Pleno respectivo de cada OCEX.

La idea inicial fue emitir un único informe que abarcara los trabajos de las tres comunidades, pero dado que cada OCEX aprueba informes relativos a su Comunidad Autónoma, se optó por la realización de tres informes individuales, adjuntando a cada uno de ellos un anexo común en el que se recopilan y comparan datos de los tres análisis.

El anexo incluye, los aspectos más significativos de la fiscalización, y la complementa comparando los sistemas

de gestión y los procedimientos aplicados en la adquisición, almacenaje e implantación de determinadas prótesis, así como la oferta de los productos existentes en el mercado y la variabilidad de precios de adquisición entre los hospitales seleccionados de las tres comunidades. Todo ello con la información extraída del texto de los tres informes aprobados.

Esta forma de proceder ha permitido una tramitación independiente de cada informe en el Parlamento de su correspondiente Comunidad Autónoma y resolver cualquier actuación posterior que hubiera podido derivar de la tramitación.

En cuanto al procedimiento de las alegaciones, los tres OCEX remitieron los informes a los respectivos Servicios de Salud. La Sindicatura de Cuentas de Cataluña y la Cámara de Cuentas de Andalucía, además a los diferentes centros sanitarios implicados.

Señalar, que el anexo que se adjunta en cada uno de los informes con la información comparativa de todos los centros de las tres comunidades autónomas no ha sido objeto de alegaciones, si bien como ya se ha mencionado anteriormente, la información recogida en el anexo queda incluida en el cuerpo del informe y por tanto indirectamente sometido a alegaciones.

La sistemática de actuación que siguen los tres OCEX es similar, si bien destaca los siguientes hechos diferenciales:

- La revisión que realiza la Comisión Técnica a los borradores y anteproyectos de informe de la Cámara de Cuentas de Andalucía.
- En cuanto a la aprobación por parte del Pleno, en Cataluña y a la fecha de emisión del informe aquí tratado era posterior al trámite de alegaciones. No obstante, actualmente, igual que en el caso de Andalucía y Galicia, el Pleno realiza una aprobación previa del proyecto de informe con anterioridad a las alegaciones del ente fiscalizado y posteriormente aprueba el informe definitivo con las alegaciones incorporadas y los posibles comentarios a éstas.
- Finalmente, destaca el hecho que los informes se publican en las páginas web de los tres OCEX, y en Andalucía y Cataluña además se publica en el Diario Oficial del Parlamento.

El cuadro 1 muestra de manera esquemática el proceso de elaboración, aprobación y tramitación de los informes en cada OCEX.



## Cuadro 1: Proceso de elaboración y aprobación de informes

Sindicatura de Cuentas de Cataluña	Consejo de Cuentas de Galicia	Cámara de Cuentas de Andalucía
<b>Realización del informe</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajo de campo y redacción del proyecto de informe.</li> <li>Revisión del proyecto de informe por el Síndico responsable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajo de campo y redacción del anteproyecto de informe.</li> <li>Aprobación del anteproyecto de informe por la Sección de Fiscalización del Consejo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajo de campo y redacción del anteproyecto de informe.</li> <li>Revisión por el Consejero responsable y supervisión realizada por la Comisión Técnica.</li> <li>Presentación del anteproyecto al Pleno de la Cámara para su aprobación.</li> </ul>
<b>Trámite de alegaciones</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Envío del proyecto de informe a alegaciones al Servicio Catalán de Salud y a los hospitales fiscalizados.</li> <li>Recepción e incorporación de las alegaciones al proyecto de informe, así como las modificaciones que puedan comportar en el texto del proyecto.</li> <li>Presentación del proyecto de informe por el Síndico ponente responsable de la fiscalización al Pleno de la Sindicatura.</li> <li>Aprobación del informe por el Pleno de la Sindicatura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Envío al Servicio Gallego de Salud del anteproyecto de informe para la formulación de alegaciones.</li> <li>Recepción e incorporación de las alegaciones al anteproyecto de informe, así como las modificaciones que puedan comportar en el texto del anteproyecto.</li> <li>Aprobación del proyecto de informe por la Sección de Fiscalización y elevación al Pleno del Consejo de Cuentas.</li> <li>Aprobación del informe definitivo por el Pleno del Consejo de Cuentas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una vez aprobado por el Pleno se procede al envío, como informe provisional, para la fase de alegaciones al Servicio Andaluz de Salud y a los hospitales fiscalizados.</li> <li>Recepción e incorporación de las alegaciones al informe, así como la realización de fichas para el tratamiento de las modificaciones que puedan comportar en el texto del informe.</li> <li>Acta de la Comisión Técnica donde se recogen las sugerencias al tratamiento de las alegaciones.</li> <li>Acuerdo del Pleno sobre el tratamiento de las alegaciones y sobre la aprobación del Informe definitivo.</li> </ul>
<b>Tramitación parlamentaria</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tramitación del informe a la Mesa del Parlamento de Cataluña. La Mesa ordena que se publique el informe en el Boletín Oficial del Parlamento de Cataluña y lo tramita a la Comisión del Parlamento de la Sindicatura.</li> <li>Admitido a trámite el informe por la Mesa del Parlamento, se publica en la página web de la Sindicatura.</li> <li>El informe se debate en Comisión por los grupos parlamentarios. El Reglamento del Parlamento contempla la posibilidad de que comparezcan los responsables de los entes fiscalizados si así lo solicita la Comisión para responder las preguntas de los diputados.</li> <li>Publicación en el Diario Oficial del Parlamento y en el Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña de las resoluciones adoptadas por la Comisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remisión del informe al Parlamento y publicación en la Web del Consejo de Cuentas de Galicia.</li> <li>Presentación el informe a la Comisión no legislativa para las relaciones con el Consejo de Cuentas (Parlamento de Galicia) y debate en Comisión.</li> <li>Las propuestas de recomendaciones de los grupos parlamentarios y, en su caso, aprobación de las mismas en el seno de la Comisión no legislativa.</li> <li>Publicación en el Diario Oficial del Parlamento de las recomendaciones y en su caso, de las resoluciones que se aprueben.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución del Parlamento de Andalucía sobre el informe de fiscalización.</li> <li>Admitido a trámite, se publica en la página web de la Cámara de Cuentas de Andalucía, el Informe Definitivo y resumen del mismo.</li> <li>Publicación en el Diario Oficial del Parlamento y en el Diario Oficial de la Junta de Andalucía de las resoluciones adoptadas por la Comisión.</li> </ul>

## Características de la fiscalización: auditoría integrada

Las características del trabajo responden a una fiscalización horizontal en el sentido que se realiza en diversos hospitales de los Servicios de Salud de las tres comunidades autónomas, es decir, no se analiza un hospital en su totalidad sino que se analiza una actividad, la implantación de unos tipos de prótesis quirúrgicas, de manera doblemente transversal, por una parte sobre diversos hospitales y por otra distribuidos territorialmente en tres comunidades autónomas.

Asimismo, se corresponde con una fiscalización de regularidad dado que se analiza el cumplimiento de la normativa aplicable y de una auditoría de gestión en que se analizan los circuitos de control interno y algunos indicadores propios de la prestación asistencial que acompaña a la implantación de prótesis quirúrgicas objeto de examen. Se trata, por tanto, de una auditoría integrada que abarca aspectos contables, de legalidad y de gestión.

## Equipos de auditoría y otros recursos necesarios

Cada OCEX configuró los equipos de trabajo de acuerdo con su estructura y jerarquía propia, estando formados por el Consejero o Síndico responsable del informe, un supervisor o auditor jefe, auditores, y técnicos o ayudantes de auditoría.

Uno de los objetivos principales en cuanto a la metodología de los equipos de auditoría ha sido aplicar criterios y tratamientos homogéneos ante circunstancias similares, para ello, en una primera fase cada equipo de auditoría realizó trabajos preliminares de aproximación al conocimiento del tipo y cuantía del gasto y de la actividad a fiscalizar. La información así obtenida se puso en común y se determinó el objeto y alcance del trabajo, consensuando los hechos económicos y asistenciales que debían ser revisados y las características de la información que se debía recopilar. El transcurso del trabajo de campo así como de redacción del informe ha comportado que los equipos de auditoría se hayan reunido en cinco ocasiones.

La puesta en común de los hallazgos de auditoría, así como de la problemática que ha ido surgiendo tanto en la realización del trabajo de campo como en la redacción del informe, ha hecho que los equipos de auditoría hayan tenido que reconducir en más de una ocasión las líneas de actuación trazadas inicialmente. Y en consecuencia, esta rigurosidad se ha transmitido indirectamente a los centros hospitalarios, por lo que procede resaltar la buena disposición y colaboración prestada por el personal facultativo y de gestión de los hospitales analizados.

## Determinación del objeto y alcance material de la fiscalización

La primera aproximación a la definición del objeto de la fiscalización tuvo su origen en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud aprobada por el Real decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, que define estos servicios como los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos sus usuarios. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, pueden aprobar sus respectivas carteras de servicios, incluyendo, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud; que financian de conformidad con los acuerdos de transferencias y el sistema de financiación autonómico.

Por consiguiente, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en tanto que es exigible a todas las comunidades autónomas, proporciona elementos comunes a fiscalizar por los OCEX con elevado grado de homogeneidad que permite realizar comparaciones tanto de indicadores como de sistemas de gestión.

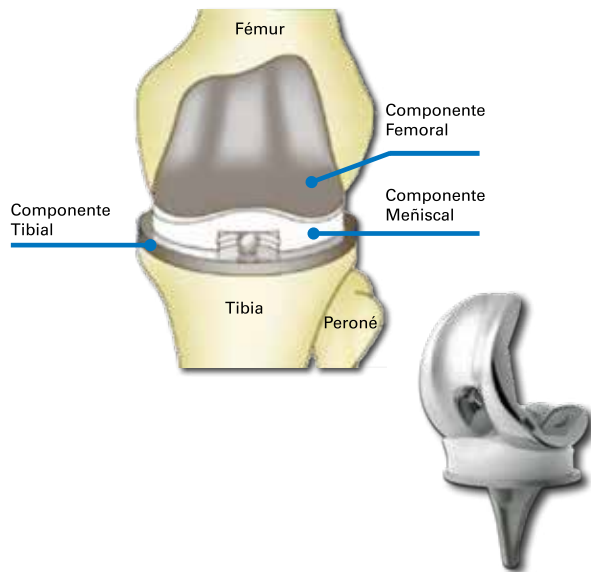
En concreto, se acordó realizar el trabajo sobre la adquisición y la implantación de prótesis quirúrgicas atendiendo a que actualmente es un gasto de tendencia secular creciente en los presupuestos públicos de sanidad. La tendencia al alza del gasto se debe, en parte, a la amplia oferta de productos y técnicas innovadoras que, por sí mismas ya crean una demanda creciente en la sociedad actual. Así como por las tendencias demográficas y sociales de la población actual en

que la esperanza de vida y los índices de calidad de vida son crecientes y están asociados al nivel de salud.

El gasto por compra de prótesis financiado por los servicios de salud en el año 2007 fue de 131 millones de euros en Andalucía, que representa 16,30 euros por habitante; en Cataluña de 115 millones que equivalen a 15,95 euros por habitante; y en Galicia de 57 millones que comportan 20,58 euros por habitante.

Los equipos de auditoría de los tres OCEX realizaron un estudio preliminar del alcance que comporta este tipo de artículos, concluyendo que dado el gran número de prótesis diferentes y la diversidad de componentes de los conjuntos de prótesis, la fiscalización debía circunscribirse a cuatro subgrupos seleccionados en función a criterios específicos y concretos:

- Implantes cardíacos, en concreto los desfibriladores bicamerales, por tratarse de prótesis de alta tecnología con un precio de adquisición unitario significativo.



- Implantes vasculares, en concreto las endoprótesis coronarias farmacoactivas (o stents), por ser implantes de alta tecnología, innovadores, con precios unitarios relevantes y por el elevado número de implantes realizados. Además, un mismo paciente en un mismo acto médico puede requerir uno o más stents.
- Implantes oftalmológicos, en concreto las lentes intraoculares acrílicas de cámara posterior para la corrección de la afaquia, ya que las operaciones sobre cristalino (cataratas) son las intervenciones quirúrgicas con mayor número de casos de los procedimientos quirúrgicos sin ingreso hospitalario.
- Implantes osteoarticulares, en concreto las prótesis de rodilla primarias totales cementadas, atendiendo al importante número de implantes realizados así como por el coste del producto y de la implantación. No obstante, el estudio se limitó al componente femoral y al componente tibial a efectos de homogeneizar el trabajo realizado en los diferentes hospitales.

Por lo que respecta al alcance del trabajo se determinó que abarcaría el análisis y comparación de los aspectos siguientes:

- Procedimientos de compra de los implantes quirúrgicos.
- Grado de cumplimiento de la normativa sobre contratación pública.
- Concurrencia de proveedores y posible segmentación de mercados.
- Sistemas de gestión de aprovisionamientos y de almacenaje.
- Circuitos y sistemas de información: la trazabilidad de las prótesis. Grado de cumplimiento de la normativa.
- Comparación de precios unitarios y de precios medios.
- Comparación del número de días de hospitalización.
- Comparación del número de días de las listas de espera quirúrgica.



## Ámbito subjetivo

En una fase preliminar el ámbito subjetivo de la fiscalización se delimitó a tres hospitales por cada una de las comunidades autónomas participantes, los cuales se seleccionaron a criterio de cada uno de los equipos de auditoría, si bien debían realizar los cuatro tipos de implantes quirúrgicos, y que en la medida de lo posible representaran entidades de diferentes naturalezas jurídicas.

En el caso de Andalucía los tres hospitales seleccionados pertenecen al Sistema Sanitario Público de Andalucía, por lo que *a priori* deberían presentar un alto grado de similitud, ya que el Servicio Andaluz de Salud centraliza y homogeniza tanto los sistemas de compras como los de gestión. No obstante, del trabajo realizado se observan grados diferentes en la aplicación de los diversos sistemas de gestión.

En el caso de Cataluña (la prestación sanitaria se proporciona a través de la red sanitaria de utilización pública, formada por centros de titularidad pública del Instituto Catalán de la Salud y por centros concertados de titularidad pública o mixta), se seleccionaron en primera instancia un hospital propio del Instituto Catalán de la Salud y dos hospitales concertados con naturaleza jurídica diferente, una fundación y un consorcio. Debido a que uno de los hospitales concertados no realizaba implantes cardiovasculares se amplió la muestra a un cuarto hospital solamente para estas prótesis. El hospital seleccionado para esta prótesis fue uno de los de l'Institut Catalán de la Salut. Los sistemas de compras en los hospitales del Instituto Catalán de la Salud son muy similares entre sí, e incluso en algunos implantes las compras las realiza una central de compras y se gestionan con un operador logístico vinculado al grupo. En el caso de los dos hospitales concertados cada uno tiene su sistema de gestión y de compra.

El caso de Galicia presenta similitud con el de Andalucía dado que la gran parte de las prestaciones se realizan en hospitales del Servicio Gallego de Salud, no obstante, en uno de los hospitales no se realizaban implantes de cardiología porque se traspasó esta actividad a una sociedad anónima de capital social público. Los sistemas de aprovisionamiento

y de gestión en Galicia presentan un menor grado de homogeneidad que en Andalucía, si bien se encuentran en un proceso de unificación de sistemas.

Las tres comunidades pueden concertar actividad extraordinaria con centros de titularidad privada con el fin de aligerar las listas de espera.

Por tanto, el ámbito subjetivo diseñado reúne las características de una auditoría horizontal en la que se analiza en un conjunto de hospitales un aspecto concreto de su actividad, la implantación de prótesis quirúrgicas.

## Metodología y resultados relevantes

La metodología aplicada, en tanto que se trata de un informe de fiscalización realizado por los OCEX, se ha efectuado mediante pruebas substantivas y de cumplimiento, de forma selectiva, y aquellas que se han considerado necesarias para obtener evidencia suficiente y adecuada, para manifestar las conclusiones que se desprenden del trabajo de acuerdo con las normas de auditoría pública generalmente aceptadas. A continuación se señalan las cuestiones más destacadas de las pruebas de auditoría aplicadas.

### a) Sistemas de aprovisionamiento

El Servicio Andaluz de Salud y los hospitales del Instituto Catalán de Salud (hospitales propios) realizan las compras a través del sistema de *contratación centralizada de bienes* (artículo 183 del Texto refundido de la Ley de contratos de las administraciones públicas, Real decreto legislativo 2/2000), en virtud del cual la Dirección corporativa selecciona un conjunto de proveedores de los productos. En una segunda fase, cada hospital contrata el suministro mediante procedimiento negociado sin publicidad con aquellos proveedores que han sido homologados o catalogados.

Los hospitales del Servicio Gallego de Salud, los otros dos hospitales analizados de Cataluña (hospitales concertados

por el Servicio Catalán de la Salud), así como una parte de las compras de los hospitales del Instituto Catalán de Salud, se rigen por las normas generales del contrato de suministro.

Señalar que el Servicio Gallego de Salud se encuentra en fase de implementación de compras centralizadas de manera similar a las otras dos comunidades analizadas.

Un aspecto diferencial de Cataluña es que el Servicio Catalán de la Salud es una entidad aseguradora pública que se provee de la red hospitalaria de utilización pública a la cual pertenecen los hospitales analizados en este trabajo. En este sentido, el coste de las prótesis para el Servicio Catalán de la Salud se fundamenta en una tarifa unitaria para cada tipo de prótesis modulada por la casuística anual resultante del conjunto de prótesis implantadas en cada hospital, con independencia del precio de compra que por ellas haya pagado el hospital que realiza la intervención. No obstante, el trabajo de fiscalización y los datos aquí presentados son los correspondientes a cada centro, con independencia del pago que por ellos haya efectuado el Servicio Catalán de Salud.

## b) Cumplimiento de la ley de contratos de las administraciones públicas

Las compras de todos los hospitales analizados en este trabajo están sujetas a la ley de contratos de la administración públicas, si bien la sujeción puede ser plena o parcial en función de la naturaleza jurídica del ente contratante. El grado de cumplimiento de esta normativa varía de un centro a otro con incidencias de diversa índole en los expedientes de contratación. La norma jurídica se incumple en algunos casos, por ejemplo, los informes técnicos que justifican las valoraciones otorgadas en la puntuación del baremo del concurso son inconcretos, o el distanciamiento temporal desde la finalización de un contrato al inicio de otro, o la utilización frecuente e incorrecta del contrato menor y las compras sin mediación de concurso público.

Del análisis realizado se concluye que Cataluña y Galicia realizan mayoritariamente las compras mediante concurso público, mientras que Andalucía recurre con mayor frecuencia a adjudicaciones directas. El cuadro 2 muestra los porcentajes de los importes de las compras analizadas en este trabajo según el procedimiento utilizado.

**Cuadro 2: Volumen de compras por concurso público y adjudicación directa %**

	Concurso público %			Contrato menor o adjudicación directa %		
	Andalucía	Cataluña	Galicia	Andalucía	Cataluña	Galicia
Desfibriladores bicamerales	100,00	100,00	76,40	0,00	0,00	23,60
Stents coronarios endovascular	33,53	97,21	100,00	66,47	2,79	0,00
Lentes intraoculares	58,94	93,81	81,40	41,06	6,19	18,60
Prótesis total de rodilla	97,33	76,74	76,80	2,67	23,26	23,20

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Servicios de Salud.

En cuanto a los proveedores de las prótesis analizadas se observa que una misma marca y un mismo artículo puede ser suministrado por diferentes proveedores según los hospitales, de manera que en algunos casos el suministro lo realiza directamente el fabricante, o puede intervenir un importador y participar o no un distribuidor. Del análisis realizado se desprende que el mercado de las prótesis traumatológicas de rodilla es disperso, mientras que en los otros tres tipos de prótesis es más concentrado; así:

- Los desfibriladores bicamerales han sido suministrados por cinco proveedores en las tres comunidades autónomas. Si bien la compra mayoritaria se ha concentrado en una marca que en Cataluña y Galicia se suministró por el mismo proveedor y en Andalucía por otro proveedor distinto.
- Los stents farmacoactivos han sido suministrados por catorce proveedores en las tres comunidades autónomas; aunque la compra mayoritaria se ha concentrado en tres de ellos.
- Las lentes intraoculares han sido suministrados por siete proveedores en las tres comunidades autónomas. Si bien las tres comunidades coinciden significativamente en un mismo proveedor, y dos proveedores más presentan una importancia relevante en volumen de compras.
- Las prótesis de rodilla presentan una mayor dispersión, participando veintiún proveedores en el suministro de las tres comunidades autónomas. Se observa cierta concentración de proveedores por Comunidad Autónoma, pero no hay apenas coincidencia de proveedores entre comunidades.

El cuadro 3 muestra las cuotas de mercado de los proveedores con mayor incidencia en el volumen de ventas.

**Cuadro 3: Cuotas de mercado**

	Andalucía	Cataluña	Galicia
<b>Desfibriladores bicamerales. Cuota de mercado %</b>			
Proveedor A	85,6	-	-
Proveedor B	14,4	5,6	-
Proveedor C	-	26,7	12,3
Proveedor D	-	44,7	58,7
Proveedor E	-	23,0	-
Proveedor F	-	-	29,0
<b>Total 6 proveedores</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

	Andalucía	Cataluña	Galicia
<b>Stents endovasculares. Cuota de mercado %</b>			
Proveedor G	30,1	28,4	1,7
Proveedor H	29,0	32,6	23,3
Proveedor I	19,2	13,7	21,8
Proveedor D	14,3	10,5	7,9
10 Proveedores	7,4	14,8	45,3
<b>Total 14 proveedores</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

	Andalucía	Cataluña	Galicia
<b>Lentes intraoculares. Cuota de mercado %</b>			
Proveedor J	41,3	48,6	72,1
Proveedor K	42,1	14,0	5,3
Proveedor L	16,6	1,5	0,4
Proveedor M	-	23,5	4,0
3 Proveedores	-	12,4	18,2
<b>Total 7 proveedores</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

	Andalucía	Cataluña	Galicia
<b>Prótesis total de rodilla. Cuota de mercado %</b>			
Proveedor N	54,9	-	6,3
Proveedor Ñ	24,2	-	-
Proveedor O	16,7	15,8	0,1
Proveedor P	-	-	48,6
Proveedor Q	-	-	15,9
Proveedor R	-	13,8	-
Proveedor S	-	18,3	-
Proveedor T	-	22,4	-
13 Proveedores	4,2	19,7	29,1
<b>Total 21 proveedores</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Servicios de Salud.



### c) Comparativa de precios medios y unitarios

Los precios medios analizados por tipos de prótesis pre-sentan diferencias, aunque no son significativas tal y como demuestran los coeficientes de variación de los precios medios: para los desfibriladores (7,59%), para los *stents* (5,11%) y para las lentes (1,73%). En este sentido, se ha de tener en cuenta que las características del implante hacen variar el precio, y la casuística de los pacientes atendidos puede requerir uno u otro tipo de implante (cuadro 3).

Las prótesis de rodilla, presentan una dispersión de mayor incidencia, llegando el coeficiente de variación al 18,64%. Esta mayor dispersión puede ser consecuencia del amplio abanico de prótesis de este tipo existentes en el mercado, así como del número de proveedores que las suministran, de forma que apenas coinciden entre las tres comunidades autónomas analizadas (cuadros 3 y 4).

Respecto de la tendencia de los precios, en las tres comunidades se dan situaciones tanto de precios máximos como de mínimos, es decir, no es unidireccional (cuadro 4).

En cuanto a los precios unitarios entre artículos con idéntica referencia, las conclusiones sobre el coeficiente de variación son similares a las obtenidas para los precios medios. Destacan de nuevo las prótesis traumatológicas en las que el coeficiente de variación de una referencia alcanza el 23,43%. No obstante, este indicio de elevada dispersión entre las prótesis traumatológicas se ha de interpretar con cautela, ya que existe una gran cantidad de artículos diferentes y además no coinciden entre comunidades autónomas, por lo que la comparación que se ha podido realizar no es representativa.

Atendiendo a las escasas coincidencias de prótesis de rodilla encontradas, se puede deducir que se trata de un amplio mercado en el que cada Comunidad Autónoma y cada hospital utilizan tipos de implantes diferentes y con repercusión en su coste (ver observaciones).

**Cuadro 4: Precios medios**

Precio medio	Precio medio	Máximo	Mínimo	Desviación estándar	Coefficiente de variación
Desfibriladores bicamerales	20.605,53	23.100,01 Cataluña	18.653,77 Cataluña	1.563,32	7,59%
Stents farmacoactivos	1.687,93	1.809,29 Andalucía	1.576,79 Andalucía	86,29	5,11%
Lentes intraoculares	107,63	131,18 Galicia	92,39 Galicia	12,63	11,73%
Prótesis total de rodilla: componente tibial	896,88	1.043,05 Galicia	661,36 Cataluña	149,39	16,66%
Prótesis total de rodilla: componente femoral	1.317,18	1.705,61 Galicia	866,39 Andalucía	245,48	18,64%

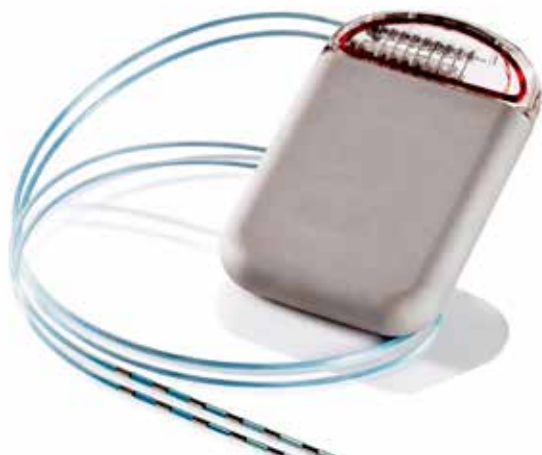
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Servicios de Salud.

#### d) Dispersión o falta de uniformidad en las referencias de los artículos entre los hospitales

Las prótesis son productos con finalidades aparentemente similares, pero con un gran abanico de especificidades (funcionales, tecnológicas, de mayor o menor grado de invasión para el paciente, de durabilidad, etc) para adecuarse a cada paciente. Además, en la elección de la prótesis influyen criterios propios de cada hospital, protocolos personalizados de cada servicio asistencial o de cada cirujano, experiencias personales, factores intrínsecos a las líneas de investigación, etc. Se trata de una práctica médica muy innovadora, tanto en los materiales como en las técnicas de implantación. Esta realidad comporta la existencia de un gran número de artículos (prótesis) sin que hasta la fecha se haya adoptado una sistemática de codificación homogénea. Los análisis realizados ponen de manifiesto que un mismo producto puede tener referencias distintas para distintos distribuidores.

Esta situación ha repercutido en el trabajo en el sentido de que probablemente existan artículos (prótesis) idénticos, pero codificados con referencias distintas en los diferentes hospitales y comunidades autónomas; y por lo tanto, supone una limitación en los análisis comparativos realizados sobre referencias individuales al no haber sido posible su identificación como iguales así como la dificultad en el tratamiento estadístico.

En este sentido, se desprende la necesidad de establecer una codificación estandarizada que permita una identificación inequívoca de la prótesis, que no presente confusiones con posibles recodificaciones de los productos por parte de los importadores o de los distribuidores. Es decir, establecer una codificación unificada al modo de la que realiza la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AGEMED) para los medicamentos, agencia pública que autoriza también la utilización de las prótesis.



#### e) Debilidad de los registros de implantes

En diciembre del año 2003 el Ministerio de Sanidad y Consumo creó los Registros nacionales de implantes con la finalidad de que los datos se utilizasen exclusivamente a efectos de investigación.

De las cuatro prótesis analizadas en este informe, en 1996 se inició el Registro Español de desfibriladores, en el año 2006 se inició el registro de artroplastias (cadera y rodilla) de Cataluña en el que participan dos de los tres hospitales analizados, y Andalucía ha creado un Registro de prótesis aunque no incluye las traumatológicas (de las analizadas las que presentan un abanico mas amplio de referencias).

La implementación de estos registros posibilita realizar estudios para mejorar la calidad asistencial, ya que del análisis de los datos en su conjunto se pueden obtener comparaciones y conclusiones sobre la eficacia de unas prótesis respecto de otras, que de manera individual resulta difícil extrapolar y por tanto aplicar técnicas de *benchmarking* entre los distintos hospitales.

Si por otra parte estos registros de carácter asistencial se complementan con datos económicos pueden obtenerse indicadores de coste-eficacia.

#### f) Similitud en los circuitos administrativos

Los hospitales analizados coinciden en la práctica de la “compra por reposición”; es decir, previamente los proveedores realizan un depósito sin aparente coste inicial para el hospital de las prótesis que se prevé implantar, y el proveedor factura cada vez que una prótesis se ha implantado a un paciente y repone el depósito.

A *priori* los circuitos administrativos de los hospitales analizados contemplan la posibilidad de realizar la trazabilidad de la prótesis, es decir, conocer qué artículos se han implantado en cada paciente, y a qué serie o lote corresponde. Sin embargo, solamente Andalucía cumplimenta la tarjeta de implante que exige la normativa (Real decreto 414/1996, de 1 de marzo), las otras dos comunidades en algunos casos suplen parcialmente la tarjeta de implante detallando el tipo de prótesis implantada en los informes de alta del paciente.

En aras a fortalecer los sistemas de información procedería dotar a los circuitos de información de nexos de unión (interoperabilidad) que permitan la circulación de los datos administrativos de la compra hacia los circuitos clínicos de quirófano, el servicio clínico donde se atiende al paciente, la historia clínica, la codificación del alta del paciente y hacia el departamento de facturación y cobro de la prestación sanitaria si procede.

#### g) Listas de espera para acceder a la asistencia como indicador asistencial

La Ley General de Sanidad diseña el Sistema Nacional de Salud de forma descentralizada, otorgando autonomía de gestión a las comunidades autónomas en el ejercicio de sus competencias, y estableciendo los mecanismos que garantizan los derechos propios de la protección de la salud y de la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad de acuerdo con la Constitución.

Así, la Ley General de Sanidad determina el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad, estableciendo con carácter general criterios mínimos, básicos y comunes de evolución de la eficacia y el rendimiento de los programas,

centros o servicios sanitarios. Para ello, en el marco del acceso a las prestaciones sanitarias, se aprueba establecer las listas de espera como herramienta de planificación y de transparencia en la información al ciudadano.

El Ministerio de Sanidad y Consumo regula mediante Real decreto el tratamiento homogéneo de las listas de espera, y establece por una parte el criterio de entrada de un paciente en el registro de demanda asistencial por la fecha de prescripción de la intervención por el cirujano especialista; y por otra parte define que un paciente se excluye de la lista de espera bien porque es intervenido quirúrgicamente, o bien porque cambian las circunstancias y no procede la operación.

Como indicadores, el Ministerio establece el tiempo medio de espera de los pacientes a una fecha determinada y el tiempo que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica al ritmo de trabajo de un período anterior definido.

Esta sistemática es seguida por las comunidades autónomas, que ha su vez han regulado de forma específica el tratamiento de las listas de espera y establecen plazos máximos de garantía de acceso a la prestación. Estos plazos máximos, pueden ser diferentes entre comunidades, así Andalucía establece un período máximo de espera para la intervención de cataratas de 120 días, mientras que en Cataluña y Galicia es de 180 días. En el caso de las prótesis de rodilla es de 180 días en las tres comunidades. Los procedimientos de implante de desfibriladores y de *stents*, no tienen establecido un plazo de garantía en la respuesta quirúrgica por parte de los Servicios de Salud.

Los indicadores de tiempo medio de espera a 31 de diciembre de 2007 de los hospitales y comunidades autónomas analizados presentan dispersiones significativas entre comunidades autónomas y entre centros de la misma Comunidad Autónoma.

Así, a 31 de diciembre de 2007 el tiempo medio de espera para los implantes de lentes intraoculares de todos los hospitales analizados era de 70,5 días y solamente cuatro superaban esta media. En cuanto a las prótesis de rodilla, los tres hospitales analizados de Cataluña superaban el plazo de

garantía, mientras que los hospitales de Andalucía y Galicia presentaron un período de entre dos y tres meses.

En este sentido la dispersión de los indicadores de espera debe interpretarse con cautela, en primer lugar por la subjetividad implícita en los criterios de inclusión o no de un paciente en la lista de espera y la diversidad de protocolos de inclusión o guías de práctica clínica específicos de cada hospital. Y en segundo lugar por el fraccionamiento de las esperas midiendo de forma sucesiva los diferentes episodios que se inician en las consultas de atención primaria, la posterior realización de pruebas diagnósticas, consultas de especialistas, etc. Episodios todos ellos con sus respectivas esperas que inducen a una cierta opacidad de los datos de las listas de espera, por lo que sería interesante realizar auditorías de seguimiento y control en aras a que este indicador resulte verdaderamente útil como instrumento de planificación de la sanidad.

#### h) Estancia media hospitalaria por procedimiento quirúrgico como indicador asistencial

La estancia media hospitalaria es el promedio en número de días desde la fecha del ingreso hasta la fecha de alta hospitalaria para el tratamiento o la curación de una enfermedad o de una determinada patología, que puede ser médica o quirúrgica. *A priori* este indicador debiera ser similar entre los hospitales y entre las comunidades autónomas, sin embargo del análisis realizado se desprenden diferencias importantes, con intervalos entre hospitales que van desde 10,2 días a 21,7 días de estancia media hospitalaria de los ingresos que comportan la implantación de un desfibrilador, de 3,1 días a 10,8 días de promedio en el caso de los *stents*, o el diferencial de 6,7 días a 16,5 días de promedio de estancia hospitalaria en el caso de las prótesis de rodilla.

El indicador de estancia media es un índice que debe tender al estándar de cada grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) a efectos de conseguir un buen aprovechamiento de los recursos, por supuesto sin descuidar el grado de calidad de la asistencia prestada, por lo que resulta paradójico el nivel de dispersión de este indicador entre procedimientos quirúrgicos similares.



## Conclusión

El resultado de lo que hasta ahora puede considerarse una experiencia piloto, ha supuesto un avance en la evaluación de aspectos de gestión, y no solo eso, sino que el espacio de referencia da una mayor perspectiva a las conclusiones obtenidas, puesto que responden a una comparación de datos de diversas comunidades autónomas analizados por sus respectivos OCEX, y que además puede aportar información relevante a los propios entes fiscalizados.

En cuanto a la unificación de metodología por parte de los equipos de auditoría, procede señalar el rigor adicional que requiere la homogeneización de datos y de los análisis en un espacio territorial amplio con una normativa básica aplicable a todos; pero a la vez desarrollada por la legislación propia de cada Comunidad Autónoma y el grado de autonomía de gestión de los hospitales, que ha comportado una interrelación constante entre los equipos de auditoría.

La satisfacción obtenida por los diferentes plenos de los OCEX participantes, así como por los equipos auditores invita a continuar en esta línea de colaboración y de suma de esfuerzos en otras experiencias.

Finalmente, la relevancia del análisis efectuado en el informe de fiscalización a que refiere este artículo se corrobora en el informe elaborado por expertos del ECRI Institute, (corporación ampliamente reconocida como organización independiente de ámbito mundial dedicada a la evaluación y perfeccionamiento continuo de la tecnología del cuidado de la salud) en que analizan los pros y contras de diez dispositivos, entre los que se encuentran los dispositivos implantables (como *stents*, marcapasos y prótesis) que suponen un gran problema para el balance económico de los hospitales. El tipo, marca y modelo que se adquiere de estos dispositivos depende del médico que los utiliza y muchos de estos profesionales no cuentan con la formación e información necesaria para hacer una compra razonable. Las empresas presentan una absoluta falta de transparencia con respecto a los precios. Por ello el ECRI sugiere mejorar la información disponible sobre los costes y beneficios reales de los nuevos dispositivos, comparándola y publicándola para que los médicos puedan tomar las decisiones correctas.

En este sentido, hay que señalar que la participación de los fabricantes conjuntamente con los profesionales sanitarios, especialmente en las áreas de investigación y en parcelas tan innovadoras y tecnificadas como éstas puede comportar una demanda inducida.

Un primer paso para minimizar la denuncia del ECRI consistiría en dar un mayor impulso a los registros de implantes creados por la Orden SCO/3603/2003 del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuya titularidad corresponde a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. En este aspecto hay iniciativas como la del Registro sanitario de artroplastias de Cataluña, si bien, al no ser de obligado cumplimiento no participan todos los hospitales, y como la del Registro Español de desfibrilador automático reimplantable en el que colaboran además de los profesionales sanitarios las empresas fabricantes.





