



N.º 1.577

INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS GASTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PRESTADA POR MEDIOS AJENOS, SU PLANIFICACIÓN Y CONTROL Y DE LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA) Y DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ, EJERCICIO 2022



El Pleno del Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de su función fiscalizadora, establecida en los artículos 2.a), 9 y 21.3.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas y a tenor de lo previsto en los artículos 12 y 14 de la misma disposición y concordantes de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, ha aprobado en su sesión de 23 de julio de 2024 el Informe de Fiscalización de los gastos derivados de la actividad asistencial prestada por medios ajenos, su planificación y control y de la gestión de las listas de espera del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, ejercicio 2022, y ha acordado su elevación a las Cortes Generales, a la Asamblea Regional de Murcia, así como al Consejo de Gobierno de la citada Comunidad Autónoma, a la Asamblea de Extremadura y a la Junta de la citada Comunidad, según lo prevenido en el artículo 28 de la Ley de Funcionamiento.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	9
I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR	9
I.2. JUSTIFICACIÓN DE LA FISCALIZACIÓN	9
I.3. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL	11
I.4. OBJETIVOS Y ALCANCE	12
II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN	13
II.1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS	13
II.2. PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA	18
II.2.1. ¿Existieron instrumentos de planificación y seguimiento para la gestión de las listas de espera?	18
II.2.2. ¿Los mecanismos empleados para la inclusión, movimientos y salida en el registro de pacientes fueron acordes al cumplimiento de sus fines?	22
II.2.3. ¿Fueron utilizados criterios de priorización para garantizar la equidad entre pacientes y se cumplieron los plazos máximos establecidos en la normativa?	34
II.2.4. ¿Se publicó información adecuada y suficiente sobre la situación de las listas de espera?	42
II.3. ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS	45
II.3.1. ¿Los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos se han llevado a cabo tras la correspondiente planificación y la evaluación previa de sus recursos propios?	48
II.3.2. ¿Los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos se han realizado conforme a la normativa de contratación pública?	57
II.3.3. ¿Se realiza un seguimiento y control adecuado de los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos?	64
II.4. SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL, TRANSPARENCIA E IGUALDAD	76
II.4.1. Sostenibilidad ambiental	76
II.4.2. Transparencia	80
II.4.3. Igualdad	82
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
ANEXOS	97
ALEGACIONES FORMULADAS	151

RELACIÓN DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CCAA	Comunidades Autónomas
CHUB	Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
CNN	Código de Centro Normalizado del Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
HCUVA	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
INP	Interconsulta no Presencial
LCSP	Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público
LEC	Lista de Espera de Consultas
LEP	Lista de Espera de Pruebas Diagnósticas y Terapéuticas
LEQ	Lista de Espera Quirúrgica
OCEX	Órganos de Control Externo
PIB	Producto Interior Bruto
SERGAS	Servicio Gallego de Salud
SES	Servicio Extremeño de Salud
SIAE	Sistema de Información de Atención Especializada
SMS	Servicio Murciano de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPL	Sin Procedimiento de Licitación
SSCC	Servicios Centrales
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TNP	Transitoriamente no Programables
UEX	Universidad de Extremadura

RELACIÓN DE CUADROS

Cuadro 1	GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	11
Cuadro 2	DATOS IDENTIFICATIVOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ Y DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA).....	14
Cuadro 3	CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA GARANTÍA REAL DECRETO 1039/2011	27
Cuadro 4	PACIENTES EN SITUACIÓN TNP LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	30
Cuadro 5	NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ.....	32
Cuadro 6	NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TAC y RMN ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	33
Cuadro 7	NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS. ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE	33
Cuadro 8	NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TAC Y RMN. ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE.....	34
Cuadro 9	ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEC y LEP. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	36
Cuadro 10	ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEC y LEP. ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE	38
Cuadro 11	CUMPLIMIENTO PLAZOS DE GARANTÍA. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	40
Cuadro 12	CUMPLIMIENTO PLAZOS DE GARANTÍA. ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE	42
Cuadro 13	GASTO DE ASISTENCIAS SANITARIAS PRESTADAS CON MEDIOS AJENOS	46
Cuadro 14	IMPORTE DE COMPRAS Y GASTOS	48
Cuadro 15	UTILIZACIÓN DE MEDIOS PROPIOS Y AJENOS PARA UNA MUESTRA DE ASISTENCIAS SANITARIAS. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	53
Cuadro 16	ACTIVIDAD DIAGNÓSTICA REALIZADA ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	54
Cuadro 17	UTILIZACIÓN DE MEDIOS PROPIOS Y AJENOS PARA UNA MUESTRA DE ASISTENCIAS SANITARIAS.....	55
Cuadro 18	ACTIVIDAD DIAGNÓSTICA REALIZADA.....	56
Cuadro 19	PROCEDIMIENTO Y CONTROL DE FACTURACIÓN DE LAS ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	66
Cuadro 20	PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN Y CONTROL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	67
Cuadro 21	PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN Y CONTROL ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE	69
Cuadro 22	MUESTRA DE CONTRATOS DE ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS ANALIZADOS ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ.....	83
Cuadro 23	MUESTRA DE CONTRATOS DE ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS ANALIZADOS ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE.....	84

RELACIÓN DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	GASTO SANITARIO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE EXTREMADURA Y REGIÓN DE MURCIA.....	10
GRÁFICO 2	ORGANIGRAMA GERENCIA. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	15
GRÁFICO 3	ORGANIGRAMA GERENCIA. ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE	17
GRÁFICO 4	CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	26
GRÁFICO 5	EVOLUCIÓN DEL NÚMERO PACIENTES CLASIFICADOS POR TIPOS DE LEQ. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	28
GRÁFICO 6	PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLES. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ.....	29
GRÁFICO 7	ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEQ. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ.....	36
GRÁFICO 8	ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEQ. ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE	38
GRÁFICO 9	CRONOGRAMA DE LOS CONTRATOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS VIGENTES EN 2022.	58
GRÁFICO 10	PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS A TRAVÉS DE SIGILE.....	70
GRÁFICO 11	ACUERDOS DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA REGIÓN DE MURCIA DE AUTORIZACIÓN DE COMPATIBILIDAD EN CENTROS CONCERTADOS	75

I. INTRODUCCIÓN

I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR

La *Fiscalización de los gastos derivados de la actividad asistencial prestada por medios ajenos, su planificación y control y de la gestión de las listas de espera del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, ejercicio 2022* se incluyó, a iniciativa del propio Tribunal, en el Programa de Fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2023, aprobado por su Pleno el 21 de diciembre de 2022, mediante su modificación de 30 de mayo de 2023.

La fiscalización se enmarca en los objetivos del Plan Estratégico del Tribunal de Cuentas vigente durante los trabajos de fiscalización que se detallan en el [Anexo I](#).

I.2. JUSTIFICACIÓN DE LA FISCALIZACIÓN

La Constitución Española de 1978 reconoce, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Por su parte, la Ley 14/1986, General de Sanidad contempla, entre los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio en España de este derecho, la prestación de una atención integral de la salud que consiga altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

La presente fiscalización se desarrolla en el marco del análisis y control de las actuaciones económico-financieras que incidan en el ejercicio de dichos derechos constitucionales, determinando las eventuales irregularidades y deficiencias que pudieran detectarse en la organización y gestión de las entidades fiscalizadas, así como los progresos y buenas prácticas de gestión que se observen.

Las razones que han motivado la realización de esta actuación fiscalizadora son tanto sociales como económicas:

1. De acuerdo con el barómetro de marzo de 2023 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), la sanidad es el segundo problema en el país que los españoles consideran que más les afecta¹.
2. El gasto sanitario público autonómico consolidado representó en 2021 el 6,70 % del Producto Interior Bruto (PIB) nacional, partida que solo fue superada por la de Pensiones (13,20 %) y la de Servicios Generales y Asuntos Económicos (10,20 %)².

De las cuatro Comunidades Autónomas (CCAA) sin Órgano de Control Externo (OCEx) -Cantabria, Extremadura, La Rioja y Región de Murcia- se han seleccionado la Región de Murcia y Extremadura por ser las que presentaban en el ejercicio 2021 un importe mayor de gasto sanitario público consolidado, 2.895 y 1.999 millones de euros respectivamente. Incluso la ratio entre el gasto

¹ En concreto, los cinco problemas que los españoles consideran que les afectan personalmente de manera más significativa respecto a un total de 57 problemas, de acuerdo con el barómetro de marzo de 2023 del CIS, fueron la crisis económica, con un 25,30 % de representatividad, seguido de la sanidad (10,10 %), el paro (7,00 %), los problemas relacionados con la calidad del empleo (6,20 %), y los problemas políticos (3,80 %).

² El resto de las partidas de gasto público del PIB en 2021 fueron las destinadas a Protección Social (4,70 %), Educación (4,60 %), Defensa y Seguridad (3,00 %), Desempleo (2,70 %), Intereses (2,2 %) y resto de gastos (3,30 %). Así, el total de gasto público en 2021 ascendió al 50,60 % del PIB (Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público publicada por el Ministerio de Sanidad).

sanitario público consolidado de Extremadura y su PIB fue la más alta de las 17 CCAA, con un 9,90 %. La segunda fue Canarias, con un 9,10 %, y la tercera fue la Región de Murcia, con un 9,00 %.

En cuanto al gasto sanitario público por habitante, Extremadura y Región de Murcia también ocupaban los primeros puestos de la tabla (posiciones cuarta y quinta en el conjunto de CCAA).

GRÁFICO 1 GASTO SANITARIO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE EXTREMADURA Y REGIÓN DE MURCIA



	Gasto sanitario público consolidado, 2021	Ratio gasto sanitario público consolidado y PIB		Puesto autonómico en gasto sanitario público por habitante
		Posición autonómica	Porcentaje	
REGIÓN DE MURCIA	2.895 M€	3ª	9,00 %	5ª
EXTREMADURA	1.999 M€	1ª	9,90 %	4ª

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público publicada por el Ministerio de Sanidad.

El cuadro siguiente muestra el detalle de los datos anteriores para el conjunto de CCAA:

**Cuadro 1 GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA
EJERCICIO 2021**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB %	Euros por habitante
Cataluña	14.016	6,1	1.829
Andalucía	12.638	7,9	1.486
Comunidad de Madrid	10.353	4,4	1.536
Comunitat Valenciana	8.368	7,4	1.656
Galicia	4.778	7,6	1.776
País Vasco	4.514	6,3	2.073
Castilla y León	4.471	7,7	1.879
Canarias	3.890	9,1	1.732
Castilla-La Mancha	3.670	8,7	1.793
Región de Murcia	2.895	9,0	1.909
Aragón	2.487	6,6	1.894
Illes Balears	2.005	6,6	1.644
Extremadura	1.999	9,9	1.895
Principado de Asturias	1.983	8,5	1.965
Navarra	1.275	6,3	1.941
Cantabria	1.089	7,9	1.866
La Rioja	524	6,1	1.660
TOTAL	80.955	6,7	1.716

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público publicada por el Ministerio de Sanidad. Ejercicio 2021.

Dentro de las CCAA de Extremadura y Región de Murcia se han elegido los dos centros hospitalarios de mayor volumen -el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz-. El criterio utilizado para la selección ha sido el de “*número de camas instaladas*” a 31 de diciembre de 2022³.

I.3. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL

La fiscalización se ha referido, en su ámbito subjetivo, al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y al Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, establecimientos hospitalarios dependientes, respectivamente, del ente de derecho público **Servicio Murciano de Salud (SMS)** y del organismo autónomo **Servicio Extremeño de Salud (SES)**.

Asimismo, el ámbito subjetivo se ha extendido a los órganos centrales de los Servicios de Salud en aquellos aspectos de la gestión que eran de su competencia y que han incidido en la gestión de los referidos centros hospitalarios.

³ De acuerdo con los datos del formulario C.1 (Centros con internamiento) del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), a 31 de diciembre de 2022 el número de camas instaladas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca era de 937 camas, y en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, de 907 camas.

El ámbito objetivo ha estado integrado por los procedimientos de gestión de los servicios de asistencia sanitaria especializada prestados por los centros hospitalarios.

En cuanto al ámbito temporal, las actuaciones fiscalizadoras se han referido a las prestaciones efectuadas por los centros hospitalarios durante el ejercicio 2022.

En los [Anexos II](#), [III.1](#) y [III.2](#) se expone el marco normativo básico y la estructura y organización de los Servicios de Salud para la mejor comprensión de los ámbitos subjetivos y objetivos de la fiscalización.

I.4. OBJETIVOS Y ALCANCE

De acuerdo con lo previsto en las normas 6 a 8, apartado de Normas Técnicas, de las vigentes Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, se ha realizado una fiscalización de cumplimiento y operativa o de gestión.

Los objetivos de esta fiscalización se han concretado en las siguientes preguntas:

1. ¿La planificación y gestión de las listas de espera se ha realizado mediante sistemas y procedimientos guiados por los principios de eficacia, equidad y transparencia y cumpliendo los preceptivos tiempos máximos de espera?
2. ¿Los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos se han realizado conforme a la normativa de contratación pública, son planificados y controlados de forma adecuada y se han llevado a cabo tras las correspondientes evaluaciones de recursos propios?

Asimismo, se han abordado las cuestiones relacionadas con el cumplimiento de la normativa de igualdad efectiva de mujeres y hombres en relación con los objetivos de la fiscalización, así como las relativas a las prescripciones de transparencia y sostenibilidad ambiental.

Para el cumplimiento de estos objetivos se han utilizado los procedimientos habituales de fiscalización, adaptados a cada una de las diferentes áreas, que han quedado plasmados en los correspondientes programas de trabajo.

La obtención de los datos y las comprobaciones y verificaciones se han realizado tanto en la sede del Tribunal de Cuentas como en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, situado en Murcia, y en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, mediante el análisis de la documentación e información correspondiente (manuales de procedimiento, facturas, conciertos y bases de datos, entre otras), así como a través de la celebración de entrevistas, tanto presenciales como telemáticas, con los responsables de las principales áreas, y mediante la realización de verificaciones físicas relacionadas con los objetivos de la fiscalización. Asimismo, se ha solicitado y obtenido acceso *en remoto* a las aplicaciones informáticas de gestión.

Los subobjetivos de la fiscalización y criterios de auditoría empleados se detallan en el [Anexo IV](#).

En relación con las actuaciones fiscalizadoras sobre la gestión de las listas de espera, la inexistencia de información agregada sobre los cambios realizados en la programación y la utilización de criterios de priorización médicos o sociales no estandarizados en ambos centros hospitalarios ha supuesto una dificultad para la valoración del cumplimiento del principio de equidad.

La fiscalización se ha realizado de acuerdo con las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas aprobadas por el Pleno en su sesión de 23 de diciembre de 2013 y sus modificaciones posteriores y con las Directrices Técnicas aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 27 de julio de 2023 relativas, específicamente, a esta fiscalización.

Todos los responsables del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB) y de los Servicios Centrales (SSCC) del SES y del SMS a los que se solicitó información cumplieron con el deber de colaboración con el Tribunal de Cuentas establecido en los artículos 7 de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas y 30 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas.

De conformidad con lo previsto en el artículo 44 de la LFTCu, los resultados de las actuaciones practicadas se pusieron de manifiesto a los Presidentes y Consejeros de Sanidad de las respectivas CCAA, a los Directores Gerentes de los correspondientes Servicios autonómicos de Salud y a los Gerentes de las respectivas Áreas de Salud para que formularan las alegaciones y presentasen cuántos documentos y justificantes estimaran pertinentes. Con el mismo fin, se remitió a las personas que ocupaban los cargos anteriores desde el 1 de enero de 2022 cuando no coincidían con los actuales. Asimismo, los párrafos del Informe que hacen referencia a la gestión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se han remitido a la actual Ministra de Sanidad en su calidad de Presidenta del citado Consejo, así como a la persona que ocupaba dicho cargo durante el periodo fiscalizado. El tratamiento de las alegaciones y la documentación remitida se incluye al final de este Informe.

II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

En los subapartados 2 a 4 se exponen los resultados de las actuaciones realizadas clasificados en función de los objetivos de la fiscalización. El primer subapartado explica los resultados relativos a la estructura y organización de los centros hospitalarios.

II.1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios define a los Hospitales (centros con internamiento) como *“centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria”*, diferenciando según los servicios prestados entre hospitales generales, especializados, de media y larga estancia, de salud mental y tratamiento de toxicomanías y otros centros con internamiento.

Los centros hospitalarios objeto de esta fiscalización se clasifican en:

Cuadro 2 DATOS IDENTIFICATIVOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ Y DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

CENTRO HOSPITALARIO	MUNICIPIO	CÓDIGO CCN	DENOMINACIÓN	CAMAS	CLASE DE CENTRO	DOTACIÓN DE PERSONAL	
						SANITARIO	NO SANITARIO
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz ⁴	Badajoz	1106000566	Hospital Materno-Infantil	205	Hospital especializado	3.073	1.161
		1106000803	Hospital Perpetuo Socorro	264	Hospital General		
		1106000332	Hospital Universitario de Badajoz	438			
Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca ⁵	Murcia	1430000060	Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca	937	Hospital General	4.090	1.141

Fuentes: Catálogo de hospitales del Ministerio de Sanidad. Respecto al número de camas y dotación de personal, los datos proceden del formulario C.1 del SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada), ejercicio 2022.

Estos centros hospitalarios se configuran como los hospitales de referencia de las Áreas de Salud en las que se integran para la atención especializada y son los únicos que existen, con naturaleza pública, en sus respectivas Áreas (Área de Salud de Badajoz y Área de Salud I Murcia-Oeste), estando sus órganos de dirección integrados en la Gerencia de dichas Áreas. Todo ello sin perjuicio de las competencias atribuidas a los órganos centrales indicados en los [Anexos III.1](#) y [III.2](#).

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

En cada una de las áreas sanitarias establecidas en el Mapa Sanitario de Extremadura el SES cuenta con una o más Gerencias de Área, que deben incluir necesariamente una Dirección General de Salud.

Adicionalmente está prevista⁶ la posibilidad de creación de otros órganos directivos (Dirección de Atención Sanitaria, Dirección de Régimen Económico y Presupuestario y Dirección de Recursos Humanos, así como subdirecciones dependientes de estos órganos). El Área de Salud de Badajoz cuenta de facto con los órganos directivos indicados en dicha normativa sin que conste norma de creación de tales órganos.

En el período fiscalizado no existía -por no haberse dictado- normativa sobre organización y funcionamiento específica de los Hospitales que conforman el Complejo, ni tampoco relativa a la estructura y funciones de los órganos del Área de Salud de Badajoz. Esto supone una deficiencia en la gestión, ya que no existe una delimitación clara de funciones y responsabilidades, con el consiguiente riesgo en la toma de decisiones. No obstante, se ha constatado la existencia de un

⁴ Depende también del CHUB el Centro de Especialidades de Badajoz.

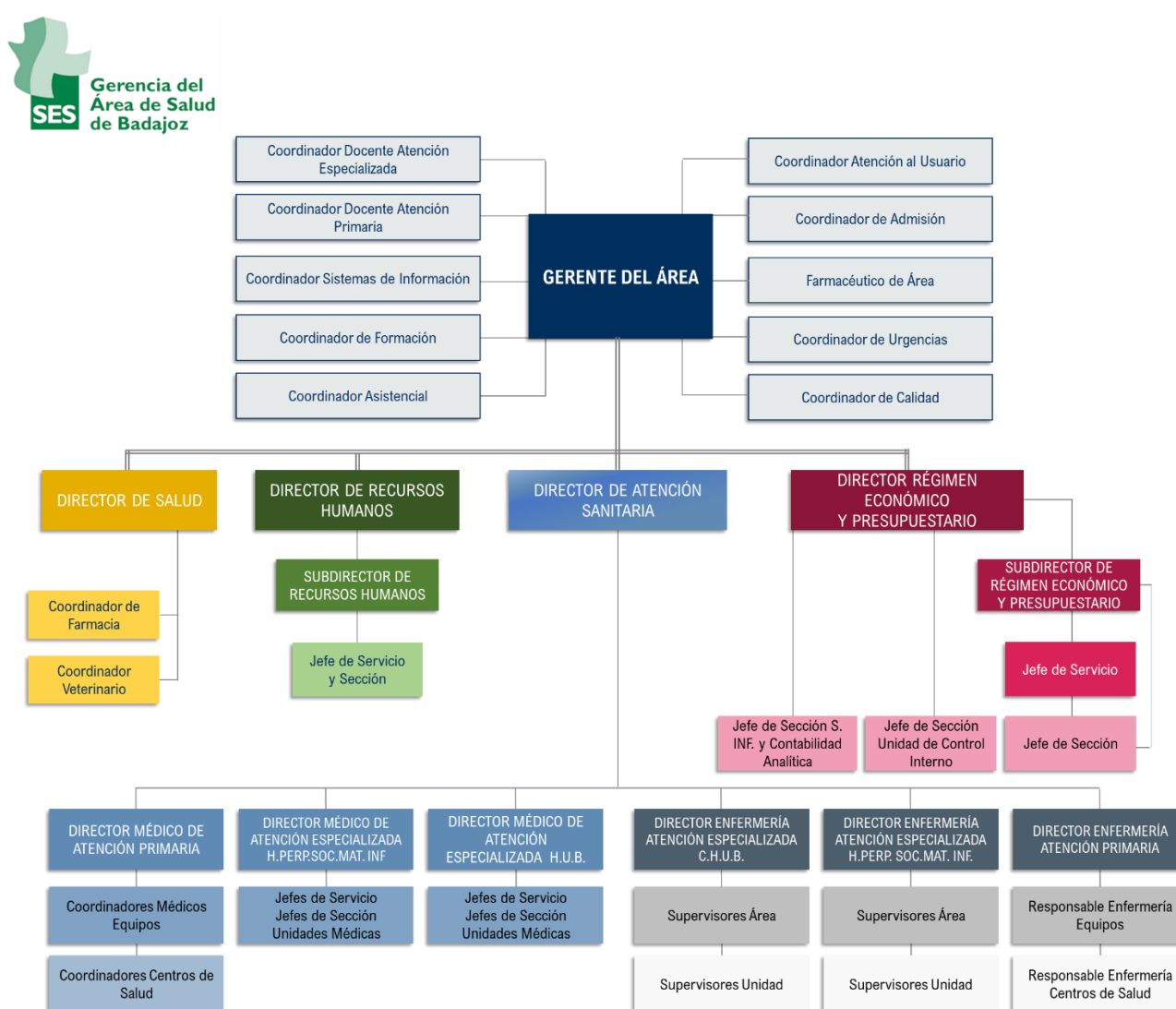
⁵ Depende también del HCUVA el Centro de Especialidades Dr. Quesada.

⁶ Decreto 189/2004, de 14 de diciembre, por el que se regula la estructura orgánica del Servicio Extremeño de Salud en las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura y la composición, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área.

borrador de Reglamento⁷ al respecto, si bien no se encontraba aprobado a la fecha de remisión del presente Informe a alegaciones (mayo de 2024)⁸.

El organigrama del Área de Salud de Badajoz durante el período fiscalizado es el siguiente:

**GRÁFICO 2 ORGANIGRAMA GERENCIA
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**



Fuente: SES.

⁷ Borrador del Reglamento sobre la organización y funcionamiento de los órganos colegiados de coordinación y asesoramiento del Área de Salud y de los hospitales del Servicio Extremeño de Salud.

⁸ La Presidenta de la Junta de Extremadura tras reconocer que no existe normativa específica sobre organización de los Hospitales que forman el Complejo, señala en sus alegaciones que las funciones de los órganos dependientes de la Gerencia están descritas en el Decreto 189/2004. No obstante, tal y como se señala en el Informe, no se dispone de una normativa específica relativa a los órganos del Área de Salud de Badajoz. Asimismo, existen órganos en el Área de Salud que no figuran en dicho Decreto, por lo que no se modifica el resultado reflejado en el Informe.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

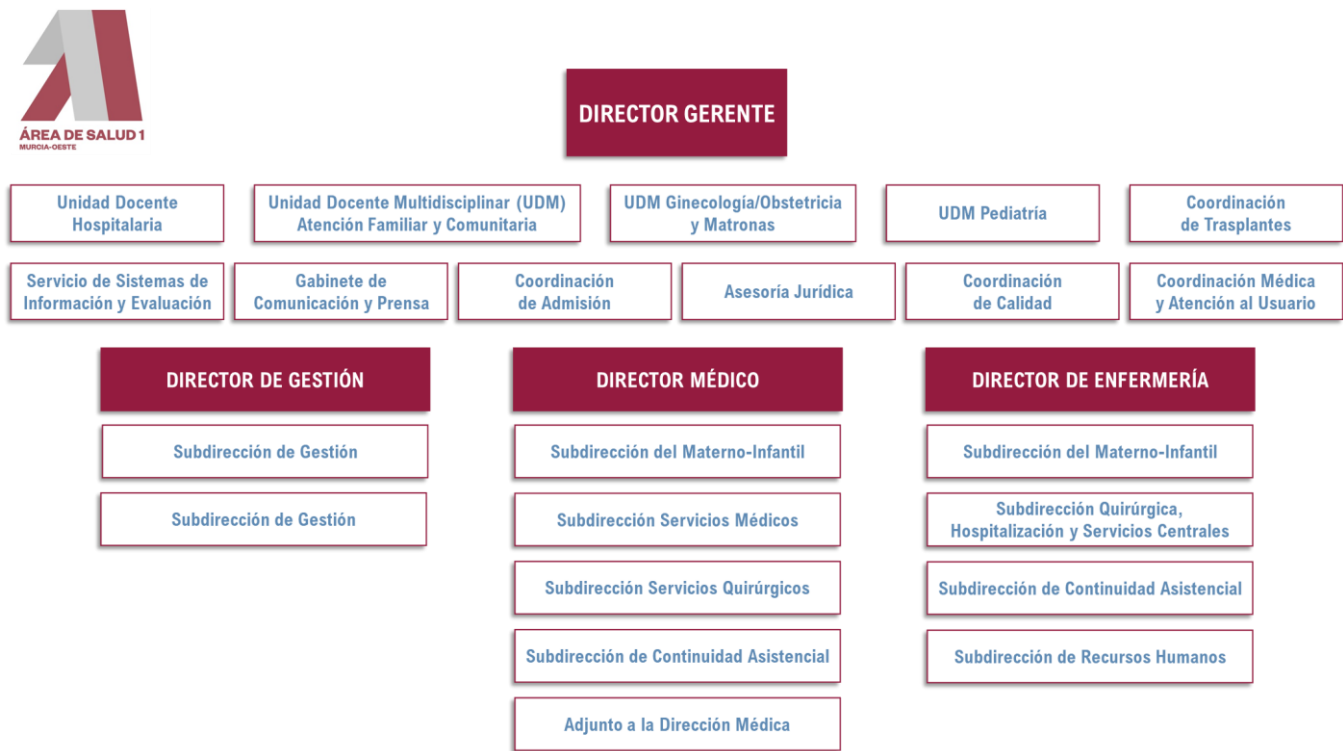
No existe regulación aplicable a la estructura y órganos directivos del SMS en las Áreas de Salud de la Región de Murcia ni normativa aplicable a la estructura, organización y funcionamiento de los hospitales, lo que supone una deficiencia en la gestión, ya que no existe una delimitación clara de funciones y responsabilidades, con el consiguiente riesgo en la toma de decisiones⁹.

El SMS manifestó al Tribunal de Cuentas que en el período fiscalizado se aplicó de facto el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de Salud, si bien en el mismo no se encuentran especificados todos los órganos.

⁹ La Directora Gerente del SMS señala en sus alegaciones que el Decreto 148/2002, de 27 de diciembre de 2002, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud (BORM de 10/01/2003) establece en su artículo 48 que el régimen jurídico de los órganos periféricos de gestión será el establecido por las normas vigentes para cada uno de ellos en el momento de publicación del propio Decreto 148/2002, en todo aquello que no se entienda derogado por el mismo. No obstante, la regulación contenida en el Real Decreto 521/1987 no incluye en ningún caso funciones relativas a la atención primaria. Asimismo, existen órganos en el Área de Salud que no figuran en dicho Decreto, por lo que no se modifica el resultado reflejado en el Informe.

Sin perjuicio de la carencia de normativa específica, la estructura orgánica existente en el Área de Salud I Murcia-Oeste es la siguiente:

GRÁFICO 3 ORGANIGRAMA GERENCIA
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE



Fuente: SMS.

II.2. PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA

Según dispone el artículo 2 del Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, el sistema de información sanitaria en materia de **listas de espera para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas** se estructura a partir del denominado **registro de pacientes en lista de espera**, en el que deberán estar incluidos los pacientes pendientes de primera consulta externa, primera prueba diagnóstica/terapéutica o intervención quirúrgica.

En el [Anexo V](#) se expone la normativa de referencia en relación con las listas de espera.

En los siguientes apartados se exponen los resultados relativos a la planificación, seguimiento y publicación de las listas de espera, con especial referencia a los mecanismos de inclusión y salida de pacientes de los respectivos registros.

Del conjunto de listas de espera se han analizado las listas de espera de consultas (LEC), las listas de espera de pruebas diagnósticas y terapéuticas (LEP) y las listas de espera quirúrgica (LEQ).

II.2.1. ¿Existieron instrumentos de planificación y seguimiento para la gestión de las listas de espera?

La normativa señalada en el [Anexo VI](#) exige una planificación sanitaria a través de los Planes de Salud autonómicos y de los que deben elaborar las respectivas Áreas de Salud, sin perjuicio de la existencia de otros instrumentos de planificación o seguimiento que los Servicios de Salud consideren pertinentes.

A continuación, se analizan los instrumentos de planificación y seguimiento de las listas de espera en los dos centros hospitalarios objeto de fiscalización.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Se ha constatado la existencia de indicadores relativos a listas de espera en el Plan de Salud de Extremadura 2021-2028 correspondientes al Área de Salud de Badajoz, así como en el Acuerdo de Gestión del Área, un documento específico de planificación de ésta. Adicionalmente, el SES contó en el período fiscalizado con el III Plan Operativo Integral de Listas de Espera y un Plan Especial de Cataratas. Los indicadores establecidos en los mismos se encuentran recogidos en los Anexos [VII.1](#) y [VII.2](#).

Sin embargo, en el ejercicio 2022 el Área de Salud de Badajoz no contaba con un Plan de Salud de Área propio, lo que constituye una irregularidad, de acuerdo con la normativa básica y autonómica, que, al margen de los planes de ámbito superior, exige la aprobación de un **Plan de Salud propio del Área**, documento distinto al Acuerdo de Gestión del Área mencionado¹⁰.

¹⁰ La Presidenta de la Junta de Extremadura señala en sus alegaciones que la Ley 14/1986 no dispone que las Áreas de Salud deban contar con planes de salud específicos, sino que el propio Plan de Salud de Extremadura debe incorporar los objetivos, programas generales y necesidades de financiación de cada área de salud. Sin embargo, el artículo 54 de la Ley 14/1986 establece que el Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud. Por su parte, el artículo 59.b) dispone que serán funciones del Consejo de Dirección la aprobación del proyecto del Plan de Salud del Área, por lo que en virtud de ambos artículos no se modifican los resultados del Informe.

Las deficiencias detectadas en el análisis de la planificación y seguimiento de las listas de espera son las siguientes:

1. La normativa autonómica no regula la forma de elaboración, aprobación y contenido de los Planes de Salud de Área ni de los Acuerdos de Gestión, documentos que, por su naturaleza, incluyen la planificación y seguimiento de las listas de espera.
2. La planificación sanitaria contenida en el Plan de Salud de Extremadura 2021-2028, vigente durante el período fiscalizado, no incluyó ningún objetivo relacionado con la lista de espera de consultas (LEC).
3. Los indicadores incluidos en el Acuerdo de Gestión del Área para 2022 no están coordinados con los contenidos en el Plan de Salud de Extremadura 2021-2028, ni se ha elaborado ningún informe de seguimiento de los indicadores del citado Acuerdo durante el período fiscalizado.
4. El III Plan Operativo Integral de Listas de Espera del SES 2020-2022 cuenta con un objetivo general¹¹ y cuatro objetivos segregados en líneas de acción concretas; sin embargo, no se establecieron indicadores específicos, ni se realizó ningún seguimiento relativo al cumplimiento del Plan¹².
5. En ninguno de los documentos que contienen indicadores -Plan de Salud de Extremadura y Acuerdo de Gestión- se estableció ninguno relativo a las siguientes variables, que resultan de interés para la evaluación de la espera efectiva de los pacientes¹³:
 - Número de pacientes en espera no estructural¹⁴.
 - Espera media de los pacientes intervenidos o atendidos.
 - Espera media de los pacientes intervenidos o atendidos una vez superado el tiempo de espera máximo garantizado¹⁵.
 - Número de entradas y salidas de las listas de espera y ratio entre estas dos variables.

¹¹ *Disminuir la lista de espera estructural en Extremadura para la asistencia sanitaria programada no urgente, tanto quirúrgica, de primeras consultas de atención hospitalaria y para primeras pruebas diagnóstico-terapéuticas, de manera que no haya nadie esperando por encima de los plazos que marca la ley de tiempos de respuesta del Sistema Sanitario Público de Extremadura.*

¹² Quien fuera Gerente del SES durante el periodo fiscalizado señala durante el trámite de alegaciones que, en las reuniones del Observatorio para el análisis y control de las listas de espera del SES, se realizaba un seguimiento del Plan Operativo referido; no obstante, no se modifica el resultado de los trabajos puesto que tal seguimiento no está documentado.

¹³ Quien fuera Gerente del SES durante el período fiscalizado señala en sus alegaciones que en el sistema de información hay disponibilidad de acceso a todos esos indicadores. No puede aceptarse la alegación, puesto que lo que se pone de manifiesto en el Informe es la insuficiencia de los indicadores establecidos en los documentos de planificación, no la existencia o disponibilidad de los indicadores en el sistema de información.

¹⁴ Pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita.

¹⁵ Es el período de garantía al que se compromete el servicio de salud de la correspondiente comunidad autónoma, es decir, el plazo máximo para atender al usuario con las adecuadas condiciones de calidad, dentro del tiempo máximo de acceso establecido en su ámbito.

- Salidas de lista de espera quirúrgica (LEQ) por causa diferente a intervención quirúrgica, tales como fallecimiento o desistimiento.

Además, los indicadores se establecen, con carácter general, con referencia al final del año, sin tener en cuenta las variaciones producidas durante el mismo.

6. En el periodo fiscalizado no se ha realizado una evaluación de la situación inicial (1 de enero de 2022) de las listas de espera con análisis de sus causas, de las medidas empleadas para el cumplimiento de los indicadores ni de los medios y financiación necesaria para la consecución de los objetivos. No obstante, el acta de la reunión de abril de 2022 sobre el seguimiento del Acuerdo de Gestión recoge un análisis de la situación a marzo del mismo año, con explicaciones del Director Asistencial sobre las dificultades para la reducción de listas de espera y las medidas adoptadas.

En relación con la planificación de la lista de espera de consultas (LEC), el SES viene realizando desde 2018 actuaciones tendentes a la mejora de la comunicación entre la atención primaria y especializada con el objetivo de disminuir el número de entradas en LEC. En concreto, se han establecido los siguientes procedimientos:

- E-consulta: procedimiento de valoración previa de un paciente en atención especializada a petición del facultativo de atención primaria, con posibilidad de petición de pruebas complementarias o indicaciones que no derivan en una orden clínica y entrada en la LEC.
- E-diálogo: herramienta de comunicación entre facultativos.

Si bien estos procedimientos garantizan la posibilidad de revisión previa a la entrada en la LEC, pudiendo incidir en el control o reducción de la misma, no se han realizado estudios que relacionen la incidencia de estos mecanismos sobre dicha lista de espera.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

La Región de Murcia no contaba en el periodo fiscalizado con un Plan de Salud en vigor, siendo el último aprobado el correspondiente al período 2010-2015. Tampoco existe un Plan de Salud propio para el Área de Salud I Murcia-Oeste. En ambos casos supone un incumplimiento de la normativa básica y autonómica.

El Área de Salud a la que pertenece el HCUVA únicamente ha contado como documento de planificación del Acuerdo de Gestión del Área de Salud I Murcia-Oeste, el cual dispone de indicadores relativos a las listas de espera, que se relacionan en el [Anexo VII.2](#).

Las deficiencias detectadas en el análisis de la planificación y seguimiento de las listas de espera son las siguientes¹⁶:

1. La normativa autonómica no regula la forma de elaboración, aprobación y contenido de los Planes de Salud de Área ni de los Acuerdos de Gestión, documentos que, por su naturaleza, incluyen la planificación y seguimiento de las listas de espera.

¹⁶ La Directora Gerente del SMS manifiesta en sus alegaciones que se realiza un seguimiento efectivo y mensual de los pacientes en espera estructural y no estructural a través de la información proveniente del sistema de información. No obstante, este seguimiento se realizó de manera no coordinada con el seguimiento del Acuerdo de Gestión, por lo que no se modifica el Informe.

2. El Acuerdo de Gestión del Área de Salud I Murcia-Oeste no contiene ningún indicador relativo a la LEP. Respecto a los indicadores de LEQ y LEC no se ha elaborado ningún informe de seguimiento a nivel de centro hospitalario en 2022.
3. No se establecieron indicadores relativos a las siguientes variables, que resultan de interés para la evaluación de la espera efectiva de los pacientes:
 - Número de pacientes en espera no estructural¹⁷.
 - Espera media de los pacientes intervenidos o atendidos.
 - Espera media de los pacientes intervenidos o atendidos una vez superado el tiempo de espera máximo garantizado.
 - Número de entradas y salidas de las listas de espera y ratio entre estas dos variables.

Adicionalmente, los indicadores se establecen, con carácter general, con referencia al final del año, sin tener en cuenta las variaciones durante el ejercicio.

4. En el periodo fiscalizado no se ha realizado una evaluación de la situación inicial de las listas de espera con análisis de sus causas, de las medidas empleadas para el cumplimiento de los indicadores ni de los medios y financiación necesaria para la consecución de los objetivos.

Desde 2018 el SMS tiene implantado el Proyecto de Interconsulta no Presencial (INP), que cuenta con objetivos relacionados con la reducción del número de pacientes y del tiempo de espera en LEC¹⁸. Mediante este sistema, los facultativos de atención primaria aportan al hospital información del paciente y, en su caso, imágenes para su valoración por el médico de atención especializada, sin necesidad de entrada en LEC.

No obstante, no se han elaborado informes ni estudios que indiquen la correlación entre la implantación del sistema y la evolución de la LEC¹⁹.

¹⁷ La Directora Gerente del SMS manifiesta en alegaciones que se realiza un seguimiento efectivo y mensual de los pacientes en espera estructural y no estructural a través de la información proveniente del sistema de información. No obstante, no se modifica el Informe puesto que, a pesar de realizarse dicho seguimiento, no se establecieron indicadores en el Acuerdo de Gestión relativos al número de pacientes en espera no estructural.

¹⁸ Evitar el desplazamiento de los pacientes al centro hospitalario y simplificar su asistencia siempre que ésta no precise su presencia en las Consultas Externas, evitar específicamente derivaciones al hospital por cuestiones meramente administrativas (visados, actualización de informes que no requieran nueva exploración hospitalaria del paciente, etc.) y mejorar los tiempos de espera para acudir a consultas del hospital para aquellos pacientes cuya presencia en el mismo se considere imprescindible.

¹⁹ La Directora Gerente del SMS señala en sus alegaciones que en el cuadro de mando de PIN existen informes de seguimiento de la INPAP. Sin embargo, no se modifica el Informe puesto que los informes indicados no realizan estudios sobre la implantación del sistema y su incidencia en la reducción de lista de espera.

II.2.2. ¿Los mecanismos empleados para la inclusión, movimientos y salida en el registro de pacientes fueron acordes al cumplimiento de sus fines?

1. ENTRADAS Y SALIDAS DEL REGISTRO DE PACIENTES DE LAS LISTAS DE ESPERA

El artículo 3.1 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, pone de manifiesto la importancia de la fecha de entrada en el Registro de Pacientes de LEQ, LEC y LEP, al establecer que el tiempo máximo de acceso a la atención sanitaria se computa en días naturales “...desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo, que corresponderá con la fecha de entrada en el registro de espera”.

El tiempo máximo de acceso debe cumplirse en referencia a la fecha de salida. El Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, establece en su Anexo II que la fecha de salida del Registro de Pacientes de la LEQ será la fecha en la que el paciente es dado de baja en éste, debiendo “*quedar documentada figurando el motivo específico de aquélla*”. Por su parte, el Anexo I señala que la fecha de salida del Registro de Pacientes de LEC y LEP será la “*fecha de la visita del paciente o fecha de salida por otros motivos*”.

El motivo principal de baja del Registro será la satisfacción de la demanda por realización de la asistencia sanitaria, ya sea en el propio centro público o mediante la derivación a centros privados. Existen otros motivos de salida del Registro, algunos de ellos reconocidos de forma explícita por el artículo 6.1 del Real Decreto 1039/2011, como son:

- Que el paciente deje de tener la indicación que justificaba la atención garantizada.
- Que renuncie voluntariamente a la atención garantizada.
- O que no se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro que le ofrezca el servicio de salud.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

La Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura señala en su artículo 4.3 que los plazos máximos de respuesta se contarán a partir de la **inclusión en el Registro de Pacientes**, remitiendo a la normativa de desarrollo la regulación del momento de inclusión del paciente en dicho Registro. Así, el Decreto 228/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura y se crea el fichero de datos de carácter personal del citado registro, regula en su artículo 5 la inscripción en el Registro de LEQ, LEC y LEP:

- El facultativo responsable del paciente cumplimenta la solicitud de inscripción en el Registro, con indicación de la intervención quirúrgica, petición de consulta o prueba.
- La inclusión efectiva del paciente en el Registro se realiza mediante acto administrativo dictado por el Gerente del Área, en un plazo de 20 días naturales desde la solicitud; el silencio administrativo en este procedimiento supone la inscripción del paciente en el registro. La fecha de inclusión será aquélla en la que el médico petionario haya indicado la consulta o prueba interesada o se haya prescrito la intervención quirúrgica.

- El paciente debe ser notificado y disponer de un certificado de inclusión en el Registro.
- La no inclusión del paciente en el Registro pese a la indicación del facultativo ha de ser motivada por Resolución del Gerente, debiendo ser notificada a médico y paciente.

Respecto a las **salidas del Registro**, en el artículo 6 se señalan las causas: satisfacción de la demanda, las indicadas en el Real Decreto 1039/2011 (contraindicación médica, renuncia voluntaria y no presentación sin motivo justificado), notificación infructuosa y fallecimiento. La baja debe ser acordada por la Gerencia de Salud del Área y notificada al interesado.

El Decreto 228/2005 habilita en su Disposición Final Segunda a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES para dictar las instrucciones oportunas “...al objeto de ordenar la gestión del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura”. En base a ello, la citada Dirección aprobó la Instrucción 1/2019, de 3 de abril, por la que acordó renovar los Manuales de Lista de Espera Quirúrgicas, de Consultas Externas y de Pruebas Diagnóstico/terapéuticas, que databan de 2006 y era preciso adaptarlos al nuevo y único sistema de información implantado, el sistema Jara Asistencial. No obstante, los Manuales resultantes no han sido aprobados por la citada Dirección General.

Se ha analizado la adecuación del Manual de LEQ al Decreto 228/2005 con los siguientes resultados:

- El Manual de LEQ, a diferencia del Decreto 228/2005, no exige acto administrativo del Gerente del Área para la inclusión del paciente en el Registro, sino que se realiza de forma automática por el facultativo. Esta circunstancia, si bien agiliza la tramitación de la inscripción, supone una falta de coherencia con el Decreto, por lo que sería necesaria la actualización del mismo.
- El citado Manual contempla como causa de salida del Registro la solicitud de aplazamiento voluntario por un plazo superior a tres meses o la solicitud de aplazamiento por tercera vez, circunstancias no contempladas en el Decreto 228/2005, lo que, nuevamente, requeriría una actualización del Decreto.
- No consta en el Manual un procedimiento para que el paciente sea notificado y disponga de un justificante, de acuerdo con lo señalado en la normativa.

Por otra parte, en el análisis del sistema de información Jara Asistencial se han identificado otros dos “motivos” de salida de las listas de espera que no figuran ni en el Decreto ni en los Manuales. Son los siguientes:

- “*Error*”: se califican así las salidas derivadas de una entrada incorrecta o duplicada; sin embargo, al no eliminar la entrada errónea, sino generar una salida, estas se duplican, y tanto el número de entradas como el de salidas está sobrevalorado.
- “*Otros motivos*”: el uso de una causa no tasada impide el seguimiento de la pista de auditoría sobre el cumplimiento de la normativa.

La prevalencia de estos dos motivos en el año 2022 respecto del total de salidas es del 3 % en la LEQ y en la LEC y del 7 % en la LEP, por lo que, sin perjuicio de que su incidencia no sea muy elevada, genera distorsiones en la interpretación de los datos²⁰.

²⁰ LEQ: 23.006 en total. Error: 442. Otros motivos: 241; LEC: 109.827 en total. Error: 4.109. Otros motivos: 109; LEP: 33.106 en total. Error: 2273. Otros motivos: 23.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

El Decreto 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia, hace referencia a la fecha a partir de la cual se han de contar los tiempos máximos de espera. Así, su artículo 5.2 establece el momento de inicio de dicho cómputo:

- Desde la fecha en la que el facultativo prescriba la intervención quirúrgica o realice la indicación de consulta externa o prueba diagnóstica/terapéutica.
- En los casos en los que, conforme a la organización de los servicios, corresponde al paciente formalizar ante la unidad de admisión la solicitud de cita para la correspondiente atención sanitaria, el plazo empieza a contar desde dicha formalización.

Esta última indicación contraviene lo indicado en el artículo 3.1 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que señala que, en todo caso, la fecha de garantía empezará a contar desde la *indicación de la atención por el facultativo*. Además, también estaría en contradicción con el Documento de Normalización de la Gestión de Listas de Espera (documento elaborado por el SMS, aunque no se encuentra formalmente aprobado), que señala que la única excepción en la que la fecha de entrada en el registro de LEQ no es la fecha de prescripción, es la de los pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida, supuesto en el que *el paciente entrará en el registro en el momento en que esté totalmente preparado para la intervención*. El citado documento no añade instrucción alguna sobre la forma de proceder a la inclusión en la lista de espera.

Asimismo, existe un Manual de LEQ del sistema de información, de fecha 1 de julio de 2021. La forma de inclusión en la LEQ se desarrolla en el citado Manual, que diferencia entre:

- Inclusión del paciente en el Registro: se realiza mediante la introducción por el facultativo del acto clínico en los campos indicados en la aplicación. Una vez aceptado el acto clínico, el paciente queda pre-incluido en la lista de espera.
- Inscripción en el Registro (inclusión definitiva): para ello se requiere la aceptación de la orden clínica en el sistema. Existe riesgo de infravaloración del número de pacientes en lista de espera en un momento determinado debido a que el Manual no indica el momento en que debe realizarse la aceptación de la orden clínica en el sistema, quedando sin computar por un tiempo no definido los pacientes pre-incluidos.

No existen Manuales para LEC y LEP del sistema de información, por lo que no está regulada la forma de inclusión de los pacientes en las citadas listas de espera.

Respecto a las salidas, el Decreto 25/2006 no hace referencia a los motivos que suponen dicha **salida** de las listas de espera. Los motivos de baja del SMS se encuentran recogidos en la Instrucción relativa a motivos de baja/aplazamiento LEQ y de Consultas Externas y Pruebas. En relación con la LEQ, la Instrucción añade como causas de salida a las indicadas por la normativa estatal la satisfacción de la demanda, la ilocalización y el fallecimiento. Se contemplan también como causas de salida: “*detectada duplicidad*” y “*error*”²¹, para aquellos casos en que se produce una entrada incorrecta o duplicada, lo que implica que el número de entradas y salidas esté

²¹ 21.328 en total. Detectada duplicidad: 188. Error inclusión: 71.

sobrevalorado. Si se efectuara una cancelación de la entrada para estos casos no resultarían afectados los datos de demanda de LEQ en el período²².

En relación con las LEC y LEP, la correspondiente Instrucción relativa a motivos de baja y aplazamiento de estas listas de espera contempla como causa de salida “*error en inclusión*”, en lugar de eliminar la entrada errónea, lo que implica que tanto el número de entradas como el de salidas esté sobrevalorado, si bien en el análisis efectuado no se ha cuantificado esta causa de salida para las LEC y LEP²³.

No existe manual o procedimiento establecido sobre la forma de dar de baja y su notificación al paciente.

2. ANÁLISIS DE LOS MOVIMIENTOS DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

El Real Decreto 605/2003²⁴ clasifica a los pacientes incluidos en el Registro de Lista de Espera Quirúrgica en:

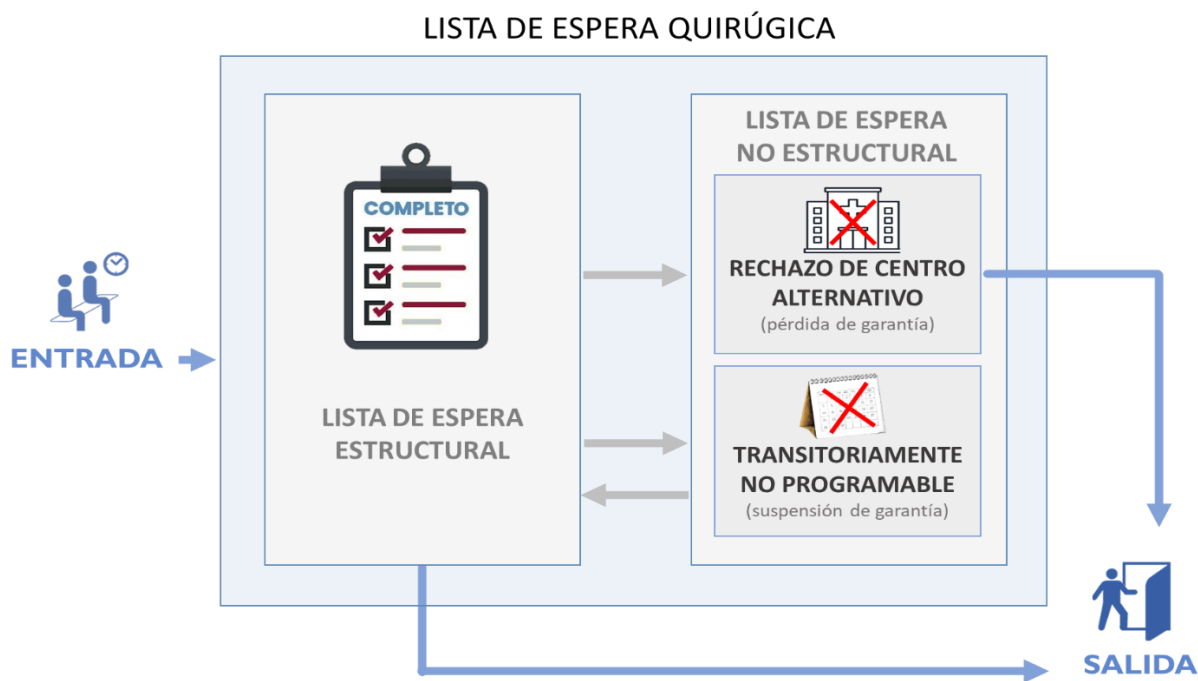
- a) Pacientes en lista de espera estructural, si la espera se atribuye al sistema sanitario.
- b) Pacientes en lista de espera no estructural, cuando la espera no se atribuye al sistema sanitario:
 - Pacientes en espera tras rechazo a ser intervenidos en centro alternativo.
 - Pacientes Transitoriamente no Programables (TNP): cuando la programación no es posible por razones personales o laborales, o por causa médica.

²² La Directora Gerente del SMS indica en alegaciones que no se eliminan las entradas duplicadas y errores para “*no alterar los datos correspondientes a las entradas*” y que ello permite realizar un seguimiento de la calidad de los registros. Sin embargo, este Tribunal considera que el número total de entradas y salidas reflejado con esta práctica se puede encontrar sobrevalorado respecto a la realidad y que la trazabilidad de los errores y duplicados se puede garantizar igualmente mediante la corrección de las entradas duplicadas.

²³ Véase nota al pie n.º 22.

²⁴ Véase [Anexo V](#).

GRÁFICO 4 CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



Fuente: Elaboración propia.

Existe un tiempo máximo garantizado normativamente para que los pacientes sean atendidos en virtud del tipo de asistencia sanitaria. El artículo 6.3 del Real Decreto 1039/2011 tasa los supuestos de suspensión de garantía que conllevan la interrupción de cómputo de los plazos máximos de atención. Durante tal interrupción el paciente queda en situación de TNP.

Cuadro 3 CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA GARANTÍA REAL DECRETO 1039/2011

CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA GARANTÍA REAL DECRETO 1039/2011		
a) Cuando el usuario solicite un aplazamiento de la atención garantizada durante un tiempo determinado, sin renunciar a la misma, y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como:	 Nacimiento o adopción de hijo	 Durante los días que resulten indispensables para atenderlo
	 Matrimonio	
	 Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar	
	 Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal	
b) Cuando concorra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención		
c) En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios		

Fuente: Elaboración propia.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

La Ley 1/2005, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura, establece en su artículo 7 los periodos en los que aplican las causas de suspensión establecidas en la normativa estatal y que se han detallado en el cuadro anterior; además, añade el supuesto de fuerza mayor. Fuera de dichas excepciones la incomparecencia del paciente le hará perder la garantía de plazo máximo para ser atendido.

Sin embargo, el Manual de LEQ, que dedica su apartado 7.3 a la suspensión de los tiempos máximos de respuesta, no hace referencia a las causas tipificadas por la normativa, indicando que se suspende el plazo *“cuando el paciente en espera solicite un aplazamiento no superior a los 3 meses”*. Sobre este particular, es necesario señalar lo siguiente:

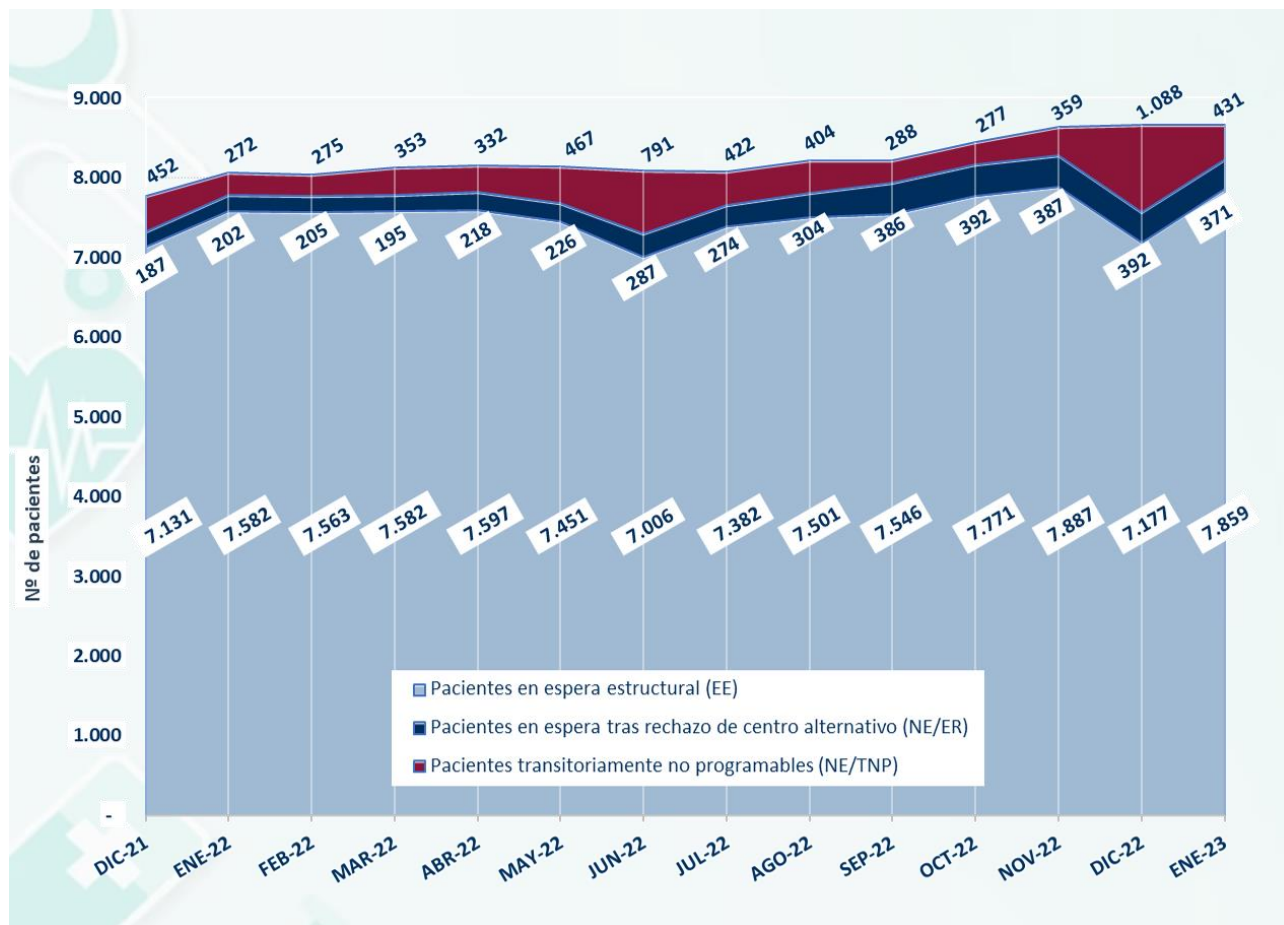
- Tal regulación supone un régimen de suspensión distinto al previsto por la legislación básica estatal, puesto que se deja de exigir la acreditación posterior al hecho causante, siendo suficiente la solicitud del aplazamiento.
- Adicionalmente, el contenido de la Instrucción 1/2019, pese a afectar a derechos de los ciudadanos, no es objeto de publicidad.
- Es posible, por tanto, que se concedan permisos para un paciente incluido en prioridad 1 (no admite demora superior a 30 días) o prioridad 2 (90 días) por encima de dicho período máximo en el que habría de ser atendido según criterios médicos, lo que constituye una deficiencia en la gestión.

Además, el sistema de información Jara Asistencial permite la concesión de aplazamientos por *“otros motivos”* distintos a la solicitud del paciente, decisión médica o causa de fuerza mayor, lo que constituye un riesgo de reducción no justificada de la lista estructural y de aumento de la de TNP.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, se ha analizado la evolución mensual del número de pacientes en LEQ en el Área de Salud de Badajoz desde diciembre de 2021 a enero de 2023, detectándose una disminución significativa de los pacientes en lista de espera estructural en los meses de diciembre de 2021, junio de 2022 y diciembre de 2022, coincidiendo con las fechas de suministro de información al Ministerio de Sanidad y de publicación de información semestral:

GRÁFICO 5 EVOLUCIÓN DEL NÚMERO PACIENTES CLASIFICADOS POR TIPOS DE LEQ ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

EJERCICIO 2022

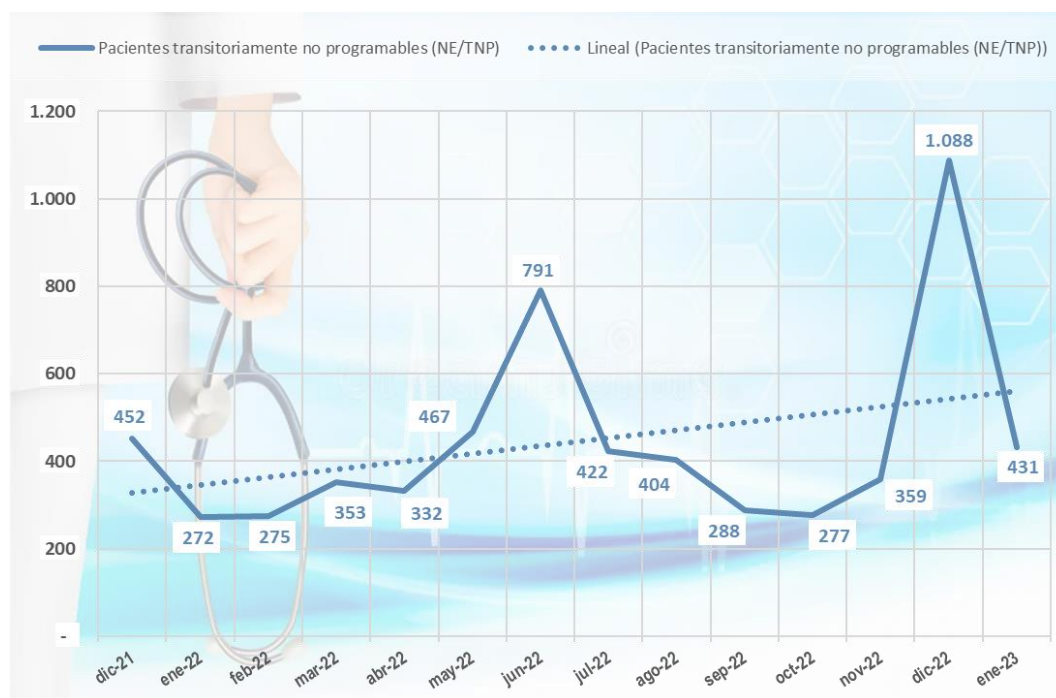


Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por el SES.

En el gráfico anterior, se observa que, frente a esta disminución del número de pacientes en lista de espera estructural en los tres momentos señalados (diciembre de 2021, junio de 2022 y diciembre de 2022) se ha producido un correlativo aumento de los pacientes Transitoriamente no Programables (TNP). En el siguiente gráfico se muestra la evolución de los pacientes TNP durante el mismo período, cuyos datos no son objeto de publicación.

GRÁFICO 6 PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLES ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

EJERCICIO 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el SES.

Se han analizado las diferentes causas por las que los pacientes se encontraban en situación TNP en diciembre de 2022.

**Cuadro 4 PACIENTES EN SITUACIÓN TNP LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**

DICIEMBRE DE 2022

Causa justificación TNP	Número de pacientes	% Pacientes sobre total	Promedio de días situación TNP
Otros motivos	521	48	15
Decisión médica	373	34	48
Decisión del paciente	172	16	52
Fuerza mayor	25	2	36
Total general	1.091²⁵	100	33

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el SES.

La causa que representó un mayor porcentaje (48 % del total) fue “*Otros motivos*”, es decir, causa indeterminada en el sistema de información.

A mayor abundamiento, de los 521 pacientes en situación TNP por esta causa, 310 fueron incluidos de forma masiva al final del ejercicio 2022 y por un período no superior a los 5 días.

De acuerdo con las comprobaciones efectuadas sobre una muestra seleccionada en el sistema de información²⁶, este movimiento de pacientes fue efectuado por los Servicios Centrales del SES y no desde el centro hospitalario.

El porcentaje de pacientes en situación TNP en diciembre de 2022 sobre el total de pacientes en LEQ fue del 13 %, mientras que ese porcentaje ascendía, a esa misma fecha, al 22 % para el conjunto de Áreas de Salud de Extremadura.

El uso masivo de una circunstancia no identificada en la norma a finales del mes de diciembre de 2022 por causas que pudieran ser no justificadas supone un riesgo de falta de correspondencia de la realidad con los datos suministrados de pacientes en lista de espera quirúrgica. También supone un riesgo en el sistema de garantías, al suspenderse temporalmente la misma para estos pacientes sin que exista justificación para ello.

²⁵ De acuerdo con la información suministrada mensualmente por el SES, existían 1081 pacientes en situación de TNP en la LEQ a diciembre de 2022. No obstante, en la información facilitada por el SES sobre permisos concedidos en Jara en 2022 figuraban 1.091 pacientes.

²⁶ Se seleccionaron 36 registros de los 310, por lo que la muestra representó el 11,61 % del total de registros.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

El artículo 2.1 del Decreto 25/2006, de desarrollo de la normativa básica estatal en materia de listas de espera en la Región de Murcia, indica que se “...entiende por lista de espera el conjunto de pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica, consulta o prueba diagnóstica, cuya demora es atribuible a la organización y recursos disponibles.” En consecuencia, la definición legal autonómica de las listas de espera deja fuera a los pacientes en espera no estructural, contraviniendo la regulación básica del Real Decreto 605/2003, es decir, a los pacientes que han rechazado ser intervenidos en centros concertados y a los pacientes que causan suspensión por causas médicas o personales. Si bien, tal y como se indica en el [epígrafe II.2.4](#) y en el [Anexo IX](#) esta discrepancia no afecta a la publicación de los datos de lista de espera por el SMS y el SNS, que solo incluye pacientes en lista de espera estructural.

Por su parte, el artículo 5.3 desarrolla las causas de suspensión de garantía que implican el cambio a situación de pacientes transitoriamente no programables. En concreto, que concurren motivos clínicos debidamente justificados o que el paciente solicite el aplazamiento de la atención sanitaria por motivos personales o laborales. Estos movimientos en las listas de espera se encuentran recogidos también en la Instrucción relativa a motivos de baja o aplazamiento de la LEQ de la Dirección General de Asistencia Especializada de 26 de octubre de 2012, si bien con las siguientes precisiones:

- Por motivo personal: se restringe el aplazamiento solicitado a un máximo de 60 días, y, además, no podrá exceder de la fecha marcada según la prioridad. En el caso de que supere la fecha de la prioridad el paciente debe firmar el correspondiente documento de renuncia a la antigüedad. No obstante, esta regulación supone un régimen de suspensión distinto al previsto por la legislación básica estatal, puesto que se deja de exigir la acreditación posterior al hecho causante, siendo suficiente la solicitud del aplazamiento.
- Por motivos médicos: exige una nueva valoración de la inclusión en lista de espera y la actualización de la prioridad. El paciente causará baja si transcurren 150 días y el motivo clínico que existía cuando el facultativo indicó el aplazamiento no se ha solucionado.

Si bien la normativa autonómica es anterior al Real Decreto 1039/2011, que es el que establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, la falta de concordancia entre las normas estatal y autonómica provoca una inseguridad jurídica que no ha sido corregida por la Instrucción de la Dirección General, que sí es posterior a la normativa básica.

Por otra parte, en los trabajos desarrollados se ha evidenciado un riesgo de integridad en los listados de pacientes que, ya sea por motivos personales o por motivos médicos, causaron suspensión en las listas de espera estructurales en el ejercicio fiscalizado, careciendo de un control informático o interno para garantizar la integridad de esta información.

3. ANÁLISIS DE LA CLASIFICACIÓN DE LISTAS DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS (LEC) Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS (LEP)

Los pacientes pendientes de consultas externas y de pruebas diagnósticas y terapéuticas inscritos en el Registro de listas de espera, de acuerdo con las definiciones del Real Decreto 605/2003²⁷, se clasifican en atención a dos variables:

1. En función del tipo de espera, en pacientes en espera estructural y no estructural.

A su vez, los pacientes en espera no estructural se clasifican en pacientes con demora atribuible al paciente y resto de pacientes *“cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico peticionario”*.

2. En función del tipo de consulta o prueba diagnóstica o terapéutica: primera consulta vs consulta sucesiva y primera prueba vs prueba de control.

Los indicadores y el sistema de garantías establecidos en el Real Decreto 605/2003 solo afectan a la lista de espera de pacientes en primera consulta o prueba y en espera estructural; no obstante, se ha analizado la existencia de un adecuado registro, control y seguimiento de todos los pacientes, puesto que la programación de consultas y pruebas debe atender las necesidades de todos los pacientes, dentro de las disponibilidades de recursos.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

El cuadro siguiente muestra el detalle de los pacientes en LEC en diciembre de 2022. Destaca especialmente el número de pacientes en espera estructural para consulta sucesiva (160.785 frente a 12.262 en primeras consultas).

**Cuadro 5 NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**

DICIEMBRE 2022		
 Consulta externa	 Espera	
	Estructural	No estructural
Primera	12.262	2.197
Sucesivas	160.785	9.044

Fuente: Información suministrada por el SES.

Por otra parte, para mostrar los datos relativos a la LEP, se han tomado los correspondientes a dos pruebas concretas: Tomografía Axial Computarizada (TAC) y resonancia magnética (RMN), que, junto con las ecografías, son las pruebas que más se externalizan. En los cuadros siguientes se detalla el número de pacientes en lista de espera estructural para primeras pruebas y pruebas de control de cada una de ellas.

²⁷ Véase [Anexo V](#).

Se observa que el porcentaje de pacientes en espera para primeras pruebas es, en ambos casos, muy inferior al porcentaje de pacientes para pruebas de control, que son para las que, ni la normativa estatal ni la autonómica ha establecido indicadores ni tiempo máximo de realización.

Cuadro 6 NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TAC y RMN
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

DICIEMBRE 2022

 TAC	Espera	
	Estructural	%
Primera	767	5
Control	13.295	95
Total	14.062	

 RESONANCIA MAGNÉTICA	Espera	
	Estructural	%
Primera	1.411	22
Sucesivas	4.921	78
Total	6.332	

Fuente: Información suministrada por el SES.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

En el cuadro siguiente se muestra el detalle de pacientes en LEC en diciembre de 2022. No se han aportado datos respecto de los pacientes en espera de consultas sucesivas al indicar el centro hospitalario que *“la lista de espera de consultas sucesivas es cero. Todas las citas sucesivas son citadas en la fecha de indicación.”*. No obstante, de acuerdo con el Real Decreto 605/2003, los pacientes cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico petionario se encuentran en espera no estructural. Por tanto, estos pacientes, cuyo número se desconoce, deberían haber estado integrados en la LEC no estructural.

Cuadro 7 NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE

DICIEMBRE 2022

 Consulta externa	Espera	
	Estructural	No estructural
Primera	17.686	1.991
Sucesivas	0	Sin datos

Fuente: Información suministrada por el SMS.

Respecto a la LEP, los cuadros siguientes muestran la información del número de pacientes en lista de espera estructural para primeras pruebas y pruebas de control de TAC y RMN. No se registran pacientes en lista de espera no estructural. Se observa que el porcentaje que representan los pacientes en lista de espera para pruebas de control es en ambos casos muy inferior al porcentaje de pacientes para primeras pruebas.

**Cuadro 8 NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TAC Y RMN
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE**

DICIEMBRE 2022

 TAC	Espera	
	Estructural	%
Primera	1.271	59
Control	868	41
Total	2.139	

 RESONANCIA MAGNÉTICA	Espera	
	Estructural	%
Primera	2.914	70
Sucesivas	1.270	30
Total	4.184	

Fuente: Información suministrada por el SMS.

II.2.3. ¿Fueron utilizados criterios de priorización para garantizar la equidad entre pacientes y se cumplieron los plazos máximos establecidos en la normativa?

1. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA GARANTIZAR LA EQUIDAD ENTRE PACIENTES

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad señala en su artículo 3.2 que el “acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”.

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece acciones para la coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas para garantizar, entre otros principios, la equidad en el Sistema Nacional de Salud, “(...) en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos”.

El desarrollo del principio de equidad en la gestión de las listas de espera no implica que el paciente que más tiempo de espera tenga acumulado haya de ser intervenido antes, sino que pueden tenerse en cuentas otros criterios de carácter médico o social.

En esta línea, el Real Decreto 605/2003 establece en su artículo 3.1 la necesidad de que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establezca criterios de priorización de pacientes.

Hasta la fecha, y a pesar de que han transcurrido más de 20 años, no se han aprobado estos criterios, por lo que se tienen como referencia los indicados en el Anexo III²⁸ del propio Real Decreto 605/2003²⁹. Son los siguientes:

Para intervenciones quirúrgicas:

- Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
- Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquélla no produce secuelas importantes.

Para consultas externas y/o pruebas diagnósticas o terapéuticas:

- Prioridad 1: solicitud preferente. Será aquella solicitud que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días.
- Prioridad 2: solicitud ordinaria. Solicitud de consulta o prueba complementaria en la que no concurren otros elementos de prioridad.

A continuación, se analizan los criterios de priorización utilizados en los dos centros hospitalarios analizados.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

La disposición adicional segunda del Decreto 228/2005 establece que la Consejería con competencias en Sanidad podrá establecer “*prioridades de atención a determinados procesos, atendiendo a criterios científicos y sociales, para las que se tendrán en cuenta los informes preceptivos y no vinculantes del Consejo Científico-Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura y del Consejo Extremeño de Salud, respectivamente*”. No obstante, dichos criterios no han sido aprobados.

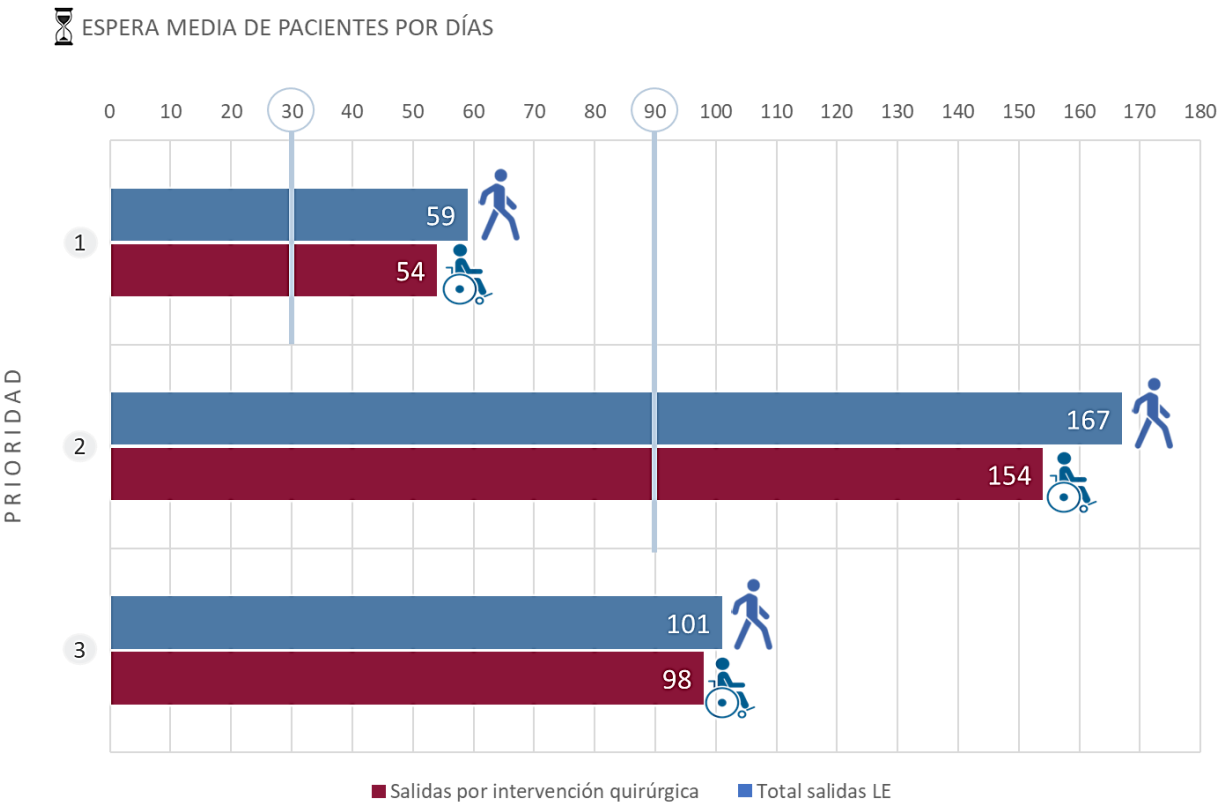
Los facultativos del CHUB, al incluir al paciente en la lista de espera quirúrgica, determinan la prioridad del paciente (1, 2 o 3 del Real Decreto 605/2003) según criterios médicos.

²⁸ Véase definiciones del [Anexo V](#).

²⁹ La Ministra de Sanidad, en su calidad de Presidenta del Consejo Interterritorial del SNS señaló en sus alegaciones el siguiente hecho posterior al período fiscalizado: “*En el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS de fecha 30 de abril de 2024, se acordó la creación del Grupo de Trabajo de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, compuesto por un miembro representante de cada Comunidad Autónoma e INGESA, y miembros del Ministerio de Sanidad, con el objeto de revisar el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, y proponer las modificaciones necesarias para su actualización*”.

A continuación, se muestra la espera media, calculada en número de días, de los pacientes en lista de espera estructural clasificados según su prioridad.

GRÁFICO 7 ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEQ. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ
EJERCICIO 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por el SES.

Cuadro 9 ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEC y LEP.
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

PRIORIDAD	ESPERA MÁXIMA SEGÚN NORMATIVA	PACIENTES LEC ESTRUCTURAL Primera consulta	PACIENTES LEP ESTRUCTURAL Primera prueba
Preferente	15	62,48	145,33
Ordinaria	-	72,41	121,41

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el SES.

En todos los casos la espera media de los pacientes es mayor que la demora establecida en la prioridad.

Además, en las listas LEQ y LEP la prioridad no se ha utilizado como criterio principal de programación, puesto que la espera media para intervenciones quirúrgicas de prioridad 2 es mayor que para intervenciones de prioridad 3 y lo mismo ocurre con las pruebas diagnósticas o terapéuticas, para las que la espera media de pacientes preferentes es mayor que la de los no prioritarios.

A pesar de lo anterior, la programación de la actividad no se basa únicamente en estos criterios de priorización, sino también en otros factores como la antigüedad, las disponibilidades de recursos y otros motivos de carácter clínico o social. Asimismo, es posible la modificación de las prioridades establecidas por los servicios médicos en el momento de la programación de la actividad. No obstante, estos motivos clínicos o sociales diferentes a antigüedad y prioridad no se encuentran estandarizados. Adicionalmente, en la aplicación informática no resulta posible la obtención y tratamiento de información agregada sobre los diferentes cambios de prioridad. Estas circunstancias implican la dificultad de seguimiento de la pista de auditoría y de la correcta valoración del cumplimiento del principio de equidad.

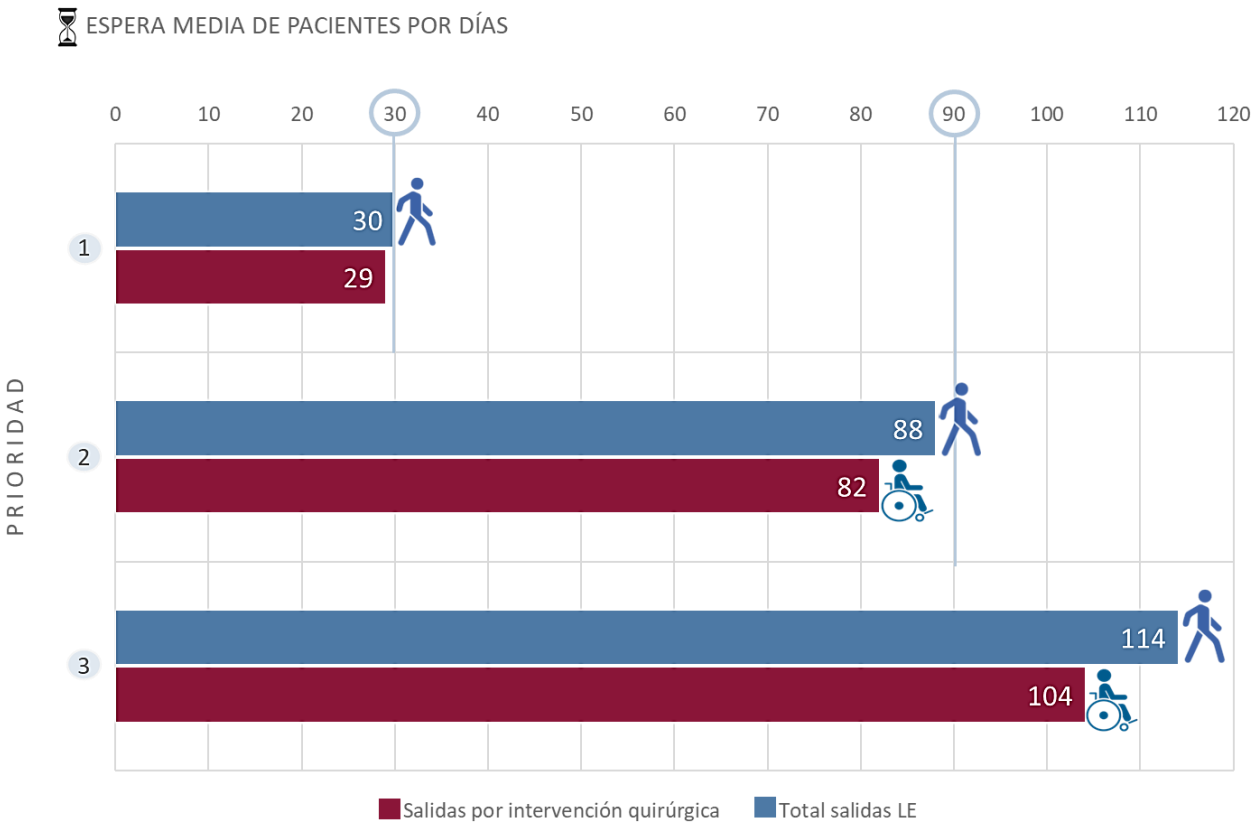
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

También en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca se han utilizado los criterios establecidos en el Anexo III del Real Decreto 605/2003; así, los facultativos, al incluir al paciente en la lista de espera, determinan la prioridad (1, 2 o 3 del Real Decreto 605/2003) según criterios médicos.

A continuación, se muestra la espera media, calculada en número de días, de los pacientes en lista de espera estructural clasificados según su prioridad.

GRÁFICO 8 ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEQ. ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE

EJERCICIO 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por el SMS.

Cuadro 10 ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEC y LEP.
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE

PRIORIDAD	ESPERA MÁXIMA SEGÚN NORMATIVA	PACIENTES LEC ESTRUCTURAL Primera consulta	PACIENTES LEP ESTRUCTURAL Primera prueba
Preferente	15	28,11	Sin datos
Ordinaria	-	48,06	Sin datos

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el SMS.

La espera media de las tres listas -LEQ, LEC y LEP- clasificada por tipo de prioridad se encuentra muy próxima a la demora establecida para dichas prioridades.

A pesar de que los datos anteriores parecen evidenciar que la prioridad establecida es utilizada como criterio principal para garantizar la equidad de tratamiento entre pacientes, no puede concluirse en tal sentido, puesto que es posible la modificación de las prioridades establecidas por los servicios médicos en el momento de la programación de la actividad.

Asimismo, no es posible la obtención y tratamiento de información agregada sobre los diferentes cambios de prioridad, lo que implica la dificultad de valoración del cumplimiento del principio de equidad³⁰.

2. CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS MÁXIMOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA

Tal como se indica en el [Anexo V](#) la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece los tiempos máximos de acceso a las prestaciones del SNS en el marco de los criterios comunes acordados por el Consejo Interterritorial de Salud (si bien dichos criterios comunes no han sido aprobados, como ya se ha señalado). Dentro de dicho marco común, compete a las CCAA definir los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios. En base a esta habilitación, las CCAA de Extremadura y Región de Murcia han establecido tiempos máximos de espera cuyo cumplimiento en los centros hospitalarios fiscalizados es objeto de análisis en este subepígrafe.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

La Ley 1/2005, de tiempos de respuesta en la atención especializada del sistema sanitario público de Extremadura, estableció un plazo de garantía de 180 días naturales para todas las intervenciones quirúrgicas, 60 días naturales para acceso a primeras consultas externas y 30 días naturales para la realización de pruebas diagnósticas/terapéuticas. Adicionalmente, el Decreto 132/2006, de 11 de julio, por el que se reducen los tiempos de espera en la atención sanitaria especializada, estableció plazos máximos más reducidos para determinadas especialidades.

En el análisis del cumplimiento de los plazos de garantía se han encontrado las siguientes limitaciones en el sistema de información:

- El sistema no permite identificar a los pacientes que, en virtud de la normativa estatal y autonómica, habrían perdido la garantía de tiempo máximo de acceso.
- No existe ningún campo en el sistema que permita identificar las intervenciones quirúrgicas, consultas y pruebas para los que el Decreto 132/2006 ha establecido un plazo máximo de garantía.

Asimismo, se ha evidenciado la falta de seguimiento sobre el cumplimiento de los plazos máximos de respuesta en el período fiscalizado, puesto que no se elaboraron para dicho período informes de referencia sobre el cumplimiento de los períodos de garantía. Los informes estandarizados sobre cumplimiento del plazo de garantía se configuraron con los plazos de referencia de las prioridades,

³⁰ La Directora Gerente del SMS manifiesta en alegaciones que se realizan esfuerzos para garantizar la equidad y accesibilidad a través de programación basada en las prioridades establecidas por los médicos mediante el uso de diferentes cuadros de mando en el sistema de información. Asimismo, se manifiesta que en la LEQ se sigue manteniendo la prioridad establecida por el médico de modo sistemático y que en LEC y LEP no se modifica a lo largo del proceso asistencial. Sin embargo, en los trabajos de campo se ha comprobado la posibilidad de realizar cambios de prioridad, cuya trazabilidad únicamente resulta comprobable en la historia clínica de cada paciente, no existiendo la posibilidad de exportar una tabla con los cambios de prioridad realizados, no siendo posible, en consecuencia, valorar el alcance de estos cambios.

no de los tiempos máximos de respuesta. Así, la información sobre cumplimiento de tiempos de espera ha debido ser elaborada por el Tribunal de Cuentas con base en la información facilitada.

Teniendo en cuenta lo anterior, el cuadro siguiente muestra el porcentaje de salidas de lista de espera de pacientes que habían superado el plazo máximo de respuesta en el Área de Salud de Badajoz en el ejercicio 2022:

**Cuadro 11 CUMPLIMIENTO PLAZOS DE GARANTÍA
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**

EJERCICIO 2022



Ley 1/2005, de 24 de junio de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura			Decreto 132/2006, de 11 de julio por el que se reducen los tiempos de espera en determinadas especialidades en la atención sanitaria especializada		
 Lista de espera	 Plazo máximo de respuesta (días naturales)	 Salidas pacientes fuera plazo máximo 2022	Especialidad	 Plazo máximo de respuesta (días naturales)	 Salidas pacientes fuera plazo máximo 2022
 Intervenciones quirúrgicas (LEQ)	180	18,57 %	a. Aneurismas de indicación no urgente.	90	Sin datos
			b. Patología arterial periférica isquémica aguda.		
			c. Fístulas arteria-venosas para diálisis.		
			d. Cirugía cardíaca valvular.		
			e. Cirugía coronaria.		
 Primeras consultas externas (LEC)	60	31,13 %	a. Desprendimiento de retina.	60	Sin datos
			b. Vitrectomía.	30	
			a. Cirugía de exéreis de procesos tumorales malignos.		
 Pruebas diagnósticas/terapéuticas (LEP)	30	44,48 %	Sospecha fundamentada en criterios clínicos de enfermedad oncológica.	15	Sin datos

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el SES.

De acuerdo con el cuadro anterior, se superó el plazo máximo garantizado para todas las listas de espera, siendo las intervenciones quirúrgicas las que menores incumplimientos acumularon, aun cuando el porcentaje de salidas fuera de dicho plazo alcanzó casi el 20 %. Por su parte, el porcentaje de pacientes fuera de plazo para la realización de primeras consultas externas superó el 30 %, mientras que el porcentaje de pacientes fuera de plazo para la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas fue el más elevado, llegando al 44,48 %.

Por tanto, en el Área de Salud de Badajoz se produjo en el ejercicio 2022 un incumplimiento de los tiempos máximos garantizados para los tres tipos de listas de espera, que en el caso de las LEC y LEP fueron superiores al 30 %.

Asimismo, en el sistema de información no figuraban datos relativos para determinar de forma directa si se cumplieron los tiempos de espera establecidos en el Decreto 132/2006.

El [Anexo VIII](#) detalla el número de salidas dentro y fuera del período de garantía y el detalle de las salidas que se producen por realización de la intervención quirúrgica, consulta o prueba. No se observan diferencias relevantes entre el porcentaje de salidas total y por realización.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

El Decreto 25/2006, de desarrollo de la normativa básica estatal en materia de listas de espera en la Región de Murcia, establece tiempos máximos de acceso para las tres listas de espera analizadas; sin embargo, para la LEP los plazos establecidos solo se refieren a las pruebas incluidas en el Anexo IV del Real Decreto 605/2003, no estableciéndose plazos específicos para otras especialidades³¹.

El sistema de información no permite identificar los pacientes que han perdido la garantía del tiempo máximo de acceso³².

En consecuencia, la información necesaria para analizar el cumplimiento de los plazos de garantía ha debido ser elaborada por el Tribunal de Cuentas con base en los datos solicitados durante la fiscalización, habiéndose detectado numerosos errores en la información suministrada que han supuesto la necesidad de reiterar las solicitudes con objeto de corregir dichos errores.

Teniendo en cuenta lo anterior, el cuadro siguiente muestra el porcentaje de salidas de lista de espera en 2022 de pacientes que habían superado el plazo de garantía en el Área de Salud I Murcia-Oeste.

³¹ La Directora Gerente del SMS indica en sus alegaciones que, sin perjuicio de que no esté establecido en el Decreto 25/2006, en la práctica se exige igualmente el cumplimiento de los tiempos de acceso para todas las pruebas diagnósticas, no solo para las incluidas en el Anexo IV.

³² La Directora Gerente del SMS indica en alegaciones que desde 2023 se cuenta con un informe de pacientes en alerta que están fuera del período de garantía, si bien el Tribunal de Cuentas no tiene evidencias de su existencia y fiabilidad, por no haberse aportado.

**Cuadro 12 CUMPLIMIENTO PLAZOS DE GARANTÍA
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE**



Decreto nº 25/2006 de 31 de marzo por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia		
 Lista de espera	 Plazo máximo de respuesta (días naturales)	 % Salidas pacientes fuera plazo máximo 2022
 Intervenciones quirúrgicas (LEQ)	150	22,42 %
 Primeras consultas externas (LEC)	50	28,80 %
 Primeras pruebas diagnósticas/terapéuticas (LEP)	30	27,76 %

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el SMS.

En consecuencia, el porcentaje de salidas superando el plazo máximo de garantía fue superior al 20 % en los tres tipos de lista de espera en 2022.

En el [Anexo VIII](#) se detalla el número de salidas dentro y fuera del período de garantía y el detalle de las salidas que se producen por realización de la intervención quirúrgica, consulta o prueba.

Asimismo, se ha constatado la falta de seguimiento del cumplimiento de los plazos máximos de respuesta por parte del Área de Salud I Murcia-Oeste.

II.2.4. ¿Se publicó información adecuada y suficiente sobre la situación de las listas de espera?

La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno no hace referencia explícita a la necesidad de publicación de información sobre las listas de espera. No obstante, establece el principio general de publicación periódica y actualizada de *información cuyo conocimiento sea relevante para garantizar la transparencia de su actividad relacionada con el funcionamiento y control de la actuación pública* (artículo 5).

Asimismo, el Real Decreto 605/2003 establece un sistema de información de listas de espera del SNS a cargo del Ministerio de Sanidad, que incluye información sobre los indicadores establecidos en su Anexo IV, que han de ser facilitados por las CCAA con carácter semestral. El Ministerio debe publicar información general sobre estas listas a 30 de junio y 30 de diciembre, con base a las características y contenidos indicados por el Consejo Interterritorial, asegurando la comparabilidad entre datos (artículo 4.1).

Adicionalmente, el artículo 4.3 indica que los Servicios de Salud de las CCAA *“harán pública la información sobre listas de espera en consonancia con sus estructuras organizativas.”*

En el [Anexo IX](#) se muestra la información publicada por el Ministerio de Sanidad diferenciada por CCAA, así como los datos que hace públicos el SES y el SMS.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

La Ley 1/2005 establece en su artículo 10 la obligación del SES de publicar información semestral, *“a la que podrán tener acceso todos los ciudadanos, sobre el número de pacientes que figuran en las listas de espera quirúrgica y de acceso a consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas, en los distintos centros y servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.”* Sin embargo, no se ha desarrollado este artículo indicando la periodicidad y contenido de la información a publicar.

En este contexto, el SES publica información³³ semestral sobre LEQ, LEC y LEP. No obstante, tan sólo en el caso de LEQ se ofrece información diferenciada por Áreas de Salud. Se publican dos indicadores (número de pacientes en espera estructural y tiempo medio de espera) de cada una de las listas.

La información publicada por el SES ofrece por lo tanto una versión limitada de la gestión de las listas de espera:

- No se reflejan los cambios que se producen durante el resto del año, sino que presenta una visión puntual en dos únicos momentos. Adicionalmente, esto puede condicionar la propia gestión de la lista de espera, produciéndose modificaciones en la lista de espera estructural, coincidiendo con los dos momentos de publicación de los datos de esta lista de espera, tal y como figura en el gráfico n.º 3.
- Tan sólo se reflejan dos de los indicadores establecidos en el Anexo IV del Real Decreto 605/2003. No se ofrece información de entradas, salidas, número de pacientes por prioridad, espera media de los pacientes, demoras medias ni ninguna tasa por habitantes.
- No se ofrece información sobre pacientes en espera no estructural.
- La información que se publica relativa a la LEQ y LEC no aporta valor añadido respecto de la publicada por el Ministerio de Sanidad³⁴, ya que coincide el momento de publicación, e incluso en el SNS se publican más indicadores.

³³ <https://saludextremadura.ses.es/listaespera/lista-de-espera-quirurgica>.

³⁴ No se hace referencia a la LEP puesto que el Ministerio de Sanidad no publica información relativa a dicha lista de espera.

Por otra parte, el SES no contó con ningún protocolo de salvaguarda de la base de datos de la que se extraen los indicadores enviados al Ministerio, por lo que no se ha podido comprobar su integridad. A mayor abundamiento, se ha constatado que puede existir un desfase entre la fecha de introducción en el sistema de las entradas y salidas y la fecha real, que puede afectar a la integridad de la información. El número de pacientes en LEQ a final del diciembre de 2022 para el Área de Salud de Badajoz según los datos publicados y comunicados al Ministerio ascendió a 7.177, mientras que en la base de datos entregada a este Tribunal fue de 6.823, sin que la diferencia haya sido explicada.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

La Región de Murcia no ha regulado la forma de hacer pública la información sobre listas de espera, ni en su forma ni en su contenido.

En la práctica, el SMS publica información³⁵ diferenciada por Áreas de Salud de LEQ, LEC y LEP de número de pacientes en espera estructural, tiempo medio de espera, número de pacientes por tramos de espera y número de pacientes sin cita en LEC y LEP. Es destacable que se publique información sobre mayor número de especialidades y pruebas que las contempladas en las publicaciones del Ministerio.

En todo caso, la información sigue siendo limitada para conocer la gestión de las listas de espera, por las siguientes razones:

- No se publica información de la LEQ por tipo de intervención quirúrgica, sino únicamente por especialidades, lo que sí sucede en la información del Ministerio.
- No se reflejan los cambios que se producen durante el resto del año, lo que presenta una visión limitada a dos momentos del año: junio y diciembre.
- No se ofrece información sobre pacientes en espera no estructural.
- Tan sólo se reflejan algunos de los indicadores establecidos en el Real Decreto 605/2003, sin ofrecerse información de entradas, salidas, espera media de los pacientes, demoras medias ni ninguna tasa por habitantes.

En los indicadores de LEQ se publica y envía al Ministerio información sobre las cirugías mayor ambulatoria y cirugía con hospitalización; sin embargo, no se tienen en cuenta las cirugías menores o ambulatorias, lo que está en contradicción con el Real Decreto 605/2003³⁶, que no excluye ningún tipo de cirugía y, además, limita la comparabilidad de la información entre CCAA.

Respecto a la integridad de la información, se ha constatado un desfase entre la fecha de introducción en el sistema de las entradas y salidas y la fecha real, tal y como se ha detallado en el apartado relativo a entradas y salidas de listas de espera, que puede afectar a la integridad de la información (pacientes pre-incluidos).

³⁵https://www.murciasalud.es/leq.php?op=result_busqueda_tri&anyo=2023&mes=JUNIO&listas=todas&area=A+I&but_b_uscar=Buscar.

³⁶ De acuerdo con las definiciones en la LEQ se incluye a “...*todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.*” No se deben incluir “*los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.*”

II.3. ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS³⁷

De acuerdo con el [Anexo IV](#), relativo a los criterios de auditoría aplicados, se ha comprobado:

- Si se realizó una planificación adecuada de las prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos mediante el análisis de los indicadores de planificación y el seguimiento efectuado;
- Si se llevaron a cabo evaluaciones de los recursos propios antes de la utilización de medios ajenos;
- Si los gastos de asistencia sanitaria se han realizado conforme a la normativa de contratación pública y
- Si existió un sistema adecuado de control de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos.

En el análisis efectuado no se han incluido los conciertos formalizados para el transporte de pacientes por tener un objeto cuya materia no es estrictamente la asistencia sanitaria, sin perjuicio de que sea un servicio incluido en el catálogo de prestaciones del SNS.

El cuadro siguiente muestra el gasto de asistencias sanitarias con medios ajenos realizado en el ejercicio 2022 en los dos centros hospitalarios fiscalizados. Se han incluido tanto los expedientes tramitados por los propios centros hospitalarios como por los SSCC de los Servicios de Salud de ambas Comunidades; en este último caso únicamente en la cuantía que afecta específicamente a las Áreas de Salud analizadas (el detalle de los órganos de contratación se muestra en el [Anexo X](#)).

³⁷ El redondeo de las cantidades de los cuadros de este apartado se efectúa de modo independiente; por ello, es posible que las sumas de los parciales redondeados no coincidan con los totales. Igualmente se redondean los porcentajes, por lo que también en este caso los totales podrán no coincidir con la suma de los parciales redondeados.

Cuadro 13 GASTO DE ASISTENCIAS SANITARIAS PRESTADAS CON MEDIOS AJENOS
(euros)

TIPO DE PROCEDIMIENTO		COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ		HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	
		Nº de Exptes.	Importe de gasto facturado	Nº de Exptes.	Importe de gasto facturado
Concierto		0	0	13	14.507.239
Procedimiento abierto		2	480.834	11	7.422.755
Contrato menor		12	58.650	52	106.678
Sin contrato	Con contrato previo ya finalizado	3	5.526.417	11	5.577.602
	Sin contrato previo	9	443.931	24	3.108.986
TOTAL		26	6.509.831	111	30.723.261

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el CHUB. y el CHUVA.

Respecto al Área de Salud de Badajoz, no figuran en el cuadro anterior cuatro expedientes tramitados por los SSCC para los que no es posible desglosar por áreas de salud el importe facturado, sin perjuicio de que también se han analizado. El importe conjunto de estos expedientes es de 11.907.634 euros, según el siguiente detalle:

- Prestación de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistidas (EX-15): 7.052.039 euros. La asistencia se prestó sin disponer de contrato en vigor durante el ejercicio fiscalizado. Anteriormente la prestación se enmarcaba en un contrato formalizado el 30 de octubre de 2007; no obstante, a la finalización del mismo, en lugar de tramitar un nuevo contrato se continuó con el mismo bajo la figura de “*prórroga por interés público*”, que se analiza en el epígrafe II.3.2.
- Estancias hospitalarias y plazas ambulatorias para el tratamiento neuro-rehabilitador (EX-16): 2.965.529 euros³⁸. Adjudicado por los SSCC por procedimiento abierto el 15 de septiembre de 2021.
- Estancias hospitalarias de media y larga duración (EX-18): 1.675.025 euros. Adjudicado por los SSCC por procedimiento abierto el 20 de enero de 2021.
- Estancias de cuidados sanitarios continuados tipo T1 para pacientes del SES-Lote 1 (EX-17): 215.041 euros. En este caso la asistencia también se prestó sin que existiera un contrato en vigor en 2022. El servicio se realizaba en virtud de un contrato adjudicado el 25 de febrero de 2015, y a su finalización no se tramitó uno nuevo, sino que se utilizó la figura de “*prórroga por interés público*”, que se analiza en el [epígrafe II.3.2](#).

³⁸ Respecto de este contrato, únicamente resulta posible conocer el gasto imputable al Área de Salud de Badajoz de uno de los servicios contratados, el relativo a los pacientes de tratamientos ambulatorios, cuyo importe asciende a 100.894 euros.

Asimismo, la falta de información de facturación segregada por áreas de salud constituye una deficiencia en la gestión, ya que condiciona la medición de la eficiencia de los hospitales y dificulta la llevanza de una contabilidad de costes adecuada³⁹.

Respecto al Área de Salud I Murcia-Oeste, no figura en el cuadro anterior el importe correspondiente a una tarifa especial para hospitalización para derivación de pacientes por la COVID-19, que incrementó el coste de las tarifas para paliar los efectos económicos de la pandemia. Este incremento se mantuvo en vigor durante el año 2022, facturándose dichos incrementos de forma global, sin llevar un control de su distribución por Áreas de Salud. Durante 2022 el importe facturado global para el SMS, de acuerdo con la información proporcionada, fue de 3.675.547 euros. El SMS no ha facilitado información sobre el importe que correspondería a la facturación del Área de Salud Murcia-Oeste⁴⁰.

Dentro del importe correspondiente al Área de Salud de Badajoz no se han incluido 1.031.200 euros correspondientes a un convenio de colaboración formalizado el 16 de mayo de 2018 por la Consejería de Sanidad y la Universidad de Extremadura (UEX) con vigencia de cuatro años, prorrogable otros cuatro, por no corresponder a asistencias sanitarias con medios ajenos, a pesar de que el gasto fue imputado al artículo 25 *Conciertos de asistencia sanitaria* del presupuesto de gastos del SES. Su objeto es la colaboración entre la UEX y el Sistema Sanitario Público de Extremadura para la formación práctica de los estudiantes sanitarios. El importe mencionado corresponde a retribuciones de facultativos del SES que, mediante el convenio, pasan a formar parte de la plantilla docente de la UEX.

Este Tribunal considera que, por su naturaleza, estos gastos no deberían imputarse al capítulo II del presupuesto de gastos, ya que no tienen naturaleza de gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos, sino que derivan de un instrumento de colaboración con una entidad de naturaleza pública⁴¹, debiendo imputarse al Capítulo IV *Transferencias corrientes*. Además, y dada la elevada cuantía de estos gastos, que representa un 13,67 % del total de gastos de asistencia sanitaria, su imputación al artículo 25 desvirtúa la comparativa entre Áreas y Servicios de Salud⁴².

Por otra parte, dentro del importe del Área de Salud I Murcia-Oeste no se han incluido 125.760 euros correspondientes a un convenio de colaboración con una fundación privada cuyo objeto es la

³⁹ La Presidenta de la Junta de Extremadura señala en sus alegaciones que en dos de los expedientes con importes agregados (EX-16 y EX-18), en caso de ser necesario, podría llevarse a cabo un análisis manual de costes por áreas de salud, teniendo en cuenta qué pacientes pertenecen a cada una de ellas. En los otros dos contratos (EX-1 y EX-2), indica que la facturación se realiza por lote, por lo que es posible conocer la facturación relativa a los lotes relacionados con el área de Badajoz. Al respecto, cabe indicar que únicamente resulta posible desagregar uno de los servicios contratados a través del expediente EX-16 (tal y como se señala en la nota 38). Respecto al EX-18, el anexo que acompaña las facturas remitidas no incluye el Área de Salud de procedencia de los pacientes. Por su parte, el expediente EX-17 (que entendemos que por error figura en la alegación como EX-1) incluye las Áreas de Salud de Badajoz y Llerena-Zafra, por lo que la facturación del lote 1 del año 2022 puede incluir pacientes procedentes de la otra Área. Por último, el expediente EX-15 (que entendemos que por error figura en la alegación como EX-2) no está dividido en lotes.

⁴⁰ La Directora Gerente del SMS señaló en sus alegaciones que este incremento se realizó globalmente y no diferenciado por áreas por razones de “*economía administrativa*”. No obstante, aporta un cálculo del importe que correspondería por este concepto al Área de Salud I Murcia-Oeste, igual a 1.203.411,70 euros.

⁴¹ La Orden de 14 de junio de 2021 por la que se dictan las normas para la elaboración de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para el año 2022 relaciona en su anexo V la clasificación económica de los gastos, incluyendo el subconcepto 25700 *Plazas vinculadas con Universidades*, al cual imputa el SES los gastos correspondientes a este concierto.

⁴² La Presidenta de la Junta de Extremadura manifiesta en sus alegaciones que se utilizó para esta clasificación económica el nomenclátor del INSALUD. No puede aceptarse la alegación señalada puesto que, con independencia de que así figurara en dicho nomenclátor, el hecho cierto es que la naturaleza de este gasto no corresponde a asistencias sanitarias con medios ajenos, por lo que este Tribunal estima que no resulta correcta su inclusión en el artículo 25.

participación del HCUVA en un ensayo clínico con personas sanas para probar un nuevo tratamiento médico. En tanto este convenio de colaboración no tiene por objeto la asistencia sanitaria con medios ajenos, no debió imputarse como tal en la cuenta de resultados⁴³.

A continuación se muestran los importes totales de compras y gastos de los dos centros hospitalarios para conocer el peso de los gastos de asistencias sanitarias con medios ajenos respecto al total:

Cuadro 14 IMPORTE DE COMPRAS Y GASTOS

(euros)

COMPRAS Y GASTOS	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)
Compras	123.094.427	244.278.802
Variación de existencias	(598.690)	0
Servicios exteriores	27.461.771	21.320.555
Gastos de personal	201.721.512	305.013.006
Dotaciones para amortizaciones	2.431.840	8.981.235
Resto de gastos	24.183.599	5.385.151
TOTAL COMPRAS Y GASTOS	378.294.459	584.978.749

Fuente: Formulario C.1 del SIAE.

Los gastos de asistencias sanitarias con medios ajenos están incluidos dentro de las *Compras*. En el CHUB, representaron el 5,29 % del total de compras, y en el HCUVA, el 12,58 %.

II.3.1. ¿Los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos se han llevado a cabo tras la correspondiente planificación y la evaluación previa de sus recursos propios?

El artículo 90 de la Ley 14/1986, que estableció la posibilidad de que las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, puedan formalizar conciertos⁴⁴ para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, exige tener en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios. Además, dichos conciertos no podrán contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

En términos similares se expresa el artículo 30.3 de la LCSP al señalar que “*la prestación de servicios se realizará normalmente por la propia Administración por sus propios medios. No obstante, cuando carezca de medios suficientes, previa la debida justificación en el expediente, se podrá contratar de conformidad con lo establecido en el Capítulo V del Título II del Libro II de la presente Ley*”. En el [Anexo VI](#) se indica el marco normativo de la planificación sanitaria.

Ninguno de los SSCC de los Servicios de Salud autonómicos ha efectuado un análisis global o específico sobre las posibles carencias de medios humanos y materiales que lleven a acudir a las

⁴³ Se imputó a la cuenta de gasto 60725001 “*Conciertos entidades privadas Asistencia Especializada*” y no a la 6232001 “*Estudios y trabajos técnicos*”. Por lo que se refiere al presupuesto de gastos, este gasto se imputó al artículo 25 (“*Conciertos de asistencia sanitaria*”), si bien la imputación correcta hubiera sido en la aplicación presupuestaria 227.06 “*Estudios y trabajos técnicos*”, dentro del artículo 22 “*Material, suministros y otros*”.

⁴⁴ En relación con la celebración de conciertos en el ámbito sanitario ver [epígrafe II.3.2](#) y [Anexo XII.1-1/2](#)

asistencias sanitarias con medios ajenos por parte de las Áreas de Salud fiscalizadas en relación con el ejercicio analizado.

En concreto, ni en el Plan de Salud de Extremadura ni en el Acuerdo de Gestión del Área de Salud de Badajoz (como ya se ha señalado en el epígrafe II.2.1, no se elaboró un Plan específico de Salud del Área analizada) se incluyó ningún objetivo directamente relacionado con la asistencia sanitaria con medios ajenos, ni se aludió a esta forma de prestación.

Respecto al HCUVA, el último Plan de Salud aprobado en la Región de Murcia corresponde al período 2010-2015 y no existe un Plan de Salud del Área de Salud I Murcia-Oeste, como se ha señalado en el epígrafe II.2.1. El instrumento de planificación estratégica utilizado fue el Acuerdo de Gestión del Área de Salud, que incluía un único subobjetivo denominado *Gastos en conciertos y autoconciertos*, enmarcado en el objetivo 6, relativo a la asistencia sanitaria con medios ajenos, cuyos indicadores⁴⁵ no se acompañan de un estudio de medios disponibles y necesidades.

Como consecuencia, el análisis se ha centrado en los informes de insuficiencia de medios que, obligatoriamente, han de formar parte de los expedientes de contratación.

Así, el apartado f) del artículo 116.4 de la LCSP establece que el expediente de contratación de los contratos de servicios incluirá un informe de insuficiencia de medios. Este trámite no debe considerarse una mera formalidad: su importancia queda reforzada por el hecho de que la propia LCSP exige en su artículo 63 la publicación del citado informe en el Perfil del contratante.

Se han analizado los informes de insuficiencia de medios de los contratos vigentes en 2022, cuyo objeto fue la asistencia sanitaria con medios ajenos y que, por su fecha de formalización, estaban obligados a su elaboración, puesto que la normativa anterior a la LCSP no exigía la incorporación de dicho documento. Además, se ha examinado la valoración previa de los medios propios en relación con los procedimientos que no han conllevado formalización de contratos.

1. EVALUACIONES DE MEDIOS PROPIOS EFECTUADAS POR LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANTES DE RECURRIR A LOS MEDIOS AJENOS

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Contratos adjudicados mediante procedimiento abierto

Los cuatro contratos adjudicados mediante procedimiento abierto vigentes en 2022 incorporaron el informe citado, pero solo el último de los que se refieren a continuación estaba soportado en una evaluación de los medios propios existentes. Además, en ninguno de los cuatro expedientes se incluyó una estimación del coste que supondría dotarse de los recursos necesarios para su prestación y una valoración de distintas alternativas de gestión:

- Contrato EX-16 para estancias de neurorrehabilitación de personas con daño cerebral sobrevenido o lesión medular aguda, adjudicado por los SSCC el 15 de septiembre de 2021, con un importe facturado en 2022 de 2.965.529 euros en el conjunto del SES. El informe de insuficiencia de medios se limita a señalar la no disponibilidad de medios humanos ni materiales para prestar el servicio.
- Contrato EX-1 para la rehabilitación psicosocial de pacientes con trastorno mental grave, adjudicados por los SSCC con fecha 7 de julio de 2021, con un importe facturado en 2022

⁴⁵ El análisis de los indicadores de este subobjetivo se incluye en el [epígrafe II.3.3](#).

de 400.338 euros. El informe de insuficiencia de medios se limita a señalar la no disponibilidad de medios humanos ni materiales para prestar el servicio.

- Contrato EX-2 para estancias de cuidados sanitarios intensos y continuados Tipo 1, adjudicado por los SSCC el 14 de julio de 2022, con un importe facturado en 2022 de 80.497 euros. El informe de insuficiencia de medios señala que el SES no había desarrollado otros recursos personales ni técnicos encaminados a la prestación de cuidados sanitarios intensos y continuados a los pacientes con las características mencionadas en el contrato, de manera que si se interrumpiera el mismo y se tuvieran que prestar los cuidados sanitarios intensos y continuados a través de los hospitales generales, supondría un aumento en la congestión y un mal uso de las camas hospitalarias disponibles. En informe, en consecuencia, no precisa los medios que serían necesarios para la prestación del servicio.
- Contrato EX-18 para servicios de estancias hospitalarias de media y larga duración, adjudicado por los SSCC el 20 de enero de 2021, con un importe facturado en 2022 de 1.675.025 euros en el conjunto del SES. En el informe de insuficiencia de medios de este expediente sí figura una descripción de los centros hospitalarios de Extremadura, señalando que el Sistema Sanitario Público de Extremadura no cuenta con ningún centro propio que cumpla las características de hospital de media y larga estancia, y que pueda prestar una atención hospitalaria de media y larga duración.

Prestaciones de asistencia sanitaria sin contrato

Al margen de los análisis específicos realizados sobre los contratos formalizados de conformidad con la normativa de contratación aplicable, se ha comprobado que las prestaciones realizadas sin contrato, ya fueran derivadas de un contrato previo antiguo ya finalizado, ya fueras prestaciones efectuadas sin contrato, que ascendieron a 5.970.348 euros en 2022, no contaban en ningún caso con un estudio previo sobre medios propios y la conveniencia, en su caso, de proveerse con mayores recursos propios.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

Contratos adjudicados mediante procedimiento abierto

De los 11 contratos adjudicados mediante procedimiento abierto vigentes en 2022, 7 fueron tramitados con posterioridad a la entrada en vigor de la LCSP. Todos menos uno (RM-11, adjudicado por los SSCC del SMS el 27 de junio de 2022, con un importe facturado en 2022 de 460 euros) incorporaron el informe de insuficiencia de medios, si bien tres no estaban soportados en una evaluación de los medios propios existentes. Además, en ninguno se incluyó una estimación del coste que supondría dotarse de los recursos necesarios para su prestación y una valoración de distintas alternativas de gestión:

- Contrato RM-2 para la prestación de servicios de Terapias Respiratorias Domiciliarias, adjudicado por los SSCC el 23 de abril de 2021, con un importe facturado en 2022 de 1.363.362 euros. El informe de insuficiencia de medios señala de forma genérica que la prestación se ha venido realizando de manera histórica con medios ajenos debido a la especial característica de su provisión, ya que el SMS no dispone de la infraestructura y los recursos técnicos y humanos para prestar este servicio, sin que consten datos o estudios relativos a los medios propios existentes.
- Contrato RM-4, para la prestación de servicios de realización de endoscopias, adjudicado por los SSCC el 31 de julio de 2019, con un importe facturado en 2022 de 680.979 euros.

En el informe de insuficiencia de medios se señala la carencia de medios personales y materiales para la demanda de estudios endoscópicos digestivos y aunque, según se indica en el propio informe, tal afirmación se basa en los informes elaborados previamente por las Áreas de Salud, los mismos no hacen referencia a las pruebas incluidas en el contrato: gastroscopias y colonoscopias.

- Expediente RM-6 para la realización de cirugías de cataratas, adjudicado por los SSCC el 18 de septiembre de 2021, con un importe facturado en 2022 de 358.937 euros: en la justificación de la propuesta de contratación figuran los pacientes con cataratas intervenidos en centros propios y concertados, así como el número de personas pendientes de operar a 30 de septiembre de 2019 (4.084), con una demora media de 114,93 días. A pesar de que el informe ofrece datos relativos a la lista de espera de intervención de cataratas, no se efectúa un análisis de la insuficiencia de los medios propios que detalle las causas de dicha demora.
- Contrato RM-5 para la prestación de servicios de rehabilitación ambulatoria (fisioterapia y logopedia), adjudicado por los SSCC el 4 de septiembre de 2019, con un importe facturado en 2022 de 586.272 euros. El informe de insuficiencia de medios mencionaba a su vez el informe previo del Área de Salud I Murcia-Oeste, que incluyó el detalle de los recursos humanos y técnicos del Servicio, los horarios y la organización del personal, el rendimiento con los recursos disponibles, las causas de la demora, y la estimación del volumen a derivar. Por tanto, se efectuó una evaluación previa de los medios propios del servicio.
- Expediente RM-7 para la realización de pruebas de carácter pronóstico-predictivo en el cáncer de mama, adjudicado por los SSCC el 4 de marzo de 2019, con un importe facturado en 2022 de 123.750 euros: el informe de insuficiencia de medios señala que por el número limitado de pacientes que pueden beneficiarse de esta tecnología, en el SMS no se dispone de los medios técnicos necesarios para la realización de determinaciones genéticas de ayuda a la decisión terapéutica en estadios iniciales en cáncer de mama por medios propios. Se trata de una técnica ofrecida por solo cuatro empresas en España para la realización de pruebas diagnósticas a un número reducido de pacientes, por lo que parece justificarse la insuficiencia de medios propios.
- Expediente RM-9 para la realización de test genéticos preimplantacionales, adjudicado por los SSCC el 28 de febrero de 2022, con un importe facturado en 2022 de 36.660 euros. El informe de insuficiencia de medios señala que el Área de Salud I – Murcia Oeste no dispone de medios humanos ni técnicos con posibilidad de prestar el servicio. Puesto que en el Área de Salud no existe ningún servicio que realice este tipo de test, está justificada la insuficiencia de medios propios.

Conciertos

Tal y como se refleja en el cuadro 13, casi la mitad de los gastos en asistencia sanitaria del Área de Salud I Murcia-Oeste se llevaron a cabo bajo la forma del concierto sanitario, figura a la que se refiere específicamente el [epígrafe II.3.2](#). Ninguno de los trece conciertos formalizados en 2019 y vigentes durante el periodo fiscalizado incluía un estudio previo de los medios propios existentes. Tal estudio tampoco se llevó a cabo en 2022, a pesar de que dichos conciertos conllevan la firma de una cláusula adicional anual en la que se determinan las variables técnicas, asistenciales y económicas de cada ejercicio.

Esta ausencia de evaluación previa de los medios propios es una consecuencia negativa derivada de haber formalizado asistencias sanitarias utilizando el instrumento de concierto, en lugar de utilizar

un procedimiento de contratación conforme a la LCSP, puesto que si bien el artículo 90 de la Ley General de Sanidad establece que las Administraciones públicas tendrán en cuenta la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios previamente a la formalización de conciertos, no existe un desarrollo normativo al citado artículo que concrete cómo materializar dicha obligación, dada la ausencia de normativa autonómica sobre concertación sanitaria. De haberse instrumentalizado las asistencias sanitarias con medios ajenos a través de un expediente de contratación conforme a la LCSP, sería plenamente aplicable la obligación de elaborar un informe de insuficiencia de medios individualizado para cada uno de los expedientes, en virtud del artículo 116 de la citada LCSP.

La Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones elaboró un documento denominado “*Memoria explicativa Justificación Conciertos*”, de fecha 9 de enero de 2023, en el que se justificaba la necesidad de los conciertos vigentes en 2022. Dicho documento ponía de manifiesto el aumento paulatino de la LEQ y de la LEP, por lo que se consideraba necesario derivar pacientes a centros externos ajenos al SMS para reducir las listas de espera, de forma que no se superasen los tiempos de espera máximos y para disminuir el número de pacientes pendientes de ser atendidos.

Si bien el incremento de los pacientes en lista de espera es una consecuencia lógica y directa de la insuficiencia de medios propios, hubiera sido más adecuado el estudio individualizado de dichos medios propios para cada una de las asistencias sanitarias incluidas en los conciertos, que pudieran servir de base para el inicio de políticas alternativas a la contratación o concertación de las asistencias, como es el aumento de los recursos propios. Asimismo, la memoria justificativa de la necesidad de los conciertos vigentes en 2022 debió haberse elaborado previamente a la formalización de los mismos, y no con posterioridad.

Prestaciones de asistencia sanitaria sin contrato

Al margen de los análisis específicos realizados sobre los contratos formalizados de conformidad con la normativa de contratación aplicable, se ha comprobado que las prestaciones realizadas sin contrato, que han ascendido a 8.686.588 euros, el 28 % del total de gastos por asistencias con medios ajenos del ejercicio, no contaban con un estudio previo sobre medios propios y la conveniencia, en su caso, de proveerse de mayores recursos.

No obstante, la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, del Director Gerente del SMS sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del SMS, señala que la persona autorizada por delegación en los términos establecidos en el apartado 1.4.4 deberá redactar una memoria justificativa de las razones por las que se tramita el pedido o se autoriza el pago para este tipo de procedimientos en los que no se formalizó contrato conforme a la LCSP.

En ninguna de las memorias justificativas constaba una evaluación de los recursos propios existentes, limitándose en todos los casos a señalarse que se utilizaba este procedimiento al margen de la LCSP por tener constancia de que no se encontraba en vigor ningún contrato para la realización del servicio o bien se utilizaba la siguiente fórmula: “*esta gestión se entiende excepcional mientras dura la tramitación del expediente de contratación correspondiente*”.

2. NIVEL DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS PROPIOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS FISCALIZADOS

Se ha efectuado una comparativa entre los medios propios y ajenos en cada uno hospitales para tres tipos de asistencias sanitarias: intervenciones quirúrgicas, estancias hospitalarias y sesiones de diálisis.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

El resultado de la comparativa efectuada es el siguiente:

**Cuadro 15 UTILIZACIÓN DE MEDIOS PROPIOS Y AJENOS PARA UNA MUESTRA DE ASISTENCIAS SANITARIAS
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**

TIPO DE ASISTENCIA SANITARIA	MEDIOS PROPIOS	MEDIOS AJENOS	TOTAL	% MEDIOS AJENOS SOBRE TOTAL
Intervenciones quirúrgicas	27.484	672	28.156	2
Estancias hospitalarias	198.817	0	198.817	0
Sesiones de diálisis	12.617	23.421	36.038	65

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el CHUB.

Existe una preeminencia en el uso de los medios propios sobre los ajenos en los ámbitos más relevantes y comunes, como son las intervenciones quirúrgicas y las estancias hospitalarias. Sin embargo, se ha optado por recurrir de forma mayoritaria al uso de medios ajenos para las sesiones de diálisis, tanto ambulatoria como domiciliaria.

El CHUB contaba en 2022 con 18 puestos de hemodiálisis para enfermos crónicos y 4 puestos para agudos.

El número de sesiones de hemodiálisis que se realizaron en las instalaciones del CHUB en 2022 fue de 12.617, por lo que resulta una media de 242 sesiones semanales, 11 sesiones semanales por puesto de hemodiálisis del CHUB. Puesto que las sesiones se programan de lunes a sábado en horario de mañana y tarde, cada sesión tiene una duración media de 4 horas y la tasa máxima de uso es de 12 sesiones semanales por puesto, se considera que la tasa de uso de los puestos de hemodiálisis del CHUB es adecuada, de forma que si se quisiera dar un mayor servicio con medios propios y no recurrir a la externalización, sería preciso contar con nuevos puestos de hemodiálisis.

Por otra parte, en el siguiente cuadro se cuantifica la actividad diagnóstica efectuada con medios propios y ajenos para un conjunto de pruebas en el CHUB durante 2022:

Cuadro 16 ACTIVIDAD DIAGNÓSTICA REALIZADA ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

TIPO	PRUEBA	EQUIPOS EN FUNCIONAMIENTO	2022		
			MEDIOS PROPIOS	MEDIOS AJENOS	% MEDIOS PROPIOS TOTAL
 ANATOMÍA PATOLÓGICA	Biopsias	N/A	25.827	-	100
	Necropsias (total):	N/A	12	-	100
 IMAGEN	Angiografía digital	2	290	-	100
	Densitometrías	1	3.796	-	100
	Mamografías	2	4.793	658	88
	PET y PET-TC	1	5.045	-	100
	Resonancia magnética	3	14.032	6.417	69
	RX convencional	16	159.277	-	100
	SPECT	3	7.278	-	100
	TAC	6	33.162	1.257	96
 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	Colonoscopias	N/A	2.462	634	80
	Broncoscopias	N/A	830	-	100

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el CHUB.

Se utilizaron medios ajenos para la realización de resonancias magnéticas, mamografías, TAC y colonoscopias.

En el ejercicio 2022, el CHUB contaba con tres equipos de RNM, dos mamógrafos y seis equipos de TAC, con los que se llevaron a cabo 14.032 resonancias, 4.793 mamografías y 33.162 TAC.

Se ha comprobado que ninguna de las máquinas citadas estuvo infrautilizada en el ejercicio fiscalizado (ver [Anexo XI](#)), de forma que, al igual que se ha señalado respecto de la hemodiálisis, si se optara por no externalizar dichas prestaciones, sería necesario incrementar el número de equipos.

En fecha de 31 de diciembre de 2023, el CHUB contaba con el mismo número de mamógrafos que en 2022 (2), si bien aumentó el número de equipos de RNM de 3 a 4 y el número de equipos de TAC de 6 a 7.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

El resultado de la comparativa efectuada es el siguiente:

**Cuadro 17 UTILIZACIÓN DE MEDIOS PROPIOS Y AJENOS PARA UNA MUESTRA DE ASISTENCIAS SANITARIAS
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA**

TIPO DE ASISTENCIA SANITARIA	MEDIOS PROPIOS	MEDIOS AJENOS	TOTAL	% MEDIOS AJENOS SOBRE TOTAL
Intervenciones quirúrgicas	16.694	10.515	27.209	39
Estancias hospitalarias	221.344	29.355	250.699	12
Sesiones de diálisis	69.127	35.077	104.204	34

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el HCUVA.

La utilización de los medios ajenos sobre los propios en las intervenciones quirúrgicas y en las sesiones de diálisis supera el 30 %, mientras que en las estancias hospitalarias es casi el 12 %.

No obstante, el 90 % de las intervenciones con medios ajenos (9.511 de 10.515) fueron efectuadas en instalaciones de centros concertados por cirujanos pertenecientes al SMS (es decir, el servicio contratado con los centros privados incluía fundamentalmente el alquiler de los quirófanos y no los servicios de cirugía); por tanto, la cifra de intervenciones quirúrgicas efectuadas con medios ajenos en su totalidad (tanto quirófanos como cirujanos) en el ejercicio 2022 fue de 1.004.

Esta circunstancia evidencia una escasez de quirófanos en el centro hospitalario que se está intentado paliar mediante dos actuaciones:

- El desempeño de jornadas extraordinarias por el personal sanitario del SMS como medida de disminución de las listas de espera sin acudir a la externalización de los servicios (autoconcierto); si bien, las intervenciones quirúrgicas efectuadas en 2022 fuera del horario habitual de trabajo fueron únicamente 471 (el 2,82 % del total de 16.694 intervenciones).
- La construcción de tres nuevos quirófanos en el área quirúrgica del HCUVA, si bien el proyecto estaba en fase de estudio preliminar en el momento de remisión del presente Informe a alegaciones (mayo de 2024).

Asimismo, el Gobierno Regional de Murcia presentó en 2019 el Plan Director de ampliación y reforma del HCUVA, con una inversión prevista de 100 millones de euros en los siguientes diez años, habiéndose ofertado la licitación del correspondiente proyecto, que quedó desierta. En la fecha de remisión de este Informe a alegaciones (mayo de 2024) se estaba reelaborando el Plan para licitarlo nuevamente.

En el cuadro siguiente se cuantifica la actividad diagnóstica efectuada con medios propios y ajenos para un conjunto de pruebas en el HCUVA en el ejercicio 2022:

**Cuadro 18 ACTIVIDAD DIAGNÓSTICA REALIZADA
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE**

TIPO	PRUEBA	EQUIPOS EN FUNCIONAMIENTO	2022		
			MEDIOS PROPIOS	MEDIOS AJENOS	% MEDIOS PROPIOS TOTAL
 ANATOMÍA PATOLOGICA	Biopsias	N/A	25.003	-	100
	Necropsias (total):	N/A	63	-	100
 IMAGEN	Angiografía digital	5	772	-	100
	Densitometrías	1	8.753	-	100
	Gammagrafías	1	6.176	-	100
	Mamografías	3	4.810	2.427	66
	PET y PET-TC	1	6.083	-	100
	Resonancia magnética	3	11.391	24.534	32
	RX convencional	18	42.781	7.008	86
	SPECT	3	474	-	100
	TAC	5	38.574	6.877	85
 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	Colonoscopias	N/A	4.612	1.654	74
	Broncoscopias	N/A	896	-	100

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el CHUB.

Como se desprende del cuadro anterior la utilización de medios ajenos se concretó en la realización de mamografías, resonancias magnéticas, radiografías convencionales, TAC y colonoscopias. El porcentaje de utilización de medios propios para la mayoría de las pruebas diagnósticas fue del 100 %, excepto para las mamografías y las resonancias magnéticas (66,46 % y 31,71 % respectivamente). Para valorar el riesgo de infrautilización de los equipos de diagnóstico del centro hospitalario fiscalizado, se ha comprobado el nivel de uso de los mismos en relación con ambas pruebas.

En 2022 el HCUVA contaba con tres mamógrafos y con tres equipos de RNM, con los que se llevaron a cabo 4.810 mamografías y 11.391 resonancias.

El nivel de utilización de los equipos de RNM y mamógrafos del HCUVA en el ejercicio 2022 (ver [Anexo XI](#)) fue adecuado, sin que exista evidencia de infrautilización de dichos equipos, por lo que, para no acudir a la concertación de medios ajenos, sería preciso aumentar el número de máquinas.

En fecha de 31 de diciembre de 2023, el HCUVA había aumentado el número de equipos de diagnóstico, pasando de 3 a 4 mamógrafos y de 3 a 5 equipos de RNM.

II.3.2. ¿Los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos se han realizado conforme a la normativa de contratación pública?

En el [Anexo XII](#) se ha recogido la normativa aplicable a la contratación pública en relación con la asistencia sanitaria con medios ajenos.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

De los 30 expedientes de gasto de asistencias sanitarias para pacientes del CHUB (los referidos en el cuadro 13 más los cuatro expedientes tramitados por el SES cuyo importe no es posible desglosar), cinco tenían origen en contratos previos cuyo período de vigencia, incluyendo prórrogas, había finalizado, y que se venían prolongando en el tiempo de manera irregular por importe de, al menos, 5.526.417 euros⁴⁶, lo que supuso el 85 % del importe total facturado en 2022. Asimismo, otros 9 expedientes, por importe de 443.931 euros (7 % del importe total), se tramitaron al margen de los procedimientos de contratación establecidos en la LCSP y, en este caso, sin traer causa en expedientes de contratación previos, lo que pone de manifiesto una planificación contractual muy deficiente durante el ejercicio fiscalizado.

La ausencia de tramitación de un expediente de contratación conforme a la LCSP supone, además, el incumplimiento de los principios de publicidad, transparencia y concurrencia que deben regir en la contratación pública.

Entre los expedientes tramitados al margen de la LCSP se distinguen, por tanto, dos casuísticas: por una parte, gastos que derivan de contratos ya finalizados que se han extendido en el tiempo de forma indebida (5.526.417 euros) y, por otro, gastos efectuados sin que mediara contrato previo (443.931 euros).

Gastos derivados de contratos finalizados

- Expediente EX-4 para procedimientos y pruebas diagnósticas en el ámbito del SES. El 12 de diciembre de 2005 los SSCC adjudicaron un contrato para esta prestación con una duración de un año, prorrogable hasta un máximo de 3, es decir, hasta 2008; no obstante, y a pesar de su pérdida de vigencia, se ha continuado prestando el servicio sin haber licitado un nuevo contrato⁴⁷. El importe facturado en 2022 para el Área de Salud de Badajoz ascendió a 1.871.451 euros.
- Expediente EX-5 para la realización de procedimientos quirúrgicos generales y de traumatología en el ámbito del SES. El 2 de diciembre de 2010 los SSCC adjudicaron el correspondiente contrato con una duración inicial prevista hasta el 31 de diciembre de 2014, prorrogable hasta 2016. Una vez finalizado el mismo se continuó prestando dicho servicio sin que se hubiera licitado y formalizado un nuevo contrato⁴⁸. El importe facturado en 2022 para el Área de Salud de Badajoz fue de 824.144 euros.

⁴⁶ A esta cuantía habría que sumar la parte del Área de Salud de Badajoz correspondiente a los expedientes EX-15 y EX-17, con un importe facturado total de 7.052.039 euros y 215.041 euros en 2022 respectivamente, de los que no es posible desglosar el importe por áreas.

⁴⁷ Posteriormente al periodo fiscalizado, se licitó un nuevo contrato para dicha prestación que se formalizó el 11 de enero de 2024.

⁴⁸ Posteriormente al periodo fiscalizado, el 30 de octubre de 2023, se publicó el anuncio de formalización de un Acuerdo marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos en el ámbito del SES.

- Expediente EX-3 para hemodiálisis ambulatoria para pacientes del SES. El contrato que anteriormente daba cobertura a esta prestación fue adjudicado por los SSCC el 16 de diciembre de 2004, con una duración máxima incluyendo prórrogas hasta el 30 de octubre de 2014. Una vez finalizada la vigencia de dicho contrato se continuó prestando el servicio⁴⁹, habiendo ascendido los gastos facturados en 2022 para el Área de Salud de Badajoz a 2.830.822 euros.

Además de los tres anteriores cuyo importe corresponde únicamente al área de Salud de Badajoz, existen otros dos expedientes en los que se dio esta circunstancia, cuyo importe no es posible segregar:

- Expediente EX-15 para terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida en el ámbito del SES. El contrato que daba cobertura a este servicio fue adjudicado por los SSCC el 30 de octubre de 2007, con vigencia hasta el 31 de octubre de 2017. Una vez finalizado dicho contrato, se siguió prestando el servicio sin formalizarse uno nuevo⁵⁰, En 2022 el importe facturado para todo el SES fue de 7.052.039 euros.
- Expediente EX-17 para estancias de cuidados sanitarios intensos y continuados tipo 1, adjudicado por los SSCC el 25 de febrero de 2015, contrato que mantuvo su vigencia hasta el 31 de marzo de 2019. Tras su finalización, se siguió prestando el servicio, habiéndose facturado en 2022 gastos por importe de 215.041 euros. El nuevo contrato se formalizó durante el ejercicio fiscalizado, el 13 de agosto de 2022 (lote 4 Área de Salud de Badajoz).

En todos estos expedientes las prestaciones siguieron realizándose mediante el uso reiterado de prórrogas extraordinarias en el SES por razón de interés público, de acuerdo con el siguiente gráfico:

Gráfico 9 CRONOGRAMA DE LOS CONTRATOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS FINALIZADOS
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ



Fuente: Elaboración propia.

⁴⁹ Posteriormente al periodo fiscalizado se licitó un nuevo contrato para dicha prestación que se formalizó el 21 de septiembre de 2023.

⁵⁰ Con posterioridad al periodo fiscalizado, el 28 de marzo de 2023, se firmó un Acuerdo Marco de servicio de terapias respiratorias domiciliarias en el ámbito del SES, y el Área de Salud de Badajoz formalizó el 12 de diciembre de 2023 el nuevo contrato basado en el Acuerdo Marco, entrando en vigor el 1 de enero de 2024.

En los cinco expedientes había transcurrido un largo periodo de tiempo desde la pérdida de vigencia del contrato anterior hasta el ejercicio fiscalizado, en algunos casos más de ocho años, a pesar de lo cual no se licitó un nuevo contrato para la realización de la prestación, sino que se siguió facturando con el contratista anterior.

La posibilidad de que un contrato se pueda prorrogar hasta que comience la ejecución del siguiente se recogió por primera vez en el artículo 29 de la LCSP, que entró en vigor el 9 de marzo de 2018, Para su aplicación se exige que se haya iniciado la tramitación del nuevo contrato que lo ha de sustituir (en concreto, que se haya publicado el anuncio de licitación del nuevo contrato con una antelación mínima de tres meses respecto de la fecha de finalización del contrato originario) y, además, que la falta de formalización del nuevo contrato se deba a incidencias resultantes de acontecimientos imprevisibles para el órgano de contratación producidas en el procedimiento de adjudicación, así como la existencia de razones de interés público para no interrumpir la prestación. Además, la prórroga se limitaría, en todo caso, a un periodo máximo de nueve meses. Circunstancias que no concurrían en ninguno de los cinco expedientes mencionados.

Adicionalmente, la utilización de procedimientos regulados por pliegos que se han quedado anticuados al no incorporar mejoras tecnológicas o de procedimiento supone el riesgo de que los mismos no sean conformes a la normativa vigente y no incluyan criterios de sostenibilidad, igualdad y responsabilidad social previstos en la LCSP, lo que es un obstáculo a los principios de eficiencia y equidad que deben imperar en la gestión de las asistencias sanitarias del SES.

Esta situación ya se venía poniendo de manifiesto en diversos informes de control financiero emitidos por la Intervención General, lo que derivó en un Plan de Acción elaborado por el SES en el que se contenían medidas para paliar esta situación. En aplicación del mismo, en el plan de contratación del SES para 2022 (que publicó en cumplimiento del artículo 28.4 de la LCSP) se recogió la previsión de licitar cuatro de estos cinco contratos de asistencia sanitaria con medios ajenos; uno de los cuales se formalizó en el ejercicio 2022; los otros tres lo fueron en ejercicios sucesivos, en 2023 y 2024, denotando una mejora en la planificación y gestión contractual al finalizar la situación de prórrogas irregulares.

Otros gastos efectuados al margen de los procedimientos de contratación pública

Se trata de nueve expedientes por importe agregado de 443.931 euros, de los cuáles únicamente los tres últimos que se relacionan podían haber sido tramitados a través de contratos menores por razón de su importe, siempre y cuando se hubiera cumplido con el preceptivo trámite de emisión de informe recogido en el artículo 118.2 LCSP.

Los tres primeros fueron tramitados por el Área de Salud de Badajoz y los otros seis por los SSCC, teniendo por destinatarios los pacientes de dicha Área de Salud. El detalle del gasto de estos nueve expedientes es el que se detalla a continuación:

- Expediente EX-6 para procedimientos de diálisis domiciliaria, 158.724 euros.
- Expediente EX-7 para procedimientos de alimentación parenteral con bomba, 92.740 euros.
- Expediente EX-10 para procedimientos de terapias respiratorias, 39.601 euros.
- Expediente EX-8 para procedimientos de reproducción asistida, 63.755 euros.

- Expediente EX-9 para procedimientos de angiología y cirugía vascular, 55.500 euros.
- Expediente EX-11 para procedimientos de oncología radioterápica, 30.885 euros.
- Expediente EX-12 para servicios de radiología y estudios de epilepsia, 1.700 euros.
- Expediente EX-13 para servicios de cirugía maxilofacial, 570 euros.
- Expediente EX-14 para servicios de otorrinolaringología, 456 euros.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

Del total del gasto por asistencias sanitarias con medios ajenos facturado en 2022 (30.723.261 euros), el 47 % (14.507.239 euros) se tramitó a través de conciertos; el 18 % son gastos que derivan de contratos ya finalizados que se han extendido en el tiempo de forma indebida (5.577.602 euros) y el 10 % son gastos efectuados sin la formalización del correspondiente contrato (3.108.986 euros). Ello pone de manifiesto una planificación contractual deficiente durante el ejercicio fiscalizado. Por otra parte, el SMS no publicó su plan anual de contratación de 2022 según exige el artículo 28.4 de la LCSP.

La ausencia de tramitación de un expediente de contratación conforme a la LCSP supone el incumplimiento de los principios de publicidad, transparencia y concurrencia que deben regir en la contratación pública.

Conciertos sanitarios tramitados con posterioridad a la LCSP

Tal como se detalla en el [Anexo XII](#), la entrada en vigor de la LCSP en 2018 supuso un cambio de paradigma en la prestación de la asistencia sanitaria con medios ajenos. Tras la desaparición del contrato de gestión de los servicios públicos⁵¹ -y del concierto como modalidad específica de dicho tipo de contrato-, la contratación pública de las prestaciones sanitarias debe articularse a través de un contrato de concesión de servicios o de servicios según exista o no, respectivamente, transferencia del riesgo operacional al tercero.

Ello no implica que no resulte admisible en nuestro ordenamiento jurídico la asistencia sanitaria concertada. Así se deduce del artículo 90 de la LGS y del artículo 11.6 de la LCSP en consonancia con su DA 49. Esta última establece que las CCAA, en el ejercicio de las competencias que tienen atribuidas, podrán legislar articulando instrumentos no contractuales para la prestación de servicios públicos destinados a satisfacer necesidades de carácter social.

Algunas CCAA han hecho uso de dicha posibilidad aprobando leyes específicas para la regulación de la prestación sanitaria concertada, en las que, en todos los supuestos, se ha primado la concertación con entidades sin ánimo de lucro. No es el caso de la Región de Murcia, donde, aun no habiéndose hecho uso de la habilitación contemplada en la DA 49 de la LCSP, en el ejercicio fiscalizado estaban vigentes trece conciertos con empresas privadas para la asistencia sanitaria en el Área de Salud I Murcia-Oeste, que habían sido formalizados en 2019⁵², es decir, con posterioridad a la entrada en vigor de la vigente ley de contratos. La falta de un procedimiento de licitación para

⁵¹ Modalidad contemplada en el artículo 253 de la ya derogada Ley 30/2007, de 30 de octubre de Contratos del Sector Público.

⁵² La vigencia de todos ellos era de un año, prorrogable hasta un máximo de cuatro.

la selección de los proveedores limita el cumplimiento de los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, no discriminación e igualdad de trato previstos en la LCSP⁵³.

El objeto de estos conciertos incluía, con carácter general, hospitalización, cirugía mayor y menor ambulatoria, cirugía con ingreso, rehabilitación de pacientes ingresados, y, en algunos casos, consultas, cámara hiperbárica y urgencias.

Gastos derivados de contratos finalizados

El SMS justifica la gestión de gastos sin la tramitación de un expediente de contratación amparándose en la regulación de la *Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, del Director Gerente del SMS sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del SMS*, que en su apartado 5.2.1.3. hace referencia a un procedimiento denominado “SPL” (sin procedimiento de licitación). Según dicha instrucción, de forma excepcional, se pueden tramitar pedidos y pagar facturas, previa justificación de la concurrencia de alguno de estos supuestos:

- *Resolución de un contrato que obligue a tramitar otro expediente y por el tiempo que transcurra hasta nueva adjudicación.*
- *Devenir infructuosa una prórroga de un contrato estando prevista la misma, de modo que obligue a tramitar un nuevo expediente.*

Sin embargo, la posibilidad de que un contrato se pueda prorrogar hasta que comience la ejecución del siguiente se recogió por primera vez en el artículo 29 de la LCSP, que entró en vigor el 9 de marzo de 2018. Para su aplicación se exige que se haya iniciado la tramitación del nuevo contrato que lo ha de sustituir (en concreto, que se haya publicado el anuncio de licitación del nuevo contrato con una antelación mínima de tres meses respecto de la fecha de finalización del contrato originario) y, además, que la falta de formalización del nuevo contrato se deba a incidencias resultantes de acontecimientos imprevisibles para el órgano de contratación producidas en el procedimiento de adjudicación, así como la existencia de razones de interés público para no interrumpir la prestación. Además, la prórroga se limitaría, en todo caso, a un periodo máximo de nueve meses. Circunstancias que no concurrían en ninguno de los cinco expedientes mencionados.

En consecuencia, el procedimiento habilitado en la mencionada Instrucción es irregular, al margen de que el objeto de una instrucción de operatoria contable no debe consistir en regular materias propias de la contratación pública.

Con independencia de lo anterior, aun cuando los supuestos que prevé la Instrucción 5/2014 del Director Gerente del SMS para la formalización de pedidos y tramitación de pago de facturas sin el correspondiente procedimiento de licitación se configuran como excepcionales, en la práctica, la

⁵³ La Directora Gerente del SMS manifestó en sus alegaciones que entienden que los conciertos de asistencia sanitaria son un procedimiento válido, al estar vigente el artículo 90 de la Ley General de Sanidad. Asimismo, respecto a la DA 49 de la LCSP, señala que la Región de Murcia carece de un decreto de desarrollo al respecto, si bien la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, establece en su Disposición adicional primera que “1. El sistema sanitario público impulsará la planificación sanitaria y la optimización de los recursos asistenciales, materiales y humanos, a través de la Red sanitaria de utilización pública de la Región de Murcia, en la que se integrarán los centros y establecimientos sanitarios de titularidad pública y aquellos de titularidad privada que, mediante los instrumentos jurídicos establecidos legalmente, establezcan vinculación con el Servicio Murciano de Salud para la prestación de asistencia sanitaria pública, garantizando así la calidad y homogeneización de la atención de cobertura pública”. Aun cuando la Ley 3/2009 permite la utilización de los instrumentos jurídicos establecidos legalmente para la optimización de los recursos, la configuración normativa actual exige un desarrollo específico legislativo para la concertación sanitaria en el ámbito autonómico, circunstancia que no se ha producido en la Región de Murcia, por lo que no puede aceptarse la alegación formulada.

utilización de esta figura tanto por los SSCC del SMS como por el Área de Salud I Murcia-Oeste, a la que pertenece el HCUVA, no ha sido puntual ni excepcional.

A continuación, se relacionan los expedientes de gasto sin contrato (SPL), para los que existía un expediente de contratación previo, a pesar de que en todos excepto en uno (RM-49) se contó con un plazo más que suficiente para haber iniciado un nuevo expediente:

- Expediente RM-26 para la prestación de servicios de diálisis peritoneal ambulatoria, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, con un gasto facturado en 2022 de 1.117.084 euros, con un contrato previo que finalizó diez años atrás.
- Expedientes RM-25, RM-27, RM-31, RM-33, RM-38, RM-46 y RM-52, para procedimientos de diagnóstico por imagen, formalizados todos ellos por los SSCC, con un importe conjunto facturado en 2022 de 3.109.183 euros. La fecha de finalización de los contratos previos se produjo el 30 de abril de 2018, cuando hacía más de tres años de la fecha de firma de las memorias justificativas de los “SPL” que los sustituyeron.
- Expediente RM-28, para procedimientos de diagnóstico por imagen, formalizado por los SSCC, con un importe facturado de 768.962 euros, habiendo finalizado el contrato previo el 30 de junio de 2018.
- Expediente RM-30 para servicios de diálisis peritoneal, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, con un importe de gasto de 537.738 euros. El contrato previo finalizó el 7 de junio de 2021.
- Expediente RM-49 para servicios de reproducción asistida, formalizado por los SSCC, con un importe de gasto de 44.635 euros. Si bien, en este caso, el contrato previo finalizó dentro del período fiscalizado, el 4 de octubre de 2022⁵⁴.

Otros gastos efectuados al margen de los procedimientos de contratación pública

El Área de Salud I Murcia-Oeste formalizó la prestación de servicios de asistencias sanitarias con terceros al margen de los procedimientos previstos en la LCSP en el ejercicio 2022 en 24 expedientes de los 111 existentes, de los cuáles únicamente 6 pudieran haber sido tramitados a través de contratos menores por razón de su importe, y ello, siempre y cuando se hubiera cumplido con el preceptivo trámite de emisión de informe recogido en el artículo 118.2 LCSP, circunstancia que no se produjo.

Además, aunque en todos estos expedientes se invocó la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, en ninguno de ellos concurrieron los supuestos previstos en la Instrucción 5/2014 (resolución de un contrato previo o devenir infructuosa la prórroga de un contrato estando prevista la misma. Además, algunos se vienen utilizando desde hace más de 15 años.

Por otra parte, la memoria justificativa de dos de los 24 expedientes (RM-37 y RM-54) tenía fecha de firma de 18 de diciembre de 2023, un año después de haberse efectuado el gasto.

⁵⁴ La Directora Gerente del SMS señala en sus alegaciones que esta prestación está siendo asumida por el Área de Salud I Murcia-Oeste desde el 6 de septiembre de 2022. Existen tratamientos iniciados y no finalizados a la fecha de vigencia del contrato que actualmente está extinguido, por lo tanto, las prestaciones atendidas son residuales al mismo.

El detalle de los 24 expedientes es el siguiente:

- Expedientes RM-34, RM-35 y RM-45 para interrupciones voluntarias de embarazo, formalizados por los SSCC el 3 de enero de 2022 con tres proveedores diferentes, con un importe conjunto de gasto de 664.703 euros⁵⁵.
- Expediente RM-29 para estudios genéticos de cardiopatías familiares, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, cuya memoria justificativa para 2022 se firmó el 26 de agosto de dicho año, con un importe de gasto de 657.583 euros.
- Expediente RM-36 para estudios de cariotipos, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, cuya memoria justificativa para 2022 se firmó el 26 de agosto de dicho año, con un importe de gasto de 228.150 euros.
- Expediente RM-37 para tratamiento de prototerapia a paciente pediátrico con anestesia, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, por un importe de gasto en 2022 de 224.995 euros.
- Expedientes RM-32, RM-39, RM-43, RM-50, RM-51 y RM-54 para análisis genéticos, formalizados por el Área de Salud I Murcia-Oeste con seis proveedores, con un importe de gasto en 2022 de 714.826 euros.
- Expedientes RM-40, RM-41, RM-42, RM-47 y RM-53, para pruebas y estudios genéticos, formalizados por el Área de Salud I Murcia-Oeste con cinco proveedores distintos, con un importe conjunto de gasto de 464.042 euros.
- Expedientes RM-44 y RM-48, para servicios de crio-preservación, formalizados por el Área de Salud I Murcia-Oeste con dos proveedores, con un importe conjunto de gasto de 139.088 euros.
- Expedientes RM-55, RM-56, RM-57, RM-58 y RM-59, formalizados con cinco proveedores, con un importe conjunto de gasto de 15.599 euros.

Contratos menores con un mismo proveedor y objeto por importe superior a 15.000 euros

En el ejercicio 2022 se tramitaron gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos a través de 52 contratos menores, por un importe global de 106.678 euros; de ellos, dos correspondientes al mismo proveedor (RM-60 y RM-62), destinados a la realización de pruebas de laboratorio, tuvieron un valor estimado conjunto de 19.422 euros, superior a los 15.000 euros de importe máximo establecido por la LCSP, por lo debían haber sido objeto de licitación pública, resultando la tramitación realizada contraria a la normativa de aplicación.

⁵⁵ Para estos tres expedientes sin contrato se formalizó procedimiento conforme a la LCSP desde el 18 de julio de 2022.

II.3.3. ¿Se realiza un seguimiento y control adecuado de los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos?

En este epígrafe se exponen los resultados derivados del análisis efectuado sobre el seguimiento del gasto analizado a través de los objetivos e indicadores correspondientes a los programas presupuestarios relativos a la asistencia con medios ajenos y el exceso de gasto sobre lo inicialmente presupuestado; así como sobre las actuaciones de control efectuadas por las entidades fiscalizadas sobre el gasto de asistencia sanitaria con medios ajenos y sobre la prestación de servicios del personal sanitario de los centros hospitalarios públicos en centros concertados privados.

Seguimiento de objetivos e indicadores presupuestarios

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

El presupuesto del SES de 2022 contó con 9 indicadores específicos⁵⁶ de asistencia sanitaria con medios ajenos dentro del programa presupuestario 212C *Atención Especializada de Salud*, relativos a actividad quirúrgica, pruebas diagnósticas y otras asistencias sanitarias prestadas en centros concertados. Estos 9 indicadores de ejecución establecen el número de asistencias que se han presupuestado para el ejercicio, así como su ejecución del ejercicio anterior y lo estimado en el año 2022 para permitir su seguimiento y evaluación. Los resultados de su análisis son los siguientes:

- No constan documentos que vinculen dichos indicadores con una planificación de la gestión de la actividad sanitaria.
- Los indicadores no se basan en estudios, sino en la ejecución realizada en los años anteriores y la estimada del año en curso, sin que conste un análisis en el que se basen dichas estimaciones.
- No se ha realizado un seguimiento de las desviaciones sobre las metas ni, por tanto, se han diseñado actuaciones para corregir las mismas. Tal y como indican los informes que cada año aprueba el Tribunal de Cuentas sobre la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de Extremadura⁵⁷, las cuentas anuales del SES no incluyen balance de resultados e informe de gestión. El seguimiento realizado a través de la Memoria de Objetivos, Actuaciones e Indicadores se limitó a indicar la actividad realizada en el año anterior y la estimación para el año en curso, sin que consten estudios que soporten esta última.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

Dentro del presupuesto del SMS del ejercicio 2022 figura el objetivo a largo plazo denominado *Objetivo 1 Cumplimiento presupuestario*, donde uno de los indicadores es *Control del gasto en Conciertos Sanitarios adecuando las necesidades de concertación externa a la actividad asistencial del SMS*. Este objetivo, no vinculado a ningún programa presupuestario específico, está alineado con el subobjetivo *Gastos en conciertos y autoconciertos*, enmarcado en el objetivo 6 del Acuerdo de Gestión, relativo a la asistencia sanitaria con medios ajenos. En este subobjetivo se alcanzaron 0 puntos de los 45 posibles debido al exceso de gasto existente respecto al importe presupuestado.

⁵⁶ Dentro del objetivo “Proporcionar un Servicio de Atención Especializada de la Salud de calidad, cumpliendo con las expectativas de los pacientes y de acuerdo con una gestión racional y eficiente de los recursos”.

⁵⁷ El último aprobado es el [Informe de fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de Extremadura, ejercicio 2020](#), aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 21 de diciembre de 2022.

No se ha realizado un seguimiento de las desviaciones sobre las metas ni, por tanto, se han diseñado actuaciones para corregir las mismas.

Se ha evidenciado también una planificación presupuestaria manifiestamente deficiente. Así, en el ejercicio 2022 se ejecutaron gastos por un importe superior en un 167 % a la cuantía inicialmente presupuestada (34.060.770⁵⁸ euros respecto a la previsión inicial de 20.395.739 euros) para el artículo 25 “*Conciertos de asistencia sanitaria*”, del presupuesto de 2022 del Área de Salud I Murcia-Oeste.

Esta circunstancia ha venido poniéndose de relieve desde hace más de veinte ejercicios para el conjunto de gastos del SMS en los sucesivos Informes de Fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia⁵⁹, señalando este Tribunal cada año que la asignación presupuestaria del SMS continúa siendo manifiestamente insuficiente, lo que deriva en un déficit acumulado de la entidad que se va incrementando año tras año y en la necesidad de que la Administración Autonómica realice aportaciones elevadas para compensar las pérdidas, sin que hasta la fecha esta situación haya sido corregida por parte de la Administración regional. Se ha recomendado a la Consejería que corresponda que se ajusten y adapten las dotaciones presupuestarias a las necesidades reales de gasto de cada año, sin que dicha recomendación haya sido cumplida hasta la fecha.

⁵⁸ Este importe incluye los gastos de transporte de pacientes con medios ajenos, siendo la causa de no coincidencia con la cifra de 30.723.261 euros de gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos que figura en el cuadro n.º 13.

⁵⁹ El último aprobado es el [Informe de fiscalización de la Cuenta General y del resto de cuentas anuales del Sector Público de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, ejercicio 2021](#), aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 20 de diciembre de 2023.

Facturación y control de los gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos**Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz**

El presupuesto del SES tiene carácter limitativo en tanto es un organismo autónomo, por lo que la tramitación de gasto se debe ajustar a las fases de gestión presupuestaria (ADOK), tal como exige la normativa presupuestaria y la Orden de 17 de diciembre de 2020 por la que se aprueba la Instrucción de Contabilidad para la Junta de Extremadura. Las competencias en materia de gestión de gastos se desarrollan en el [Anexo XIII](#).

La tramitación de los gastos difiere según el tipo de actividad (intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, etc.) y el procedimiento formalizado para la prestación del servicio. Adicionalmente, el control puede ser llevado a cabo por los SSCC del SES o por la Gerencia del Área de Salud de Badajoz. En el cuadro siguiente se indica el importe facturado en función del procedimiento y de su control:

**Cuadro 19 PROCEDIMIENTO Y CONTROL DE FACTURACIÓN DE LAS ASISTENCIAS
SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**
(euros)

TIPO DE PROCEDIMIENTO		IMPORTE FACTURADO 2022		
		CONTROL SSCC	CONTROL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	TOTAL FACTURADO
Procedimiento Abierto		480.834	0	480.834
Sin contrato	Con contrato previo ya finalizado	2.695.595	2.830.822	5.526.417
	Sin contrato previo	152.866	291.065	443.931
Contrato menor		0	58.650	58.650
Total general		3.329.295	3.180.537	6.509.831

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el CHUB.

Gastos a través de contrato y gastos derivados de contratos finalizados extendidos indebidamente

La decisión de derivación de los pacientes a centros privados con los que existe -o existía en origen- un contrato formalizado corresponde a los servicios médicos.

En relación con el procedimiento con el que se lleva a cabo tal derivación, cabe señalar lo siguiente:

- Existen manuales para la derivación de los pacientes en LEQ (expediente EX-5). También se han hecho manuales específicos en relación con los pacientes de LEP para los gastos correspondientes a los expedientes EX-4 (procedimientos y pruebas diagnósticas) y EX-5 (traumatología). Para el procedimiento de hemodiálisis tramitado a través del expediente EX-3 no existe un manual que desarrolle el proceso de derivación.
- El SES ha desarrollado la aplicación denominada *Derivación a Centros Concertados (DCC)* para las intervenciones quirúrgicas, disponiendo de acceso a la misma los proveedores, lo que permite el envío de petición de asistencia al centro privado, comunicación por parte del mismo de la realización de la asistencia, envío de informes y de finalización de la prestación. En los demás casos, las comunicaciones entre ambos centros no están normalizadas a través de ninguna aplicación.

Una vez realizada la actividad asistencial, las facturas son enviadas por los centros privados a los SSCC del SES o a la Gerencia de Salud del Área de Badajoz, de acuerdo con lo indicado en el siguiente cuadro:

Cuadro 20 PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN Y CONTROL
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ
(euros)

CONTRATO	N.º EXPEDIENTE	ÓRGANO DE CONTRATACIÓN	ÓRGANO DE CONTROL	IMPORTE FACTURADO 2022 ÁREA SALUD BADAJOZ
Hemodiálisis ambulatoria	EX-3	SES	Área de Salud de Badajoz	2.830.822
Procedimientos y pruebas diagnósticas	EX--4	SES	SES	1.871.451
Realización de procedimientos quirúrgicos generales y de traumatología	EX-5	SES	SES	824.144
Rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave	EX-1	SES	SES	400.338
Estancias para cuidados sanitarios intensos y continuados Tipo 1	EX-2	SES	SES	80.497
Total facturado Área de Salud Badajoz				6.007.251

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por el CHUB.

Respecto al contrato con mayor facturación en el Área de Salud de Badajoz, cuyo objeto era la hemodiálisis ambulatoria, los resultados han sido los siguientes:

- Se aprobó un compromiso de gasto en relación con este contrato por importe de 2.490.000 euros. Sin embargo, no existía una delegación en vigor del Gerente del SES que habilitara para el ejercicio de esta competencia de forma delegada⁶⁰.
- Fue controlado por el Área de Salud, a pesar de no ser el órgano de contratación del mismo ni estar designada como responsable del control del contrato.

No existe ni en los SSCC del SES ni tampoco en el Área de Salud de Badajoz un manual de procedimiento para el control de las facturas remitidas por los centros privados. En ambos casos, el procedimiento seguido en la práctica es que una vez comprobada la correspondencia de las facturas recibidas con las asistencias contratadas, se emite el certificado de conformidad. La inexistencia de unas pautas claras y establecidas por escrito sobre los extremos a comprobar, distinguiendo, por un lado, la adecuación del servicio con la propuesta médica de derivación y, por otro, la verificación de la factura respecto de la tarifa establecida constituye un riesgo de control interno al no estar estandarizadas las fases del procedimiento y definidas las responsabilidades.

⁶⁰ Los compromisos de gasto derivados de este contrato en 2022 fueron autorizados por el Gerente del Área de Salud de Badajoz, en base a la delegación de competencias de la Resolución de 21 de febrero de 2017, de la Dirección Gerencia, de delegación de competencias en materia de contratación administrativa y gestión presupuestaria. Sin embargo, dicha Resolución delega las competencias de órgano de contratación para contratos de servicios por valor estimado inferior a 1.800.000 euros, pero en ningún caso delega facultades de gestión presupuestaria.

Otros gastos efectuados al margen de los procedimientos de contratación pública

Tal y como se indica en el [epígrafe II.3.2](#), se efectuaron gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos al margen de procedimientos de contratación sin contrato previo por un importe total de 443.931 euros, de los cuales, 152.866 euros fueron tramitados por los SSCC del SES y 291.065 euros por el Área de Salud de Badajoz. Los resultados del análisis son los siguientes:

- En el caso de los SSCC el procedimiento empleado parte del documento de *Autorización de Asistencia*, que especifica los datos del paciente, la asistencia que precisa y el centro sanitario elegido, una vez que se ha dado conformidad al presupuesto remitido por el proveedor. Este documento no se acompaña de la concreción de las condiciones técnicas de las prestaciones a realizar. A pesar de ello, los certificados de conformidad señalan la adecuación de los procedimientos detallados en la factura “*con lo establecido en los Pliegos de Cláusulas Administrativas, de Prescripciones Técnicas y en los propios términos del contrato*”.
- El CHUB efectuó derivaciones de asistencias sanitarias en 2022 por un total de 291.065 euros al margen de la LCSP. La derivación de estos pacientes se realiza por prescripción médica, autorizada por la dirección médica antes de su envío al centro privado.

Si bien consta comunicación de los correspondientes presupuestos de las empresas suministradoras (salvo en una factura del EX-6 de 52.483 euros respecto de la cual no consta presupuesto previo a la prestación con el que se puedan conciliar los importes facturados) no se ha tenido evidencia de la aceptación de los mismos con anterioridad a la derivación⁶¹. Tampoco ha quedado acreditada la fijación de las condiciones técnicas conforme a las cuales los proveedores debían realizar las prestaciones, a pesar de que, al igual que respecto a los gastos sin contrato tramitados por el SES, se afirma la adecuación de la asistencia facturada “*con lo establecido en los Pliegos de Cláusulas Administrativas, de Prescripciones Técnicas y en los propios términos del contrato*”.

⁶¹ La Presidenta de la Junta de Extremadura manifestó en alegaciones que en la actualidad se está procediendo a dicha aceptación, habiendo remitido documentación justificativa de tal circunstancia.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

El SMS se configura como un ente de derecho público del subsector público empresarial, por lo que su presupuesto es estimativo, no estando sujeta su actividad a las fases de gestión presupuestaria. Se trata, por lo tanto, de un régimen más flexible que el utilizado por las entidades cuyo presupuesto es limitativo. Las competencias en materia de gestión de gastos se desarrollan en el [Anexo XIII](#).

El procedimiento de derivación, autorización y validación de los gastos difiere según el tipo de actividad realizada. La derivación y el control de la facturación de la actividad relativa a LEQ, LEP, hospitalización, rehabilitación ambulatoria, terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida se realiza a través de la aplicación informática SIGILE, si bien la facturación de las terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida se realiza a partir de un canon fijo y se controla en un módulo específico de SIGILE denominado *Eurus*. El resto de actividad de asistencia sanitaria con medios ajenos no es controlado por medio de sistemas informáticos específicos. El detalle del control que se lleva a cabo según el tipo de procedimiento es el siguiente:

Cuadro 21 PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN Y CONTROL
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE
(euros)

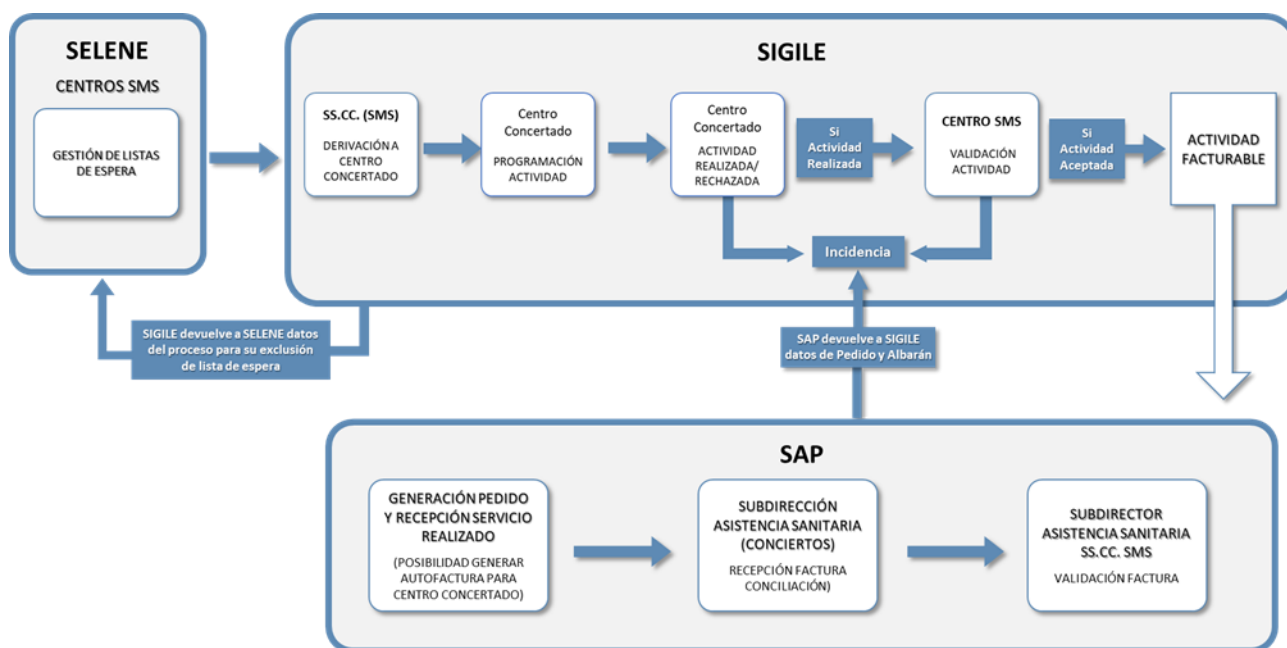
TIPO DE PROCEDIMIENTO/TRAMITACIÓN	SIGILE	OTROS	TOTAL
Concierto	14.490.970	16.268	14.507.239
Sin contrato	3.799.849	4.886.739	8.686.588
Procedimiento abierto	3.112.904	4.309.851	7.422.755
Contrato menor	0	106.678	106.678
TOTAL	21.403.723	9.319.536	30.723.261
%	70	30	100

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por el HCUVA.

Gastos tramitados a través de SIGILE

El procedimiento de autorización de gastos de asistencia sanitaria a través de SIGILE se contempla en el apartado 5.2.6 de la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, del Director Gerente del SMS sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del SMS. Su flujograma es el siguiente:

GRÁFICO 10 PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS A TRAVÉS DE SIGILE



Fuente: Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, del Director Gerente del SMS sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del SMS.

De acuerdo con dicha Instrucción podemos diferenciar en el procedimiento entre:

- Realización de actividad: una vez que el centro concertado ha realizado la actividad derivada la notifica en el sistema, adjuntando los documentos justificativos pertinentes.
- Validación de actividad: el responsable del contrato comprueba que la actividad realizada es la procedente y procede a la autorización del gasto.
- Emisión de prefactura: en base a la actividad validada, el SMS puede emitir periódicamente prefactura, que sirve de base para la emisión de la factura por el proveedor.
- Recepción y validación de factura por los SSCC, previa comprobación de precios e importes.

Durante el año 2022 se tramitó mediante SIGILE la actividad correspondiente a:

- Los trece conciertos formalizados, con la excepción de rehabilitación de pacientes no ingresados y cámara hiperbárica (el importe de gastos derivados de conciertos controlado a través de SIGILE fue de 14.490.971 euros, es decir, casi su totalidad).
- Actividades realizadas a través de cuatro de los once contratos⁶², en lo que se refiere a: gastos por operaciones de cataratas, determinadas pruebas (endoscopias y litotricias) y rehabilitación ambulatoria. Así, a través de la aplicación específica de control se supervisó un importe de 3.112.904 euros de los 7.422.755 euros facturados a través de contratos (el 42 %); si bien de ellos, 1.363.362 euros correspondientes al servicio de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida (expediente RM-2) se controlaron en un módulo específico de SIGILE al facturarse mediante un canon fijo.
- Pruebas diagnósticas por imagen tramitadas a través de ocho de los 35 expedientes sin contrato⁶³, lo que supone el control a través de SIGILE de 3.799.849 euros de los 8.686.588 euros facturados, el 44 %.

Se ha analizado el procedimiento de autorización del gasto y control de la facturación aplicado en tres conciertos (RM-12, RM-13 y RM-14), y dos contratos (RM-2 y RM-6), el primero de ellos facturado con canon fijo.

El procedimiento establecido para el control de la facturación de los conciertos es el siguiente:

- Se fijan las tarifas a aplicar, con carácter general por el Director Gerente del SMS, y se publican en el BORM.
- Los centros concertados deben incorporar a SIGILE los documentos justificativos de la actividad realizada.
- La Instrucción 5/2014 indica que el responsable del expediente debe validar la actividad. Sin embargo, las cláusulas de los Convenios atribuyen la función de validar dicha actividad siempre a las Áreas de Salud, existiendo una incoherencia entre ambos documentos⁶⁴.
- Una vez presentada la factura se comprueba su conformidad con las prefacturas previamente emitidas por SIGILE con base en las tarifas aprobadas.

Se ha comprobado el seguimiento de dicho procedimiento en la facturación de 2022 de los tres conciertos analizados.

En relación con el procedimiento de control de la facturación de los contratos los resultados han sido los siguientes:

- En el contrato RM-6, para la realización de cirugías de cataratas, únicamente se indica que la tramitación de las facturas y su pago *“corresponden al Servicio de Contabilidad de*

⁶² Expedientes RM-4, RM-5, RM-6 y RM-8.

⁶³ Expedientes RM-25, RM-27, RM-28, RM-31, RM-33, RM-38, RM-52 y RM-58.

⁶⁴ La Directora Gerente del SMS señala en sus alegaciones que el SMS va a modificar las cláusulas para que se elimine esta circunstancia, en el sentido siguiente: *“El responsable del expediente del Área de Salud asume la responsabilidad de validar la actividad realizada, revisando los documentos incorporados en SIGILE por el centro concertado, que podrá realizar la prefactura mensualmente con la actividad validada.”*

Ingresos y Gastos de la Subdirección General de Asuntos Económicos del SMS”, no haciéndose referencia al procedimiento de control de la facturación del contrato ni a su tramitación en SIGILE.

Sin perjuicio de ello, se ha verificado que la validación de la actividad se realiza por los servicios de admisión del HCUVA mediante la comprobación de la incorporación a SIGILE por el centro privado de los documentos justificativos preceptivos para cada paciente derivado, tras lo que se emite la correspondiente prefactura. Sobre una muestra seleccionada se ha comprobado asimismo que las facturas son conformes con las prefacturas emitidas.

Sin embargo, no consta que se hayan realizado trámites de autorización, ordenación del gasto y validación de facturas según las competencias indicadas en el Anexo XIII. Se ha comprobado, no obstante, que la Subdirección de Actividad Concertada y Prestaciones da la conformidad de las facturas previamente a su contabilización.

- La facturación del servicio de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida (expediente RM-2) se realiza mediante un canon fijo, existiendo, como ha quedado dicho, un módulo en SIGILE para su control. Sobre una muestra seleccionada se ha constatado que figura el documento de prescripción de los tratamientos por los facultativos así como la firma de los pacientes de haber recibido la prestación y el informe de conformidad con la actividad facturada por parte del responsable del seguimiento del contrato.

El establecimiento de una tarifa fija calculada en virtud de la población protegida del Área de Salud, independiente del número de asistencias, conlleva un riesgo para el cumplimiento del principio de economía que debe regir la gestión de los fondos públicos en aquellos períodos en los que la demanda sea menor. Además, la facturación por paciente atendido permite un mejor seguimiento de la contabilidad de costes.

Facturación y control fuera de SIGILE

Los restantes gastos del Área de Salud I Murcia-Oeste en 2022 (9.319.536 euros) fueron controlados y facturados sin la existencia de procedimientos informáticos específicos, lo que conlleva un mayor riesgo de gestión; dándose, además, la circunstancia de que el 52 % de dicha cuantía (4.886.739 euros) se tramitaron al margen de la LCSP. Se ha examinado el control realizado sobre 19 expedientes que alcanzan una cuantía de 4.506.844 euros, todos ellos tramitados sin contrato. Los resultados son los siguientes:

- 1.654.822 euros corresponden a gastos de diálisis peritoneal y diálisis peritoneal ambulatoria⁶⁵ tramitados por el Área de Salud. Se ha comprobado que el servicio de nefrología (petionario del servicio) comprueba las facturas previamente a que se proceda a su contabilización. No consta la autorización previa del gasto. Además, se ha detectado una factura por importe de 31.980 euros contabilizada sin la previa conformidad.
- 2.187.319 euros derivan de pruebas y análisis genéticos, estudio de cardiopatías, cariotipos y técnicas de criopreservación⁶⁶ tramitados por el Área de Salud. Se ha

⁶⁵ Expedientes RM-26 y RM-30.

⁶⁶ Expedientes RM-29, RM-32, RM-36, RM-39, RM-40, RM-41, RM-42, RM-43, RM-44, RM-47, RM-48, RM-50, RM-51 y RM-53.

verificado que el servicio de admisión comprueba que los conceptos facturados se ajustan al servicio realizado antes de su contabilización y autorización del pago. No consta la autorización previa del gasto.

- 664.703 euros derivan de interrupciones voluntarias de embarazo⁶⁷ tramitadas desde los SSCC. En el expediente no consta la conformidad de las facturas antes de su contabilización.

La elevada cuantía de estos gastos fuera de los procedimientos de contratación y la sola conformidad del peticionario del servicio supone, además de la irregularidad puesta de manifiesto en epígrafe II.3.2., un elevado riesgo de gestión al carecer de procedimientos administrativos que, además, garanticen una adecuada segregación de funciones.

Análisis de la compatibilidad del personal sanitario de las áreas de salud en centros que prestan asistencia sanitarias con medios ajenos

En este epígrafe se exponen los resultados relativos a la verificación del cumplimiento de la normativa de compatibilidad aplicable al personal médico de los Servicios de Salud públicos respecto a la prestación de sus servicios en centros privados con los que concierta la asistencia sanitaria.

El Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependientes prohíbe en su artículo 11.8 el reconocimiento de compatibilidades para el desempeño de actividades privadas del personal sanitario de los servicios públicos de salud para el ejercicio de actividades de colaboración o concierto con la Seguridad Social.

Es decir, no puede concederse compatibilidad al personal perteneciente a los Servicios autonómicos de Salud en entidades privadas para la prestación de asistencia sanitaria concertada con dichas entidades, salvo las excepciones previstas en los artículos 11, 16 y 19 de la Ley 53/1984.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

La Ley 13/2015, de 8 de abril, de Función Pública de Extremadura se remite en su artículo 69 a la legislación estatal en el régimen de incompatibilidades.

Las autorizaciones en vigor para el desempeño de actividades privadas del personal sanitario del SES aparecen publicadas en la web de gobierno abierto de Extremadura.

De las autorizaciones publicadas correspondientes al ejercicio 2022, 14 se refieren a facultativos que prestaban servicios en el Área de Salud de Badajoz.

Se ha verificado la adecuación a la normativa de todas ellas excepto una, que fue concedida a un facultativo para ejercer actividad en una de las clínicas acreditadas para la derivación de pacientes del SES para Interrupciones Voluntarias de Embarazo, por lo que tal autorización incumple el artículo 11.8 del Real Decreto 598/1985 anteriormente citado.

Además, se ha comprobado el procedimiento establecido en el SES y en el Área de Salud de Badajoz en relación con el cumplimiento de la normativa de incompatibilidades, resultando que

⁶⁷ Expedientes RM-34, RM-35 y RM-45.

únicamente para dos contratos finalizados (EX-4 y EX-5) se exigió la presentación de una Declaración de Incompatibilidad por los profesionales que prestan la asistencia sanitaria en el centro privado; dicha declaración debe cumplimentarse por los facultativos que prestan sus servicios al inicio del contrato y por el nuevo personal médico que, en su caso, se incorpore al equipo.

Se han revisado las 59 declaraciones presentadas en relación con estos dos contratos. De estas 59, 35 fueron revisadas y confirmadas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, si bien en 24 correspondientes a los facultativos que formaban parte del equipo desde el inicio de la prestación, no consta la comunicación de dicha conformidad por parte del SES a la empresa, tal y como establece el procedimiento.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

El Consejo de Gobierno de la Región de Murcia, a propuesta del Consejero de Salud, ha venido adoptando mediante sucesivos Acuerdos la posibilidad de autorizar a facultativos del SMS la compatibilidad del ejercicio profesional en centros concertados privados por razones de interés público, sin distinguir si la prestación asistencial a la que se refiere la compatibilidad estaba concertada o no.

Sin estas autorizaciones por razón de interés público, el ejercicio de actividades profesionales por parte de facultativos del Área de Salud en centros concertados para las prestaciones cubiertas con medios ajenos supondría el incumplimiento del artículo 11.8 del Real Decreto 598/1985.

En relación con esta autorización de compatibilidad es conveniente hacer referencia a la Sentencia de 5 de diciembre de 2018 de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, por la que se reconocía el derecho de una ginecóloga del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) a compatibilizar el desempeño de su actividad en un centro concertado del SERGAS, siempre en actuaciones ajenas a las de interrupción voluntaria de embarazo, que era el servicio concertado entre el SERGAS y la clínica privada. Es decir, siempre que la actividad de la facultativa en la clínica no se refiriera al servicio concertado.

El siguiente gráfico detalla las fechas de los Acuerdos de Consejo de Gobierno aprobados en dicho sentido hasta 31 de diciembre de 2022 y la duración de la autorización de compatibilidad de cada uno de ellos:

Gráfico 11 ACUERDOS DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA REGIÓN DE MURCIA DE AUTORIZACIÓN DE COMPATIBILIDAD EN CENTROS CONCERTADOS

PERÍODO 2020 A 2022



Fuente: Elaboración propia.

Se han analizado los cuatro Acuerdos aprobados en 2022 con los siguientes resultados:

Las propuestas que el SMS elevó a la Consejería de Salud para su tramitación ante el Consejo de Gobierno argumentaban la existencia de interés público en los siguientes motivos:

- La situación excepcional que originó la pandemia de COVID-19, que *“ha afectado negativamente a los centros de naturaleza privada que mantienen concierto para la prestación de asistencia sanitaria con el Servicio Murciano de Salud”*.
- La circunstancia de que determinadas actividades de carácter sanitario, como las relacionadas con la reproducción humana asistida o las terapias respiratorias domiciliarias, *“son realizadas de forma exclusiva por centros concertados”*.
- La carencia de profesionales, que afectaba directamente al SMS, también incidía en los centros sanitarios de naturaleza privada y, en particular, *“en aquellos que mantienen una relación de concierto con este organismo para colaborar en la asistencia sanitaria pública”*.

En 2022, estaban vigentes 46 autorizaciones de compatibilidad a facultativos del Área de Salud I Murcia-Oeste para que desempeñaran funciones en centros concertados privados que prestaban asistencia sanitaria a pacientes de la citada Área.

La declaración de interés público en relación con la prestación de servicios por parte del personal sanitario del SMS para la asistencia sanitaria concertada con centros privados no está justificada, lo que se señala con base en lo siguiente:

- Las autorizaciones se justificaron por la escasez de profesionales motivada por la crisis del COVID-19. Sin embargo, ya han transcurrido más de tres años desde dicha crisis, habiéndose constatado que las autorizaciones han venido prolongándose en el tiempo; incluso el Acuerdo de Consejo de Gobierno de diciembre de 2022 efectuó la autorización de compatibilidad comprendiendo el ejercicio 2023 completo por primera vez, y no en momentos puntuales del año donde pudiera existir mayor escasez de efectivos, como sucedió en el período 2020 a 2022.
- El segundo argumento utilizado para autorizar la compatibilidad es que determinados servicios sanitarios son prestados de forma exclusiva por centros concertados privados. No obstante, las autorizaciones para la compatibilidad no se otorgan únicamente para el ejercicio de la actividad sanitaria en aquellos centros privados que prestan servicios no ofertados en el propio hospital público, sino que se conceden para cualquier centro concertado.

II.4. SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL, TRANSPARENCIA E IGUALDAD

II.4.1. Sostenibilidad ambiental

Para comprobar el cumplimiento de este objetivo transversal respecto a la materia objeto de fiscalización, el análisis se ha centrado en la gestión de los residuos sanitarios, tanto por la importancia de su volumen dentro de los centros hospitalarios, como por los riesgos inherentes a su gestión. En el análisis no se ha tenido en cuenta la gestión de otros residuos generados en los centros, como residuos orgánicos, papel, vidrio o plásticos.

Así, en el presente epígrafe se exponen los resultados relativos a las siguientes comprobaciones:

- El cumplimiento de la normativa de gestión de residuos sanitarios en los centros hospitalarios.
- La correcta ejecución de los contratos de gestión de residuos sanitarios formalizados.

La normativa aplicable en materia de gestión de residuos sanitarios se relaciona en el [Anexo XIV](#).

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

El SES formalizó un contrato el 27 de noviembre de 2019 con una empresa privada para la gestión de los residuos sanitarios en el CHUB, con un plazo de ejecución comprendido desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2021.

Con fecha 1 de diciembre de 2021 se firmó la prórroga para continuar con el servicio durante el ejercicio 2022, habiéndose abonado gastos en dicho ejercicio por la gestión de los residuos sanitarios del CHUB por importe de 596.128 euros.

Se han detectado los siguientes incumplimientos:

- a) Incumplimiento de las especificaciones de las prescripciones técnicas en relación con la gestión de residuos sanitarios con riesgo de infección.

El artículo 3 del Decreto 109/2015 clasifica los residuos en diferentes grupos. Dentro del Grupo III se incluyen los residuos sanitarios con riesgo de infección (residuos infecciosos, objetos punzantes y vacunas vivas o atenuadas, entre otros).

Por su parte, el artículo 6.3 establece las características que deben tener los recipientes de los residuos del Grupo III, entre las cuales figuran las siguientes: *“los residuos de los grupos III (...) se recogerán en recipientes de un solo uso con las siguientes características (...) Cierre hermético adecuado, sin posibilidad de apertura una vez cerrado”*.

A su vez, el apartado 7.1 *Suministro de envases/contenedores* del Pliego de Prescripciones Técnicas del contrato citado señala que los contenedores de Grupo III deben disponer de un cierre provisional que garantice su estanqueidad hasta su llenado y de un cierre hermético definitivo.

En la verificación física realizada en el CHUB se detectó que en las dos plantas de hospitalización visitadas donde había recipientes para residuos pertenecientes a Grupo III, si bien el contenedor contaba con la preceptiva etiqueta de materias infecciosas y se utilizaba para desechar equipos de protección individual de pacientes con riesgo de infección, los mismos estaban siendo utilizados por el personal sanitario sin disponer del cierre provisional, como muestra la siguiente foto:



- b) Incumplimiento de las especificaciones de las prescripciones técnicas en relación con la formación de personal:

El apartado 8.5. *Formación de personal del Servicio Extremeño de Salud* del Pliego de Prescripciones Técnicas del mismo contrato señala que *se deberá organizar, por parte del adjudicatario, cursos de formación del personal que ha de manipular y segregar los residuos, para lo cual deberá presentar ante la Subdirección de Obras, Instalaciones y Equipamiento del Servicio Extremeño de Salud un programa de formación para su aprobación que incluya un mínimo de dos cursos por área y año, antes de un mes posterior a la firma del contrato para personal del SES.*

No consta que la empresa adjudicataria presentara dicho programa de formación, ni que haya impartido los dos cursos anuales por Área.

Únicamente consta la elaboración de presentaciones en forma de diapositivas por parte de dicha empresa, con objeto de que fueran publicados en la intranet del Servicio de Salud para ser consultados por el personal, lo que no sustituye al programa de formación preceptivo. Tal carencia supone un incumplimiento de las condiciones del contrato, lo que tampoco conllevó una reclamación por el SES⁶⁸.

También se han detectado riesgos relativos al transporte de los residuos en el interior del hospital:

- Ascensor de “sucio” averiado por un período de tiempo prolongado: los almacenes intermedios de residuos se sitúan en salas de no tránsito de pacientes y visitantes, con acceso a los ascensores de “sucio”.

Se ha comprobado que el ascensor de “sucio”, en la fecha en las que se efectuaron las comprobaciones presenciales (octubre de 2023), llevaba averiado aproximadamente un mes, por lo que se estaban utilizando diariamente los ascensores públicos para bajar los contenedores de residuos.

Además de tenerse que utilizar un ascensor de uso general se tenía que compartir con pacientes y visitantes, puesto que desde que se modernizó el sistema de llamada de ascensores públicos, no existe la opción de reservar ninguno de los ascensores de uso general para un uso exclusivo⁶⁹.

- Montacargas estropeado: la ruta de residuos prevé su traslado desde el montacargas del sótano hasta el almacén exterior. Sin embargo, durante la visita efectuada se comprobó que también el montacargas estaba averiado desde hacía más de un año, por lo que los residuos se trasladaban en carros por los pasillos de carga y descarga hasta el exterior, lo que hace que el trayecto no sea directo e implica un mayor riesgo de contaminación o derrames.

⁶⁸ La Presidenta de la Junta de Extremadura manifestó en sus alegaciones que se tomó esta decisión ante la situación de COVID, estimando que era más segura una presentación telemática que presencial, si bien indica que esta situación se ha corregido en 2024, aportando justificación de tal circunstancia.

⁶⁹ La Presidenta de la Junta de Extremadura señala en el trámite de alegaciones que el ascensor de “sucio” averiado se encuentra en funcionamiento en la actualidad.



Lo anterior supone una gestión ineficiente, puesto que, a juicio de este Tribunal, existió tiempo suficiente para que el ascensor de “sucio” y montacargas hubieran sido reparados, de forma que no tuvieran que intervenir en la ruta de gestión de residuos los ascensores de uso público ni el uso de pasillos de carga y descarga.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

En el HCUVA se encontraba en vigor en el período fiscalizado un contrato con una empresa privada para la gestión de los residuos sanitarios, el cual fue formalizado el 1 de septiembre de 2020, con una duración de dos años, prorrogable por otros tres.

El importe abonado al proveedor en el ejercicio 2022 ascendió a 366.407 euros en lo que se refiere a la gestión de los residuos sanitarios en el HCUVA.

En las comprobaciones realizadas y en la inspección física llevada a cabo en el HCUVA (noviembre de 2023) no se han detectado deficiencias significativas en la gestión de residuos sanitarios.

Asimismo, se ha constatado como buena práctica la existencia de un “*sistema de trazabilidad y control informatizado de la producción de residuos*” denominado RESIDUUM (apartado 4.2 del PPT) que supone la automatización del procedimiento de facturación. Esta facturación se realiza en base al pesaje de los contenedores de los diferentes tipos de residuos de los que se hace cargo el contratista. Una vez pesados, en el HCUVA se utiliza un lector de código de barras de cada una de las etiquetas de los recipientes de residuos, información que se vuelca en el sistema y genera la facturación de forma automática, lo que supone un ahorro de tiempo y un menor riesgo de existencia de errores en la facturación.

II.4.2. Transparencia

La normativa aplicable en materia de transparencia se relaciona en el [Anexo XIV](#).

Cumplimiento de las obligaciones de publicidad activa

Se ha comprobado el cumplimiento de las obligaciones de publicidad activa por parte de los Servicios de Salud a los que pertenecen los dos centros hospitalarios fiscalizados en relación con la materia objeto de fiscalización: organización y planificación del centro de salud, gestión de listas de espera y asistencia sanitaria prestada con medios ajenos. El resultado del análisis del cumplimiento de las obligaciones de publicidad activa de las listas de espera no se expone en este epígrafe sino que figura recogido en el [epígrafe II.2.4](#). Los resultados son referidos a febrero de 2024, que es cuando se han realizado las comprobaciones en las correspondientes páginas web y portales de transparencia.

Los incumplimientos detectados en cada uno de los centros hospitalarios fiscalizados han sido los siguientes:

- No han sido objeto de publicación los indicadores del grado de cumplimiento de los objetivos incluidos en el Plan de Salud de Extremadura 2021-2028, ni el Acuerdo de Gestión del Área de Salud de Badajoz (el artículo 6 de la Ley 4/2013 de Extremadura establece que “*la Administración pública publicará planes y programas anuales y plurianuales de su actividad, en los que se definirán los objetivos concretos y las actividades y medios necesarios para ejecutarlos, así como el tiempo estimado para su consecución. Su grado de cumplimiento y el tiempo previsto para su consecución deberán ser objeto de evaluación y publicación periódica con los indicadores de medida y valoración*”).
- De los 52 contratos menores los que el HCUVA efectuó gastos por asistencias sanitarias con medios ajenos, únicamente 28 fueron objeto de publicación en el Portal de Transparencia de la Región de Murcia (el artículo 17 de la Ley 12/2014 y el artículo 8 de la Ley 19/2013 establecen la obligación de publicar información relativa a contratos menores).

En relación con los conciertos formalizados por el HCUVA, es consecuencia negativa de haber formalizado asistencias sanitarias utilizando el instrumento de concierto en lugar de un

procedimiento de contratación conforme a la LCSP la ausencia de obligación de publicación de los conciertos⁷⁰.

Derecho al acceso a la información pública

El derecho de acceso a la información pública aparece reflejado en el artículo 12 de la Ley 19/2013, así como en las dos normas autonómicas aplicables (en concreto, en el artículo 15 de la Ley 4/2013 y en el artículo 23 de la Ley 12/2014).

En el ejercicio 2022, el SES recibió 65 solicitudes de información, de las cuales tres de ellas estaban relacionadas con la materia objeto del presente Informe. En concreto, dos relativas a listas de espera y una sobre acreditación de clínicas de Interrupción Voluntaria de Embarazo.

Por su parte, el SMS recibió 94 solicitudes de información, de las cuales 12 estaban relacionadas con la materia objeto de fiscalización (dos correspondientes a listas de espera y diez relacionadas con asistencia sanitaria prestada con medios ajenos).

Las incidencias detectadas en relación con las solicitudes de información sobre las materias fiscalizadas han sido las siguientes:

- A pesar de que el artículo 23 de la Ley 4/2013 de Extremadura establece un plazo máximo de treinta días hábiles para resolver las solicitudes de información pública, ampliable en casos complejos o por razón de volumen otros treinta días más, en dos de las tres solicitudes de información (el 67 %) se incumplió incluso el plazo ampliado de sesenta días, en ambas solicitudes se tardó 72 días en dar respuesta⁷¹.
- De conformidad con el artículo 26 de la Ley 12/2014 de la Región de Murcia, el plazo para resolver las solicitudes de información pública es de veinte días, ampliable a otros veinte días en casos justificados por volumen o complejidad de la información que se solicita.

Sin embargo, en cinco de las doce solicitudes de información (el 41,67 %) se superó el plazo máximo, alcanzando en una de ellas los 57 días⁷².

En el ejercicio 2022 no se presentó ninguna reclamación ante el Consejo estatal de Transparencia y Buen Gobierno (entidad competente para su resolución en virtud de convenio suscrito con la Comunidad Autónoma de Extremadura) en relación con solicitudes de información del Área de Salud de Badajoz. Tampoco se presentó ninguna ante el Consejo de Transparencia de la Región de Murcia relativa a solicitudes de información del Área de Salud I Murcia-Oeste.

⁷⁰ La Directora Gerente del SMS señala en sus alegaciones que el SMS va a publicar anualmente en el Portal de Transparencia de la Región de Murcia, en el apartado de Conciertos Sanitarios, tanto los conciertos como sus cláusulas adicionales, con la finalidad de favorecer las obligaciones de publicidad activa.

⁷¹ En concreto, ambas solicitudes se efectuaron con fecha 16 de febrero de 2022, no habiendo sido resueltas hasta el 2 de junio de 2022.

⁷² La solicitud se efectuó el 20 de mayo de 2022, si bien no se contestó hasta el 10 de agosto de 2022. En las otras cuatro solicitudes, los días transcurridos con exceso de límite máximo no fueron tan significativos (transcurrieron entre 22 y 34 días hábiles entre la fecha de la consulta y la de contestación a la misma).

II.4.3. Igualdad

La normativa aplicable en materia de igualdad se relaciona en el [Anexo XIV](#).

En el presente epígrafe se exponen los resultados relativos a las siguientes comprobaciones:

1. Si en la planificación sanitaria se ha incluido el principio de igualdad entre mujeres y hombres.
2. Si en los pliegos de expedientes de contratación y en los conciertos para la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos se incluyeron condiciones especiales de ejecución o criterios de adjudicación relacionadas con la igualdad.
3. Si es posible obtener información desagregada por sexo de las listas de espera en el sistema de información.

¿Se consideró el principio de igualdad en la planificación efectuada?

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

El Decreto 66/2020, de 11 de noviembre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2021-2028 y sus órganos de participación, formula en su introducción que su redacción se ha realizado desde una perspectiva de género, con uso de lenguaje inclusivo y evitando el uso de lenguaje sexista.

El Plan de Salud de Extremadura 2021-2028:

- Cuenta con un objetivo específico relativo a *“dar continuidad, elaborar, desarrollar y realizar seguimiento y evaluación de planes y estrategias que fomenten la igualdad de oportunidades entre las mujeres y hombres; y contemplen medidas para la prevención y la actuación ante: la violencia de género”*.
- En el Anexo del Plan se describe su convergencia con el V Plan Estratégico para Igualdad de Hombres y Mujeres de Extremadura (2017-2021) y el Programa de Recuperación Integral de Mujeres Víctimas de Violencia de Género.

A su vez, el Acuerdo de Gestión del Área de Salud correspondiente al ejercicio 2022 recoge el objetivo 21 denominado *“Igualdad y perspectiva de género”*.

En consecuencia, tanto el Plan de Salud autonómico como el Acuerdo de Gestión del Área de Salud de Badajoz incluyeron en sus objetivos el principio de igualdad entre mujeres y hombres.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

El único documento de planificación vigente en el ejercicio fiscalizado es el Acuerdo de Gestión, que no recoge ningún objetivo ni mención al principio de igualdad entre mujeres y hombres⁷³.

Criterios relacionados con la igualdad incluidos en los expedientes de contratación de asistencia sanitaria con medios ajenos

⁷³ La Directora Gerente del SMS señala en sus alegaciones que *“se ha incluido en la Adenda del Acuerdo de Gestión del Área I el siguiente indicador: Comité multidisciplinar de Violencia de Género e Igualdad de Área de salud. Y se contabilizará como creado el Comité multidisciplinar una vez que se ha realizado la constitución del mismo antes de noviembre de 2024 conforme a la Instrucción de la directora general de RRHH de fecha 21/12/2023”*.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Se han revisado los cuatro contratos de asistencia sanitaria con medios ajenos:

Cuadro 22 MUESTRA DE CONTRATOS DE ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS ANALIZADOS
ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ
 (euros)

N.º EXPEDIENTE	OBJETO	IMPORTE FACTURADO EN 2022
EX-16	Estancias hospitalarias y plazas ambulatorias para el tratamiento neuro rehabilitador de personas usuarias del SES	2.965.529
EX-18	Estancias hospitalarias de media y larga duración para pacientes del SES	1.675.025
EX-1	Rehabilitación Psicosocial de Personas Con Trastorno Mental Grave	400.338
EX-2	Estancias Para Cuidados Sanitarios Intensos y Continuados Tipo 1	80.497
TOTAL		5.121.389

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por el CHUB.

Los resultados derivados del análisis realizado han sido los siguientes:

- Los artículos 145 y 202 de la LCSP establecen la posibilidad de que las Administraciones Públicas incorporen en sus pliegos de cláusulas administrativas particulares condiciones especiales de ejecución o criterios de adjudicación dirigidos a la promoción de la igualdad de trato y no discriminación por razón de orientación sexual, identidad sexual, expresión de género y características sexuales, siempre que exista vinculación con el objeto del contrato.

Ninguno de los cuatro contratos incorporó condiciones especiales de ejecución o criterios de adjudicación relacionados con la igualdad⁷⁴.

- El artículo 71.1 d) de la LCSP establece la prohibición de contratar con empresas de 50 o más trabajadores que no cumplan con la obligación de contar con un Plan de Igualdad, conforme a lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres.

Sin embargo, los pliegos de cláusulas administrativas particulares de dos expedientes (EX-2 y EX-16) mencionaban como límite 250 trabajadores en vez de 50.

- El artículo 147.1 e) de la LCSP señala que los órganos de contratación podrán incluir en el pliego de cláusulas administrativas particulares como criterio de desempate *“proposiciones presentadas por las empresas que, al vencimiento del plazo de presentación de ofertas,*

⁷⁴ La Presidenta de la Junta de Extremadura señaló en el trámite de alegaciones la existencia de una circular de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de Extremadura sobre criterios de adjudicación susceptibles de ser utilizados por los diferentes órganos de contratación de la Junta de Extremadura e indica que los criterios de adjudicación de contratos tramitados por los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud se ajustaron a la citada circular. El órgano gestor del contrato consideró que ninguno de los criterios de adjudicación relacionados con igualdad se ajustaba al objeto de los citados contratos, motivo por el cual no se incluyó ninguno de ellos.

incluyan medidas de carácter social y laboral que favorezcan la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres”.

Ninguno de los expedientes analizados incluyó criterios de desempate en este sentido.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Se ha seleccionado una muestra de los cinco expedientes de asistencias sanitarias con medios ajenos de mayor importe de los celebrados estando en vigor la LCSP.

Cuadro 23 MUESTRA DE CONTRATOS DE ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS ANALIZADOS
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE
(euros)

N.º EXPEDIENTE	OBJETO	IMPORTE FACTURADO EN 2022
RM-2	Terapias respiratorias domiciliarias	1.363.362
RM-6	Cirugía de cataratas	358.937
RM-4	Endoscopias “Delfos”	357.057
RM-5	Rehabilitación ambulatoria “Habilitas”	313.981
RM-5	Rehabilitación ambulatoria “Habilitas”	301.935 ⁷⁵
TOTAL		2.695.272

Fuente: Elaboración propia.

- Ninguno de los cinco expedientes analizados incorporó condiciones especiales de ejecución o criterios de adjudicación relacionados con la igualdad de género, a pesar de la posibilidad indicada en los artículos 145 y 202 de la LCSP, lo que resulta obligatorio, siempre y cuando exista vinculación con el objeto del contrato.
- Asimismo, ninguno de los expedientes analizados incluyó criterios de desempate que favorecieran la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, a pesar de que el artículo 147.1.e) de la LCSP prevé dicha posibilidad.

En relación con los conciertos, cuyo importe representó el 47 % del gasto total por asistencia sanitaria con medios ajenos en el Área de Salud I Murcia-Oeste, en ninguno figuraba ninguna cláusula relacionada con el principio de igualdad de género, lo que constituye otra de las consecuencias negativas derivadas de haber formalizado asistencias sanitarias utilizando el instrumento de concierto en lugar de utilizar un procedimiento de contratación conforme a la LCSP.

Información desagregada por género en las listas de espera

En el sistema de información del CHUB figura el campo “sexo”, si bien no existe constancia de su utilización para la elaboración de informes o estadísticas que incluyan esta variable.

⁷⁵ Respecto a los expedientes RM-4 se ha revisado el contrato formalizado con uno de los adjudicatarios, y respecto al expediente RM-5 se han revisado dos de los contratos formalizados con dos adjudicatarios.

En el HCUVA no es posible la obtención de información de las listas de espera desagregada por sexo, lo que impide la realización de estudios sobre posibles diferencias en tiempos de espera y otras variables por razón de sexo.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

EN RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS (Subapartado II.1.)

1. El **Servicio Extremeño de Salud (SES)** dispone de una regulación general de la organización periférica de las Áreas de Salud de Extremadura, sin que la estructura y funciones del Área de Salud de Badajoz se encuentren especificadas en ninguna norma, lo que supone un riesgo para la delimitación de dichas funciones y de las responsabilidades. No obstante, se encuentra elaborado un borrador de regulación al respecto que, a fecha de remisión del presente Informe a alegaciones (mayo de 2024), no estaba aprobado.

RECOMENDACIÓN N.º 1:

A la Gerencia del Área de Salud de Badajoz:

Impulsar la aprobación de la regulación donde se establezca la organización y funcionamiento de la Gerencia de Salud del Área, delimitando los órganos directivos y funciones.

2. El **Servicio Murciano de Salud (SMS)** no cuenta con regulación sobre la organización periférica de las Áreas de Salud de la Región de Murcia, con indicación de los órganos y funciones, con el consiguiente riesgo de gestión en relación con la delimitación de funciones y responsabilidades⁷⁶.

RECOMENDACIÓN N.º 2:

A la Consejería de Salud de la Región de Murcia:

Elaborar una norma sobre estructura y organización de las Áreas de Salud de la Región y de los hospitales dependientes del SMS.

RECOMENDACIÓN N.º 3:

A la Gerencia del Área de Salud I Murcia-Oeste:

Que establezca la organización y funcionamiento de la Gerencia de Salud del Área, delimitando los órganos directivos y funciones.

⁷⁶ Véase nota al pie n.º 9.

EN RELACIÓN CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LAS LISTAS DE ESPERA (Epígrafe II.2.1)

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

3. Sin perjuicio de otros documentos de planificación del SES vigentes durante el periodo fiscalizado y que afectaban al **Área de Salud de Badajoz** -Plan de Salud de Extremadura 2021-2028, III Plan operativo integral de listas de espera y Plan especial de cataratas-, dicha Área de Salud no contaba con un Plan de Salud propio, lo que resulta contrario tanto a la normativa básica estatal como autonómica. Como documento específico de planificación contó con el Acuerdo de Gestión del Área.

La planificación de listas de espera en el Área de Salud de Badajoz, los indicadores para su medición y las medidas de seguimiento se regulan en varios instrumentos, sin que exista coordinación e integración de los mismos. Los indicadores establecidos no recogen algunos aspectos relevantes para la gestión de la lista de espera y no se ha constatado su establecimiento basándose en un estudio de necesidades, medios y previsión de demanda, así como tampoco se han previsto los medios y financiación necesarios para su cumplimiento.

Se ha efectuado el seguimiento del Plan de Salud autonómico, pero no del Acuerdo de Gestión del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB), sin perjuicio de que en abril de 2022 se realizó un análisis de la situación a marzo del mismo año.

RECOMENDACIÓN N.º 4:

A la Gerencia del Área de Salud de Badajoz:

Que estudie la elaboración de indicadores relativos a las listas de espera que abarquen aspectos basados en el estudio de necesidades, medios y previsión de demanda.

Que establezca mecanismos para garantizar el seguimiento del Acuerdo de Gestión y realice, en su caso, las actuaciones correctoras.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

4. La Región de Murcia no cuenta con un Plan de Salud (el último el último aprobado corresponde al periodo 2010-2015) y tampoco existió un Plan de Salud del Área de Salud I Murcia-Oeste en el período fiscalizado ni en la fecha de remisión del Informe a alegaciones (mayo de 2024), en contra de la normativa básica estatal y autonómica. Dicha Área únicamente dispone del Acuerdo de Gestión del Área como documento de planificación⁷⁷.
5. Los indicadores establecidos no recogen algunos aspectos relevantes de la gestión de las listas de espera y no se ha constatado su establecimiento basándose en un estudio de necesidades, medios y previsión de demanda, ni tampoco la previsión de medios y financiación para su cumplimiento. No se ha elaborado ningún informe de seguimiento del Acuerdo de Gestión del Área.

⁷⁷ La Directora Gerente del SMS indica en alegaciones que la Dirección General de Planificación, Farmacia e Investigación Sanitaria de la Consejería de Salud está trabajando en la elaboración del nuevo Plan de Salud durante 2024.

RECOMENDACIÓN N.º 5:

A la Gerencia del Área de Salud I Murcia-Oeste:

Que estudie incluir en el Acuerdo de Gestión otros indicadores relativos a las listas de espera que abarquen aspectos basados en el estudio de necesidades, medios y previsión de demanda.

Que establezca mecanismos para garantizar el seguimiento del Acuerdo de Gestión y realizar, en su caso, las actuaciones correctoras oportunas.

EN RELACIÓN CON LA INCLUSIÓN, MOVIMIENTOS Y SALIDAS DE PACIENTES DE LAS LISTAS DE ESPERA (Epígrafe II.2.2)

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

6. Se conceden aplazamientos no superiores a tres meses a los pacientes en lista de espera quirúrgica (LEQ) que así lo soliciten, sin que se requiera causa específica ni justificación posterior, lo que resulta contrario al régimen de suspensiones previsto en la normativa estatal básica (Subepígrafe II.2.2.1).
7. En el **Área de Salud de Badajoz** se produjo una disminución del número de pacientes en LEQ y un correlativo aumento de los pacientes en situación de Transitoriamente no Programables (TNP, que según la normativa son aquellos pacientes a los que no se les programa la operación por razones personales, criterio médico o causa de fuerza mayor) en los meses de diciembre de 2021 y junio y diciembre de 2022 (ascendiendo en esta última fecha a 1.091 pacientes), coincidiendo con las fechas de suministro de información al Ministerio de Sanidad y de publicación de datos de listas de espera. Además, en 310 de los casos en los que hubo traspaso de pacientes de programables a no programables en el último de los meses indicados lo fue por un periodo inferior a cinco días y por causas distintas a las reguladas ([Subepígrafe II.2.2.2](#)).

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

8. La definición que la normativa autonómica de la Región de Murcia realiza de las listas de espera no se acomoda a la normativa básica estatal puesto que no incluye a los pacientes en espera no estructural, que son aquellos que han rechazado un centro alternativo o a los que no se les programa la operación por razones personales, criterio médico o causa de fuerza mayor.

Esta discrepancia en la definición de las listas de espera no obsta para que el SMS cuente con mecanismos de seguimiento de estos pacientes. Tampoco afecta a los datos publicados, puesto que la mayoría de Comunidades Autónomas únicamente informa de los pacientes en lista de espera estructural, distinguiéndose, en su caso, entre ambos tipos de lista de espera ([Subepígrafe II.2.2.2](#)).

9. Se conceden aplazamientos no superiores a dos meses a los pacientes en lista de espera quirúrgica (LEQ) que así lo soliciten, sin que se requiera causa específica ni justificación posterior, lo que resulta contrario al régimen de suspensiones previsto en la normativa estatal básica.

El SMS cuenta con mecanismos de seguimiento de estos pacientes. No obstante, se ha evidenciado un riesgo de integridad en los listados de pacientes que, ya sea por motivos

personales, por motivos médicos o por causa de fuerza mayor, causaron suspensión en las listas de espera estructurales en el ejercicio fiscalizado, careciéndose de un control informático o interno para garantizar la integridad de esta información. No obstante, se han arbitrado procedimientos para impedir la concesión de aplazamientos superando la demora establecida por los criterios de prioridad establecidos ([Subepígrafe II.2.2.2](#)).

EN RELACIÓN CON LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA GARANTIZAR LA EQUITAD ENTRE PACIENTES Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS MÁXIMOS DE ESPERA (Epígrafe II.2.3)

10. El **Consejo Interterritorial de Salud** no ha establecido criterios de priorización de pacientes, a pesar del mandato establecido Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Las entidades fiscalizadas continúan utilizando como referencia los establecidos en el Anexo III del citado Real Decreto, con una antigüedad de más de 20 años⁷⁸ ([Subepígrafe II.2.3.1](#)).

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

11. La **Consejería** con competencias en Sanidad en Extremadura no ha establecido prioridades de atención a determinados procesos a pesar de la previsión legal establecida en el Decreto 228/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura y se crea el fichero de datos de carácter personal del citado registro⁷⁹ ([Subepígrafe II.2.3.1](#)).

RECOMENDACIÓN N.º 6:

A la Consejería de Salud y Servicios Sociales de Extremadura:

Que estudie la conveniencia de hacer uso de la posibilidad establecida en la Disposición Adicional Segunda del Decreto 228/2005 para el establecimiento de prioridades de atención de procesos.

12. A pesar de que la atención a los pacientes en listas de espera quirúrgica y de pruebas diagnósticas y terapéuticas se realiza tomando como referencia los criterios de prioridad establecidos en el Real Decreto 605/2003, las demoras medias con las que son atendidos muestran programaciones de actividad no compatibles con tales criterios.

No obstante, lo anterior no implica necesariamente el incumplimiento del principio de equidad de pacientes, puesto que han podido ser utilizados otros criterios médicos no estandarizados que justifiquen la no utilización de la prioridad establecida originalmente ([Subepígrafe II.2.3.1](#)).

⁷⁸ Véase nota al pie n.º 29.

⁷⁹ En el trámite de alegaciones, quien fuera Gerente del SES durante el período fiscalizado hace referencia a la aprobación del Decreto 132/2006, de 11 de julio como norma que da cumplimiento a esta previsión legal. No obstante, esta norma regula la reducción de tiempos de espera en determinadas especialidades, siendo ajena a los criterios de priorización de pacientes.

13. Se ha constatado la existencia de debilidades en el sistema de información de listas de espera para el seguimiento de los tiempos máximos en los que los pacientes deben ser atendidos, ya que no ha resultado posible identificar de forma directa a los pacientes que han perdido la garantía por superar el tiempo máximo de espera y no es posible obtener información sobre el cumplimiento de los tiempos de espera para todas las especialidades, no pudiéndose contar con informes fiables sobre el cumplimiento de dichos plazos en el ejercicio fiscalizado ([Subepígrafe II.2.3.2](#)).

RECOMENDACIÓN N.º 7:

A los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud:

Que se lleven a cabo mejoras en los sistemas de información de forma que sea posible obtener información fiable sobre el cumplimiento de los plazos máximos.

14. De acuerdo con las comprobaciones efectuadas por este Tribunal, los porcentajes de pacientes que superaron en 2022 en el Área de Salud de Badajoz los plazos máximos de espera establecidos por la normativa autonómica fueron el 18,57 % para la LEQ, el 31,13 % para la lista de espera de consultas y el 44,48 % para la lista de espera de pruebas diagnósticas y terapéuticas ([Subepígrafe II.2.3.2](#)).

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

15. La **Consejería** con competencias en Sanidad en la **Región de Murcia** no ha establecido prioridades de atención a determinados procesos, sin que tal cuestión sea tampoco requerida en la normativa autonómica. Sin perjuicio de ello, las demoras medias de los pacientes atendidos no sobrepasan los criterios de prioridad establecidos en el Real Decreto 605/2003. No obstante, no se puede concluir sobre el cumplimiento del principio de equidad, puesto que no ha sido posible constatar si las prioridades estandarizadas han sido modificadas en el momento de programación de la actividad al no estar disponible en el sistema esta información para su explotación masiva⁸⁰ ([Subepígrafe II.2.3.1](#)).

RECOMENDACIÓN N.º 8:

A la Consejería de Salud de la Región de Murcia:

Que estudie establecer prioridades de atención a determinados procesos.

16. Se ha constatado la existencia de debilidades en el sistema de información de listas de espera para el seguimiento de los tiempos máximos en los que los pacientes deben ser atendidos, ya que no ha resultado posible identificar de forma directa a los pacientes que han perdido la garantía por superar el tiempo máximo de espera, no contando con informes fiables sobre el cumplimiento de estos plazos en el ejercicio fiscalizado⁸¹ ([Subepígrafe II.2.3.2](#)).

⁸⁰ Véase nota al pie n.º 30.

⁸¹ Véase nota al pie n.º 32.

RECOMENDACIÓN N.º 9:

A los Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud:

Que se lleven a cabo mejoras en los sistemas de información de forma que sea posible obtener información fiable sobre el cumplimiento de los plazos máximos de espera.

17. De acuerdo con las comprobaciones efectuadas por este Tribunal, los porcentajes de pacientes que superaron en 2022 en el Área de Salud I Murcia-Oeste los plazos máximos de espera establecidos por la normativa autonómica fueron el 22,42 % para la lista de espera quirúrgica, el 28,80 % para la lista de espera de consultas y el 27,76 % para lista de espera de pruebas diagnósticas y terapéuticas (Subepígrafe II.2.3.2).

EN RELACIÓN CON LA PUBLICACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA (Epígrafe II.2.4)

18. Ni en el SES ni en el SMS existen normas o manuales que regulen la publicación de información sobre listas de espera. La información sobre las tres listas de espera analizadas (quirúrgica, de consultas y de pruebas diagnósticas y terapéuticas) se publica en ambas Comunidades Autónomas con periodicidad semestral.

Si bien, respecto de las dos últimas, el SES no publica información segregada por Áreas de Salud y, por su parte, el SMS no distingue los diferentes procesos en la lista de espera quirúrgica.

RECOMENDACIÓN N.º 10:

Al órgano competente en la Comunidad Autónoma de Extremadura:

Que dicte normas sobre el contenido y periodicidad de publicación de las listas de espera, en las que se incremente la frecuencia de publicación y el número de indicadores utilizado.

RECOMENDACIÓN N.º 11:

Al órgano competente en la Región de Murcia:

Que dicte normas sobre el contenido y periodicidad de publicación de las listas de espera, en las que se incremente la frecuencia de publicación y el número de indicadores utilizado.

EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS (Subapartado II.3)

19. El importe de los gastos de asistencia sanitaria en el **CHUB** y en el **Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA)** han ascendido, respectivamente, a 6.509.831 y a 30.723.261 euros. Los importes indicados representan el 5,29 % y el 12,58 % del total de compras y gastos de cada uno de los dos hospitales analizados. A la cifra de Badajoz habría que añadir la parte que afecta a esta área de otros cuatro contratos tramitados por los Servicios Centrales (SSCC) del SES por 11.907.634 euros respecto de los que no resulta posible el desglose entre las ocho áreas de salud que conforman el SES. A la cifra del HCUVA habría que añadir la parte correspondiente del importe de la facturación por incrementos derivados del

COVID-19 por un importe total para el conjunto del SMS 3.675.547 euros, respecto del que no es posible efectuar el desglose para las ocho áreas de salud del SMS ([Epígrafe II.3.2](#)).

20. Del total de gastos para la asistencia sanitaria con medios ajenos del **Área de Salud de Badajoz** (6.509.831 euros), el 85 % (5.526.417 euros) son gastos que proceden de contratos antiguos que habían perdido su vigencia -cinco expedientes en total, algunos finalizados desde hace más de ocho años, plazo más que suficiente para haber iniciado un nuevo expediente de contratación- y que no cumplen las circunstancias previstas en el artículo 29.4 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre del Contratos del Sector Público (LCSP) para la prórroga de un contrato por razón de interés público. Además, el 7 % (443.931 euros) se tramitó al margen de los procedimientos previstos en la LCSP, sin que, en este caso, se contara con un contrato previo ya finalizado en relación con la prestación sanitaria en cuestión ([Epígrafe II.3.2](#)).

RECOMENDACIÓN N.º 12:

A los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud y a la Gerencia del Área de Salud de Badajoz:

Que adopten las medidas oportunas para mejorar la planificación contractual de los gastos de asistencias sanitarias con medios ajenos, de forma que se evite la prestación de servicios con contratos ya finalizados y se actualicen los vigentes a los procedimientos de contratación previstos en la LCSP.

21. Del total de gastos para la asistencia sanitaria con medios ajenos del **Área de Salud I Murcia-Oeste** (30.723.261), el 47 % (14.507.239 euros) corresponden a conciertos sanitarios acordados con empresas privadas tras la entrada en vigor de la LCSP, ello a pesar de que la Región de Murcia no se ha dotado de regulación sobre la asistencia sanitaria concertada en habilitación de la disposición adicional 49 de dicha norma. El 18 % (5.577.602 euros) proceden de expedientes de contratación antiguos ya finalizados y que no cumplen las circunstancias previstas en el artículo 29.4 de la LCSP para la prórroga de un contrato por razón de interés público, sin perjuicio de que el HCUVA los haya articulado bajo la figura de procedimientos sin licitación contemplada en la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del Servicio Murciano de Salud. Esta última incidencia afecta a diez expedientes para los que hubo plazo más que suficiente para haber iniciado un nuevo expediente de contratación. Además, el 10 % (3.108.986 euros) se tramitó al margen de los procedimientos previstos en la LCSP, sin que, en este caso, se contara con un contrato previo ya finalizado⁸².

⁸² Véase la nota al pie n.º 53.

RECOMENDACIÓN N.º 13:

A la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud:

Modificar la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del Servicio Murciano de Salud, con objeto de eliminar la figura prevista en su apartado 5.2.1.3.

RECOMENDACIÓN N.º 14:

A los Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud y a la Gerencia del Área de Salud I Murcia-Oeste:

Adoptar las medidas oportunas para mejorar la planificación contractual de los gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos, de forma que se evite la prestación de servicios con contratos ya finalizados y se actualicen los vigentes a los procedimientos de contratación previstos en la LCSP.

22. En **ninguno de los dos centros hospitalarios** se analizó de forma global la posible insuficiencia de sus medios propios antes de acudir al recurso de la asistencia sanitaria con medios ajenos. En consecuencia, el análisis sobre el cumplimiento de dicha obligación -recogida tanto en la Ley 14/1986, General de Sanidad, como en la LCSP- se ha realizado sobre cada uno de los expedientes examinados, obteniéndose las siguientes conclusiones:

- a) Los cuatro contratos adjudicados por los SSCC del Servicio Extremeño de Salud por procedimiento abierto vigentes en el ejercicio fiscalizado contaban con el preceptivo informe de insuficiencia de medios, si bien solo uno estaba soportado en una evaluación de los medios propios existentes. Ninguno incluyó una estimación del coste que supondría dotarse de los recursos necesarios para su prestación y una valoración de distintas alternativas de gestión.
- b) Ninguno de los doce expedientes tramitados por los **SSCC del SES**, o por la propia **Área de Salud de Badajoz**, al margen de la normativa de contratación (5.970.348 euros) contaba con un estudio previo sobre medios propios y la conveniencia, en su caso, de proveerse de mayores recursos.

RECOMENDACIÓN N.º 15:

A los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud y a la Gerencia del Área de Salud de Badajoz:

Que, con carácter previo a la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos, se lleven a cabo análisis globales que garanticen la utilización óptima de los recursos propios, tanto humanos como materiales, y se justifique la conveniencia de tales contrataciones frente a la prestación de las asistencias con medios propios.

- c) En 2022 estaban vigentes once contratos adjudicados por procedimiento abierto por los **SSCC del Servicio Murciano de Salud** para la asistencia sanitaria a pacientes del HCUVA por medios ajenos. De ellos, siete lo fueron con posterioridad a la entrada en vigor de la LCSP, uno de los cuales no incorporó el preceptivo informe de insuficiencia de medios. De los seis informes, tres no estaban soportados en una evaluación de los medios propios existentes. Ninguno incluyó una estimación del coste que supondría dotarse de los recursos necesarios para su prestación y una valoración de distintas alternativas de gestión.
- d) Además, ninguno de los trece conciertos formalizados por el SMS (14.507.239 euros) ni el resto de los expedientes tramitados al margen de la normativa de contratación (35 expedientes por importe de 8.686.588 euros) por los SSCC del SMS, o por la propia Área de Salud I Murcia-Oeste, contaba con un estudio previo sobre medios propios y la conveniencia, en su caso, de proveerse de mayores recursos (Subepígrafe II.3.1.1).

RECOMENDACIÓN N.º 16:

A los Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud y a la Gerencia del Área de Salud I Murcia-Oeste:

Que, con carácter previo a la prestación de asistencias sanitarias con medios ajenos, se lleven a cabo análisis globales que garanticen la utilización óptima de los recursos propios, tanto humanos como materiales, y se justifique la conveniencia de tales contrataciones frente a la prestación de las asistencias con medios propios.

Sin perjuicio de lo anterior, al menos para las pruebas diagnósticas para las que se ha hecho el análisis, se ha verificado en ambos centros hospitalarios un nivel de uso de los medios propios (equipos de resonancia magnética, mamografías y equipos de TAC) adecuado, por lo que, si se opta por no externalizar dichas prestaciones, sería necesario incrementar el número de equipos ([Subepígrafe II.3.1.2](#)).

23. Si bien el presupuesto del SES contó con nueve indicadores de asistencia sanitaria con medios ajenos dentro del programa presupuestario 212C Atención Especializada de Salud, no están basados en una planificación global de la gestión de la actividad sanitaria, sino que se limitan a aportar el dato del número de asistencias presupuestadas para el ejercicio. Tampoco se realizó un seguimiento sobre las desviaciones ni, en consecuencia, se diseñaron las actuaciones de mejora que pudieran ser necesarias.

En el presupuesto del SMS figura un único objetivo relacionado con la asistencia sanitaria con medios ajenos que, si bien no se vincula a ningún programa presupuestario, está alineado con uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión, relativo a la asistencia sanitaria con medios ajenos. En dicho objetivo se alcanzaron 0 puntos de los 45 posibles debido al exceso de gasto existente respecto al importe presupuestado; tampoco se ha realizado un seguimiento de las desviaciones sobre las metas ni, por tanto, se han diseñado actuaciones para corregir las mismas.

En concreto, en el **Área de Salud I Murcia-Oeste**, los gastos por asistencia sanitaria mediante medios ajenos fueron superiores en un 167 % a la cuantía inicialmente presupuestada. Esta circunstancia se viene poniendo de manifiesto para el conjunto de gastos del SMS en los sucesivos Informes de Fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, indicando este Tribunal cada año que la asignación presupuestaria del SMS resulta manifiestamente insuficiente ([Epígrafe II.3.3](#)).

24. No existe ni en los SSCC del SES ni tampoco en el Área de Salud de Badajoz un manual de procedimiento para el control de las facturas remitidas por los centros privados. En ambos casos, el procedimiento seguido en la práctica es que una vez comprobada la correspondencia de las facturas recibidas con las asistencias contratadas, se emite el certificado de conformidad. La ausencia de un procedimiento normalizado que distinga, por un lado, la adecuación del servicio con la propuesta médica de derivación y, por otro, la verificación de la factura respecto de la tarifa establecida constituye un riesgo de control interno ([Epígrafe II.3.3](#)).
25. En el **SMS** existe una aplicación informática específica para el control de la facturación de la asistencia sanitaria prestada con medios ajenos (SIGILE), cuyo procedimiento se regula a través de una Instrucción aprobada al efecto; no obstante, el control del 30 % de dichos gastos (9.319.536 euros) no se realiza a través de dicha aplicación; fundamentalmente son los correspondientes a gastos por diálisis; análisis genéticos, cariotipos y técnicas de criopreservación, estudio de cardiopatías; e interrupciones voluntarias del embarazo. La llevanza de esta facturación fuera del procedimiento informático específico sin que, además, medien, en la mayoría de los casos, autorizaciones de los servicios de gestión económica o de la dirección del hospital y únicamente conste en los expedientes la conformidad del peticionario del servicio, supone un elevado riesgo de gestión ([Epígrafe II.3.3](#)).
26. El **Consejo de Gobierno de la Región de Murcia** autorizó la compatibilidad del personal sanitario del SMS en centros sanitarios privados que prestaban asistencias sanitarias a pacientes del Área de Salud I Murcia-Oeste sin distinguir si la prestación asistencial a la que se refiere la compatibilidad estaba concertada o no. Los Acuerdos se basan en el interés público, sin cuyo amparo tales autorizaciones supondrían un incumplimiento del Real Decreto 598/1985, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependiente; no obstante, este Tribunal considera que, según se recoge en dichos Acuerdos, la razón de interés público esgrimida carece de justificación y no supone ningún beneficio para el sistema sanitario público ([Epígrafe II.3.3](#)).

RECOMENDACIÓN N.º 17:

Al Consejo de Gobierno de la Región de Murcia:

Valorar la no renovación de la autorización de compatibilidad del personal del SMS en centros concertados privados.

EN RELACIÓN CON LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL (Epígrafe II.4.1)

27. En la inspección física realizada al efecto en el **CHUB** se han constatado los siguientes incumplimientos contractuales y riesgos en la gestión de residuos:

- Existencia de recipientes sin tapas de cierre provisional.
- Riesgos en el transporte de residuos en el interior del hospital debido al prolongado tiempo de avería del ascensor destinado a los mismos y del montacargas.

28. En relación con la gestión de residuos sanitarios, en el **HCUVA** se identificó como buen práctica la existencia de un sistema de trazabilidad y control automatizado de la producción de tales residuos.

EN RELACIÓN CON LA TRANSPARENCIA (Epígrafe II.4.2)

29. El **SES** incumplió sus obligaciones de publicidad activa en lo relativo a la publicación de los indicadores del grado de cumplimiento de los objetivos incluidos en el Plan de Salud de Extremadura 2021-2028 y en el Acuerdo de Gestión del Área de Salud de Badajoz. Asimismo, en dos de las tres solicitudes de información recibidas relacionadas con el objeto de la fiscalización se superó el plazo máximo fijado por la normativa para la resolución.

30. La información publicada por el **SMS** en relación con los contratos menores de asistencia sanitaria no se encontraba completa. Asimismo, en cinco de las doce solicitudes de información recibidas por el SMS relacionadas con el objeto de la fiscalización se superó el plazo máximo fijado por la normativa para la resolución.

EN RELACIÓN CON LA IGUALDAD (Epígrafe II.4.3)

31. Tanto el Plan de Salud Extremeño como el Acuerdo de Gestión del Área de Salud de Badajoz (documentos de planificación sanitaria vigentes en el periodo fiscalizado que afectan a dicha Área) incluyen entre sus objetivos algunos tendentes a dar cumplimiento a la igualdad entre mujeres y hombres y a la prevención de la violencia de género.

Por lo que se refiere al **Área de Salud I Murcia-Oeste**, el único documento de planificación vigente en el ejercicio fiscalizado es el Acuerdo de Gestión, que no recoge ningún objetivo ni hace mención al principio de igualdad entre mujeres y hombres⁸³.

RECOMENDACIÓN N.º 18:

A la Gerencia del Área de Salud I Murcia-Oeste:

Que incluya dentro de los documentos de planificación del Área de Salud objetivos e indicadores específicos que contribuyan a dar cumplimiento al principio de igualdad entre mujeres y hombres.

⁸³ Véase la nota al pie n.º 73.

32. Ninguno de los contratos examinados (ni en el **Área de Salud de Badajoz** ni tampoco en el **Área de Salud I Murcia-Oeste**) incluyeron ninguna condición especial de ejecución o criterio de adjudicación relacionados con la igualdad de género, a pesar de la posibilidad indicada en los artículos 145 y 202 de la LCSP. Tampoco se incluyó ningún criterio de desempate relacionado con el principio de igualdad, a pesar de que dicha posibilidad se prevé en el artículo 147.1.e) de la LCSP.

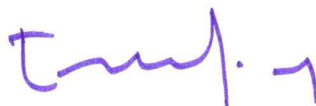
RECOMENDACIÓN N.º 19:

A las Consejerías de Salud de Extremadura y de la Región de Murcia:

Que se elaboren normas o instrucciones internas dirigidas a los órganos de contratación dependientes que establezcan criterios para asegurar, siempre que fuera posible, la inclusión en los Pliegos de Cláusulas Administrativas de condiciones especiales de ejecución de carácter social y de sostenibilidad ambiental.

Madrid, 23 de julio de 2024

LA PRESIDENTA



Enriqueta Chicano Jávega



ANEXOS

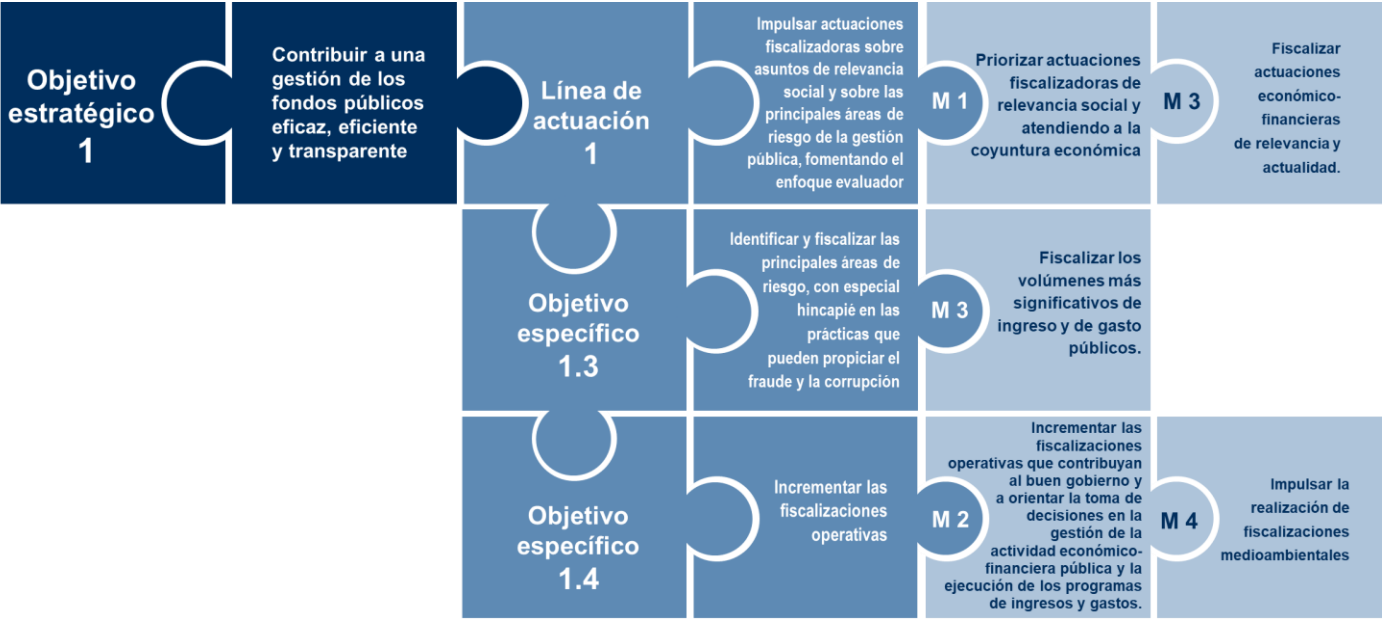
RELACIÓN DE ANEXOS

I. CUMPLIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL TRIBUNAL DE CUENTAS	101
II. MARCO NORMATIVO BÁSICO	102
III. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES SES Y SMS	104
III.1 SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	104
III.2 SERVICIO MURCIANO DE SALUD	105
IV. SUBOBJETIVOS Y CRITERIOS DE AUDITORÍA	106
V. MARCO NORMATIVO LISTAS DE ESPERA	107
VI. MARCO NORMATIVO PLANIFICACIÓN SANITARIA	117
VII. PLANIFICACIÓN LISTA DE ESPERA	119
VII.1 INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	119
VII.2 INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE	120
VIII. CUMPLIMIENTO PLAZOS MÁXIMOS ESPERA	121
IX. COMPARACION DE INFORMACIÓN PUBLICADA SOBRE LISTAS DE ESPERA SNS, SES Y SMS DE ESPERA	122
X. DETALLES GASTOS ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS	123
X.1 DETALLE GASTOS ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ	123
X.2 DETALLE GASTOS ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE	130
XI. EQUIPOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	139
XII. MARCO NORMATIVO DE CONTRATACIÓN	142
XIII. COMPETENCIAS GASTO Y CONTRATACIÓN SERVICIOS DE SALUD	144
XIV. MARCO NORMATIVO SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL, TRANSPARENCIA E IGUALDAD	147

I. CUMPLIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL TRIBUNAL DE CUENTAS

ANEXO I

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL TRIBUNAL DE CUENTAS



Fuente: Elaboración propia.

[IR A ÍNDICE](#)

II. MARCO NORMATIVO BÁSICO

ANEXO II-1/2

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (Ley 14/1986) desarrolla la regulación general para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud del artículo 43 de la Constitución Española, configurando a las Áreas de Salud de las CCAA como las estructuras fundamentales para la asistencia sanitaria.

La prestación de la asistencia sanitaria se realiza en dos niveles asistenciales, según su complejidad técnica y accesibilidad:

- Atención primaria: se presta y dirige en cada una de las zonas básicas en que se dividen las áreas de salud por los Centros de Salud, como centrales integrales de atención primaria.
- Atención especializada: En cada Área de Salud debe existir un hospital *“encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia”* (artículo 65 de la Ley 14/1986).

El acceso a las diferentes prestaciones sanitarias en estos dos niveles debe realizarse en condiciones de igualdad efectiva, a través de un catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) con el objeto de garantizar condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y adecuada. A tal fin La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003) determina el catálogo de prestaciones básicas y comunes, diferenciando en su artículo 7 entre *“prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario”*.

El contenido de estas prestaciones se especifica en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que incluye dentro de la cartera de servicios comunes de atención especializada (Anexo III):

1. Asistencia especializada en consultas.
2. Asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
3. Hospitalización en régimen de internamiento.
4. Apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización a domicilio.
5. Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
6. Atención paliativa a enfermos terminales.
7. Atención a la salud mental.
8. Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Las actuaciones complementarias a esta atención especializada comprenden el resto de las prestaciones que se presten en el ámbito hospitalario, en particular las prestaciones farmacéuticas de pacientes hospitalizados, urgencias hospitalarias, así como el transporte de pacientes.

Dentro de este marco básico y sus competencias estatutarias, Extremadura y la Región de Murcia han aprobado la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura y la Ley 4/1994, de 26 de julio de Salud de la Región de Murcia.

Ambas normas abordan:

- La ordenación sanitaria, a través de la aprobación del mapa sanitario de la CCAA, delimitando las áreas y zonas de salud.
 - La planificación a través de un Plan de Salud de la CCAA.
 - Las competencias y funciones, atribuyendo a los servicios de salud la asistencia sanitaria y adscribiéndole los centros, servicios y establecimiento sanitarios necesarios para esta actividad.
-

[IR A ÍNDICE](#)

III. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES SES Y SMS

ANEXO III.1

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

El Servicio Extremeño de Salud fue creado por la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura y sus Estatutos se aprobaron por el Decreto 221/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo del Servicio Extremeño de Salud. Como Organismo Autónomo cuenta con un presupuesto limitativo y está sometido a control financiero permanente, además de auditoría de cuentas.

Está adscrito a la Consejería competente en materia sanitaria y sus funciones son las establecidas en el artículo 2 de sus Estatutos:

- a) *La planificación, organización, dirección y gestión de los centros sanitarios adscritos al mismo que operen bajo su dependencia orgánica y funcional.*
- b) *La prestación de la asistencia sanitaria.*
- c) *La planificación, organización, dirección y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones encomendadas.*

Para el desarrollo de sus funciones se organiza en órganos directivos centrales y periféricos:

- Los órganos centrales de dirección y gestión son la Dirección de Gerencia, la Dirección General de Recursos Humanos y Asuntos Generales, la Dirección de Planificación Económica, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Salud Pública.
- Los órganos periféricos son los establecidos en cada una de las diferentes áreas sanitarias establecidas en el Mapa Sanitario de Extremadura.

El Decreto 166/2005, de 5 de julio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura establece ocho Áreas de Salud (Badajoz, Mérida, Don Benito-Villanueva, Llerena-Zafra, Cáceres, Coria, Plasencia y Navalmoral de la Mata).

ANEXO III.2

SERVICIO MURCIANO DE SALUD

El Servicio Murciano de Salud fue creado por la Ley 4/1994 como un ente de derecho público por la Ley 4/1994, adscrito a la Consejería competente en materia de sanidad. De acuerdo con el artículo 23 de dicha Ley presta servicios y realiza actuaciones en relación a

- a) *Promoción de la salud.*
- b) *Prevención de la enfermedad.*
- c) *Atención primaria integral de la salud.*
- d) *Asistencia sanitaria especializada.*
- e) *Rehabilitación.*
- f) *Prestación de los productos terapéuticos necesarios para la promoción, conservación y restablecimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.*

Para el desarrollo de sus funciones se organiza en órganos directivos centrales y periféricos:

- Sus órganos directivos a nivel central se encontraban regulados en el período fiscalizado en el Decreto 228/2015⁸⁴, de 16 de septiembre, de Consejo de Gobierno, por el que se establecen los Órganos Directivos del Servicio Murciano de Salud.

Asimismo, durante el período fiscalizado contó con los siguientes órganos directivos centrales: la Dirección de Gerencia, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Recursos Humanos.

Dependiendo directamente de la Dirección de Gerencia se encuentran varias Subdirecciones Generales y la Secretaría General Técnica, como Unidad Administrativa de coordinación de servicios generales y comunes.

- Los órganos periféricos son los establecidos en cada una de las diferentes áreas sanitarias establecidas en el Mapa Sanitario de la Región de Murcia.

La Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia establece nueve áreas de salud: Murcia-Oeste, Cartagena, Lorca, Noroeste, Altiplano, Vega Media del Segura, Murcia Este, Mar Menor y Vega Alta.

[IR A ÍNDICE](#)

⁸⁴ El Decreto n.º 343/2023, de 28 de septiembre, por el que se establecen los Órganos Directivos del Servicio Murciano de Salud derogó dicha norma.

IV. SUBOBJETIVOS Y CRITERIOS DE AUDITORÍA

ANEXO IV.1

Cada uno de los objetivos definidos en el epígrafe se ha desglosado en varios subobjetivos, y para cada uno de estos, se han definido los criterios de auditoría, que se resumen en el cuadro siguiente:

OBJETIVOS DE FISCALIZACIÓN	SUBOBJETIVOS	CRITERIOS
1 ¿La planificación y gestión de las listas de espera se ha realizado mediante sistemas y procedimientos guiados por los principios de eficacia, equidad y transparencia y cumpliendo los preceptivos tiempos máximos de espera?	1.1 ¿Existieron INSTRUMENTOS de planificación y seguimiento para la gestión de las listas de espera?	Normativa aplicable planificación Nivel de cobertura indicadores gestión LEQ
	1.2 ¿Fueron los mecanismos empleados para la inclusión, movimientos y salida en el REGISTRO DE PACIENTES acordes al cumplimiento de sus fines?	Normativa inscripción LE Normativa causas de salida LE Normativa suspensión de garantía LEQ
	1.3 ¿Fueron los CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN de pacientes utilizados para garantizar la equidad entre pacientes?	Establecimiento criterios adicionales Demora media de pacientes atendidos según criterios
	1.4 ¿Se cumplieron los PLAZOS MÁXIMOS establecidos por la normativa?	Plazos máximos de respuesta normativa autonómica
	1.5 ¿Se publicó INFORMACIÓN adecuada y suficiente sobre la situación de las listas de espera?	Cobertura de los indicadores Periodicidad
2 ¿Los gastos derivados de la ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS se han realizado conforme a la normativa de contratación pública, son planificados y controlados de forma adecuada y se han llevado a cabo tras las correspondientes evaluaciones de recursos propios?	2.1 ¿Se realizó una PLANIFICACIÓN de las prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos?	Indicadores de planificación y seguimiento de asistencia sanitaria con medios ajenos
	2.2 ¿Se han llevado a cabo las EVALUACIONES DE RECURSOS PROPIOS?	Existencia de Informes Insuficiencia de Medios Propios. Nivel de utilización de los equipos propios.
	2.3 ¿Los gastos se han realizado conforme a la NORMATIVA DE CONTRATACIÓN PÚBLICA?	Normativa de contratación pública
	2.4 ¿Existió un sistema adecuado de CONTROL DE LA GESTIÓN de las prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos?	Existencia de procedimientos efectivos y homogéneos: control de facturas por centro Normativa de contratación pública Normativa de gestión de gastos Normativa compatibilidad personal sanitario
TRANSVERSAL 1: IGUALDAD	Integración e igualdad en estrategias y planes	Normativa igualdad
	Clausulas igualdad contratos	
	Datos segregados sistemas de información	
TRANSVERSAL 2: TRANSPARENCIA	Obligaciones de publicidad activa	Normativa transparencia
	Derecho de acceso a la información pública	
TRANSVERSAL 3: SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL	Gestión de residuos	Normativa gestión residuos sanitarios
		Cumplimiento del contrato gestión de residuos

Fuente: Elaboración propia

[IR A ÍNDICE](#)

V. MARCO NORMATIVO LISTAS DE ESPERA

ANEXO V-1/10

MARCO NORMATIVO BÁSICO

La Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud en su artículo 43 y establece la competencia exclusiva del Estado en materia de base y coordinación general de la Sanidad en el artículo 149.1.6.a). El marco normativo básico aprobado con base a esta competencia se configura en base a un sistema de información único y homogéneo y el establecimiento de criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso en condiciones de igualdad efectiva.

- **Un sistema de información único y homogéneo:**

La regulación de las acciones para hacer efectivo este derecho se realiza en la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS)**, atribuyendo a la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas el establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas, de interés general supracomunitario, la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria y el establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas en las materias objeto de la presente Ley (artículo 40 apartados 13,15 y 16).

Estas competencias del artículo 40 de la LGS han sido ejercidas a través de la aprobación del **Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud**, que establece:

- Un sistema de información sanitaria en materia de listas de espera para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas basado en un registro de pacientes, e indicadores básicos, mínimos y comunes (artículo 3). El sistema parte de una definición homogénea de sus principales elementos (Anexos I y II) que deben ser tenidos en cuenta los sistemas de información de los que dispongan las CCAA, así como la relación de especialidades, procedimientos y técnicas en el registro (Anexo IV) que deberán estar incluidos en el proceso y sobre los que las CCAA deberán comunicar al Ministerio de Sanidad semestralmente.
 - Criterios de indicación y prioridad clínica de referencia (artículo 4), contenidos en el Anexo II, en defecto de los establecidos por el Consejo Interterritorial de Salud.
 - Garantías de la información a facilitar a los ciudadanos (artículo 5), a través de publicación semestral por el Ministerio de Sanidad, acceso a información personalizada por cada paciente, y la información a publicar por las CCAA.
-

- **Condiciones de igualdad efectiva**

La LGS establece igualmente que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva, regulando **la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** el marco legal de coordinación y cooperación entre Administraciones públicas sanitarias, para garantizar la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud. Dicha Ley garantiza de accesibilidad a todos los usuarios del SNS en condiciones de igualdad efectiva (artículo 23), así como las garantías de tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS, en el marco de los criterios comunes acordados por el Consejo Interterritorial de Salud (artículo 25).

Estos criterios han sido establecidos mediante la aprobación **del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud**, estableciendo:

- Definiciones adicionales a las establecidas en los Anexos I y II del Real Decreto 605/2003 (artículo 3)
- Criterios marco para garantizar tiempos máximos de acceso (artículo 4). Se establecen tiempos máximos de acceso para determinadas intervenciones quirúrgicas, estando previsto que los Servicios de Salud de las CCAA concreten los tiempos máximos de acceso utilizando los fijados en el Decreto como referente, teniendo en cuenta el impacto en la salud o calidad de vida de los pacientes.

Tiempos máximos de acceso establecidos en el Real Decreto 1039/2011

Intervenciones quirúrgicas	Tiempo máximo de acceso (días naturales)
Cirugía cardíaca valvular	180
Cirugía cardíaca coronaria	180
Cataratas	180
Prótesis de cadera	180
Prótesis de rodilla	180

- Ejercicio de la garantía (artículo 5). Se establece la obligatoriedad de que los servicios de salud autonómicos establezcan mecanismos para proporcionar atención sanitaria, ofreciendo alternativas a los usuarios.
- Pérdida de garantía (apartados 1 y 2 artículo 6). Se establecen las siguientes causas de pérdida de la garantía:

CAUSAS DE PÉRDIDA DE GARANTÍA		SALIDA LISTA DE ESPERA
a) Deje de tener la indicación que justificaba la atención garantizada.		Si
b) Renuncie voluntariamente a la atención garantizada.		Si
c) No hubiera optado, en el plazo establecido al efecto, por alguna de las alternativas ofertadas por el servicio de salud o hubiera rechazado el/los centro/s alternativo/s ofertado/s para la realización de la asistencia.		No
d) No se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro que le ofrezca el servicio de salud.		Si
e) Retrase la atención sin causa justificada.		No
f) Incumpla alguna de las obligaciones señaladas en el artículo 7, apartados:	a) Actualización de datos	No
	b) Justificar solicitud de aplazamiento	
	d) No facilitar información necesaria	

- Suspensión de la garantía (apartados 3 y 4 artículo 6). Se establecen las siguientes causas de pérdida de la garantía, reanudándose el cómputo del tiempo máximo de espera una vez desaparezcan las circunstancias que hubieran motivado la interrupción.

CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA GARANTÍA		
a) Cuando el usuario solicite un aplazamiento de la atención garantizada durante un tiempo determinado, sin renunciar a la misma, y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como:	• nacimiento o adopción de hijo	durante los días que resulten indispensables para atenderlo.
	• matrimonio	
	• fallecimiento o enfermedad grave de un familiar	
	• cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal	
b) Cuando concorra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención.		
c) En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.		

-
- Obligaciones de los usuarios (artículo 7)
 - Actualización de los tiempos máximos de acceso (artículo 8). Se prevé la previsión periódica de los tiempos máximos fijados en el RD para intervenciones quirúrgicas y la inclusión de tiempos para consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas. No obstante, el Consejo Interterritorial no ha hecho uso de esta facultad.

REGULACIÓN COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

La **Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura**, cumple el mandato del artículo 25 de la Ley 16/2003, definiendo los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios, estableciendo asimismo el sistema de información de listas de espera.

- **Tiempos de respuesta:**

Se establecen tiempos máximos de respuesta para intervenciones quirúrgicas, primeras consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas (artículo 4). Si bien, y haciendo uso de lo indicado en la Disposición adicional primera se han establecido plazos inferiores por el **Decreto 132/2006, de 11 de julio, por el que se reducen los tiempos de espera en determinadas especialidades en la atención sanitaria especializada**:

TIEMPOS MÁXIMOS DE RESPUESTA (DÍAS NATURALES) EXTREMADURA

Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura.		DECRETO 132/2006, de 11 de julio, por el que se reducen los tiempos de espera en determinadas especialidades en la atención sanitaria especializada.	
Intervenciones quirúrgicas	180	a. Aneurismas de indicación no urgente. b. Patología arterial periférica isquémica aguda. c. Fístulas arteria-venosas para diálisis. d. Cirugía cardiaca valvular. e. Fístulas arteria-venosas para diálisis. e. Cirugía coronaria.	90
		a. Desprendimiento de retina. b. Vitrectomía.	60
		a. Cirugía de exéresis de procesos tumorales malignos.	30
Primeras consultas externas	60	sospecha fundamentada en criterios clínicos de enfermedad oncológica.	30
Pruebas diagnósticas/terapéuticas	30	sospecha fundamentada en criterios clínicos de enfermedad oncológica.	15

La Ley 1/2005 hace referencia a las causas de pérdida de garantía establecidas en el artículo 6.1 d) y e) Real Decreto 1039/20211 (no presentación a la citación o retraso de la atención no justificados). Asimismo, completa la regulación de los días en los que se suspende las garantías por las diferentes causas de aplazamiento personal justificado (artículo 7) y señala la necesidad de dejar constancia razonada de las circunstancias de los casos en los que se realiza un aplazamiento por motivos médico (artículo 8). Asimismo, se establece el sistema de garantías en su artículo 5.

- **Sistema de información de listas de espera:**

Se establece que el Servicio Extremeño de Salud debe facilitar información semestral, accesible a todos los ciudadanos, sobre el número de pacientes que figuran “...en las listas de espera quirúrgica y de acceso a consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas, en los distintos centros y servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.” (artículo 10.1).

La Ley 1/2005 crea también el Registro de pacientes en lista de espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura (artículo 11), como Registro Único de la Comunidad Autónoma, gestionado de forma descentralizada por los Centros Hospitalarios. Su normativa de desarrollo está constituida por el **Decreto 228/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura y se crea el fichero de datos de carácter personal del citado registro.**

REGULACIÓN REGIÓN DE MURCIA

El Decreto n.º 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia, cumple el mandato del artículo 25 de la Ley 16/2003, definiendo los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios, estableciendo asimismo el sistema de información de listas de espera.

- **Tiempos de respuesta:**

Se establecen tiempos máximos de respuesta para intervenciones quirúrgicas, primeras consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas (artículo 5).

TIEMPOS MÁXIMOS DE RESPUESTA (DÍAS NATURALES) REGIÓN DE MURCIA

Decreto n.º 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia	
Intervenciones quirúrgicas	150
Primeras consultas externas	50
Primeras Pruebas diagnósticas/terapéuticas relacionadas en el Anexo IV del Real Decreto 605/2003	30

En el artículo 5.3 se hace referencia a la suspensión de la garantía, diferenciando entre motivos personales/laborales y médicos, indicando que el “cómputo del plazo máximo de acceso se reanuda en la fecha en que el centro comunique al Registro la desaparición de las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo”.

La regulación de los tiempos de respuesta se completa con el contenido del artículo 6 en relación con las garantías en caso de demora.

Sistema de información de listas de espera:

Se establece la obligación de establecer mecanismos para que los ciudadanos puedan acceder a información de carácter general de listas de espera (artículo 3) y se crea el Registro de Pacientes en Lista de Espera (artículo 4), único para toda la Comunidad Autónoma pero gestionado de forma descentralizada por los hospitales.

DEFINICIONES

A continuación, se exponen las definiciones más relevantes a efectos de fiscalización establecidas en la normativa anterior:

Definiciones Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud

Lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas/ terapéuticas

- «Registro de pacientes pendientes de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas»: conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera para ser atendidos en una consulta externa o para la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica en atención especializada (AE), solicitadas por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición.
 - «Consulta externa de atención especializada» a todo acto médico realizado de forma ambulatoria y programada para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física, y realizado en un local de consultas externas de atención especializada con independencia de su ubicación física dentro de la red asistencial.
 - «Primera consulta» a la efectuada a un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo (excluidas las revisiones periódicas de tipo preventivo) según criterio del médico prescriptor.
 - «Prueba diagnóstica/terapéutica» a toda prueba o exploración complementaria realizada en una consulta o sala especial que no está englobada en la anamnesis y exploración física básica que se realiza al paciente y que requiere la asignación de un tiempo distinto al de la propia consulta.
-

-
- «Primera prueba diagnóstica/terapéutica» a la solicitada por primera vez a un paciente, con el objetivo de ayudar en el diagnóstico o instaurar una pauta terapéutica de una entidad patológica determinada.
 - Fecha de entrada en el registro: fecha de indicación de la consulta o prueba por el médico peticionario.
 - Pacientes en espera estructural: Incluye los pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de atención especializada o de la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.
 - Pacientes en espera no estructural: Pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita:
 - 1.º Pacientes con demora atribuible a la propia voluntad del paciente (pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales o por libre elección de médico).
 - 2.º Resto de pacientes incluidos en el registro cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico peticionario.
 - Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes. Es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural.
 - Espera media de los pacientes atendidos. Es el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes procedentes del registro hasta su atención.
 - Demora media prospectiva. Es el tiempo, expresado en días naturales, que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes al ritmo de trabajo de un período anterior definido.
 - *Prioridades para consulta externa y/o prueba diagnóstica/terapéutica*
 - Prioridad 1: solicitud preferente. Será aquella solicitud que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días.
 - Prioridad 2: solicitud ordinaria. Solicitud de consulta o prueba complementaria en la que no concurren otros elementos de prioridad.
-

Lista de espera quirúrgica:

- «Registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada»: al registro que incluye a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.

No se incluirán en el registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

- Fecha de entrada en el registro: la fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico.
 - Fecha de salida del registro: la fecha en la que el paciente es dado de baja en éste. Toda salida del registro deberá quedar documentada figurando el motivo específico de aquélla.
 - Pacientes en espera estructural: son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.
 - Pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo: son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.
 - Pacientes transitoriamente no programables: son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado por alguno de los siguientes motivos:
 - 1.º Pacientes en espera médica por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención.
 - 2.º Pacientes en espera, por solicitud de aplazamiento de la intervención (motivos personales/laborales).
 - Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica. Es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción de la intervención) hasta la fecha final del período de estudio.
 - Espera media de los pacientes intervenidos. Es el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes ya intervenidos, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de la indicación) hasta la fecha de intervención quirúrgica.
-

-
- Demora media prospectiva. Es el tiempo, expresado en días naturales, que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica al ritmo de trabajo de un período anterior definido.
 - *Prioridades para indicación quirúrgica:*
 - Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
 - Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
 - Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes.

Definiciones Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

- Tiempo máximo de acceso: Plazo de tiempo, expresado en días naturales, que no podrá excederse para intervenir quirúrgicamente, atender en consultas externas o realizar una prueba diagnóstica o terapéutica a un usuario del Sistema Nacional de Salud. Dicho plazo se computará desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo, que corresponderá con la fecha de entrada en el registro de espera.
 - Garantía de tiempo máximo de acceso: Compromiso adquirido por el servicio de salud de la correspondiente comunidad autónoma que supone atender al usuario con las adecuadas condiciones de calidad, dentro del tiempo máximo de acceso establecido en su ámbito, que en ningún caso excederá de lo previsto en este real decreto.
 - Pérdida de la garantía: Situación que genera que quede sin efecto, para un determinado usuario, la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del correspondiente servicio de salud.
 - Suspensión de la garantía: Situación provisional en la que queda suspendida de manera transitoria y en tanto persistan las causas que motiven tal situación, la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del correspondiente servicio de salud.
-

[IR A ÍNDICE](#)

VI. MARCO NORMATIVO PLANIFICACIÓN SANITARIA

ANEXO VI-1/2

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad regula en su Capítulo III la estructura básica del sistema sanitario público, estableciendo la obligatoriedad de elaborar un Plan de Salud por Comunidad Autónoma, que debe englobar el conjunto de Planes de las Áreas de Salud (artículo 54).

EXTREMADURA

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (LSE) dedica su Título II al Plan de Salud de Extremadura, que debe ser aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura. El mismo deber regirse por los principios del artículo 27, entre los que se encuentra el *“...establecimiento de indicadores o criterios básicos y comunes que favorezcan la ordenación y coordinación sanitaria, y posibiliten evaluar las necesidades de recursos, así como el inventario de los mismos.”* Su contenido debe abarcar *“la valoración de la situación inicial; el análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios; el establecimiento de objetivos a alcanzar; los programas a desarrollar; las previsiones económicas y de financiación de las actividades; y los mecanismos de evaluación de la aplicación y seguimiento del Plan”* (artículo 28). Esta regulación se ve completada para el Plan vigente en el período fiscalizado por el Decreto 66/2020, de 11 de noviembre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2021-2028 y sus órganos de participación.

El artículo 24 LSE indica la necesidad de que, en la elaboración del Plan de Salud autonómico, se deben tener en cuenta las propuestas de las áreas de salud. Adicionalmente se establece que cada área de salud debe establecer objetivos y programas generales, así como sus necesidades de financiación, integrados en el Plan Autonómico (artículo 32.7).

REGION DE MURCIA

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (LSRM) regula el Plan de Salud autonómico en su artículo 10. Debe ser aprobado por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma e incluir *“...un análisis e identificación de los problemas, la formulación de los objetivos a alcanzar, plazos de ejecución o calendario general de actuaciones, los programas a desarrollar, los órganos encargados de su ejecución, los recursos que han de destinarse a su financiación y los mecanismos de evaluación sistemática y continuada de los distintos programas”*. Asimismo, la normativa indica que el presupuesto del SMS se *“...elaborará de acuerdo con los objetivos previstos en el Plan de Salud de la Región de Murcia, y deberá incluir el adecuado desglose de los recursos por Áreas de Salud”* (artículo 31.3).

ANEXO VI-2/2

Respecto a la elaboración del Plan de Salud del Área se indica únicamente que el Consejo de Salud del Área ostenta la función de conocer del anteproyecto del mismo e informar previamente a su aprobación (artículo 18.2.d), sin establecer procedimiento de elaboración del mismo ni competencia para su aprobación.

Respecto a su contenido, el artículo 12 establece que *“cada Área de Salud estará vinculada a un hospital general, con los servicios que aconseje el Plan de Salud del Área, en función de la estructura y necesidades de la población”* y que las funciones del Área de Salud y de sus gerentes vendrán establecidas en el mismo (artículos 13 y 17).

La normativa también establece en su artículo 32 un sistema de dirección por objetivos y control de gestión.

[IR A ÍNDICE](#)

VII. PLANIFICACIÓN LISTA DE ESPERA

ANEXO VII.1

INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

DOC DE PLANIFICACIÓN	INDICADOR			META	
Plan de Salud Extremadura	27.6.1	Número y porcentaje de disminución LEQ por áreas de Salud Número y porcentaje de disminución LEP por áreas de Salud		Sin especificar	
Plan de Salud Área de Salud de Badajoz	No se ha aprobado un Plan de Salud del Área en el período fiscalizado				
Contrato de Gestión Área de Salud de Badajoz	INDICADORES DE LISTA DE ESPERA: Lista de Espera Quirúrgica	Nº. de pacientes LEQ	Estructural total	<5.513	
			con espera mayor de 6 meses	0	
		Tiempo Medio de Espera (activos)			< 90 días
	INDICADORES DE LISTA DE ESPERA: Lista de Espera Consultas externas	Nº. de pacientes LECEX	Estructural total	<12.683	
		Nº. de pacientes LEQ	con espera mayor de 2 meses	0	
		Nº. de pacientes en buzón	o sin cita en tramo > 60 días	0	
		Tiempo Medio de Espera (activos)			< 45 días
	INDICADORES DE LISTA DE ESPERA: Lista de Espera de Pruebas Diagnósticas	Número de pacientes LEP Estructural total			SD
		Nº Total de pacientes en espera Estructural para la realización de primera prueba diagnóstica espera mayor a 30 días			0
		Tiempo Medio de Espera para la realización de la primera	prueba de TAC		< 30 días
			prueba de RMN		< 30 días
			prueba de Ecografía		< 30 días
			Mamografía		< 30 días
			Endoscopia		< 90 días
	Ecocardiografía		< 30 días		
Plan Operativo Integral de Listas de Espera del Servicio Extremeño de Salud 2020-2022	Cuatro Objetivos segregados en acciones sin indicadores.			Sin especificar	
Plan de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica Cataratas	Intervenciones de cataratas realizadas			1.000	

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO VII.2

INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE

DOC DE PLANIFICACIÓN	INDICADOR	META
Plan de Salud Región de Murcia	No se ha aprobado un Plan de Salud de la Comunidad Autónoma en el período fiscalizado	
Plan de Salud Área de Salud de Murcia-Oeste	No se ha aprobado un Plan de Salud del Área en el período fiscalizado	
"Acuerdo de Gestión 2022 Gerencia del Área de Salud I"	3.1.1 Pacientes quirúrgicos con espera mayor 365 días	0 %
	3.1.2 Pacientes quirúrgicos, prioridad 1 con espera mayor de 30 días	0 %
	3.1.3 Tiempo medio en lista de espera quirúrgica (LEQ)	<= 85 días 2 de los cuatros trimestres (junio, diciembre)
	3.1.4 Pacientes en lista de espera quirúrgica con salida distinta a intervención quirúrgica	< =10 %
	3.1.6.1 Pacientes en espera para consultas externas con espera mayor de 50 días	< 20 %
	3.1.8 Pacientes sin fecha asignada para ser atendido en consultas externas hospitalarias	< 10 %

Fuente: Elaboración propia.

[IR A ÍNDICE](#)

VIII. CUMPLIMIENTO PLAZOS MÁXIMOS ESPERA

ANEXO VIII

ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

Lista de espera	Tipo de salida	Total Salidas 2022	Total salidas Fuera de Garantía	% Fuera de Garantía
LEQ	Salidas Total	22.358	4.152	18,57
	Salidas por intervención quirúrgica	19.346	3.295	17,03
LEC	Salidas Total	109.258	34.008	31,13
	Salidas por realización consulta	94.486	29.483	31,20
LEP	Salidas Total	110.603	49.193	44,48
	Salidas por realización prueba	96.307	43.443	45,11

ÁREA DE SALUD DE MURCIA-OESTE

Lista de espera	Tipo de salida	Total Salidas 2022	Total salidas Fuera de Garantía	% Fuera de Garantía
LEQ	Salidas Total	21.328	4.782	22,42
	Salidas por intervención quirúrgica	18.796	3.683	19,59
LEC	Salidas Total	153.259	44.138	28,80
	Salidas por realización consulta	117.573	33.436	28,44
LEP	Salidas Total	181.060	50.269	27,76
	Salidas por realización prueba	153.208	42.146	27,51

[IR A ÍNDICE](#)

IX. COMPARACIÓN DE INFORMACIÓN PUBLICADA SOBRE LISTAS DE ESPERA SNS, SES Y SMS DE ESPERA

ANEXO IX

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)

Información publicada	SNS	SES	SMS
Número especialidades	14	14	14
Número procesos	15	17	0
Número de pacientes en espera estructural	X	X	X
Tasa de pacientes en espera por 1.000 habitantes	X		
Tiempos medios de espera	X	X	X
Porcentaje de pacientes con más de 6 meses de espera	X		
Número de paciente en espera (0-30) Días			X
Número de paciente (31-150) Días			X
Número de paciente (> 150) Días			X
Información por áreas de Salud		X	X
Periodicidad	Semestral	Semestral	Semestral

LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS (LEC)

Información publicada	SNS	SES	SMS
Número especialidades	10	10	32
Número de pacientes en espera estructural	X	X	X
Tasa de pacientes en espera por 1.000 habitantes	X		
Tiempos medios de espera	X	X	X
Porcentaje de pacientes con más de 6 meses de espera	X		
Número de paciente en espera (0 - 50) Días			X
Número de paciente en espera (> 50) Días			X
Número de paciente en espera sin fecha asignada			X
Información por áreas de Salud			X
Periodicidad	Semestral	Semestral	Semestral

LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS (LEP)

Información publicada	SNS	SES	SMS
Número pruebas	0	8	19
Número de pacientes en espera estructural		X	X
Tasa de pacientes en espera por 1.000 habitantes			
Tiempos medios de espera		X	X
Porcentaje de pacientes con más de 6 meses de espera			
Número de paciente en espera (0 - 50) Días			X
Número de paciente en espera (> 50) Días			X
Número de paciente en espera Sin fecha asignada			X
Información por áreas de Salud			X
Periodicidad	Semestral	Semestral	Semestral

Fuente: Elaboración propia.

[IR A ÍNDICE](#)

X. DETALLES GASTOS ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS

ANEXO X.1-1/7

DETALLE GASTOS ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

Tipo de procedimiento	Expediente	Órgano de adjudicación	Fecha de adjudicación	Objeto	Nº Expte.	IMPORTE FACTURADO 2022
Procedimiento Abierto					2	480.834
EX-1	CSE/99/1121007304/21/PA	SES	07/07/2021	Rehabilitación Psicosocial de personas con trastorno mental grave		400.338
EX-2	CSE/99/1122012764/22/PA	SES	14/07/2022	Estancias para cuidados sanitarios intensos y continuados		80.497
Convenio de colaboración				Plazas vinculadas con Universidad	1	1.031.199,55
Sin contrato					12	5.970.348
EX-3	CSP/00/03/04/CA	SES	16/12/2004	Hemodiálisis ambulatoria		2.830.822
EX-4	CSP/00/07/05/CA	SES	12/12/2005	Procedimientos y pruebas diagnósticas		1.871.451
EX-5	CSP/99/01/2010/CDT	SES	02/12/2010	Procedimientos quirúrgicos generales y de traumatología		824.144
EX-6	-	Área de Salud de Badajoz	23/12/2021	Diálisis domiciliaria		158.724
EX-7	-	Área de Salud de Badajoz	23/12/2021	Alimentación parenteral con bomba		92.740
EX-8	CSP/99/C000001384/22/SPL	SES	Varias (18)	Reproducción asistida		63.755
EX-9	CSP/99/C000001384/22/SPL	SES	10/06/2022 27/07/2022	Angiología y cirugía vascular		55.500
EX-10	-	Área de Salud de Badajoz	23/12/2021	Terapias respiratorias		39.601
EX11	CSP/99/C000001384/22/SPL	SES	19/07/2022	Oncología radioterápica		30.885
EX-12	CSP/99/C000001384/22/SPL	SES	26/08/2022	Radiología - Estudio Epilepsia		1.700
EX-13	CSP/99/C000001384/22/SPL	SES	01/02/2022 21/02/2022	Cirugía Maxilofacial. Odontología		570
EX-14	CSP/99/C000001384/22/SPL	SES	16/06/2022	Otorrinolaringología		456

ANEXO X.1-2/7

Contratos sin Importe segregado					4	11.907.634,18
EX-15	CSP/99/1107038568/07/CA	SES	30/10/2007	Terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida en el ámbito del SES		7.052.039
EX-16	CSE/99/1121029630/21/PA	SES	15/09/2021	Estancias hospitalarias y plazas ambulatorias para el tratamiento neuro rehabilitador de personas usuarias del SES		2.965.529
EX-17	CSP/99/1114013850/14/PA	SES	25/02/2015	Estancias de cuidados sanitarios intensos y continuados tipo T1. Lote 1 (Badajoz - Llerena / Zafra)		215.041
EX-18	CSE/99/1120068139/20/PNSP	SES	20/01/2021	Estancias hospitalarias de media y larga duración para pacientes del SES		1.675.025
Contratos menores					12	58.650
EX-19	CSE/01/1122045315/22/CM	Área de Salud de Badajoz	03/08/2022	Pruebas genéticas en laboratorios externos		14.085
EX-20	CSE/01/1122069591/22/CM	Área de Salud de Badajoz	07/12/2022	Pruebas laboratorios externos		13.780
EX-21	CSE/01/1122052709/22/CM	Área de Salud de Badajoz	21/09/2022	Contratación realización pruebas inmunológicas (p. genéticas)		13.000
EX-22	CSE/01/1122060260/22/CM	Área de Salud de Badajoz	26/10/2022	Pruebas laboratorios externos, pruebas genéticas y pruebas metabólicas		6.401
EX-23	CSE/01/1122040401/22/CM	Área de Salud de Badajoz	07/07/2022	Análisis microbiológicos. Determinación de Marcadores		4.000
EX-24	CSE/01/1122040403/22/CM	Área de Salud de Badajoz	07/07/2022	Diagnóstico molecular del síndrome hemolítico urémico mediante NGS		2.000
EX-25	CSE/01/1122068550/22/CM	Área de Salud de Badajoz	30/11/2022	Contratación de Servicios Profesionales Independientes		1.750
EX-26	CSE/01/1122045634/22/CM	Área de Salud de Badajoz	05/08/2022	Esquemas Inmunidad Celular		1.026
EX-27	CSE/01/1122052706/22/CM	Área de Salud de Badajoz	21/09/2022	Test fragilidad cromosómica		980
EX-28	CSE/01/1122069630/22/CM	Área de Salud de Badajoz	07/12/2022	Contratación realización pruebas genéticas		900
EX-29	CSE/01/1122052703/22/CM	Área de Salud de Badajoz	23/09/2022	Estudio de enfermedades metabólicas hereditarias		435
EX-30	CSE/01/1122069618/22/CM	Área de Salud de Badajoz	07/12/2022	Contratación realización pruebas genéticas		291

ANEXO X.1-3/7

Contratos posteriores					
EX-31	CSE/01/1123069092/23/PNSP	Área de Salud de Badajoz	15/12/2023	Contrato basado en el Acuerdo Marco con una única empresa para el Servicio de Terapias respiratorias domiciliarias (TRD) en el ámbito del SES	Terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida en el ámbito del SES CSP/99/1107038568/07/CA
EX-32	CSE/01/1124009985/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	11/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos en el ámbito del SES Lote 12	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-33	CSE/01/1124012062/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	18/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo Marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos (Paracelso) en el ámbito del SES Lote 11	Procedimientos Quirúrgicos Generales y de Traumatología CSP/99/01/2010/CDT
EX-34	CSE/01/1123057450/23/EAM	Área de Salud de Badajoz	01/11/2023	Contrato basado en el Acuerdo Marco con una única empresa para la prestación del servicio de Hemodiálisis ambulatoria y accesos vasculares FAV en Centros de diálisis para pacientes del SES Lote	Hemodiálisis Ambulatoria CSP/00/03/04/CA
EX-35	CSE/01/1124013441/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	04/04/2024	Contrato basado en el Acuerdo Marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos (Paracelso) en el ámbito del SES Lote 2	Procedimientos Quirúrgicos Generales y de Traumatología CSP/99/01/2010/CDT
EX-36	CSE/01/1124010711/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	04/04/2024	Contrato basado en el Acuerdo Marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos (Paracelso) en el ámbito del SES Lote 2	Procedimientos Quirúrgicos Generales y de Traumatología CSP/99/01/2010/CDT

ANEXO X.1-4/7

EX-37	CSE/01/1124010633/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	04/04/2024	Contrato basado en el Acuerdo Marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos (Paracelso) en el ámbito del SES Lote 2	Procedimientos Quirúrgicos Generales y de Traumatología CSP/99/01/2010/CDT
EX-38	CSE/01/1124010554/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	15/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo Marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos (Paracelso) en el ámbito del SES Lote 2	Procedimientos Quirúrgicos Generales y de Traumatología CSP/99/01/2010/CDT
EX-39	CSE/01/1124010226 /24/EAM	Área de Salud de Badajoz	04/04/2024	Contrato basado en el Acuerdo Marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos (Paracelso) en el ámbito del SES Lote 2	Procedimientos Quirúrgicos Generales y de Traumatología CSP/99/01/2010/CDT
EX-40	CSE/01/1124011224/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	21/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo Marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos (Paracelso) en el ámbito del SES Lote 3	Procedimientos Quirúrgicos Generales y de Traumatología CSP/99/01/2010/CDT
EX-41	CSE/01/1124011403/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	18/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo Marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos (Paracelso) en el ámbito del SES Lote 3	Procedimientos Quirúrgicos Generales y de Traumatología CSP/99/01/2010/CDT
EX-42	CSE/01/1124011738/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	19/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo Marco con varias empresas para la realización de procedimientos quirúrgicos (Paracelso) en el ámbito del SES Lote 8	Procedimientos Quirúrgicos Generales y de Traumatología CSP/99/01/2010/CDT

ANEXO X.1-5/7

EX-43	CSE/01/1124008627/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	11/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 3	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-44	CSE/01/1124008957/11/EAM	Área de Salud de Badajoz	12/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 3	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-45	CSE/01/1124009156/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	11/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 5	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-46	CSE/01/1124009059/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	12/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 5	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-47	CSE/01/1124009372/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	12/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 6	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-48	CSE/01/1124009333/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	11/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 6	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA

ANEXO X.1-6/7

EX-49	CSE/01/1124008168/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	12/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 1	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-50	CSE/01/1124008165/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	06/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 1	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-51	CSE/01/1124008190/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	12/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 1	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-52	CSE/01/1124009926/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	13/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 12	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-53	CSE/01/1124009193/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	12/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 6	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA

ANEXO X.1-7/7

EX-54	CSE/01/1124009438/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	11/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 7	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-55	CSE/01/1124009497/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	12/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 7	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-56	CS/01/1124009617/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	11/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 9	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-57	CSE/01/1124009545/24/EAM	Área de Salud de Badajoz	13/03/2024	Contrato basado en el Acuerdo marco con varias empresas para el servicio de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (GALENO) en el ámbito del SES Lote 9	Procedimientos y Pruebas Diagnósticas CSP/00/07/05/CA
EX-58	CSE/01/1123027185/23/PNSP	Área de Salud de Badajoz	15/05/2023	Contrato basado en el Acuerdo Marco con una única empresa para el Servicio de Terapias respiratorias domiciliarias (TRD) en el ámbito del SES	Terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida en el ámbito del SES CSP/99/1107038568/07/CA

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por el CHUB.

[IR A ÍNDICE](#)

ANEXO X.2-1/9

DETALLE GASTOS ASISTENCIAS SANITARIAS CON MEDIOS AJENOS
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE

Tipo de procedimiento	Expediente	Órgano de contratación	Fecha de adjudicación	Objeto	N.º Exp	IMPORTE FACTURADO 2022
Procedimiento Abierto					11	7.422.755
RM-1	CSP/9999/1100696809/16/PA (Ley 2011)	SMS	01/07/2017	Diálisis extrahospitalaria		3.396.701
RM-2	CSP/9999/1100931334/19/PA	SMS	23/04/2021	Terapias respiratorias domiciliarias		1.363.362
RM-3	CSP/9999/1100783711/17/PA (Ley 2011)	SMS	05/10/2018	Reproducción asistida		736.196
RM-4	CSE/9999/1100863692/18/PA	SMS	31/07/2019	Endoscopias "Delfos"		680.979
RM-5	CSE/9999/1100854366/18/PA	SMS	04/09/2019	Rehabilitación ambulatoria "Habilitas"		586.272
RM-6	CSE/9999/1100959002/20/PA	SMS	18/09/2021	Cirugía de cataratas		358.937
RM-7	CS/9999/1100828423/18/PA	SMS	04/03/2019	Pruebas de laboratorio		123.750
RM-8	CSP/9999/1100750182/16/PA (Ley 2011)	SMS	10/04/2018	Litotricias		123.354
RM-9	CSE/1100/1101038164/22/PASU	SMS	28/02/2022	Test genético preimplantacional		36.660
RM-10	CSP/9999/1100731403/16/PA (Ley 2011)	SMS	28/03/2018	Radioterapia		16.084
RM-11	CSE/9900/1101015828/21/PA	SMS	27/06/2022	IVE y ecografía de control		460

ANEXO X.2-2/9

Conciertos	Expediente	Órgano firmante del concierto y de la cláusula adicional	Fecha de firma de la cláusula adicional	Objeto	13	14.507.239
RM-12	990020041051	SMS	15/02/2022	Hospitalización, consultas, cirugía mayor y menor, urgencias, agudos		4.292.055
RM-13	990019750392	SMS	27/01/2022	Hospitalización, consultas, rehabilitación a pacientes ingresados, cirugía mayor y menor ambulatoria, cirugía mayor con ingreso		3.861.381
RM-14	990020031018	SMS	23/02/2022	Hospitalización, consultas, rehabilitación a pacientes ingresados, cirugía mayor y menor ambulatoria, cirugía mayor con ingreso, cámara hiperbárica		2.505.935
RM-15	SD	SMS	14/06/2022	Hospitalización, consultas, rehabilitación a pacientes ingresados, cirugía mayor y menor ambulatoria, cirugía mayor con ingreso		2.101.085
RM-16	SD	SMS	28/06/2022	Hospitalización de media y larga estancia y terapia ocupacional		469.945
RM-17	990020050996	SMS	15/11/2022	Hospitalización, cirugía, consultas		351.135
RM-18	990019890399	SMS	16/06/2022	Hospitalización, cirugía y consultas		232.430
RM-19	990019960372	SMS	15/11/2022	Hospitalización, cámara hiperbárica y rehabilitación pacientes ingresados		221.049
RM-20	990019870381	SMS	15/12/2022	Hospitalización, consultas, rehabilitación a pacientes ingresados, cirugía mayor y menor ambulatoria, cirugía mayor con ingreso		205.971
RM-21	990020051079	SMS	21/06/2022	Hospitalización y rehabilitación pacientes ingresados		192.676
RM-22	990019960109	SMS	06/10/2022	Hospitalización y rehabilitación pacientes ingresados		40.535
RM-23	990019720378	SMS	13/12/2022	Hospitalización, consultas, rehabilitación a pacientes ingresados, cirugía mayor y menor ambulatoria, cirugía mayor con ingreso		31.481
RM-24	990020051080	SMS	12/04/2020	Hospitalización y rehabilitación pacientes ingresados		1.559

ANEXO X.2-3/9

Sin contrato	Expediente	Órgano firmante de la memoria justificativa	Fecha de la memoria justificativa	Objeto	35	8.686.588
RM-25	CSE/9999/1100838620/18/SPL	SMS	03/01/2022	Procedimiento diagnóstico por imagen		1.124.710
RM-26	CSE/1100/1101049430/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	07/04/2022	Diálisis ambulatoria		1.117.084
RM-27	CSE/9999/1100838468/18/SPL	SMS	03/01/2022	Procedimiento diagnóstico por imagen		926.892
RM-28	CSE/9999/1100833742/18/SPL	SMS	03/01/2022	Procedimiento diagnóstico por imagen		768.962
RM-29	CSE/1100/1101036142/22/SPL CSE/1100/1101065582/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	26/08/2022	Estudios de Cardiopatías Familiares y Estudios Genéticos		657.58
RM-30	CSE/1100/1101063922/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	14/03/2022	Diálisis Peritoneal		537.738
RM-31	CSE/9999/1100838614/18/SPL	SMS	03/01/2022	Procedimiento diagnóstico por imagen		433.552
RM-32	CSE/1100/1100999109/21/SPL CSE/1100/1101045956/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	31/03/2021	Análisis genéticos		369.043
RM-33	CSE/9999/1100838070/18/SPL	SMS	03/01/2022	Procedimiento diagnóstico por imagen		336.177
RM-34	CSE/9999/1100841796/18/SPL	SMS	03/01/2022	Interrupción Voluntaria de embarazo		332.539
RM-35	CSE/9999/1100841793/18/SPL	SMS	03/01/2022	Interrupción voluntaria de embarazo		248.266

ANEXO X.2-4/9

RM-36	CSE/1100/1101043235/22/SPL CSE/1100/1101068927/22/SPL CSE/1100/1101054423/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	20/02/2022	Cariotipos en médula ósea	228.150
RM-37	CSE/1100/1101032551/21/SPL CSE/1100/1101082385/23/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	18/12/2023	Tratamiento de prototerapia a paciente pediátrico con anestesia	224.995
RM-38	CSE/9999/1100838062/18/SPL	SMS	03/01/2022	Procedimiento diagnóstico por imagen	184.143
RM-39	CSE/1100/1101048185/22/SPL CSE/1100/1101062962/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	26/03/2022	Análisis genéticos de muestras humanas	163.270
RM-40	CSE/1100/1101041008/22/SPL CSE/1100/1101066241/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	10/02/2022 02/09/2022	Pruebas y estudios genéticos	137.084
RM-41	CSE/1100/1100882996/19/SPL CSE/1100/1101049557/22/SPL CSE/1100/1101074851/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	11/02/2019 07/04/2022	Pruebas y estudios genéticos	130.050
RM-42	CSE/1100/1101025519/21/SPL CSE/1100/1101046550/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	18/03/2022	Pruebas genéticas/Análisis de hematología	111.517
RM-43	CSE/1100/1100989473/21/SPL CSE/1100/1101040530/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	04/02/2022	Análisis genéticos	95.705
RM-44	CSE/1100/1100996645/21/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	15/02/2021	Criopreservación de muestras de semen	93.720
RM-45	CSE/9999/1100841799/18/SPL	SMS	03/01/2022	Interrupción voluntaria de embarazo	83.898
RM-46	CSE/9999/1100834816/18/SPL	SMS	03/01/2022	Procedimiento diagnóstico por imagen	79.782

ANEXO X.2-5/9

RM-47	CSE/1100/1101052511/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	06/02/2022	Pruebas genéticas	63.867
RM-48	CSE/1100/1101043159/22/SPL CSE/1100/1101050713/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	22/02/2021 21/02/2022	Criopreservación de meniscos, tendones y huesos de tamaño medio	45.368
RM-49	SD	SMS	03/11/2022	Reproducción Humana Asistida	44.635
RM-50	CSE/1100/1101094981/23/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	20/04/2023	Análisis genéticos	41.498
RM-51	CSE/1100/1101048188/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	29/03/2022	Análisis genéticos	29.210
RM-52	CSE/9999/1100834846/18/SPL	SMS	03/01/2022	Procedimiento diagnóstico por imagen	23.927
RM-53	CSE/1100/1101010932/21/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	22/06/2021	Pruebas genéticas	21.524
RM-54	CSE/1100/1101073277/22/SPL	Área de Salud I Murcia-Oeste	23/12/2023	Soporte genómico para diagnóstico de mama precoz	16.100
RM-55	SD	SD	SD	SD	8.100
RM-56	SD	SD	SD	SD	3.475
RM-57	SD	SD	SD	SD	2.255
RM-58	SD	SD	SD	SD	1.486
RM-59	SD	SD	SD	SD	283

ANEXO X.2-6/9

Contratos menores	Expediente	Órgano contratación	Fecha formalización	Objeto	52	106.678
RM-60	CSE/1100/1101032088/21/CM	SD	SD	Pruebas de laboratorio		12.055
RM-61	CSE/1100/1101044388/22/CM	SD	SD	Pruebas de laboratorio		8.250
RM-62	CSE/1100/1101070038/22/CM	SD	SD	Pruebas de laboratorio		7.367
RM-63	CSE/1100/1100997093/21/CM	SD	SD	Pruebas de laboratorio		5.771
RM-64	CSE/1100/1100973122/20/CM	SD	SD	Procesamiento órganos		5.521
RM-65	CSE/1100/1100957316/20/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio		5.334
RM-66	CSE/1100/1100989576/21/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio		5.140
RM-67	CSE/1100/1101071277/22/CM	SD	SD	SD		4.425
RM-68	CSE/1100/1101043469/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Tratamientos médicos		4.415
RM-69	CSE/1100/1101059841/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Tratamientos médicos		4.415
RM-70	CSE/1100/1101054099/22/CM	SD	SD	SD		4.100
RM-71	CSE/1100/1101026502/21/CM	SD	SD	SD		4.050
RM-72	CSE/1100/1101023755/21/CM	SD	SD	Tratamiento		3.027
RM-73	CSE/1100/1101038915/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio		2.990

ANEXO X.2-7/9

RM-74	CSE/1100/1101074462/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	2.920
RM-75	CSE/1100/1100884929/19/CM	SD	SD	Pruebas de laboratorio	2.870
RM-76	CSE/1100/1101061670/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas de laboratorio	2.375
RM-77	CSE/1100/1101042076/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	SD	2.208
RM-78	CSE/1100/1101001519/21/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio	2.100
RM-79	CSE/1100/1101076983/22/CM	SD	SD	Procesamiento órganos	1.982
RM-80	CSE/1100/1101042298/22/CM	SD	SD	Tratamientos	1.162
RM-81	CSE/1100/1101076511/22/CM	SD	SD	Tratamientos	1.113
RM-82	CSE/1100/1100766074/22/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio	1.100
RM-83	CSE/1100/1101045886/22/CM	SD	SD	Tratamientos	968
RM-84	CSE/1100/1101067221/22/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio	850
RM-85	CSE/1100/1101042700/22/CM	SD	SD	Tratamientos	774
RM-86	CSE/1100/1100844749/18/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio	762
RM-87	CSE/1100/1101058515/22/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio	745
RM-88	CSE/1100/1101059225/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	650

ANEXO X.2-8/9

RM-89	CSE/1100/1101070041/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Tratamientos médicos	644
RM-90	CSE/1100/1101051128/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	557
RM-91	CSE/1100/1101068854/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	540
RM-92	CSE/1100/1101068821/22/CM	SD	SD	Tratamientos	496
RM-93	CSE/1100/1101072302/22/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio	490
RM-94	CSE/1100/1101043397/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	450
RM-95	CSE/1100/1101055183/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	400
RM-96	CSE/1100/1101054204/22/CM	SD	SD	Tratamientos	387
RM-97	CSE/1100/1101070603/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	372
RM-98	CSE/1100/1101073734/22/CM	SD	SD	Tratamientos	370
RM-99	CSE/1100/1101046548/22/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio	360
RM-100	CSE/1100/1101063646/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	350
RM-101	CSE/1100/1101072545/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Tratamientos médicos	335

ANEXO X.2-9/9

RM-102	CSE/1100/1101043277/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	225
RM-103	CSE/1100/1101055219/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	200
RM-104	CSE/1100/1101046915/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Tratamientos	194
RM-105	CSE/1100/1101055154/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	150
RM-106	CSE/1100/1101075511/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	150
RM-107	CSE/1100/1101076447/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	133
RM-108	CSE/1100/1101082165/23/CM	SD	SD	Pruebas laboratorio	128
RM-109	CSE/1100/1101049397/22/CM	Área de Salud I Murcia-Oeste	SD	Pruebas laboratorio	125
RM-110	CSE/1100/1101074467/22/CM	SD	SD	Tratamientos	109
RM-111	CSE/1100/1100824917/18/CMSO	SD	SD	Pruebas laboratorio	73

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por el HCUVA.

[IR A ÍNDICE](#)

XI. EQUIPOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Anexo XI-1/3

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

- Mamógrafos:

Respecto a uno de los dos mamógrafos, los lunes se realizan entre 5 y 7 estudios. De martes a viernes en turno de mañana de 8.45 a 13.15 unos 15 estudios. En cuanto al otro mamógrafo, los lunes unos 5 a 7 estudios, de martes a viernes en turno de mañana unos 16 estudios, y por las tardes en actividad extraordinaria de 15.20 a 19.20, 12 estudios.

- Equipos de RNM:

Uno de los tres equipos de RNM del CHUB tenía una programación semanal de lunes a domingo. Los días laborables en horario de 8.00 a 21.30, pudiendo realizarse hasta 24 estudios, y los festivos de 8.00 a 14.00, con 18 estudios de menor complejidad. Es decir, semanalmente serían 156 estudios (unos 8.000 anuales).

El segundo equipo de RNM también tiene una programación semanal de lunes a domingo. Los días laborables en horario de 8.00 a 21.30, pudiendo realizarse hasta 24 estudios, y los festivos de 8.00 a 14.00, con 18 estudios de menor complejidad. Los viernes solo hay turno de mañana de 8.00 a 13.15, con 9 estudios. Lo anterior supone 141 estudios semanales (7.332 anuales).

El tercer equipo se utiliza en horario de mañana y de mañana y tarde. Los días laborables de 8.00 a 19.00 con 15 estudios de media y los festivos (para estudios de menor complejidad) de 8.00 a 15.20 con unos 22 estudios. Sin embargo, esta sala se utiliza determinados días laborables para estudios de pediatría y específicos de mama, de mayor complejidad, por lo que esos días solo se programan 8 estudios.

- Equipos de TAC:

TAC 1: De lunes a viernes hay programaciones de mañana y tarde de 8.00 a 21.30, con unos 30 estudios, y programaciones solo de mañana con unos 13 estudios.

TAC 2: Programaciones de mañana para estudios más complejos de 8.30 a 14.30, pudiendo variar entre 4 y 12 estudios.

TAC 3: De lunes a viernes hay programaciones de mañana y tarde de 8.00 a 21.30, con hasta 36 estudios, y programas solo de mañana de 8.00 a 13.20 con unos 18 estudios.

TAC 4: De lunes a viernes hay programaciones de mañana de 8.30 a 14.00, con unos 18 estudios.

TAC 5: De lunes a viernes hay programaciones de mañana y tarde. Los programas de mañana de 8.30 hasta las 14.00 con unos 18 estudios y los programas solo de tarde de 15.00 a 19.30 con unos 18 euros. Hay días de programaciones dobles de mañana y de tarde con 36 pacientes fusionando los horarios previos.

El TAC número seis se utiliza para simulaciones en radioterapia.

A 31 de diciembre de 2023, el CHUB contaba con el mismo número de mamógrafos que a 31 de diciembre de 2022, si bien aumentó el número de equipos de RNM de 3 a 4 y el número de equipos de TAC de 6 a 7.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

- Mamógrafos:

La programación de las citas, según información facilitada por el HCUVA, es en horario de mañana para tres equipos, y en horario de tarde para un equipo, de lunes a viernes. No se programan citas los sábados, domingos, festivos, ni tampoco en horario nocturno.

En cuanto a las programaciones de citaciones, por las mañanas se programan pacientes con *“alta sospecha de primario o recidiva, a los que se cita directamente para ECO+MAMO+estudio citológico en el mismo acto”*. Por la tarde, se efectúan programaciones de pacientes con estudio doble (ecografía y mamografía).

El número de pruebas diarias es normalmente de 15 estudios en horario de mañana y 6 en horario de tarde, unos 105 estudios semanales en total. Asimismo, es conveniente señalar que las programaciones que se efectúan en el propio HCUVA son de casos complejos, no de controles de procesos benignos.

- Equipos de RNM:

De los tres equipos de RNM, dos están ubicados en el bloque general del centro hospitalario, y uno en el bloque materno-infantil.

Los dos equipos situados en el bloque general se utilizan mañana y tarde, de lunes a viernes, y los sábados, domingos, festivos y horario nocturno únicamente para urgencias.

La programación de citaciones de uno de los dos equipos del bloque general es la siguiente:

- Lunes, miércoles y viernes en horario de mañana: se programan RNM de pacientes ingresados en el hospital de la sección Tórax y Abdomen.
- Martes y jueves en horario de mañana: se programan las RNM de pacientes ingresados correspondientes a neoplasias y artroRNM de la sección musculoesquelética.
- Lunes y viernes en horario de tarde: programaciones de neoplasias y estudios simples de la sección musculoesquelética.
- Martes por la tarde: programaciones complejas de la sección de Neuro.
- Miércoles por la tarde: programaciones complejas de la sección de Abdomen.
- Jueves por la tarde: programaciones de CardioRNM de la Sección Tórax.

La programación de citaciones del otro equipo del bloque general es la siguiente:

- Lunes, martes, miércoles, jueves y viernes en horario de mañana: se programan RNM de pacientes ingresados en el hospital de la sección de Neuro.
- Lunes y viernes en horario de tarde: programaciones complejas de la Sección de Neuro.
- Martes en horario de tarde: programaciones de estudios simples de la sección musculoesquelética.
- Miércoles por la tarde: programaciones complejas de la sección de Abdomen.
- Jueves por la tarde: programaciones de CardioRNM de la Sección Tórax.

Dependiendo de la complejidad de los estudios, se realizan entre 6 y 9 estudios por jornada para cada uno de los dos equipos, es decir, entre 60 y 90 estudios semanales (sin contar urgencias).

El equipo ubicado en el bloque materno infantil se utiliza de lunes a viernes en horario de mañana y tarde, mientras que el sábado, domingo y festivos no se utiliza.

La programación de citaciones de este equipo es la siguiente:

- Lunes, martes, miércoles, jueves y viernes en horario de mañana: programación de pacientes ingresados y ambulatorios de la Sección de Pediatría.
- Lunes y jueves en horario de tarde: programaciones complejas de la Sección de Neuro.
- Martes en horario de tarde: programaciones de estudios complejos de la Sección de Mama.
- Miércoles por la tarde: programaciones complejas de la Sección de Abdomen.
- Viernes por la tarde: programaciones sencillas de la Sección musculoesquelética.

Dependiendo de la complejidad de los estudios, se realizan entre 5 y 9 estudios por jornada, es decir, entre 50 y 90 estudios semanales (sin contar urgencias).

El HCUVA señaló que las programaciones pediátricas suelen ser muy dilatadas, requiriendo muchas de ellas la necesidad de sedación por el Servicio de Anestesia, lo que implica un mayor tiempo de sala de la prueba.

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el CHUB y el HCUVA.

[IR A ÍNDICE](#)

XII. MARCO NORMATIVO DE CONTRATACIÓN

ANEXO XII-1/2

REFERENCIA A LOS CONCIERTOS SANITARIOS

La figura del **concierto sanitario** para la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos viene establecida en el artículo 90 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, precepto que contempla la posibilidad de que las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, puedan formalizar conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas. Se exige, no obstante, tener en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

Tradicionalmente, estos conciertos se han considerado incluidos dentro de las modalidades de contratación del contrato de gestión de servicios públicos.

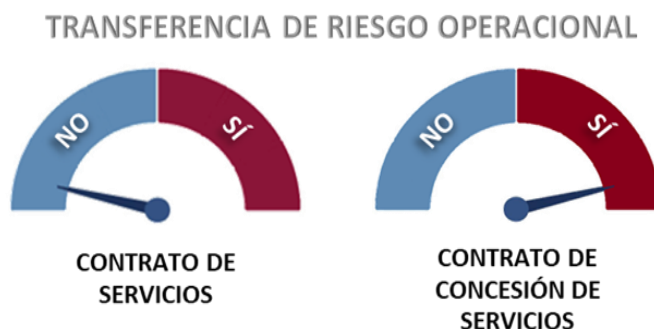
Así, el artículo 253 de la ya derogada Ley 30/2007, de 30 de octubre de Contratos del Sector Público, contemplaba cuatro modalidades de contratación de la gestión de los servicios públicos:

- La concesión.
- La gestión interesada.
- El concierto.
- Sociedad de economía mixta.

Tras la promulgación de las Directivas 2014/23/UE y 2014/24/UE y su trasposición al ordenamiento español mediante la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, ha quedado establecido un nuevo marco jurídico que afecta a la actividad sanitaria concertada. En su Exposición de Motivos, la LCSP contempla la posibilidad de que los contratos de prestaciones personales de carácter sanitario se excepcionen de las reglas de la concurrencia propias de un contrato típico de servicios, permitiendo a los poderes públicos *“organizar los mismos de manera que no sea necesario celebrar contratos públicos... siempre que dicho sistema garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación”*.

De forma sucinta, señalaremos que con base en este nuevo marco jurídico:

- La concertación de **servicios sanitarios que no impliquen transferencia de riesgo** operacional al contratista se debe articular a través de un **contrato de servicios**. En caso de **transferencia del riesgo**, deben articularse como **contratos de concesión de servicios** (artículos 15 y 17 LCSP)

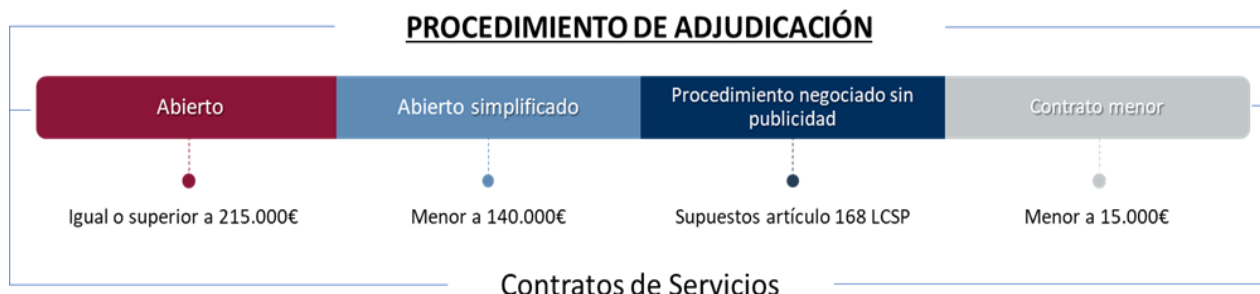


- Se permite (artículo 11.6) “la prestación de servicios sociales por entidades privadas, siempre que esta se realice sin necesidad de celebrar contratos públicos, a través, entre otros medios, de la simple financiación de estos servicios o la concesión de licencias o autorizaciones a todas las entidades que cumplan las condiciones previamente fijadas por el poder adjudicador, sin límites ni cuotas, y que dicho sistema garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación”.

La Disposición adicional cuadragésima novena dispone que lo establecido en la norma “no obsta para que las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de las competencias que tienen atribuidas, legislen articulando instrumentos no contractuales para la prestación de servicios públicos destinados a satisfacer necesidades de carácter social”.

La Comunidad Autónoma de Extremadura ha hecho uso de esta habilitación mediante la promulgación de la Ley 13/2018, de 26 de diciembre, de conciertos sociales para la prestación de servicios a las personas en los ámbitos social, sanitario y sociosanitario en Extremadura, regulando el régimen jurídico de la acción concertada con entidades sin ánimo de lucro como modalidad de gestión indirecta para la prestación de servicios “de atención social especializada, sanitario y sociosanitarios destinados a la atención directa a las personas en Extremadura”. La Región de Murcia no ha hecho uso de esta habilitación legal.

Los procedimientos de adjudicación de los contratos de servicios aplicables según los importes vigentes en 2022 son los siguientes:



Fuente: Elaboración propia.

[IR A ÍNDICE](#)

XIII. COMPETENCIAS GASTO Y CONTRATACIÓN SERVICIOS DE SALUD

ANEXO XIII-1/3

SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Director Gerente del SMS

- Actúa como *“órgano de contratación del Servicio Murciano de Salud, siendo necesaria la autorización del Consejo de Administración cuando la cuantía de los contratos exceda de la que la Ley de Presupuestos fije para los Consejeros”* (artículo 8.1.f Decreto 148/2022, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud).
- Competencia para autorizar y ordenar gastos hasta la cuantía que fije la Ley de Presupuestos para los Consejeros (artículo 8.1.t Decreto 148/2022, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud).
- **Competencia delegada facultades órganos de contratación en los Gerencias del SMS** (artículo 3 Resolución del Director Gerente 8 de enero de 2015 de delegación de competencias) de las facultades que la normativa contractual atribuye al órgano de contratación, tanto en lo que concierne a trámites meramente administrativos como presupuestarios y/o contables en todas sus fases con las excepciones que se prevean en los apartados siguientes:
 - Contratos de servicio máximo de 300.000 euros sin IVA.
 - Contratos menores.
- Competencia delegada en los **titulares de las Direcciones de Gestión de cada Gerencia** de las actuaciones a las que se refiere el apartado 5.2.1.3 *“Supuestos sin procedimiento de licitación”*, de la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre de 2014, sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del Servicio Murciano de Salud: elaboración memoria justificativa.

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

Director Gerente del SES:

- Ejercer como órgano de contratación del Organismo Autónomo en los términos establecidos en la Ley de Salud de Extremadura y en la normativa general sobre contratación administrativa (apartado i) del artículo 4 del Decreto 221/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud.
 - Autorizar los gastos (apartado 4 c)
 - Ordenar los pagos (apartado 4 d)
 - **Competencia delegada en persona titular de la Dirección General de Planificación Económica** (apartado primero y cuarto *Resolución de 21 de febrero de 2017, de la Dirección Gerencia, de delegación de competencias en materia de contratación administrativa y gestión presupuestaria*) competencias órgano de contratación, autorización de gastos:
 - Contratos de servicios cuyo valor estimado sea igual o superior a 1.800.000,01 euros.
 - Contratos y servicios que afecten a los servicios centrales del Servicio Extremeño de Salud o a más de un Área de Salud, últimos casos, con independencia de su cuantía.
 - Contratos de gestión de servicios públicos.
-

Competencias Gerencias de Área

- **Competencia autorización de gastos** (artículo 4.j Decreto 189/2004, de 14 de diciembre, por el que se regula la estructura orgánica del Servicio Extremeño de Salud en las áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura y la composición, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área).
- **Competencia delegada** (apartado segundo *Resolución de 21 de febrero de 2017, de la Dirección Gerencia, de delegación de competencias en materia de contratación administrativa y gestión presupuestaria*) de las facultades del órgano de contratación.
 - Contratos de servicios cuyo valor estimado sea igual o superior a 1.800.000,01 euros.
- **Competencia delegada en una Gerencia de Área supuesto agrupación entre gerencias para celebrar un único contrato** (apartado tercero *Resolución de 21 de febrero de 2017, de la Dirección Gerencia, de delegación de competencias en materia de contratación administrativa y gestión presupuestaria*):
 - Contratos de servicios cuyo valor estimado sea igual o superior a 1.800.000,01 euros.

[IR A ÍNDICE](#)

XIV. MARCO NORMATIVO SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL, TRANSPARENCIA E IGUALDAD**ANEXO XIV-1/4**

SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

La normativa aplicable en materia de gestión de residuos sanitarios está compuesta, en el ámbito estatal, por la Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular, así como por la Directiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre los residuos y por la que se derogan determinadas Directivas, la cual fue modificada por la Directiva 2018/851 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 30 de mayo de 2018.

Por su parte, en Extremadura se aprobó el Decreto 109/2015, de 19 de mayo, por el que se regula la producción y gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En la Región de Murcia no se ha aprobado normativa autonómica para regular la gestión de los residuos sanitarios.

TRANSPARENCIA

La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, incluye dentro de su ámbito subjetivo de aplicación, de acuerdo con su artículo 2.1.a), a las Administraciones de las Comunidades Autónomas.

La Disposición final novena de la citada ley establece un plazo máximo de dos años para que los órganos de las Comunidades Autónomas se adapten a las obligaciones contenidas en ella.

En Extremadura, ya la Ley 4/2013, de 21 de mayo, de Gobierno Abierto de Extremadura, anterior a la Ley 19/2013, establece medidas para la transparencia en la actividad pública y en la gestión administrativa.

Por su parte, la Ley 12/2014, de 16 de diciembre, de Transparencia y Participación Ciudadana de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, determina que la Administración deberá desarrollar su actividad y la gestión pública garantizando publicidad y acceso a la información por parte de los ciudadanos.

IGUALDAD

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, establece en su artículo 27 la necesidad de que en la formulación, desarrollo y evaluación de las políticas estrategias y programas de salud se integren las distintas necesidades de hombres y mujeres y las medidas para abordarlas adecuadamente.

Como consecuencia de esta disposición se modificaron las siguientes normas relacionadas con la materia objeto de fiscalización:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la que se añaden o modifican los siguientes apartados:
 - *Artículo 3.4: Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.*
 - *Artículo 18.4: Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán (...) la prestación de los productos terapéuticos precisos, atendiendo a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.*
 - Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en la que se modifica uno de los principios generales recogidos en su artículo 2:
 - *La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.*
-

Podemos indicar como cláusulas de igualdad las siguientes:

1. **Prohibición de contratar (artículo 71.1.d)**: para las empresas de 50 o más trabajadores que no cumplan con la obligación de contar con un plan de igualdad conforme a lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres. (artículo 71.1.d).
 2. **Condiciones especiales de ejecución (artículo 202.2)**: se establece la obligación de establecer al menos una condición especial de ejecución de las relacionadas en el apartado segundo, entre las que se encuentran consideraciones de tipo social o relativas al empleo, entre ellas medidas para:
 - a. Favorecer la igualdad entre hombres y mujeres en el trabajo.
 - b. Favorecer la mayor participación de la mujer en el mercado laboral.
 - c. Conciliación del trabajo y vida familiar.
 - d. Combatir el paro que afecte a mujeres.
 3. **Criterio de adjudicación (artículo 145)**: se indica la posibilidad de que la mejor relación calidad precio se establezca conforme a criterios cualitativos sociales vinculados al objeto del contrato, como:
 - a. Planes de igualdad de género que se apliquen en la ejecución del contrato y en general de igualdad entre hombres y mujeres
 - b. Fomento de la contratación femenina
 - c. Conciliación de la vida laboral personal y familiar
-

-
5. **Criterios de desempate (artículo 147):** posibilidad de que se establezca como criterio de desempate la existencia de *“proposiciones presentadas por las empresas que, al vencimiento del plazo de presentación de ofertas, incluyan medidas de carácter social y laboral que favorezcan la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.”*

Por su parte, la Ley 12/2018, de 26 de diciembre, de contratación pública socialmente responsable de Extremadura contiene preceptos similares a los de la LCSP, estableciendo su artículo 25 que los pliegos por los que se rijan los procedimientos de contratación de la Junta de Extremadura y las entidades de su sector público autonómico que tengan la consideración de poder adjudicador deberán incorporar cláusulas concretas (...) de igualdad entre hombres y mujeres cuando el objeto contractual guarde relación con las mismas según el tipo de contrato o la fase del procedimiento de que se trate.

Asimismo, el artículo 27 establece la obligación por parte de la persona responsable del contrato de supervisar el cumplimiento de las obligaciones de igualdad que se hayan impuesto directamente a la empresa adjudicataria en los pliegos o documentos del contrato o hayan sido ofertadas por ésta, así como las que deriven de la legislación social y laboral vigentes.

[IR A ÍNDICE](#)



TRATAMIENTO DE LAS ALEGACIONES RECIBIDAS

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 44.1 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, el Anteproyecto de Informe de esta fiscalización fue remitido el 22 de mayo de 2024, mediante notificación electrónica, a la Presidenta de la Junta de Extremadura, al Presidente de la Región de Murcia, a la Consejera de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, al Consejero de Salud de la Región de Murcia, al Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, a la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud, al Gerente del Área de Salud de Badajoz y al Gerente del Área de Salud I Murcia-Oeste, para que alegasen y presentasen los documentos y justificantes que consideraran convenientes.

Con el mismo fin, se remitió a las personas que ocupaban los cargos anteriores desde el 1 de enero de 2022 cuando no coincidían con los actuales. En concreto, se envió al ex-Presidente de la Junta de Extremadura, al ex-Consejero de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura, al ex-Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, al ex-Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, a la ex-Gerente del Área de Salud de Badajoz y al ex-Gerente del Área de Salud I Murcia-Oeste.

En consecuencia, el Anteproyecto de Informe fue remitido a un total de 14 destinatarios.

Asimismo, se remitieron a la actual Ministra de Sanidad, así como a la ex-Ministra de Sanidad, los párrafos del Informe que hacían referencia a la gestión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su calidad de Presidenta y ex-Presidenta del citado Consejo.

Dentro del plazo establecido para ello, se han recibido alegaciones de la Ministra de Sanidad, de la Presidenta de la Junta de Extremadura, de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud, del ex-Presidente de la Junta de Extremadura y del ex-Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud.

A la vista de las citadas alegaciones, se han efectuado las oportunas modificaciones en el texto del Informe, incorporando los cambios que se han considerado necesarios, ya sea por aceptar su contenido o para razonar el motivo por el que no se han aceptado. Debe indicarse que no han sido objeto de tratamiento específico aquellas alegaciones que constituyen meras explicaciones y que, por tanto, no implican una disconformidad del alegante con el contenido del Informe.

Teniendo en cuenta lo anterior, el resultado definitivo de la fiscalización es el expresado en el presente Informe.

RELACIÓN DE ALEGACIONES FORMULADAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXCMA. SRA. MINISTRA DE SANIDAD

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXCMA. SRA. PRESIDENTA DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA DIRECTORA GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXPRESIDENTE DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXDIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD



ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXCMA. SRA. MINISTRA DE SANIDAD



ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS GASTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PRESTADA POR MEDIOS AJENOS, SU PLANIFICACIÓN Y CONTROL Y DE LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA) Y DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ, EJERCICIO 2022

Mediante escrito de fecha 22 de mayo de 2024, recibido en este departamento el día 24 de mayo de 2024, se ha remitido por el Tribunal de Cuentas "Anteproyecto de Informe de fiscalización de los gastos derivados de la actividad asistencial prestada por medios ajenos, su planificación y control y de la gestión de las listas de espera del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, ejercicio 2022".

Revisado dicho informe desde este Ministerio cabe realizar las siguientes **ALEGACIONES**, en concreto, a las alusiones relativas a la gestión del Consejo Interterritorial del SNS:

1. En el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS de fecha 30 de abril de 2024, se acordó la creación del Grupo de Trabajo de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, compuesto por un miembro representante de cada Comunidad Autónoma e INGESA, y miembros del Ministerio de Sanidad, con el objeto de revisar el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, y proponer las modificaciones necesarias para su actualización.

Madrid, a fecha de firma electrónica
La MINISTRA,



**ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXCMA. SRA. PRESIDENTA DE LA JUNTA DE
EXTREMADURA**



La labor que desarrolla el Tribunal de Cuentas en el análisis de la gestión de la Administración de la Comunidad Autónoma ha supuesto siempre una visión importante e inspiradora para la mejora de la gestión pública, siendo habitual la puesta en práctica de las recomendaciones reflejadas en los informes.

El Tribunal de Cuentas ha dado un paso cualitativo con la realización de esta fiscalización operativa que, sin duda, servirá como punto de partida para la realización de muchas otras, que puedan coadyuvar a la introducción de mejoras en el funcionamiento de los servicios públicos esenciales.

II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

II.1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

En el periodo fiscalizado no existía -por no haberse dictado- normativa sobre organización y funcionamiento específica de los Hospitales que conforman el Complejo, ni tampoco relativa a la estructura y funciones de los órganos del Área de Salud de Badajoz.

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

Efectivamente, no existe, porque se está a la espera de un Reglamento General de Hospitales de ámbito regional, a partir del cual se podrían elaborar los propios del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB), adaptando su contenido a la realidad del complejo en cuanto al reparto en tres edificios, tamaño, estructura de gestión, etc.

Respecto a la inexistencia de normativa sobre la estructura y funciones de los órganos del Área de Salud de Badajoz, las funciones de los órganos dependientes de la Gerencia ya están descritas en el Decreto 189/2004 de 14 de diciembre, por el que se regula la estructura orgánica del Servicio Extremeño de Salud en las áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura y la composición, atribuciones y funcionamiento de los Consejos de Salud de Área (D.O.E. núm. 148 de 21 de diciembre de 2004).

Así en su capítulo II “De las Gerencias de Área” establece la estructura orgánica de las mismas:

- Gerencia de Área.
- Dirección de Salud.
- Dirección de Asistencia Sanitaria:
 - o Dirección Médica de Atención Primaria.
 - o Dirección de Enfermería de Atención Primaria.
 - o Dirección Médica de Atención Especializada.
 - o Dirección de Enfermería de Atención Especializada.
- Dirección de Régimen Económico y Presupuestario.
- Dirección de Recursos Humanos.

Pudiendo asimismo existir Subdirecciones.

El nombramiento de los titulares de dichos órganos será:

- Gerente de Área por el Consejero/a con competencias en Sanidad
- Director/a de Salud por el Consejero/a con competencias en Sanidad a propuesta del Director/a Gerente del SES.
- El resto será nombrado por el Director/a Gerente del SES.

II.2. PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA.

II.2.1. ¿Existieron instrumentos de planificación y seguimiento para la gestión de las listas de espera?

En concreto, indica el anteproyecto de informe (página 14) que “... en el ejercicio 2022 el Área de Salud de Badajoz no contaba con un Plan de Salud propio, lo que constituye una irregularidad...”

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

Tanto la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (B.O.E. núm. 102, de 29 de abril de 1986) como la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (D.O.E. núm. 76 de 3 de julio de 2001), prevén la existencia de un Plan de Salud regional. Sin embargo, no dispone que las Áreas de Salud deban contar de planes de salud específicos, sino que el propio Plan de Salud de Extremadura debe incorporar los objetivos, programas generales y necesidades de financiación de cada área de salud y que se tengan en cuenta sus propuestas en su elaboración (la Ley General de Sanidad dice que el Plan de Salud de la comunidad autónoma debe englobar el conjunto de Planes de las Áreas de Salud). Tampoco el Decreto 66/2020, de 11 de noviembre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2021-2028 y sus órganos de participación (D.O.E. núm. 222 de 17 de noviembre) prevé que el Plan de Salud de Extremadura incorpore esa disgregación por área de salud (sí por áreas de intervención). Este Decreto observa a las Gerencias de Área, así como a las Direcciones de Salud de las mismas, como vocales del Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura, siendo el órgano que debe venir a propiciar el cumplimiento de las funciones encomendadas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura. Se entiende que, como vocales, las Gerencias y Direcciones de Salud de las áreas de salud realizan propuestas referidas a estas demarcaciones.

II.2.3. ¿Fueron utilizados criterios de priorización para garantizar la equidad entre pacientes y se cumplieron los plazos máximos establecidos en la normativa?

I CRITERIOS PRIORIZACIÓN PARA GARANTIZAR LA EQUIDAD ENTRE PACIENTES

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

Los criterios de priorización de pacientes, que se siguen en el Servicio Extremeño de Salud (SES), son los indicados como referencia en el Anexo III del Real Decreto 605/2003 y los recogidos en el Decreto 132/2006, de 11 de julio.

El Decreto 228/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura y se crea el fichero de datos de carácter personal del citado registro recoge, en su artículo 10, los criterios de priorización e indicadores básicos. En él, se recoge que los criterios de priorización de pacientes de lista de espera se ajustarán, a lo establecido por el RD 605/2003, de 23 de mayo, en tanto no se desarrollen otros criterios en el seno del Consejo Interterritorial. Además, hace referencia a que la Consejería de Sanidad y Consumo establecerá prioridades de atención a determinados procesos.

En relación a esto, el Decreto 132/2006, de 11 de julio, dictado en el marco de la Ley 1/2005, de 24 de junio, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y con sujeción a todo lo en ella dispuesto, en particular lo fijado en sus artículos 4.3 y 5 respecto a criterios de priorización y sistema de garantías establece en sus artículos 2, 3 y 4 aquellas intervenciones quirúrgicas, consultas externas y pruebas diagnóstico-terapéuticas que deben realizarse de forma prioritaria con demoras diferentes a las estipuladas en el RD 605/2003.

El artículo 2 recoge:

1. Serán atendidos dentro de un plazo máximo de 90 días naturales:

- a. Aneurismas de indicación no urgente.
- b. Patología arterial periférica isquémica aguda.
- c. Fístulas arteria-venosas para diálisis.
- d. Cirugía cardíaca valvular.
- e. Cirugía coronaria.

2. Los pacientes que requieran atención sanitaria especializada a través de intervenciones quirúrgicas programadas y no urgentes para los procesos indicados a continuación, serán atendidos dentro de un plazo máximo de 60 días naturales:

- a. Desprendimiento de retina.
- b. Vitrectomía.

3. Los pacientes que requieran atención sanitaria especializada a través de intervenciones quirúrgicas programadas y no urgentes para los procesos indicados a continuación, serán atendidos dentro de un plazo máximo de 30 días naturales:

- a. Cirugía de exéresis de procesos tumorales malignos.

El artículo 3 se refiere a las Primeras Consultas Externas:

Los pacientes que requieran atención sanitaria especializada a través de primeras consultas externas programadas y no urgentes, con sospecha fundamentada en criterios clínicos de enfermedad oncológica, serán atendidos dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

El artículo 4 se refiere a las Pruebas diagnósticas/terapéuticas:

Los pacientes que requieran atención sanitaria especializada a través de pruebas diagnósticas y terapéuticas programadas y no urgentes, con sospecha fundamentada en criterios clínicos de enfermedad oncológica, serán atendidos dentro de un plazo máximo de 15 días naturales.

Las prioridades que establece el RD 605/2003 hacen referencia a la demora máxima para realizar la prestación correspondiente y, por tanto, en los casos descritos en el Decreto 132/2006, de 11 de julio quedan recogidos los procesos/procedimientos que deben ser considerados prioritarios estableciendo además las demoras máximas a las que deben estar sujetos.

Estos criterios son conocidos por el personal del SES encargado de gestionar las listas y se tienen en cuenta a la hora de la planificación de actividad.

II.2.4. ¿Se publicó información adecuada y suficiente sobre la situación de las listas de espera?

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

En relación a los datos que se publican sobre listas de espera, en la actualidad seguimos las directrices de la Ley 1/2005, donde únicamente se hace referencia a la periodicidad (semestral) y a la publicación del número de pacientes que están incluidas en lista de espera sin indicar otros ítems que deban ser publicados.

Los datos, que exige el Ministerio recoger sobre listas de espera, son enviados semestralmente en el formato que se indica y con las instrucciones de recogida incluidas en el R.D. 605.2003, 23 de mayo. Toda esta información, que hace referencia también a nuestra Comunidad, se hace pública con posterioridad por el Ministerio de Sanidad.

II.3. ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS.

Respecto al Área de Salud de Badajoz, no figuran en el cuadro anterior cuatro expedientes tramitados por los SSCC para los que no es posible desglosar por áreas de salud el importe facturado, sin perjuicio de que también se han analizado. El importe conjunto de estos expedientes es de 11.907.634 euros, según el siguiente detalle:

- Prestación de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistidas (EX-15): 7.052.039 euros. La asistencia se prestó sin disponer de contrato en vigor durante el ejercicio fiscalizado. Anteriormente la prestación se enmarcaba en un contrato formalizado el 30 de octubre de 2007; no obstante, a la finalización del mismo, en lugar de tramitar un nuevo contrato se continuó con el mismo bajo la figura de “prórroga por interés público”, que se analiza en el epígrafe II.3.2.

- Estancias hospitalarias y plazas ambulatorias para el tratamiento neuro-rehabilitador (EX-16): 2.965.529 euros. Adjudicado por los SSCC por procedimiento abierto el 15 de septiembre de 2021.

- Estancias hospitalarias de media y larga duración (EX-18): 1.675.025 euros. Adjudicado por los SSCC por procedimiento abierto el 20 de enero de 2021.

- Estancias de cuidados sanitarios continuados tipo TI para pacientes del SES-Lote I (EX-17): 215.041 euros. En este caso la asistencia también se prestó sin que existiera un contrato en vigor en 2022. El servicio se realizaba en virtud de un contrato adjudicado el 25 de febrero de 2015, y a su finalización no se tramitó uno nuevo, sino que se utilizó la figura de “prórroga por interés público”, que se analiza en el epígrafe II.3.2. Asimismo, la falta de información de facturación segregada por áreas de salud constituye una deficiencia en la gestión, ya que condiciona la medición de la eficiencia de los hospitales y dificulta la llevanza de una contabilidad de costes adecuada.

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

Los citados expedientes tienen como objeto la prestación de un servicio que va dirigido a todos los usuarios del Servicio Extremeño de Salud, independientemente del área de origen del paciente. La gestión de estos expedientes no se lleva a cabo por las distintas áreas de Salud, sino que se lleva a cabo por los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud.

En dos de ellos (EX-16 y EX-18), la prestación del servicio se lleva a cabo en un único centro, por lo que no procede una facturación separada por áreas. Aun así, adjunto a la factura la empresa adjudicataria remite un listado detallado de los pacientes usuarios del servicio por lo que, en caso de ser necesario, podría llevarse a

cabo un análisis manual de costes por áreas de salud, teniendo en cuenta que pacientes pertenecen a cada una de ellas.

En los otros dos contratos (EX-1 y EX-2), el servicio está dividido en lote, habiendo un lote específico destinado a la población del área de Salud de Badajoz. La facturación relativa a estos dos contratos se realiza por lote, por lo que es posible conocer la facturación relativa a los lotes relacionados con el área de Badajoz.

ALEGACIÓN INTERVENCIÓN GENERAL: La situación reflejada por el Tribunal de Cuentas para el 2022 ha variado sustancialmente, pues se han tramitado acuerdos marco o procedimientos abiertos por lotes, de forma que cada área de salud tramita los propios contratos basados que les dan servicio y los lotes en los procedimientos abiertos se individualizan por área de salud.

En el cuatro siguiente se relacionan cuatro expedientes vigentes en la actualidad y cuya ejecución se ha iniciado en fechas que van desde septiembre de 2022, el más antiguo y enero de 2024, el más reciente.

Asistencia sanitaria con medios ajenos	Nº expediente	Entidad adjudicataria	Entrada en vigor	Fin del contrato
Terapias respiratorias domiciliarias TRD: CSE/01/1123027185/23/PNSP	CSE/99/CO00001444/22/AM		29/03/2023	28/03/2027
Procedimientos quirúrgicos - PARACELSO	CSE/99/1123009462/23/AM	VARIAS ENTIDADES	30/10/2023	29/10/2025
Estancias T1 - Lote 4, Badajoz	CSE/99/1122012764/22/PA		01/09/2022	31/08/2025
Hemodiálisis ambulatoria: CSE/01/1123057450/23/EAM	CSE/99/1123009373/23/AM		01/10/2023	30/09/2028
Pruebas diagnósticas - GALENO - Varios lotes	CSE/99/1123011194/23/AM	VARIAS ENTIDADES	03/01/2024	02/01/2026

Dentro del importe correspondiente al Área de Salud de Badajoz no se han incluido 1.031.200 euros correspondientes a un convenio de colaboración formalizado el 16 de mayo de 2018 por la Consejería de Sanidad y la Universidad de Extremadura (UEX) con vigencia de cuatro años, prorrogable otros cuatro, por no corresponder a asistencias sanitarias con medios ajenos, a pesar de que el gasto fue imputado al artículo 25 Concursos de asistencia sanitaria del presupuesto de gastos del SES. Su objeto es la colaboración entre la UEX y el Sistema Sanitario Público de Extremadura para la formación práctica de los estudiantes sanitarios. El importe mencionado corresponde a retribuciones de facultativos del SES que, mediante el convenio, pasan a formar parte de la plantilla docente de la UEX.

Este Tribunal considera que, por su naturaleza, estos gastos no deberían imputarse al capítulo II del presupuesto de gastos, ya que no tienen naturaleza de gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos, sino que derivan de un instrumento de colaboración con una entidad de naturaleza pública²⁰, debiendo imputarse al Capítulo IV Transferencias corrientes. Además, y dada la elevada cuantía de estos gastos, que representa un 13,67 % del total de gastos de asistencia sanitaria, su imputación al artículo 25 desvirtúa la comparativa entre Áreas y Servicios de Salud.

²⁰ La Orden de 14 de junio de 2021 por la que se dictan las normas para la elaboración de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para el año 2022 relaciona en su anexo V la clasificación económica de los gastos, incluyendo el subconcepto 25700 Plazas vinculadas con Universidades, al cual imputa el SES los gastos correspondientes a este concierto.

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

En el inicio de las transferencias de sanidad a la Comunidad Autónoma de Extremadura en el año 2002, se utilizó como base de la estructura contable el nomenclátor de clasificación económica de INSALUD para dicho ejercicio 2002. En dicho nomenclátor, figuraba el “artículo 25 Asistencia Sanitaria con Medios Ajenos”, y dentro de este artículo se incluía el subconcepto “2583 Convenio con Universidades: Plazas Vinculadas”, con la siguiente explicación del gasto: “recoge las retribuciones de los Catedráticos y Profesores

Titulares de las Facultades de Medicina y Farmacia y de Escuelas Universitarias de Enfermería, que desempeñan actividades complementarias asistenciales a tenor de convenios con las Universidades”.

En este sentido, la ejecución del gasto y los pagos realizados por este subconcepto, corresponden fundamentalmente a la prestación por atención continuada por personal que pertenece y recibe sus retribuciones fijas de la Universidad, de ahí que se entienda que su clasificación sea de asistencia sanitaria con medios ajenos, del mismo modo que si fuera prestado por una empresa o un profesional autónomo.

Dando por validado la utilización de esta clasificación al venir del uso de la misma para todo el Sistema Nacional de Salud previo a la total transferencia de las competencias de sanidad a las Comunidades Autónomas, hemos mantenido su inclusión dentro del artículo 25 en las sucesivas Órdenes de elaboración de los Presupuestos dictadas por la Consejería de Hacienda de la Junta de Extremadura.

No obstante, a efectos de comparación del artículo 25, basta con extraer este subconcepto dado que no todas las áreas lo tienen, del mismo modo que parecería más correcto hacer la comparación entre áreas a nivel de subconceptos en lugar de artículos, dado que los servicios que mantienen cada área pueden existir o no en función del tamaño o circunstancias del área o de la operativa en la gestión realizada desde los Servicios Centrales.

II.3.1. ¿Los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos se han llevado a cabo tras la correspondiente planificación y la evaluación previa de sus recursos propios?

1. EVALUACIONES DE MEDIOS PROPIOS EFECTUADAS POR LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANTES DE RECURRIR A LOS MEDIOS AJENOS.

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

El artículo 116.4 de la LCSP establece que el expediente de contratación de los contratos de servicios incluirá un informe de insuficiencia de medios, pero no especifica qué información ha de recoger dicho informe, ni que en el mismo deba incluirse una estimación del coste que supondría dotarse de los recursos necesarios para la prestación de dicho servicio, o realizar una valoración de distintas alternativas.

Desde el órgano de contratación se ha cumplido con la obligatoriedad de presentar un informe de insuficiencia de medios, de conformidad con el artículo 116.4 de la LCSP.

Asimismo, estos informes han contado con el visto bueno de la Intervención General, la Abogacía General y el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, al tratarse de expedientes cuyo valor excedía de 600.000 euros, de conformidad con la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Se tendrá en cuenta la recomendación del Tribunal de Cuentas en la tramitación de los futuros expedientes en cuanto a la inclusión de una estimación del coste que supondría dotarse de los recursos necesarios para su prestación, así como una valoración de las distintas alternativas de gestión.

2. NIVEL DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS PROPIOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS FISCALIZADOS.

ALEGACIÓN INTERVENCIÓN GENERAL: En cuanto a los medios propios, hay que destacar las inversiones para la adquisición y renovación de los equipos de alta tecnología destinados a la atención especializada con fondos procedentes del Plan INVEAT financiado por el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (C.18.11). Para su ejecución, en el año 2022 se adjudicaron licitaciones por importe de 17.084.862 euros, cuyos contratos han sido ejecutados por un importe de 4.642.646 euros durante el 2022 y 10.010.045 euros en 2023, continuando su ejecución en el presente año. Esto, entendemos, que se traducirá en un incremento de la calidad y cantidad de las prestaciones realizadas con medios propios.

II.3.2. ¿Los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos se han realizado conforme a la normativa de contratación pública?

De los 30 expedientes de gasto de asistencias sanitarias para pacientes del CHUB (los referidos en el cuadro 13 más los cuatro expedientes tramitados por el SES cuyo importe no es posible desglosar), cinco tenían origen en contratos previos cuyo período de vigencia, incluyendo prórrogas, había finalizado, y que se venían prolongando en el tiempo de manera irregular por importe de, al menos, 5.526.417 euros, lo que supuso el 85 % del importe total facturado en 2022. Asimismo, otros 9 expedientes, por importe de 443.931 euros (7 % del importe total), se tramitaron al margen de los procedimientos de contratación establecidos en la LCSP y, en este caso, sin traer causa en expedientes de contratación previos, lo que pone de manifiesto una planificación contractual muy deficiente durante el ejercicio fiscalizado.

La ausencia de tramitación de un expediente de contratación conforme a la LCSP supone, además, el incumplimiento de los principios de publicidad, transparencia y concurrencia que deben regir en la contratación pública.

Entre los expedientes tramitados al margen de la LCSP se distinguen, por tanto, dos casuísticas: por una parte, gastos que derivan de contratos ya finalizados que se han extendido en el tiempo de forma indebida (5.526.415 euros) y, por otro, gastos efectuados sin que mediara contrato previo (443.931 euros).

En el plan de contratación del SES para 2022 (que publicó en cumplimiento del artículo 28.4 de la LCSP) se recogió la previsión de licitar cuatro de estos cinco contratos de asistencia sanitaria con medios ajenos; uno de los cuales se formalizó en el ejercicio 2022; los otros tres lo fueron en ejercicios sucesivos, en 2023 y 2024, denotando una mejora en la planificación y gestión contractual al finalizar la situación de prórrogas irregulares.

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

En la actualidad SSCC ha corregido la situación, como así se recoge en los Anexos del Anteproyecto, pag. 85-90.

Por parte del Área de Salud de Badajoz, se pretende que SSCC realice un contrato centralizado, con precios y prestaciones homogéneas, y partir de ahí las empresas adjudicatarias prestarán el servicio correspondiente a los pacientes que se les haya dado el visto bueno por parte de la Dirección Médica, Asistencial o el Servicio de Hemodiálisis, según el caso.

No obstante, en tanto finaliza dicha adjudicación, se pretende dar forma jurídica, de acuerdo con la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 (B.O.E. núm. 272 de 9 de noviembre de 2017), a este tipo de prestaciones. Se está estudiando realizarlo de acuerdo con el gasto anual y según importes: contratos menores, mayores o hacer un negociado sin publicidad, tramitados por el Área de Salud de Badajoz. Esta situación es común en las siguientes prestaciones:

* SERVICIO DE DIALISIS AMBULATORIA (SSCC ACABA DE LICITAR UN NUEVO EXPEDIENTE).

Hay prestaciones de Diálisis Domiciliaria que se han quedado fuera del expediente anterior. No hay contrato tramitado por Servicios Centrales en la serie histórica. Únicamente se han hecho Autorizaciones del Gasto por el Importe solicitado por el Servicio de Gestión Económica del Área de Salud de Badajoz y Propuesta y Resolución de Pago por parte del Gerente del Área de Salud de Badajoz. Todo bajo la prescripción y autorización de las Direcciones Médicas.

* ALIMENTACION PARENTERAL. No hay contrato tramitado por Servicios Centrales en la serie histórica. Únicamente se han hecho Autorizaciones del Gasto por el Importe solicitado por el Servicio de Gestión Económica del Área de Salud de Badajoz y Propuesta y Resolución de Pago por parte del Gerente del Área de Salud Badajoz. Todo bajo la prescripción y autorización de las Direcciones Médicas.

* TERAPIAS RESPIRATORIAS (SSCC ACABA DE LICITAR UN NUEVO EXPEDIENTE) Hay tres prestaciones que no se han incluido en este expediente y que son las que habría que regularizar. Todo bajo la prescripción y autorización de las Direcciones Médicas.

Y ante las necesidades asistenciales que se crean en el Área de Salud de Badajoz, se han incluido dentro de la programación de contratación del Área de Salud para realizar estos contratos a lo largo del año 2024/2025.



ALEGACIÓN INTERVENCIÓN GENERAL:

En los informes de control financiero permanente emitidos por la Intervención General se fue reflejando esta situación de la actividad concertada y se incluyó como medida correctora en los sucesivos informes. Como consecuencia de ello, en marzo de 2022 se solicitó al Servicio Extremeño de Salud la elaboración de un Plan de Acción para corregir esta situación. Presentado el Plan de Acción, la Intervención General valoró en diciembre de 2022 las medidas contenidas en él como adecuadas y con calendarización razonable, como queda reflejado en la siguiente ficha:

Plan de control:	Ejercicio 2021	Número de control:	CFPSES20_IN1-2
Situación a corregir (20IN-04):			
<<De la información aportada por el gestor se deduce la prestación de servicios de asistencia sanitaria con medios ajenos no ajustada a la normativa que resulta de aplicación. Esta circunstancia alcanza a un porcentaje significativo de la actividad imputada al artículo 25 del presupuesto de gasto del organismo.>>			
Recomendaciones propuestas en los informes de control:			
<<Resultaría imprescindible que el gestor iniciara las actuaciones pertinentes para reconducir la prestación de los servicios de asistencia sanitaria sin cobertura contractual o la prestación de los mismos de forma continuada en el ejercicio superando el límite de la contratación menor hacia procedimientos garantes de los principios de publicidad y concurrencia exigidos en la normativa de contratos o, en su caso, al régimen de conciertos previsto en la Ley 13/2018, de 26 de diciembre, de la CAEx.>>			
Medidas implementadas:			
Descripción:	✓ Consulta preliminar de mercado, constitución de equipo de trabajo y elaboración de Pliego de Prescripciones Técnicas: procesos quirúrgicos y pruebas diagnósticas (GALENO Y PARACELSO) ✓ Autorización por Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura del expediente de Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD),		
Medidas previstas:			
Descripción:			Calendario previsto:
✓ Licitación contratación procedimientos quirúrgicos, interrupciones voluntarias de embarazo y técnicas de reproducción humana asistida, así como pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos no quirúrgicos (PARACELSO y GALENO).			Antes fin ejercicio 2022
✓ Publicación licitación Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD).			Octubre 2022 (se ha constatado que se encuentra en licitación).
✓ Licitación expediente de Hemodiálisis.			Inicio 2023
✓ Resto de expedientes: calendarización de un plan de choque, reforzando medios personales, con objeto de que se solventen.			Primer semestre 2023
Valoración:			
Resultado:	Medida adecuada y calendario razonable. Sujeta a seguimiento.		
Fundamento:	Se han iniciado y/o calendarizado actuaciones tendentes a subsanar la deficiencia observada para toda la actividad concertada.		
Situación:	A (abierta)		

Las medidas propuestas en el Plan de Acción han estado sometidas a seguimiento, el cumplimiento parcial de las medidas propuestas queda reflejado en el cuadro del apartado II.3.

II.3.3. ¿Se realiza un seguimiento y control adecuado de los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos?

“Facturación y control de los gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos”: No existe ni en los SSCC del SES ni tampoco en el Área de Salud de Badajoz un manual de procedimiento para el control de las facturas remitidas por los centros privados.

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

El control de facturas difiere en los distintos contratos, dependiendo de las características de la prestación de cada uno de los servicios. Es por ello que no hay un manual en el que se recoja de forma unificada el procedimiento a seguir para todos los servicios.

En los Cuadros Resumen de Características de los Pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares existe un punto en el que se regula el régimen de pagos y presentación de facturas (punto 24 del CRC).

Es en este punto en el que se explicitan las peculiaridades de cada uno de los servicios y cuál es la documentación que los centros privados deben adjuntar para poder comprobar la adecuación del servicio con la propuesta médica de derivación, así como la verificación de las facturas respecto de las tarifas establecidas.

Se llevará a cabo un análisis de los distintos contratos en vigor con el objeto de intentar unificar los criterios y poder estandarizar las fases del procedimiento, valorando la posibilidad de plasmar los mismos en un manual de procedimiento.

No obstante, en el área de Salud de Badajoz, existen unos Manuales de Procedimientos aprobados por el Director de Régimen Económico y Presupuestario en 2011, si bien es cierto que los mismos no se actualizan desde esa fecha, por lo que están algo obsoletos e incompletos. Se adjuntan los mismos.¹

Asimismo, existe una Unidad de Control Interno que tiene entre sus funciones la de, una vez contabilizadas las facturas desde el departamento de Gestión Económica, y previo paso a ordenar su pago, revisar las mismas exhaustivamente, incluyendo en esta revisión, no sólo lo establecido en el Real Decreto 1619/2012, de 30 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regulan las obligaciones de facturación (B.O.E. núm. 289 de 1 de diciembre de 2012), por el que se aprueba el Reglamento que regula las obligaciones de facturación, sino también que los precios unitarios sean los establecidos en el procedimiento administrativo que corresponda.

Así, cuando llega una factura al departamento, imputada a un procedimiento distinto al de contrato menor, se solicita el contrato a la Unidad de Contratación Administrativa, y se abre una ficha con el número y nombre del proveedor, número y denominación del expediente, número de pedido y fecha de inicio y fin de este. Además, se registran los precios unitarios de cada artículo o servicio suministrado.

De esta forma, queda en la Unidad un registro de todos esos datos para poder comprobar las sucesivas facturas que llegan a cargo de ese expediente. Se adjuntan ejemplos de fichas de varios de los expedientes objeto de esta auditoría.²

Asimismo, se comprueba también que estas facturas adjuntan un Acta de Recepción de Conformidad de la prestación recibida, si bien es cierto que, como ya comentamos en un informe correspondiente al punto 5 de la petición 3 del Tribunal de Cuentas, éstas actas salen de una transacción de Jara (ZRMDOC01) que emite ese certificado para estampar la firma y dar así la conformidad, y que por error ha salido el modelo de los que tienen procedimiento de licitación y por ello hace mención a unos Pliegos de Cláusulas Particulares que, en este caso, no existen, pero ese acta, con el error material, es conforme a la prestación realizada. Se adjunta ejemplo de acta de recepción³.

¹ Anexo núm. 4 y 5 "Manual de Procedimiento de Contabilidad"

² Anexos núm. 6, 7 y 8: Ficha de Alimentación Parenteral, Ficha Diálisis Domiciliaria y Ficha Terapias Respiratorias Domiciliarias

³ Anexo núm. 9 "Acta de Recepción"

“Otros gastos efectuados al margen de los procedimientos de contratación pública” (página 44), en el anteproyecto se indica, en el tercer apartado, que “...no se ha tenido evidencia de la aceptación de los mismos (presupuestos) con anterioridad a la derivación”.

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

Se está procediendo en el ejercicio actual a dicha aceptación. A modo de ejemplo, se aporta el Documento anexo⁴

“Otros gastos efectuados al margen de los procedimientos de contratación pública”. Adicionalmente, se constata que en todos estos gastos tramitados por los SSCC y la Gerencia del Área de Salud los documentos contables normalizados AD no aparecen firmados.

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

En este sentido queremos hacer constar que los documentos contables (RC, A, D, AD y O) que se generan de forma preliminar en cada departamento (Servicio Contratación administrativa, Servicio de suministros, Servicio de mantenimiento, Servicio de Gestión Económica y en la Sección de contabilidad), se van lanzando al sistema de aprobación que está diseñado en el aplicativo JARA “WORKFLOW”. A través de este sistema, se van aprobando los expedientes y documentos contables por los distintos titulares de los órganos administrativos en función de la competencia que ostentan, o bien por los órganos en quien tengan delegada la firma.

Sólo en el momento que se aprueben por este medio los documentos contables aparecen contabilizados en el sistema y en dicho documento aparece estampada la fecha en que asienta en diario de operaciones (antes de eso, cuando están en preliminar sin las aprobaciones correspondientes, sólo aparece la fecha de registro). Se adjunta ejemplo de documento AD sentado en diario de operaciones y su workflow correspondiente⁵.

II.4. SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL, TRANSPARENCIA E IGUALDAD.

II.4.1. Sostenibilidad ambiental.

“Se ha constatado un incumplimiento de la normativa aplicable en relación con la gestión de residuos sanitarios con riesgo de infección”

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

Este grupo incluye (pero no solo se circunscribe a) material cortante y punzante. Se manifiesta que el cubo de residuos grupo III existente para la recogida de residuos procedentes de aislamientos, no contaba con la tapa de cierre hermético. Eso es porque dicha tapa se coloca una vez que se va a proceder a retirar el cubo para colocar uno nuevo, garantizando la estanqueidad del contenido. Esto es, colocar la tapa hace que el cubo ya no pueda ser utilizado.

⁴ Anexo núm. 10 “Conformidad presupuesto

”

⁵ Anexo núm. 11 “DOC, ADO y SU TRAZABILIDAD JARA”

El recipiente cumple con la normativa (semirrígido, resistente a la carga...) y está correctamente etiquetado. El cierre hermético adecuado, no permite la apertura una vez cerrado, tal y como dispone el Decreto 109/2015, de 19 de mayo, por el que se regula la producción y gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura (D.O.E. núm. 98, de 28 de mayo de 2015)

“Incumplimiento de las especificaciones de las prescripciones técnicas en relación con la formación de personal”

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

Se indica en el Anteproyecto de Informe, acerca de la Formación del personal del Área de Salud de Badajoz sobre manipulación y segregación de los residuos que no se realizó por parte de la Empresa Interlum. Únicamente se colgaron unas presentaciones, aportadas por la empresa Interlum, de cómo se hacía la manipulación y segregación de estos residuos. En su momento se decidió así ante la situación de COVID que se vivía en los Hospitales. Se creyó que era más segura una presentación ON LINE que presencial.

Esta situación durante el presente año se ha corregido. Aportamos el informe de la Responsable de Formación Continuada sobre las actuaciones realizadas durante el año 2024.⁶

“Se han detectado riesgos relativos al transporte de los residuos en el interior del hospital”

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

En el momento de la auditoría ya existía un plan para poner solución al riesgo declarado.

A continuación, se exponen las actuaciones realizadas y las circunstancias que llevaron a la inoperatividad de los aparatos incluidos en el Anteproyecto de Informe.

I. ACTUACIONES REALIZADAS RELATIVAS AL ASCENSOR 6

- Con fecha **1 de septiembre de 2023**, se formaliza contrato menor con la empresa mantenedora de aparatos elevadores, , por un periodo de 1 mes, para el mantenimiento de los aparatos elevadores del Área Especializada del Área de Salud de Badajoz, en tanto se adjudica de manera definitiva el concurso centralizado de Aparatos Elevadores por parte de la SUBDIRECCIÓN DE OBRAS, INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO del Servicio Extremeño de Salud.
- Previo a la finalización de dicho contrato menor, **30 de septiembre de 2023**, y siendo conocedores de que no iban a ser los adjudicatarios del concurso centralizado, deja varios aparatos elevadores averiados y fuera de uso, entre los que se encuentra el ascensor N° 6 (Sucio), sin informar ni aportar información acerca de los motivos de dichas paradas, a los responsables del Área de Salud de Badajoz.
- Con fecha **2 de octubre de 2023**, se envía email a para que aporte información, tras finalización del contrato, del estado de los aparatos que hasta entonces ha estado manteniendo, entre ellos el ascensor que nos ocupa. Nunca se obtuvo respuesta a dicho email.

⁶ Anexo núm. 12 “Informe Formación Continuada GESTIÓN DE RESIDUOS 2024 punto II.4.1.B. Formación”

Situación estado ascensores ASB

Lun 02/10/2023 14:46

Para:

CC:

Buenas tardes

Ruego nos informen de la situación de los siguientes ascensores una vez finalizado el contrato:

ASCENSOR 6 (HUB) (RAE 10307)

Motivo por el que se ha dejado fuera de servicio

- Una vez adjudicado de manera definitiva el contrato centralizado para el mantenimiento de aparatos elevadores a , solicitamos que, de manera urgente, evalúen las actuaciones necesarias para la puesta en marcha del ascensor 6 (SUCIO).
- Con fecha **9 de octubre de 2023** nos hace llegar presupuesto de las actuaciones necesarias, que pasan por la sustitución de las cortinas de luz en cabina, el cual se acepta.

PRESUPUESTO DE REPARACIÓN N° A24/O8532 de fecha 09/10/2023 y cuya validez es de 30 días correspondiente a un elevador instalado en :

CL DE ELVAS
Badajoz 06080 (Badajoz)

SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE CORTINA LUMINOSA. APARATO: C2401600.

- Suministro e instalación de cortina de luz en cabina. Este elemento provoca la apertura de las puertas de cabina cuando se interpone un elemento en sus múltiples haces de luz, repartidos a lo largo de la altura de la puerta. Una vez instalada si hubiese alguna otra anomalía en la instalación, se realizaran los trabajos pertinentes bajo un nuevo presupuesto.

IMPORTE	1.844,00 Euros
(*) IVA IVA (21,00%)	387,24 Euros
IMPORTE TOTAL	2.231,24 Euros

(*) EL TIPO IMPOSITIVO APLICABLE A CADA OPERACIÓN
SERÁ EL VIGENTE EN EL MOMENTO DEL DEVENGO.

- Con fecha **19 de octubre de 2023**, el paso de la borrasca Aline por Extremadura, deja grandes estragos en Badajoz. Entre otros, el Hospital Universitario de Badajoz sufre grandes inundaciones en la planta sótano, viéndose afectado el foso del ascensor 6 y varios elementos de seguridad de este.
- Con fecha **2 de noviembre de 2023**, y previa valoración por parte de la empresa mantenedora actual, ésta nos remite nuevo presupuesto de las actuaciones necesarias, el cual se acepta.

PRESUPUESTO DE REPARACIÓN N° A24/08557 de fecha 02/11/2023 y cuya validez es de 30 días correspondiente a un elevador instalado en :

AV DE ELVAS
Badajoz 06080 (Badajoz)

REPARACIONES NECESARIAS DE REALIZAR TRAS FILTRACIONES DE AGUA EN LA INSTALACIÓN.
APARATO: 06/159654, ASCENSOR SUCIO N°6.

- Suministro y sustitución de limitador de velocidad y su correspondiente cable de acero por haberse mojado ambos elementos, tratándose de componentes de seguridad. Así mismo se sustituirán los micros de muelles de foso por estar en corto debido a la inundación del mismo, como muestran las imágenes.

IMPORTE	1.272,50 Euros
(*) IVA IVA (21,00%)	267,23 Euros
IMPORTE TOTAL	1.539,73 Euros

(*) EL TIPO IMPOSITIVO APLICABLE A CADA OPERACIÓN
 SERÁ EL VIGENTE EN EL MOMENTO DEL DEVENGO.

- Con fecha **12 de enero de 2024**, envía acta de finalización de los trabajos (Se adjunta), una vez han dispuesto de los materiales para llevar a cabo todas las actuaciones para su puesta en marcha.⁷

2. ACTUACIONES REALIZADAS RELATIVAS AL ASCENSOR 6

- Con fecha **9 de septiembre de 2022**, la entonces adjudicataria del contrato centralizado para el mantenimiento de los aparatos elevadores del Servicio Extremeño de Salud, informa de que, por motivos de seguridad, deja fuera de servicio el montacargas de basura:

Para:
CC:

Buenas tardes,

Os comunicamos que dejamos fuera de servicio el MONTACARGAS DE **BASURA** DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ por los siguientes motivos:

El Cuadro de Maniobras en su conjunto está muy deteriorado presentando falta de aislamiento, así como los relés de piso y contactos que han perdido flexibilidad y campo magnético, produciéndose fallos en su funcionamiento, hecho que provoca molestias y trastornos a los usuarios y situaciones de peligro que pueden ocasionar accidentes.

En general a instalación está corroída por el óxido, sobre todo uniones de cabina en su parte baja en puntos vitales como la tornillería de los puntos de solapamiento de suelo y paños de cabina, lo que supone un peligro.

Las puertas exteriores se encuentran oxidadas, con las pisaderas desgastadas, bisagras con holguras, cerraduras y contactos eléctricos deteriorados produciendo fallos de forma continuada y puenteo accidental de series.

Debido a todo lo anteriormente expuesto, y dada la falta de seguridad, la plataforma elevadora queda fuera de servicio y estos elementos deberían ser sustituidos.

Con fecha **27 de mayo de 2024**, se solicita a SSCC presupuesto para inversión para una serie de aparatos elevadores, entre los que se encuentra el aparato en cuestión.

II.4.3. Igualdad.

¿Se consideró el principio de igualdad en la planificación efectuada?

Condición especial de ejecución o criterio de adjudicación relacionados con la igualdad de género

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

El artículo 122.3 bis de la LCSP establece la obligatoriedad de que las Administraciones Públicas incorporen en sus pliegos de cláusulas administrativas particulares condiciones especiales de ejecución o criterios de adjudicación dirigidos a la promoción de la igualdad de trato y no discriminación por razón

⁷ Anexo núm. 13 "Informe de Reparación"

de orientación sexual, identidad sexual, expresión de género y características sexuales, **siempre que exista vinculación con el objeto del contrato.**

Existe una circular de la Junta Consultiva de Contratación Administrativa de Extremadura, sobre criterios de adjudicación susceptibles de ser utilizados por los diferentes órganos de contratación de la Junta de Extremadura. Estos criterios están previamente aprobados por la Intervención General y la Abogacía General de la Junta de Extremadura, por lo que los contratos que se ajusten a los mismos no deberán someterse al informe previo de dichos órganos. Dicha circular cuenta con un apartado de criterios de adjudicación relacionados con medidas en materia de igualdad.

Los criterios de adjudicación de contratos tramitados por los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud se ajustaron a la citada circular. El órgano gestor del contrato no consideró que ninguno de los criterios de adjudicación relacionados con igualdad se ajustara al objeto de los citados contratos, motivo por el cuál no se incluyó ninguno de ellos.

Prohibición de contratar con empresas de 50 o más trabajadores que no cumplan con la obligación de contar con un plan de igualdad (página 51).

ALEGACIÓN SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (SES):

En la Junta de Extremadura hay unos pliegos de cláusulas administrativas informados previamente por la Intervención General y la Abogacía General de la Junta de Extremadura, en los que se encuentra incluido un anexo III, que es una declaración responsable en la que, en su parte VI, la empresa licitadora acredita que cumple con una serie de requisitos, de obligado cumplimiento. En el anexo III que estaba vigente en la fecha de tramitación de estos expedientes se hacía referencia a empresas de 250 o más trabajadores.

Los anexos que están vigentes actualmente reflejan la cifra correcta, haciendo referencia a empresas de 50 o más trabajadores.



ANEXOS

1. Informe Médico de Oxigenoterapia domiciliaria.
2. Informe Médico para asistente de Tos.
3. Informe Médico para aspiración de secreciones.
4. Manual de Procedimiento de Contabilidad.
5. Instrucción de tramitación de Facturas de logística.
6. Ficha de Alimentación Parenteral.
7. Ficha Diálisis Domiciliaria.
8. Ficha Terapias Respiratorias Domiciliarias.
9. Acta de recepción.
10. Conformidad presupuesto
11. DOC, ADO y SU TRAZABILIDAD JARA.
12. Informe Formación Continuada GESTIÓN DE RESIDUOS 2024 punto II.4.I.B. Formación.
13. Informe de Reparación.



Firmado por: PRESIDENTA DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

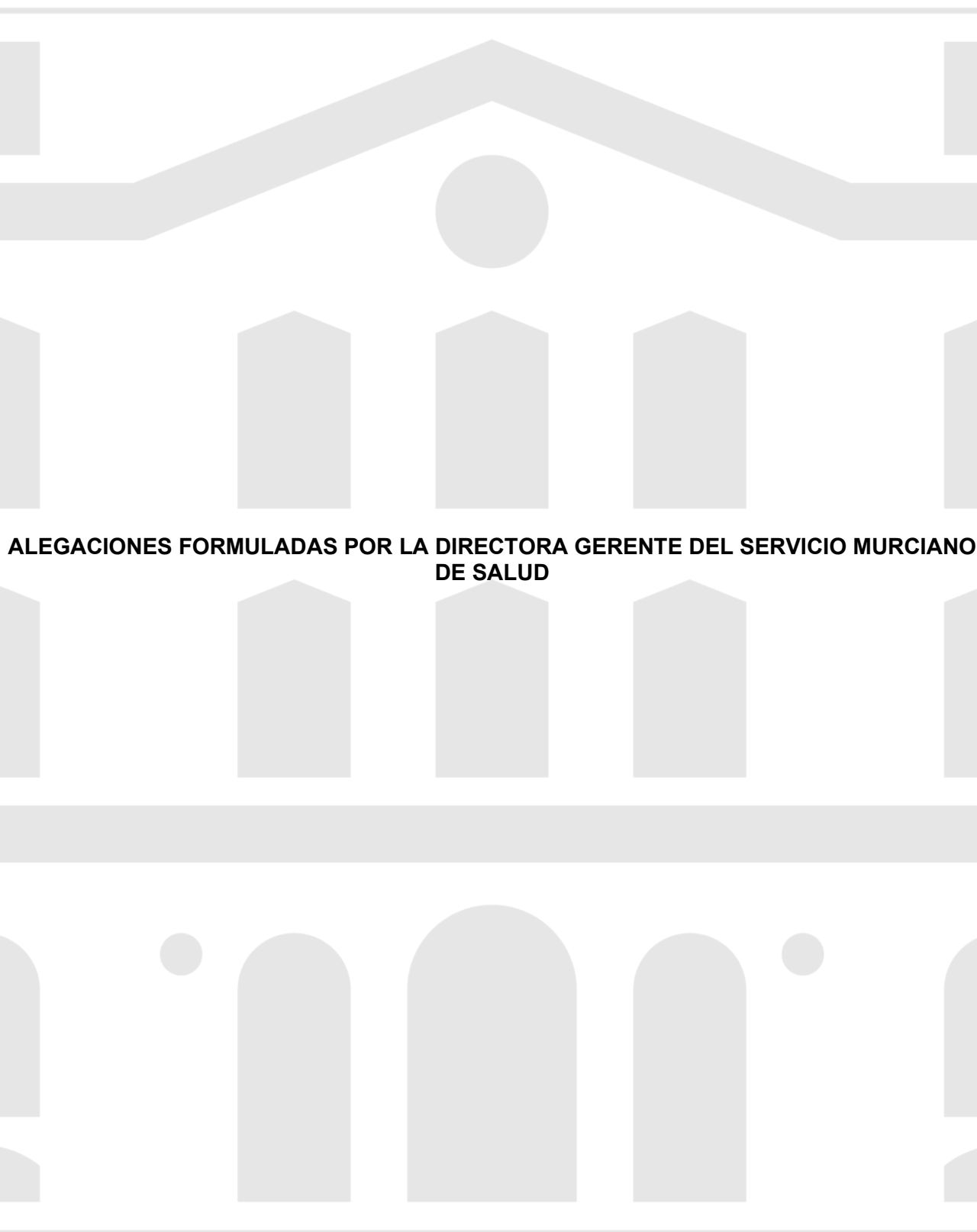
Fecha: 19/06/2024 09:57

Certificado validado por la plataforma @firma.

Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

Código de verificación:

Dirección de verificación:



ALEGACIONES FORMULADAS POR LA DIRECTORA GERENTE DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD



ALEGACIONES AL “ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS GASTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PRESTADA POR MEDIOS AJENOS SU PLANIFICACIÓN Y CONTROL Y DE LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA) EJERCICIO 22” DEL TRIBUNAL DE CUENTAS.

NOTA: Las alegaciones se plasman numeradas sobre el texto original del documento. Aparecen recogidas en tablas para su identificación.

SERVICIO MURCIANO DE SALUD
JUNIO 2024



Contenido

I.	INTRODUCCIÓN	3
I.1.	INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR	3
I.2.	JUSTIFICACIÓN DE LA FISCALIZACIÓN	3
I.3.	ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL	5
I.4.	OBJETIVOS Y ALCANCE	5
II.	RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN	7
II.1.	ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS	7
II.2.	PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA	8
II.3.	ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS	22
III.	CONCLUSIONES	46
	EN RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS (SUBAPARTADO II.1.)	46
	EN RELACIÓN CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LAS LISTAS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.1)	47
	EN RELACIÓN CON LA INCLUSIÓN, MOVIMIENTOS Y SALIDAS DE PACIENTES DE LAS LISTAS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.2)	49
	EN RELACIÓN CON LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA GARANTIZAR LA EQUIDAD ENTRE PACIENTES Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS MÁXIMOS DE ESPERA. (EPÍGRAFE II.2.3)	50
	EN RELACIÓN CON LA PUBLICACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.4)	52
	EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS (Subapartado II.3)	53
	EN RELACIÓN CON LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL (Epígrafe II.4.1)	57
	EN RELACIÓN CON LA IGUALDAD (Epígrafe II.4.3)	57



I. INTRODUCCIÓN

I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR

La Fiscalización de los gastos derivados de la actividad asistencial prestada por medios ajenos, su planificación y control y de la gestión de las listas de espera del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, ejercicio 2022 se incluyó, a iniciativa del propio Tribunal, en el Programa de Fiscalizaciones del Tribunal de Cuentas para el año 2023, aprobado por su Pleno el 21 de diciembre de 2022.

La fiscalización se enmarca en los objetivos del Plan Estratégico vigente del Tribunal de Cuentas que se detallan en el Anexo I.

I.2. JUSTIFICACIÓN DE LA FISCALIZACIÓN

La Constitución Española de 1978 reconoce, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Por su parte, la Ley 14/1986, General de Sanidad contempla, entre los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio en España de este derecho, la prestación de una atención integral de la salud que consiga altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

La presente fiscalización se desarrolla en el marco del análisis y control de las actuaciones económico-financieras que incidan en el ejercicio de dichos derechos constitucionales, determinando las eventuales irregularidades y deficiencias que pudieran detectarse en la organización y gestión de las entidades fiscalizadas, así como los progresos y buenas prácticas de gestión que se observen.

Las razones que han motivado la realización de esta actuación fiscalizadora son tanto sociales como económicas:

- *De acuerdo con el barómetro de marzo de 2023 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), la sanidad es el segundo problema en el país que los españoles consideran que más les afecta¹.*
- *El gasto sanitario público autonómico consolidado representó en 2021 el 6,70 % del Producto Interior Bruto (PIB) nacional, partida que solo fue superada por la de Pensiones (13,20 %) y la de Servicios Generales y Asuntos Económicos (10,20 %)².*

De las cuatro Comunidades Autónomas (CCAA) sin Órgano de Control Externo (OCEx) -Cantabria, Extremadura, La Rioja y Región de Murcia- se han seleccionado la Región de Murcia y Extremadura por ser las que presentaban en el ejercicio 2021 un importe mayor de gasto sanitario público consolidado, 2.895 y 1.999 millones de euros respectivamente. Incluso la ratio entre el gasto sanitario público consolidado de Extremadura y su PIB fue el más alto de las 17 CCAA, con un 9,90 %. La segunda fue Canarias, con un 9,10 %, y la tercera fue la Región de Murcia, con un 9,00 %.

1 En concreto, los cinco problemas que los españoles consideran que les afectan personalmente de manera más significativa respecto a un total de 57 problemas, de acuerdo con el barómetro de marzo de 2023 del CIS, fueron la crisis económica, con un 25,30 % de representatividad, seguido de la sanidad (10,10 %), el paro (7,00 %), los problemas relacionados con la calidad del empleo (6,20 %) y los problemas políticos (3,80 %).

2 El resto de las partidas de gasto público del PIB en 2021 fueron las destinadas a Protección Social (4,70 %), Educación (4,60 %), Defensa y Seguridad (3,00 %), Desempleo (2,70 %), Intereses (2,2 %) y resto de gastos (3,30 %). Así, el total de gasto público en 2021 ascendió al 50,60 % del PIB (Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público publicada por el Ministerio de Sanidad).



En cuanto al gasto sanitario público por habitante, Extremadura y Región de Murcia también ocupaban los primeros puestos de la tabla (posiciones cuarta y quinta en el conjunto de CCAA).

Gráfico 1 GASTO SANITARIO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE EXTREMADURA Y REGIÓN DE MURCIA

	Gasto sanitario público consolidado, 2021	Ratio gasto sanitario público consolidado y PIB		Puesto autonómico en gasto sanitario público por habitante
		Posición autonómica	Porcentaje	
REGIÓN DE MURCIA	2.895 M€	3ª	9,00 %	5ª
EXTREMADURA	1.999 M€	1ª	9,90 %	4ª

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público publicada por el Ministerio de Sanidad.

El cuadro siguiente muestra el detalle de los datos anteriores para el conjunto de CCAA:

Cuadro 1 GASTO SANITARIO PÚBLICO CONSOLIDADO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA EJERCICIO 2021

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB %	Euros por habitante
Cataluña	14.016	6,1	1.829
Andalucía	12.638	7,9	1.486
Comunidad de Madrid	10.353	4,4	1.536
Comunitat Valenciana	8.368	7,4	1.656
Galicia	4.778	7,6	1.776
País Vasco	4.514	6,3	2.073
Castilla y León	4.471	7,7	1.879
Canarias	3.890	9,1	1.732
Castilla-La Mancha	3.670	8,7	1.793
Región de Murcia	2.895	9,0	1.909
Aragón	2.487	6,6	1.894
Illes Balears	2.005	6,6	1.644
Extremadura	1.999	9,9	1.895
Principado de Asturias	1.983	8,5	1.965
Navarra	1.275	6,3	1.941
Cantabria	1.089	7,9	1.866
La Rioja	524	6,1	1.660
TOTAL	80.955	6,7	1.716

Fuente: Estadística del Gasto Sanitario Público publicada por el Ministerio de Sanidad. Ejercicio 2021.



Dentro de las CCAA de Extremadura y Región de Murcia se han elegido los dos centros hospitalarios de mayor volumen -el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz-. El criterio utilizado para la selección ha sido el de "número de camas instaladas" a 31 de diciembre de 20223.

I.3. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL

La fiscalización se ha referido, en su ámbito subjetivo, al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y al Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, establecimientos hospitalarios dependientes, respectivamente, del ente de derecho público Servicio Murciano de Salud (SMS) y del organismo autónomo Servicio Extremeño de Salud (SES).

Asimismo, el ámbito subjetivo se ha extendido a los órganos centrales de los Servicios de Salud en aquellos aspectos de la gestión que eran de su competencia y que han incidido en la gestión de los referidos centros hospitalarios.

El ámbito objetivo ha estado integrado por los procedimientos de gestión de los servicios de asistencia sanitaria especializada prestados por los centros hospitalarios.

En cuanto al ámbito temporal, las actuaciones fiscalizadoras se han referido a las prestaciones efectuadas por los centros hospitalarios durante el ejercicio 2022.

En los Anexos II.1, III.1 y III.2 se expone el marco normativo básico y la estructura y organización de los Servicios de Salud para la mejor comprensión de los ámbitos subjetivos y objetivos de la fiscalización.

I.4. OBJETIVOS Y ALCANCE

De acuerdo con lo previsto en las normas 6 a 8, apartado de Normas Técnicas, de las vigentes Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, se ha realizado una fiscalización de cumplimiento y operativa o de gestión.

Los objetivos de esta fiscalización se han concretado en las siguientes preguntas:

1. ¿La planificación y gestión de las listas de espera se ha realizado mediante sistemas y procedimientos guiados por los principios de eficacia, equidad y transparencia y cumpliendo los preceptivos tiempos máximos de espera?
2. ¿Los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos se han realizado conforme a la normativa de contratación pública, son planificados y controlados de forma adecuada y se han llevado a cabo tras las correspondientes evaluaciones de recursos propios?

Asimismo, se han abordado las cuestiones relacionadas con el cumplimiento de la normativa de igualdad efectiva de mujeres y hombres en relación con los objetivos de la fiscalización, así como las relativas a las prescripciones de transparencia y sostenibilidad ambiental.

3 De acuerdo con los datos del formulario C.1 (Centros con internamiento) del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), a 31 de diciembre de 2022 el número de camas instaladas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca era de 937 camas, y en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, de 907 camas.



Para el cumplimiento de estos objetivos se han utilizado los procedimientos habituales de fiscalización, adaptados a cada una de las diferentes áreas, que han quedado plasmados en los correspondientes programas de trabajo.

La obtención de los datos y las comprobaciones y verificaciones se han realizado tanto en la sede del Tribunal de Cuentas como en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, situado en Murcia, y en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, mediante el análisis de la documentación e información correspondiente (manuales de procedimiento, facturas, conciertos y bases de datos, entre otras), así como a través de la celebración de entrevistas, tanto presenciales como telemáticas, con los responsables de las principales áreas, y mediante la realización de verificaciones físicas relacionadas con los objetivos de la fiscalización. Asimismo, se ha solicitado y obtenido acceso en remoto a las aplicaciones informáticas de gestión.

Los subobjetivos de la fiscalización y criterios de auditoría empleados se detallan en el Anexo IV.1.

En relación con las actuaciones fiscalizadoras sobre la gestión de las listas de espera, la inexistencia de información agregada sobre los cambios realizados en la programación y la utilización de criterios de priorización médicos o sociales no estandarizados en ambos centros hospitalarios ha supuesto una limitación para la valoración del cumplimiento del principio de equidad.

La fiscalización se ha realizado de acuerdo con las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas aprobadas por el Pleno en su sesión de 23 de diciembre de 2013 y sus modificaciones posteriores y con las Directrices Técnicas aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 29 de junio de 2023 relativas, específicamente, a esta fiscalización.

Todos los responsables del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB) y de los Servicios Centrales (SSCC) del SES y del SMS a los que se solicitó información cumplieron con el deber de colaboración con el Tribunal de Cuentas establecido en los artículos 7 de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas y 30 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas.



II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

En los subapartados 2 a 4 se exponen los resultados de las actuaciones realizadas clasificados en función de los objetivos de la fiscalización. El primer subapartado explica los resultados relativos a la estructura y organización de los centros hospitalarios.

II.1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios define a los Hospitales (centros con internamiento) como "centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria", diferenciando según los servicios prestados entre hospitales generales, especializados, de media y larga estancia, de salud mental y tratamiento de toxicomanías y otros centros con internamiento.

Los centros hospitalarios objeto de esta fiscalización se clasifican en:

Cuadro 2 DATOS IDENTIFICATIVOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ Y DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

Centro hospitalario	Municipio	Código CCN	Denominación	Camas	Clase de centro
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ4	BADAJOZ	1106000566	HOSPITAL MATERNO-INFANTIL	205	Hospital especializado
		1106000803	HOSPITAL PERPETUO SOCORRO	264	Hospital General
		1106000332	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ	438	
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA5	MURCIA	1430000060	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	937	Hospital General

Fuentes: Catálogo de hospitales del Ministerio de Sanidad. Respecto al número de camas, los datos proceden del formulario C.1 del SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada), ejercicio 2022.

Estos centros hospitalarios se configuran como los hospitales de referencia de las Áreas de Salud en las que se integran para la atención especializada y son los únicos que existen, con naturaleza pública, en sus respectivas Áreas (Área de Salud de Badajoz y Área de Salud I Murcia-Oeste), estando sus órganos de dirección integrados en la Gerencia de dichas Áreas. Todo ello sin perjuicio de las competencias atribuidas a los órganos centrales indicados en los Anexos III.1 y III.2.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

No existe regulación aplicable a la estructura y órganos directivos del SMS en las Áreas de Salud de la Región de Murcia ni normativa aplicable a la estructura, organización y funcionamiento de los hospitales, lo que

4 Depende también del CHUB el Centro de Especialidades de Badajoz.

5 Depende también del HCUVA el Centro de Especialidades Dr. Quesada.

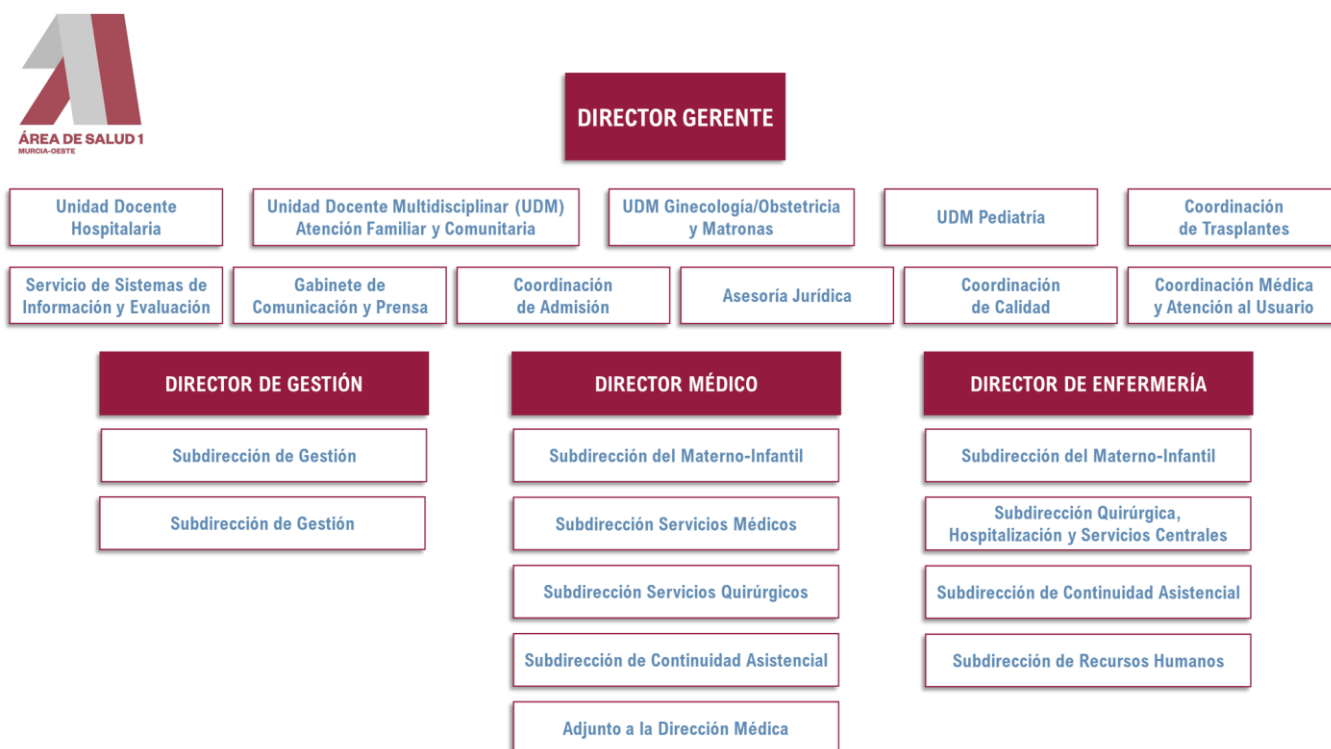


supone una deficiencia en la gestión, ya que no existe una delimitación clara de funciones y responsabilidades, con el consiguiente riesgo en la toma de decisiones.

El SMS manifestó al Tribunal de Cuentas que en el período fiscalizado se aplicó de facto el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de Salud, si bien en el mismo no se encuentran especificados todos los órganos.

Sin perjuicio de la carencia de normativa específica, la estructura orgánica existente en el Área de Salud I Murcia-Oeste es la siguiente:

Gráfico 3 ORGANIGRAMA GERENCIA.
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE



Fuente: SMS.

II.2. PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA

Según dispone el artículo 2 del Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, el sistema de información sanitaria en materia de listas de espera para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas se estructura a partir del denominado registro de pacientes en lista de espera, en el que deberán estar incluidos los pacientes pendientes de primera consulta externa, primera prueba diagnóstica/ terapéutica o intervención quirúrgica.

En el Anexo VII se expone la normativa de referencia en relación con las listas de espera.

En los siguientes apartados se exponen los resultados relativos a la planificación, seguimiento y publicación de las listas de espera, con especial referencia a los mecanismos de inclusión y salida de pacientes de los respectivos registros.



Del conjunto de listas de espera se han analizado las listas de espera de consultas (LEC), las listas de espera de pruebas diagnósticas y terapéuticas (LEP) y las listas de espera quirúrgica (LEQ).

II.2.1. ¿EXISTIERON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA?

La normativa señalada en el Anexo V exige una planificación sanitaria a través de los Planes de Salud autonómicos y de los que deben elaborar las respectivas Áreas de Salud, sin perjuicio de la existencia de otros instrumentos de planificación o seguimiento que los Servicios de Salud consideren pertinentes.

A continuación, se analizan los instrumentos de planificación y seguimiento de las listas de espera en los dos centros hospitalarios objeto de fiscalización.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

La Región de Murcia no contaba en el periodo fiscalizado con un Plan de Salud en vigor, siendo el último aprobado el correspondiente al período 2010-2015. Tampoco existe un Plan de Salud propio para el Área de Salud I Murcia-Oeste. En ambos casos supone un incumplimiento de la normativa básica y autonómica.

El Área de Salud a la que pertenece el HCUVA únicamente ha contado como documento de planificación del Acuerdo de Gestión del Área de Salud I Murcia-Oeste, el cual dispone de indicadores relativos a las listas de espera, que se relacionan en el Anexo VI.2.

Las deficiencias detectadas en el análisis de la planificación y seguimiento de las listas de espera son las siguientes:

- La normativa autonómica no regula la forma de elaboración, aprobación y contenido de los Planes de Salud de Área ni de los Acuerdos de Gestión, documentos que, por su naturaleza, incluyen la planificación y seguimiento de las listas de espera.
- El Acuerdo de Gestión del Área de Salud I Murcia-Oeste no contiene ningún indicador relativo a la LEC. Respecto a los indicadores de LEQ y LEP no se ha elaborado ningún informe de seguimiento a nivel de centro hospitalario en 2022.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 1.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	El acuerdo de gestión del área 1 tiene en consultas dos indicadores que son el 3.1.6.1 (pacientes en espera para consultas externas con espera mayor a 50 días) y el 3.1.8 (pacientes sin fecha asignada para ser atendidos en consultas externas), relacionados en el anexo VI.2 del documento de anteproyecto. Respecto a los indicadores LEQ y LEP, como norma interna se elaboran informes mensuales por control de gestión del HCUVA que se enviaban a la Dirección Médica y a todos los servicios hospitalarios, utilizándose para el seguimiento interno de LE. Adjuntamos informe del resumen del ejercicio 2022. Anexo 1.

- No se establecieron indicadores relativos a las siguientes variables, que resultan de interés para la evaluación de la espera efectiva de los pacientes:
 - Número de pacientes en espera no estructural.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 2.-
Subdirección General de	Realizamos un seguimiento en Servicios Centrales a través del sistema de información del portal de inteligencia de negocios (PIN). Este año se han generado



Atención Hospitalaria	sistemas de alerta a los que acceden los profesionales y los equipos directivos para un seguimiento efectivo y planificación adecuada de los pacientes en espera (estructural y no estructural).
-----------------------	--

- *Espera media de los pacientes intervenidos o atendidos.*

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 3.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	Se registra de conformidad con el Real Decreto 605/2003.

- *Espera media de los pacientes intervenidos o atendidos una vez superado el tiempo de espera máximo garantizado.*
- *Número de entradas y salidas de las listas de espera y ratio entre estas dos variables.*

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 4.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	También se registra de conformidad con el mencionado Real Decreto.

Adicionalmente, los indicadores se establecen, con carácter general, con referencia al final del año, sin tener en cuenta las variaciones durante el ejercicio.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 5.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	Se realiza un seguimiento con carácter mensual, independientemente de las fechas en las que se publican las listas de espera, remitiendo los datos a la Dirección Médica y a los Jefes de Servicio.

En el periodo fiscalizado no se ha realizado una evaluación de la situación inicial de las listas de espera con análisis de sus causas, de las medidas empleadas para el cumplimiento de los indicadores ni de los medios y financiación necesaria para la consecución de los objetivos.

Desde 2018 el SMS tiene implantado el Proyecto de Interconsulta no Presencial (INP), que cuenta con objetivos relacionados con la reducción del número de pacientes y del tiempo de espera en LEC6. Mediante este sistema, los facultativos de atención primaria aportan al hospital información del paciente y, en su caso, imágenes para su valoración por el médico de atención especializada, sin necesidad de entrada en LEC.

6 Evitar el desplazamiento de los pacientes al centro hospitalario y simplificar su asistencia siempre que ésta no precise su presencia en las Consultas Externas, evitar específicamente derivaciones al hospital por cuestiones meramente administrativas (visados, actualización de informes que no requieran nueva exploración hospitalaria del paciente, etc.) y mejorar los tiempos de espera para acudir a consultas del hospital para aquellos pacientes cuya presencia en el mismo se considere imprescindible.



No obstante, no se han elaborado informes ni estudios que indiquen la correlación entre la implantación del sistema y la evolución de la LEC.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 6.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	En el cuadro de mandos de PIN existen informes de seguimiento de las INPAP realizadas: INP 001, donde se indica INPAP solicitadas, contestadas o resueltas y las que han generado una cita presencial, explotándose la información por áreas de salud y por especialidades.

II.2.2. ¿LOS MECANISMOS EMPLEADOS PARA LA INCLUSIÓN, MOVIMIENTOS Y SALIDA EN EL REGISTRO DE PACIENTES FUERON ACORDES AL CUMPLIMIENTO DE SUS FINES?

1. ENTRADAS Y SALIDAS DEL REGISTRO DE PACIENTES DE LAS LISTAS DE ESPERA

El artículo 3.1 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, pone de manifiesto la importancia de la fecha de entrada en el Registro de Pacientes de LEQ, LEC y LEP, al establecer que el tiempo máximo de acceso a la atención sanitaria se computa en días naturales "...desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo, que corresponderá con la fecha de entrada en el registro de espera".

El tiempo máximo de acceso debe cumplirse en referencia a la fecha de salida. El Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, establece en su Anexo II que la fecha de salida del Registro de Pacientes de la LEQ será la fecha en la que el paciente es dado de baja en éste, debiendo "quedar documentada figurando el motivo específico de aquélla". Por su parte, el Anexo I señala que la fecha de salida del Registro de Pacientes de LEC y LEP será la "fecha de la visita del paciente o fecha de salida por otros motivos".

El motivo principal de baja del Registro será la satisfacción de la demanda por realización de la asistencia sanitaria, ya sea en el propio centro público o mediante la derivación a centros privados. Existen otros motivos de salida del Registro, algunos de ellos reconocidos de forma explícita por el artículo 6.1 del Real Decreto 1039/2011, como son:

- Que el paciente deje de tener la indicación que justificaba la atención garantizada.
- Que renuncie voluntariamente a la atención garantizada.
- O que no se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro que le ofrezca el servicio de salud.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

El Decreto 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia, hace referencia a la fecha a partir de la cual se han de contar los tiempos máximos de espera. Así, su artículo 5.2 establece el momento de inicio de dicho cómputo:

- Desde la fecha en la que el facultativo prescriba la intervención quirúrgica o realice la indicación de consulta externa o prueba diagnóstica/terapéutica.



- En los casos en los que, conforme a la organización de los servicios, corresponde al paciente formalizar ante la unidad de admisión la solicitud de cita para la correspondiente atención sanitaria, el plazo empieza a contar desde dicha formalización.

Esta última indicación contraviene lo indicado en el artículo 3.1 del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que señala que, en todo caso, la fecha de garantía empezará a contar desde la indicación de la atención por el facultativo. Además, también estaría en contradicción con el Documento de Normalización de la Gestión de Listas de Espera (documento elaborado por el SMS, aunque no se encuentra formalmente aprobado), que señala que la única excepción en la que la fecha de entrada en el registro de LEQ no es la fecha de prescripción, es la de los pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida, supuesto en el que el paciente entrará en el registro en el momento en que esté totalmente preparado para la intervención. El citado documento no añade instrucción alguna sobre la forma de proceder a la inclusión en la lista de espera.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 7.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	Estamos trabajando en la actualización y elaboración de una normativa interna del SMS y vamos a proponer una actualización de la legislación autonómica en consonancia con la estatal en el marco del trabajo que ha de desarrollar el grupo constituido recientemente (en el mes de abril de 2024) en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para analizar la modificación del Real Decreto 605/2003, habida cuenta que desde su entrada en vigor han pasado ya dos décadas, disponiéndose actualmente de instrumentos más idóneos para medir las listas de espera, aplicando metodologías diferentes a las empleadas hasta ahora. El Grupo de Trabajo de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud pretende, según ha manifestado el propio Ministerio, acabar con la heterogeneidad que existe en la gestión de las listas de espera, la información que se maneja, se registra y se aborda en las distintas comunidades autónomas. Los trabajos e informes generados por el Grupo de Trabajo serán elevados al Pleno del Consejo Interterritorial del SNS para su conocimiento y aprobación.

Asimismo, existe un Manual de LEQ del sistema de información, de fecha 1 de julio de 2021. La forma de inclusión en la LEQ se desarrolla en el citado Manual, que diferencia entre:

- Inclusión del paciente en el Registro: se realiza mediante la introducción por el facultativo del acto clínico en los campos indicados en la aplicación. Una vez aceptado el acto clínico, el paciente queda pre-incluido en la lista de espera.
- Inscripción en el Registro (inclusión definitiva): para ello se requiere la aceptación de la orden clínica en el sistema. Existe riesgo de infravaloración del número de pacientes en lista de espera en un momento determinado debido a que el Manual no indica el momento en que debe realizarse la aceptación de la orden clínica en el sistema, quedando sin computar por un tiempo no definido los pacientes pre-incluidos. No existen Manuales para LEC y LEP del sistema de información, por lo que no está regulada la forma de inclusión de los pacientes en las citadas listas de espera.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 8.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	El manual que se facilitó es un procedimiento para el manejo y uso del sistema operativo SELENE, para la inclusión y registro en el sistema informático. La explotación de los datos y registros de SELENE se hace a través de PIN, con la realización de informes de seguimiento de todos los indicadores.



	Dicho manual no es ninguna normativa del SMS, es un manual para uso del aplicativo Se está trabajando en la automatización de la cita en consultas externas de AH, se llevará a cabo durante los próximos meses, de tal forma que, si el MF considera necesaria una cita en una especialidad hospitalaria, el paciente será incluido automáticamente en LE, desde la misma consulta de AP. No obstante, actualmente a través del programa mostrador en los centros de atención primaria, cuando el paciente sale de la consulta con el MF, si dicho paciente precisa derivación al hospital, se le incluye también en lista de espera, desde la fecha de indicación del MF.
--	---

Respecto a las salidas, el Decreto 25/2006 no hace referencia a los motivos que suponen dicha salida de las listas de espera. Los motivos de baja del SMS se encuentran recogidos en la Instrucción relativa a motivos de baja/aplazamiento LEQ y de Consultas Externas y Pruebas. En relación con la LEQ, la Instrucción añade como causas de salida a las indicadas por la normativa estatal la satisfacción de la demanda, la ilocalización y el fallecimiento. Se contemplan también como causas de salida: "detectada duplicidad" y "error" 7, para aquellos casos en que se produce una entrada incorrecta o duplicada, lo que implica que el número de entradas y salidas esté sobrevalorado. Si se efectuara una cancelación de la entrada para estos casos no resultarían afectados los datos de demanda de LEQ en el período.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 9.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	No eliminamos el registro de pacientes para no alterar los datos correspondientes a las entradas. Al detectar duplicidad se produce la salida con el motivo explicitando en este caso que es una duplicidad o error 7.

En relación con las LEC y LEP, la correspondiente Instrucción relativa a motivos de baja y aplazamiento de estas listas de espera contempla como causa de salida "error en inclusión", en lugar de eliminar la entrada errónea, lo que implica que tanto el número de entradas como el de salidas esté sobrevalorado, si bien en el análisis efectuado no se ha cuantificado esta causa de salida para las LEC y LEP.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 10.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	Al no eliminar los registros nos permite realizar un seguimiento de la calidad de los registros y establecer líneas de mejora.

No existe manual o procedimiento establecido sobre la forma de dar de baja y su notificación al paciente.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 11.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	Se le notifica al paciente a través de una carta validada y comprobada la información por la Dirección.

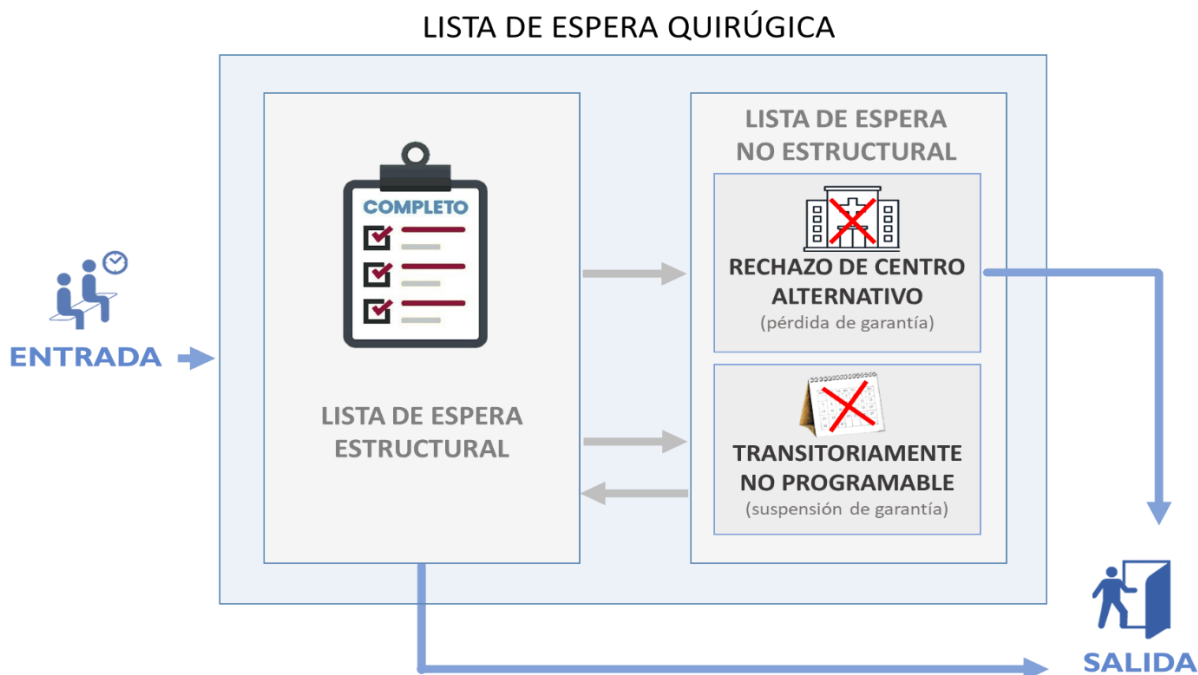
ANÁLISIS DE LOS MOVIMIENTOS DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

El Real Decreto 605/20038 clasifica a los pacientes incluidos en el Registro de Lista de Espera Quirúrgica en:

- a) Pacientes en lista de espera estructural, si la espera se atribuye al sistema sanitario.
- b) Pacientes en lista de espera no estructural, cuando la espera no se atribuye al sistema sanitario:
 - Pacientes en espera tras rechazo a ser intervenidos en centro alternativo.
 - Pacientes Transitoriamente no Programables (TNP): cuando la programación no es posible por razones personales o laborales, o por causa médica.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 12.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	En este supuesto los pacientes durante el tiempo no programable son no estructurales, cambiando su situación a estructural cuando desaparezca la circunstancia clínica o personal.

Gráfico 4CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



Fuente: Elaboración propia.

Existe un tiempo máximo garantizado normativamente para que los pacientes sean atendidos en virtud del tipo de asistencia sanitaria. El artículo 6.3 del Real Decreto 1039/2011 tasa los supuestos de suspensión de garantía que conllevan la interrupción de cómputo de los plazos máximos de atención. Durante tal interrupción el paciente queda en situación de TNP.

Cuadro 3 CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA GARANTÍA REAL DECRETO 1039/2011



CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA GARANTÍA REAL DECRETO 1039/2011

a) Cuando el usuario solicite un aplazamiento de la atención garantizada durante un tiempo determinado, sin renunciar a la misma, y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como:		Nacimiento o adopción de hijo	 Durante los días que resulten indispensables para atenderlo
		Matrimonio	
		Fallecimiento o enfermedad grave de un familiar	
		Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal	
b) Cuando concorra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención			
c) En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios			

Fuente: Elaboración propia.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

El artículo 2.1 del Decreto 25/2006, de desarrollo de la normativa básica estatal en materia de listas de espera en la Región de Murcia, indica que se "...entiende por lista de espera el conjunto de pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica, consulta o prueba diagnóstica, cuya demora es atribuible a la organización y recursos disponibles." En consecuencia, la definición legal autonómica de las listas de espera deja fuera a los pacientes en espera no estructural, contraviniendo la regulación básica del Real Decreto 605/2003, es decir, a los pacientes que han rechazado ser intervenidos en centros concertados y a los pacientes que causan suspensión por causas médicas o personales. Si bien, tal y como se indica en el epígrafe II.2.4 y en el Anexo IX esta discrepancia no afecta a la publicación de los datos de lista de espera por el SMS y el SNS, que solo incluye pacientes en lista de espera estructural.

Por su parte, el artículo 5.3 desarrolla las causas de suspensión de garantía que implican el cambio a situación de pacientes transitoriamente no programables. En concreto, que concurren motivos clínicos debidamente justificados o que el paciente solicite el aplazamiento de la atención sanitaria por motivos personales o laborales. Estos movimientos en las listas de espera se encuentran recogidos también en la Instrucción relativa a motivos de baja o aplazamiento de la LEQ de la Dirección General de Atención Especializada de 26 de octubre de 2012, si bien con las siguientes precisiones:

- Por motivo personal: se restringe el aplazamiento solicitado a un máximo de 60 días, y, además, no podrá exceder de la fecha marcada según la prioridad. En el caso de que supere la fecha de la prioridad el paciente debe firmar el correspondiente documento de renuncia a la antigüedad. No obstante, esta regulación supone un régimen de suspensión distinto al previsto por la legislación básica estatal, puesto que se deja de exigir la acreditación posterior al hecho causante, siendo suficiente la solicitud del aplazamiento.
- Por motivos médicos: exige una nueva valoración de la inclusión en lista de espera y la actualización de la prioridad. El paciente causará baja si transcurren 150 días y el motivo clínico que existía cuando el facultativo indicó el aplazamiento no se ha solucionado.

Si bien la normativa autonómica es anterior al Real Decreto 1039/2011, que es el que establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, la falta de concordancia entre las normas estatal y autonómica provoca una inseguridad jurídica que no ha sido corregida por la Instrucción de la Dirección General, que sí es posterior a la normativa básica.

Por otra parte, en los trabajos desarrollados se ha evidenciado un riesgo de integridad en los listados de pacientes que, ya sea por motivos personales o por motivos médicos, causaron suspensión en las listas de espera estructurales en el ejercicio fiscalizado, careciendo de un control informático o interno para garantizar la integridad de esta información.



ANÁLISIS DE LA CLASIFICACIÓN DE LISTAS DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS (LEC) Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS (LEP)

Los pacientes pendientes de consultas externas y de pruebas diagnósticas y terapéuticas inscritos en el Registro de listas de espera, de acuerdo con las definiciones del Real Decreto 605/20039, se clasifican en atención a dos variables:

1. En función del tipo de espera, en pacientes en espera estructural y no estructural.
A su vez, los pacientes en espera no estructural se clasifican en pacientes con demora atribuible al paciente y resto de pacientes "cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico peticionario".
2. En función del tipo de consulta o prueba diagnóstica o terapéutica: primera consulta vs consulta sucesiva y primera prueba vs prueba de control.

Los indicadores y el sistema de garantías establecidos en el Real Decreto 605/2003 solo afectan a la lista de espera de pacientes en primera consulta o prueba y en espera estructural; no obstante, se ha analizado la existencia de un adecuado registro, control y seguimiento de todos los pacientes, puesto que la programación de consultas y pruebas debe atender las necesidades de todos los pacientes, dentro de las disponibilidades de recursos.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

En el cuadro siguiente se muestra el detalle de pacientes en LEC en diciembre de 2022. No se han aportado datos respecto de los pacientes en espera de consultas sucesivas al indicar el centro hospitalario que "la lista de espera de consultas sucesivas es cero. Todas las citas sucesivas son citadas en la fecha de indicación.". No obstante, de acuerdo con el Real Decreto 605/2003, los pacientes cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico peticionario se encuentran en espera no estructural. Por tanto, estos pacientes, cuyo número se desconoce, deberían haber estado integrados en la LEC no estructural.

Cuadro 7 NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS.
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE
DICIEMBRE 2022

Fuente: Información suministrada por el SMS.

 Consulta externa	 Espera	
	Estructural	No estructural
Primera	17.686	1.991
Sucesivas	0	Sin datos

Respecto a la LEP, los cuadros siguientes muestran la información del número de pacientes en lista de espera estructural para primeras pruebas y pruebas de control de TAC y RMN. No se registran pacientes en lista de espera no estructural. Se observa que el porcentaje que representan los pacientes en lista de espera para pruebas de control es en ambos casos muy inferior al porcentaje de pacientes para primeras pruebas.

Cuadro 8 NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TAC Y RMN.
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE



DICIEMBRE 2022

Fuente: Información suministrada por el SMS.

 TAC	Espera	
	Estructural	%
Primera	1.271	59
Control	868	41
Total	2.139	

 RESONANCIA MAGNÉTICA	Espera	
	Estructural	%
Primera	2.914	70
Sucesivas	1.270	30
Total	4.184	

II.2.3. ¿FUERON UTILIZADOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA GARANTIZAR LA EQUITAD ENTRE PACIENTES Y SE CUMPLIERON LOS PLAZOS MÁXIMOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA?

1. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA GARANTIZAR LA EQUITAD ENTRE PACIENTES

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad señala en su artículo 3.2 que el "acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva".

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece acciones para la coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas para garantizar, entre otros principios, la equidad en el Sistema Nacional de Salud, "(...) en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos".

El desarrollo del principio de equidad en la gestión de las listas de espera no implica que el paciente que más tiempo de espera tenga acumulado haya de ser intervenido antes, sino que pueden tenerse en cuentas otros criterios de carácter médico o social.

En esta línea, el Real Decreto 605/2003 establece en su artículo 3.1 la necesidad de que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establezca criterios de priorización de pacientes.

Hasta la fecha, y a pesar de que han transcurrido más de 20 años, no se han aprobado estos criterios, por lo que se tienen como referencia los indicados en el Anexo III10 del propio Real Decreto 605/2003. Son los siguientes:

Para intervenciones quirúrgicas:

- Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
- Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes.

Para consultas externas y/o pruebas diagnósticas o terapéuticas:

- Prioridad 1: solicitud preferente. Será aquella solicitud que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días.
- Prioridad 2: solicitud ordinaria. Solicitud de consulta o prueba complementaria en la que no concurren otros elementos de prioridad.

10 Véase definiciones del apartado 4.2.1 del Anexo VII.



A continuación, se analizan los criterios de priorización utilizados en los dos centros hospitalarios analizados.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

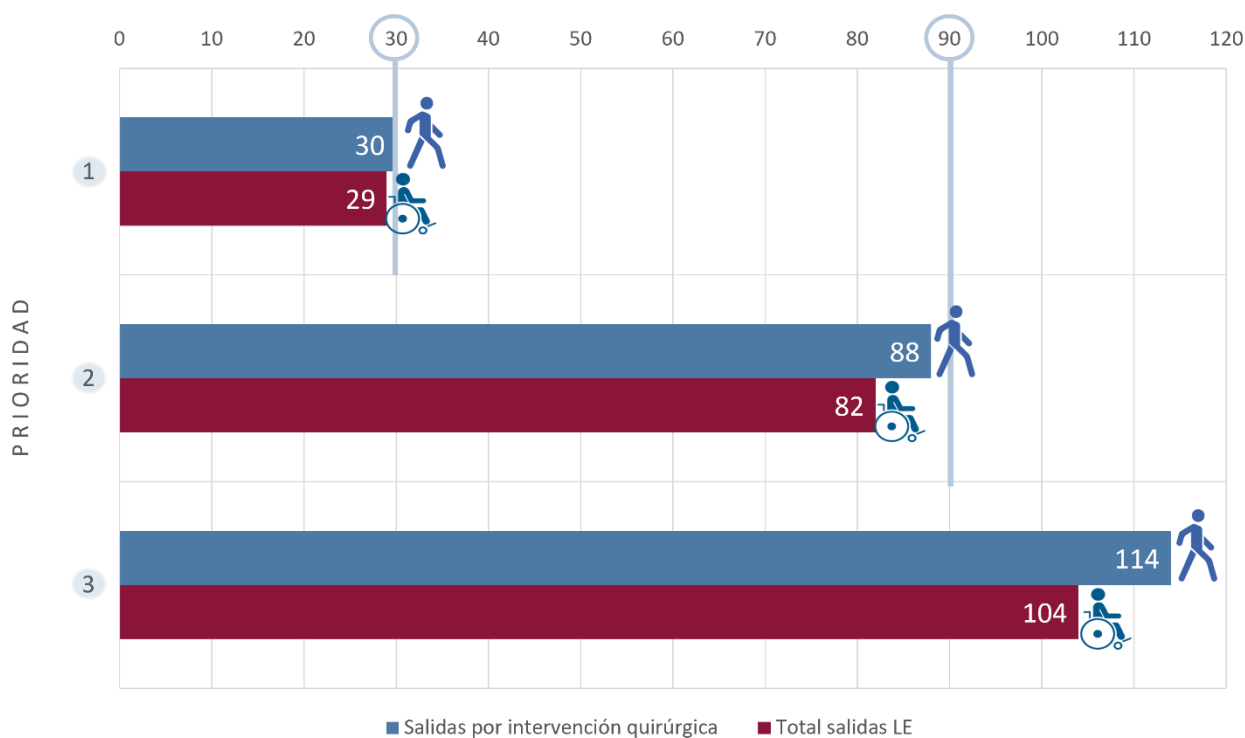
También en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca se han utilizado los criterios establecidos en el Anexo III del Real Decreto 605/2003; así, los facultativos, al incluir al paciente en la lista de espera, determinan la prioridad (1, 2 o 3 del Real Decreto 605/2003) según criterios médicos.

A continuación, se muestra la espera media, calculada en número de días, de los pacientes en lista de espera estructural clasificados según su prioridad.

Gráfico 8 ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEQ. ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE
EJERCICIO 2022



ESPERA MEDIA DE PACIENTES POR DÍAS



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por el SMS.

Cuadro 10 ESPERA MEDIA DE PACIENTES LEC y LEP.
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE

PRIORIDAD	ESPERA MÁXIMA SEGÚN NORMATIVA	PACIENTES ESTRUCTURAL Primera consulta	LEC PACIENTES ESTRUCTURAL Primera prueba	LEP
Preferente	15	28,11	Sin datos	
Ordinaria	-	48,06	Sin datos	

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el SMS.



La espera media de las tres listas -LEQ, LEC y LEP- clasificada por tipo de prioridad se encuentra muy próxima a la demora establecida para dichas prioridades.

A pesar de que los datos anteriores parecen evidenciar que la prioridad establecida es utilizada como criterio principal para garantizar la equidad de tratamiento entre pacientes, no puede concluirse en tal sentido, puesto que es posible la modificación de las prioridades establecidas por los servicios médicos en el momento de la programación de la actividad.

Asimismo, no es posible la obtención y tratamiento de información agregada sobre los diferentes cambios de prioridad, lo que implica la dificultad de valoración del cumplimiento del principio de equidad.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 13.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	En el Área I de Salud y el SMS realizan esfuerzos para asegurar la equidad en la asistencia sanitaria, y especialmente en la accesibilidad a las diferentes prestaciones. En el caso de la Gestión de la LEQ, la prioridad (1,2 o 3) siempre viene marcada por parte del médico que incluye al paciente, y se analiza el grado en que la programación quirúrgica de los servicios aborda a la población diana adecuada, tanto de modo retrospectivo (análisis de la actividad quirúrgica reciente) como prospectivo (propuesta de ordenación de la programación quirúrgica en base, fundamentalmente, a la prioridad y al tiempo de espera). Este análisis se realiza mediante la puesta a disposición de equipos directivos y profesionales de diferentes cuadros de mandos en PIN: LEQRD002- Indicadores Real Decreto 605 por Procesos Patológicos, LEQRD001- Indicadores Real Decreto 605 por Servicios, LEQ002- Pacientes en LEQ por Servicios y Tramos- CCI y CMA, LEQ004- Pacientes en LEQ por Servicios y Tramos – C. menor, LEQ008- Actividad necesaria para cumplimiento de objetivos (prospectivo), LEQ009- Alerta: Pacientes derivados hace más de 45 días (Revisar), LEQGES002- Burbujas- Detalle. Pacientes intervenidos en los últimos 30 días (analiza la adecuación de los pacientes intervenidos por prioridad y tiempo de espera) LEQAPQ006- Propuesta de ordenación de pacientes pendientes de intervención por Servicio (Asistente a la Programación quirúrgica, antes mencionado) Aun estando disponibles estos cuadros en 2022, desde hace 3 meses se envían los más importantes a los Jefes de Servicio de especialidades quirúrgicas en forma de correo electrónico semanal de modo proactivo por parte de la organización, iniciativa actualmente ya en desarrollo. En cuanto a la posibilidad de cambio de prioridad posterior a la inclusión del paciente en Lista de Espera, la duda puede venir de algunas descargas facilitadas por PIN, en las que se explota la actividad quirúrgica en el campo “prioridad QUI”, donde se indica el tipo de intervención; pero que se refiere a la consideración de “programada” o “urgente”, y no a las prioridades recogidas en el RD. EL ID=1 informático significa “programada”, y el ID = 2 significa “urgente”. Pero en ningún caso supone un cambio de la prioridad clínica indicada por el facultativo. Comprobados los partes quirúrgicos en SELENE, se sigue manteniendo la misma prioridad que cuando se incluyó de modo sistemático. Si la intervención es urgente, lógicamente no aparece ninguna prioridad (1,2 o 3) en el parte quirúrgico. Como garantía, además, el documento de inclusión en LEQ se imprime y se le entrega al paciente, de manera que éste conoce toda la información, incluyendo la prioridad establecida por el clínico. También se determinan por el facultativo solicitante las prioridades de consulta externa y/o de pruebas diagnósticas, siguiendo los criterios del RD 605/2003, no modificándose dicha prioridad a lo largo del proceso asistencial.



2. CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS MÁXIMOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA

Tal como se indica en el Anexo VII.1, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece los tiempos máximos de acceso a las prestaciones del SNS en el marco de los criterios comunes acordados por el Consejo Interterritorial de Salud (si bien dichos criterios comunes no han sido aprobados, como ya se ha señalado).

Dentro de dicho marco común, compete a las CCAA definir los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios. En base a esta habilitación, las CCAA de Extremadura y Región de Murcia han establecido tiempos máximos de espera cuyo cumplimiento en los centros hospitalarios fiscalizados es objeto de análisis en este subepígrafe.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

El Decreto 25/2006, de desarrollo de la normativa básica estatal en materia de listas de espera en la Región de Murcia, establece tiempos máximos de acceso para las tres listas de espera analizadas; sin embargo, para la LEP los plazos establecidos solo se refieren a las pruebas incluidas en el Anexo IV del Real Decreto 605/2003, no estableciéndose plazos específicos para otras especialidades.

El sistema de información no permite identificar los pacientes que han perdido la garantía del tiempo máximo de acceso.

En consecuencia, la información necesaria para analizar el cumplimiento de los plazos de garantía ha debido ser elaborada por el Tribunal de Cuentas con base en los datos solicitados durante la fiscalización, habiéndose detectado numerosos errores en la información suministrada que han supuesto la necesidad de reiterar las solicitudes con objeto de corregir dichos errores.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 14.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	Aunque el decreto 25/2006 de 31 de marzo solo contempla las pruebas relacionadas en el anexo IV del real decreto 605/2003, si exigimos el cumplimiento de los tiempos de acceso para todas las pruebas diagnósticas.

Teniendo en cuenta lo anterior, el cuadro siguiente muestra el porcentaje de salidas de lista de espera en 2022 de pacientes que habían superado el plazo de garantía en el Área de Salud I Murcia-Oeste.

Cuadro 12 CUMPLIMIENTO PLAZOS DE GARANTÍA.
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE



Decreto nº 25/2006 de 31 de marzo

por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia

 Lista de espera	 Plazo máximo de respuesta (días naturales)	 Salidas pacientes fuera plazo máximo 2022
 Intervenciones quirúrgicas (LEQ)	150	22,42%
 Primeras consultas externas (LEC)	50	28,80%
 Primeras Pruebas diagnósticas/terapéuticas relacionadas en el Anexo IV del Real Decreto 605/2003	30	27,76%

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el SMS.

En consecuencia, el porcentaje de salidas superando el plazo máximo de garantía fue superior al 20 % en los tres tipos de lista de espera en 2022.

En el Anexo VIII.2 se detalla el número de salidas dentro y fuera del período de garantía y el detalle de las salidas que se producen por realización de la intervención quirúrgica, consulta o prueba.

Asimismo, se ha constatado la falta de seguimiento del cumplimiento de los plazos máximos de respuesta por parte del Área de Salud I Murcia-Oeste.

II.2.4. ¿SE PUBLICÓ INFORMACIÓN ADECUADA Y SUFICIENTE SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA?

La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno no hace referencia explícita a la necesidad de publicación de información sobre las listas de espera. No obstante, establece el principio general de publicación periódica y actualizada de información cuyo conocimiento sea relevante para garantizar la transparencia de su actividad relacionada con el funcionamiento y control de la actuación pública (artículo 5).

Asimismo, el Real Decreto 605/2003 establece un sistema de información de listas de espera del SNS a cargo del Ministerio de Sanidad, que incluye información sobre los indicadores establecidos en su Anexo IV, que han de ser facilitados por las CCAA con carácter semestral. El Ministerio debe publicar información general sobre estas listas a 30 de junio y 30 de diciembre, con base a las características y contenidos indicados por el Consejo Interterritorial, asegurando la comparabilidad entre datos (artículo 4.1).

Adicionalmente, el artículo 4.3 indica que los Servicios de Salud de las CCAA "harán pública la información sobre listas de espera en consonancia con sus estructuras organizativas.

En el Anexo IX se muestra la información publicada por el Ministerio de Sanidad diferenciada por CCAA, así como los datos que hace públicos el SES y el SMS.



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

La Región de Murcia no ha regulado la forma de hacer pública la información sobre listas de espera, ni en su forma ni en su contenido.

En la práctica, el SMS publica información¹¹ diferenciada por Áreas de Salud de LEQ, LEC y LEP de número de pacientes en espera estructural, tiempo medio de espera, número de pacientes por tramos de espera y número de pacientes sin cita en LEC y LEP. Es destacable que se publique información sobre mayor número de especialidades y pruebas que las contempladas en las publicaciones del Ministerio.

En todo caso, la información sigue siendo limitada para conocer la gestión de las listas de espera, por las siguientes razones:

- No se publica información de la LEQ por tipo de intervención quirúrgica, sino únicamente por especialidades, lo que sí sucede en la información del Ministerio.
- No se reflejan los cambios que se producen durante el resto del año, lo que presenta una visión limitada a dos momentos del año: junio y diciembre.
- No se ofrece información sobre pacientes en espera no estructural.
- Tan sólo se reflejan algunos de los indicadores establecidos en el Real Decreto 605/2003, sin ofrecerse información de entradas, salidas, espera media de los pacientes, demoras medias ni ninguna tasa por habitantes.

En los indicadores de LEQ se publica y envía al Ministerio información sobre las cirugías mayor ambulatoria y cirugía con hospitalización; sin embargo, no se tienen en cuenta las cirugías menores o ambulatorias, lo que está en contradicción con el Real Decreto 605/2003¹², que no excluye ningún tipo de cirugía y, además, limita la comparabilidad de la información entre CCAA.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 15.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	Desde el SMS se realiza un control de la lista de espera de cirugía menor a través de una descarga diaria, al igual que se realiza un seguimiento de la actividad realizada.

Respecto a la integridad de la información, se ha constatado un desfase entre la fecha de introducción en el sistema de las entradas y salidas y la fecha real, tal y como se ha detallado en el apartado relativo a entradas y salidas de listas de espera, que puede afectar a la integridad de la información (pacientes pre-incluidos).

II.3. ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS

De acuerdo con el Anexo IV.1, relativo a los criterios de auditoría aplicados, se ha comprobado:

- Si se realizó una planificación adecuada de las prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos mediante el análisis de los indicadores de planificación y el seguimiento efectuado;
- Si se llevaron a cabo evaluaciones de los recursos propios antes de la utilización de medios ajenos;
- Si los gastos de asistencia sanitaria se han realizado conforme a la normativa de contratación pública y
- Si existió un sistema adecuado de control de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria con medios ajenos.

¹¹https://www.murciasalud.es/leq.php?op=result_busqueda_tri&anyo=2023&mes=JUNIO&listas=todas&area=A+I&but_buscar=Buscar.

¹² De acuerdo con las definiciones en la LEQ se incluye a "...todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano." No se deben incluir "los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica."



En el análisis efectuado no se han incluido los conciertos formalizados para el transporte de pacientes por tener un objeto cuya materia no es estrictamente la asistencia sanitaria.

El cuadro siguiente muestra el gasto de asistencias sanitarias con medios ajenos realizado en el ejercicio 2022 en los dos centros hospitalarios fiscalizados. Se han incluido tanto los expedientes tramitados por los propios centros hospitalarios como por los SSCC de los Servicios de Salud de ambas Comunidades; en este último caso únicamente en la cuantía que afecta específicamente a las Áreas de Salud analizadas (el detalle de los órganos de contratación se muestra en el Anexo X).

Cuadro 13 GASTO DE ASISTENCIAS SANITARIAS PRESTADAS CON MEDIOS AJENOS (euros).

TIPO DE PROCEDIMIENTO	COMPLEJO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ			HOSPITALARIO DE LA ARRIXACA		
	N.º Exptes	de	Importe de facturado	N.º Exptes	de	Importe de facturado
Concierto	0		0	13		14.507.239
Procedimiento abierto	2		480.834	11		7.422.755
Contrato menor	12		58.650	52		106.678
Sin contrato	3	Con contrato previo ya finalizado	5.526.417	11		5.577.602
	9	Sin contrato previo	443.931	24		3.108.986
TOTAL	26		6.509.831	111		30.723.261

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el CHUB y el CHUVA.

Respecto al Área de Salud I Murcia-Oeste, no figura en el cuadro anterior el importe correspondiente a una tarifa especial para hospitalización para derivación de pacientes por la COVID-19, que incrementó el coste de las tarifas para paliar los efectos económicos de la pandemia. Este incremento se mantuvo en vigor durante el año 2022, facturándose dichos incrementos de forma global, sin llevar un control de su distribución por Áreas de Salud. Durante 2022 el importe facturado global para el SMS, de acuerdo con la información proporcionada, fue de 3.675.547 euros. El SMS no ha facilitado información sobre el importe que correspondería a la facturación del Área de Salud Murcia Oeste.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 16.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	El SMS facilitó los datos de manera global y sin diferenciar por Áreas. La aplicación de este incremento de tarifas por motivo de la Covid 19, se encuentra recogido en la Resolución de 3 de febrero de 2021 del Director Gerente del SMS (BORM 36 de 13/2/21), que dispone en el punto Tercero lo siguiente: “Tercero: Aplicar a las actividades a que se refiere el Anexo de la presente Resolución, en base al informe de la Subdirección General de Asuntos Económicos de fecha 25 de enero 2021, <u>el incremento del 6,39% sobre la facturación AFECTADA de los centros concertados que prestan servicio al SMS</u>, desde la declaración del Estado de Alarma y hasta que la situación epidemiológica mejore y, en consecuencia, se flexibilicen las medidas generales de prevención adoptadas para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, que aparece relacionada en el Anexo.....” Los centros concertados presentan una facturación mensual por prestación que engloba la actividad y facturación de las 9 áreas de salud existentes en la Región de Murcia, <u>por lo tanto por economía administrativa</u> se realizó este incremento globalmente y no diferenciado por áreas, acorde con lo dispuesto en la Resolución antes mencionada.



Además, la SGACyP y en relación al correo enviado por el Tribunal de Cuentas el 26/02/2024, sobre la misma cuestión:

Reproducimos correo del Tribunal de Cuentas de fecha 26/02/2024 y su contestación por parte de la SGACyP:

“2. Incrementos de tarifas de 6,39% y nuevas tarifas hospitalización: Desde la Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones nos informan del incremento de facturas realizado por los Servicios Centrales para todo el SES. ¿Se encuentra incluido el importe en el gasto del área de Salud? ¿En su caso se puede calcular o estimar el mismo?

Respuesta de SGACyP al correo de 26/02/2024:

“El importe del gasto no se encuentra incluido en el Área de Salud 1, se encuentra imputado en su totalidad a Servicio Centrales.

Si se podría calcular el importe correspondiente al Área 1, pero sería un trabajo muy laborioso, ya que los centros presentan una facturación mensual por actividad que engloba a todas las Áreas de Salud y por lo tanto tendríamos que entrar en cada factura por actividad de cada centro y ver qué pertenece al Área 1, para posteriormente aplicarle el 6.39% o en su caso la regularización de tarifas de hospitalización, y de igual forma aplicarlo sobre las 8 Áreas de Salud restantes.”

No obstante, el SMS, ha calculado el gasto imputable al área 1, por un importe total de 1.203.411,70 €, con el siguiente detalle (se adjunta anexo 9 SGACy P-1.1 Incremento tarifas Imputación área 1):

Prestación	Gasto Imputable al Área 1
L.E. Quirúrgica	889.964,52 €
Hospitalización	242.841,20 €
L.E. CE/PD	58.991,64 €
RHB-Habililitas	11.614,34 €
Total	1.203.411,70 €

Tabla Propia en base a Descarga datos 1.1

Anexo 2.

Este Tribunal considera que, por su naturaleza, estos gastos no deberían imputarse al capítulo II del presupuesto de gastos, ya que no tienen naturaleza de gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos, sino que derivan de un instrumento de colaboración con una entidad de naturaleza pública¹³, debiendo imputarse al Capítulo IV Transferencias corrientes. Además, y dada la elevada cuantía de estos gastos, que representa un 13,67 % del total de gastos de asistencia sanitaria, su imputación al artículo 25 desvirtúa la comparativa entre Áreas y Servicios de Salud

Por otra parte, dentro del importe del Área de Salud I Murcia-Oeste no se han incluido 125.760 euros correspondientes a un convenio de colaboración con una fundación privada cuyo objeto es la participación del HCUVA en un ensayo clínico con personas sanas para probar un nuevo tratamiento médico. En tanto este

¹³ La Orden de 14 de junio de 2021 por la que se dictan las normas para la elaboración de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura para el año 2022 relaciona en su anexo V la clasificación económica de los gastos, incluyendo el subconcepto 25700 Plazas vinculadas con Universidades, al cual imputa el SES los gastos correspondientes a este concierto.



convenio de colaboración no tiene por objeto la asistencia sanitaria con medios ajenos, no debió imputarse como tal en la cuenta de resultados¹⁴.

A continuación se muestran los importes totales de compras y gastos de los dos centros hospitalarios para conocer el peso de los gastos de asistencias sanitarias con medios ajenos respecto al total:

Cuadro 14 IMPORTE DE COMPRAS Y GASTOS (euros).

COMPRAS Y GASTOS	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)
Compras	123.094.427	244.278.802
Variación de existencias	(598.690)	0
Servicios exteriores	27.461.771	21.320.555
Gastos de personal	201.721.512	305.013.006
Dotaciones para amortizaciones	2.431.840	8.981.235
Resto de gastos	24.183.599	5.385.151
TOTAL COMPRAS Y GASTOS	378.294.459	584.978.749

Fuente: Formulario C.1 del SIAE.

Los gastos de asistencias sanitarias con medios ajenos están incluidos dentro de las Compras. En el CHUB, representaron el 5,29 % del total de compras, y en el HCUVA, el 12,58 %.

II.3.1. ¿LOS GASTOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS SE HAN LLEVADO A CABO TRAS LA CORRESPONDIENTE PLANIFICACIÓN Y LA EVALUACIÓN PREVIA DE SUS RECURSOS PROPIOS?

El artículo 90 de la Ley 14/1986, que estableció la posibilidad de que las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, puedan formalizar conciertos¹⁵ para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, exige tener en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios. Además, dichos conciertos no podrán contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

En términos similares se expresa el artículo 30.3 de la LCSP al señalar que “la prestación de servicios se realizará normalmente por la propia Administración por sus propios medios. No obstante, cuando carezca de medios suficientes, previa la debida justificación en el expediente, se podrá contratar de conformidad con lo establecido en el Capítulo V del Título II del Libro II de la presente Ley”. En los Anexos V.1 y V.2 se indica el marco normativo de la planificación sanitaria.

Ninguno de los SSCC de los Servicios de Salud autonómicos ha efectuado un análisis global o específico sobre las posibles carencias de medios humanos y materiales que lleven a acudir a las asistencias sanitarias con medios ajenos por parte de las Áreas de Salud fiscalizadas en relación con el ejercicio analizado.

Respecto al HCUVA, el último Plan de Salud aprobado en la Región de Murcia corresponde al período 2010-2015 y no existe un Plan de Salud del Área de Salud I Murcia-Oeste, como se ha señalado en el epígrafe II.2.1. El instrumento de planificación estratégica utilizado fue el Acuerdo de Gestión del Área de Salud, que incluía

¹⁴ Se imputó a la cuenta de gasto 60725001 “Conciertos entidades privadas Asistencia Especializada” y no a la 6232001 “Estudios y trabajos técnicos”. Por lo que se refiere al presupuesto de gastos, este gasto se imputó al artículo 25 (“Conciertos de asistencia sanitaria”), si bien la imputación correcta hubiera sido en la aplicación presupuestaria 227.06 “Estudios y trabajos técnicos”, dentro del artículo 22 “Material, suministros y otros”.

¹⁵ En relación con la celebración de conciertos en el ámbito sanitario ver epígrafe II.3.2. y Anexo XII.1-1/2



un único subobjetivo denominado *Gastos en conciertos y autoconciertos*, enmarcado en el objetivo 6, relativo a la asistencia sanitaria con medios ajenos, cuyos indicadores¹⁶ no se acompañan de un estudio de medios disponibles y necesidades.

Como consecuencia, el análisis se ha centrado en los informes de insuficiencia de medios que, obligatoriamente, han de formar parte de los expedientes de contratación.

Así, el apartado f) del artículo 116.4 de la LCSP establece que el expediente de contratación de los contratos de servicios incluirá un informe de insuficiencia de medios. Este trámite no debe considerarse una mera formalidad: su importancia queda reforzada por el hecho de que la propia LCSP exige en su artículo 63 la publicación del citado informe en el Perfil del contratante.

Se han analizado los informes de insuficiencia de medios de los contratos vigentes en 2022, cuyo objeto fue la asistencia sanitaria con medios ajenos y que, por su fecha de formalización, estaban obligados a su elaboración, puesto que la normativa anterior a la LCSP no exigía la incorporación de dicho documento. Además, se ha examinado la valoración previa de los medios propios en relación con los procedimientos que no han conllevado formalización de contratos.

1. EVALUACIONES DE MEDIOS PROPIOS EFECTUADAS POR LOS CENTROS HOSPITALARIOS ANTES DE RECURRIR A LOS MEDIOS AJENOS

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

Contratos adjudicados mediante procedimiento abierto

De los 11 contratos adjudicados mediante procedimiento abierto vigentes en 2022, 7 fueron tramitados con posterioridad a la entrada en vigor de la LCSP. Todos menos uno (RM-11, adjudicado por los SSCC del SMS el 27 de junio de 2022, con un importe facturado en 2022 de 460 euros) incorporaron el informe de insuficiencia de medios, si bien tres no estaban soportados en una evaluación de los medios propios existentes. Además, en ninguno se incluyó una estimación del coste que supondría dotarse de los recursos necesarios para su prestación y una valoración de distintas alternativas de gestión:

- Contrato RM-2 para la prestación de servicios de *Terapias Respiratorias Domiciliarias*, adjudicado por los SSCC el 23 de abril de 2021, con un importe facturado en 2022 de 1.363.362 euros. El informe de insuficiencia de medios señala de forma genérica que la prestación se ha venido realizando de manera histórica con medios ajenos debido a la especial característica de su provisión, ya que el SMS no dispone de la infraestructura y los recursos técnicos y humanos para prestar este servicio, sin que consten datos o estudios relativos a los medios propios existentes.
- Contrato RM-4, para la prestación de servicios de realización de endoscopias, adjudicado por los SSCC el 31 de julio de 2019, con un importe facturado en 2022 de 680.979 euros. En el informe de insuficiencia de medios se señala la carencia de medios personales y materiales para la demanda de estudios endoscópicos digestivos y aunque, según se indica en el propio informe, tal afirmación se basa en los informes elaborados previamente por las Áreas de Salud, los mismos no hacen referencia a las pruebas incluidas en el contrato: gastroscopias y colonoscopias.
- Expediente RM-6 para la realización de cirugías de cataratas, adjudicado por los SSCC el 18 de septiembre de 2021, con un importe facturado en 2022 de 358.937 euros: en la justificación de la propuesta de contratación figuran los pacientes con cataratas intervenidos en centros propios y concertados, así como el número de personas pendientes de operar a 30 de septiembre de 2019 (4.084), con una demora media de 114,93 días. A pesar de que el informe ofrece datos relativos a la lista de espera de intervención de cataratas, no se efectúa un análisis de la insuficiencia de los medios propios que detalle las causas de dicha demora.

¹⁶ El análisis de los indicadores de este subobjetivo se incluye en el epígrafe II.3.3.



- Contrato RM-5 para la prestación de servicios de rehabilitación ambulatoria (fisioterapia y logopedia), adjudicado por los SSCC el 4 de septiembre de 2019, con un importe facturado en 2022 de 586.272 euros. El informe de insuficiencia de medios mencionaba a su vez el informe previo del Área de Salud I Murcia-Oeste, que incluyó el detalle de los recursos humanos y técnicos del Servicio, los horarios y la organización del personal, el rendimiento con los recursos disponibles, las causas de la demora, y la estimación del volumen a derivar. Por tanto, se efectuó una evaluación previa de los medios propios del servicio.
- Expediente RM-7 para la realización de pruebas de carácter pronóstico-predictivo en el cáncer de mama, adjudicado por los SSCC el 4 de marzo de 2019, con un importe facturado en 2022 de 123.750 euros; el informe de insuficiencia de medios señala que por el número limitado de pacientes que pueden beneficiarse de esta tecnología, en el SMS no se dispone de los medios técnicos necesarios para la realización de determinaciones genéticas de ayuda a la decisión terapéutica en estadios iniciales en cáncer de mama por medios propios. Se trata de una técnica ofrecida por solo cuatro empresas en España para la realización de pruebas diagnósticas a un número reducido de pacientes, por lo que parece justificarse la insuficiencia de medios propios.
- Expediente RM-9 para la realización de tests genéticos preimplantacionales, adjudicado por los SSCC el 28 de febrero de 2022, con un importe facturado en 2022 de 36.660 euros. El informe de insuficiencia de medios señala que el Área de Salud I – Murcia Oeste no dispone de medios humanos ni técnicos con posibilidad de prestar el servicio. Puesto que en el Área de Salud no existe ningún servicio que realice este tipo de tests, está justificada la insuficiencia de medios propios.

CONCIERTOS

Tal y como se refleja en el cuadro 13, casi la mitad de los gastos en asistencia sanitaria del Área de Salud I Murcia-Oeste se llevaron a cabo bajo la forma del concierto sanitario, figura a la que se refiere específicamente el epígrafe II.3.2. Ninguno de los trece conciertos formalizados en 2019 y vigentes durante el periodo fiscalizado incluía un estudio previo de los medios propios existentes. Tal estudio tampoco se llevó a cabo en 2022, a pesar de que dichos conciertos conllevan la firma de una cláusula adicional anual en la que se determinan las variables técnicas, asistenciales y económicas de cada ejercicio.

Esta ausencia de evaluación previa de los medios propios es una consecuencia negativa derivada de haber formalizado asistencias sanitarias utilizando el instrumento de concierto, en lugar de utilizar un procedimiento de contratación conforme a la LCSP, máxime dada la ausencia de normativa autonómica sobre concertación sanitaria. De haberse instrumentalizado las asistencias sanitarias con medios ajenos a través de un expediente de contratación conforme a la LCSP, sería plenamente aplicable la obligación de elaborar un informe de insuficiencia de medios individualizado para cada uno de los expedientes, en virtud del artículo 116 de la citada LCSP.

La Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones elaboró un documento denominado "Memoria explicativa Justificación Conciertos", de fecha 9 de enero de 2023, en el que se justificaba la necesidad de los conciertos vigentes en 2022. Dicho documento ponía de manifiesto el aumento paulatino de la LEQ y de la LEP, por lo que se consideraba necesario derivar pacientes a centros externos ajenos al SMS para reducir las listas de espera, de forma que no se superasen los tiempos de espera máximos y para disminuir el número de pacientes pendientes de ser atendidos.

Si bien el incremento de los pacientes en lista de espera es una consecuencia lógica y directa de la insuficiencia de medios propios, hubiera sido más adecuado el estudio individualizado de dichos medios propios para cada una de las asistencias sanitarias incluidas en los conciertos, que pudieran servir de base para el inicio de políticas alternativas a la contratación o concertación de las asistencias, como es el aumento de los recursos propios. Asimismo, la memoria justificativa de la necesidad de los conciertos vigentes en 2022 debió haberse elaborado previamente a la formalización de los mismos, y no con posterioridad.



Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 17.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	Efectivamente los conciertos sanitarios no exigen la elaboración de un informe de insuficiencia de medios, pero el SMS aportó el documento “Memoria Explicativa de Justificación de conciertos de fecha 9 de enero de 2023, justificando la necesidad de mantenimientos de los conciertos, si bien este documento es posterior a la firma de las cláusulas del año 2022. Actualmente este documento (<u>que entendemos que equivale al de insuficiencia de medios requerido en los expedientes de contratación</u>) esta protocolizado dentro de la documentación necesaria para formalizar los conciertos y clausulas adicionales. En este sentido adjuntamos el documento “Memoria Explicativa justificación de conciertos firmada en el 25/01/2024, previo a la formalización de las cláusulas del año 2024.- Anexo 3.

PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA SIN CONTRATO

Al margen de los análisis específicos realizados sobre los contratos formalizados de conformidad con la normativa de contratación aplicable, se ha comprobado que las prestaciones realizadas sin contrato, que han ascendido a 8.686.588 euros, el 28 % del total de gastos por asistencias con medios ajenos del ejercicio, no contaban con un estudio previo sobre medios propios y la conveniencia, en su caso, de proveerse de mayores recursos.

No obstante, la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, del Director Gerente del SMS sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del SMS, señala que la persona autorizada por delegación en los términos establecidos en el apartado 1.4.4 deberá redactar una memoria justificativa de las razones por las que se tramita el pedido o se autoriza el pago para este tipo de procedimientos en los que no se formalizó contrato conforme a la LCSP.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 18.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	Se redacta una memoria justificativa con carácter general que engloba la totalidad de pedidos objeto de la prestación y no específico para cada pedido.

En ninguna de las memorias justificativas constaba una evaluación de los recursos propios existentes, limitándose en todos los casos a señalarse que se utilizaba este procedimiento al margen de la LCSP por tener constancia de que no se encontraba en vigor ningún contrato para la realización del servicio o bien se utilizaba la siguiente fórmula: “esta gestión se entiende excepcional mientras dura la tramitación del expediente de contratación correspondiente”.

NIVEL DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS PROPIOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS FISCALIZADOS

Se ha efectuado una comparativa entre los medios propios y ajenos en cada uno hospitales para tres tipos de asistencias sanitarias: intervenciones quirúrgicas, estancias hospitalarias y sesiones de diálisis.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

El resultado de la comparativa efectuada es el siguiente:



Cuadro 17 UTILIZACIÓN DE MEDIOS PROPIOS Y AJENOS PARA UNA MUESTRA DE ASISTENCIAS SANITARIAS
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA
(euros).

TIPO DE ASISTENCIA SANITARIA	MEDIOS PROPIOS	MEDIOS AJENOS	TOTAL	% AJENOS SOBRE TOTAL
Intervenciones quirúrgicas	16.694	10.515	27.209	39
Estancias hospitalarias	221.344	29.355	250.699	12
Sesiones de diálisis	69.127	35.077	104.204	34

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el HCUVA.

La utilización de los medios ajenos sobre los propios en las intervenciones quirúrgicas y en las sesiones de diálisis supera el 30 %, mientras que en las estancias hospitalarias es casi el 12 %.

No obstante, el 90 % de las intervenciones con medios ajenos (9.511 de 10.515) fueron efectuadas en instalaciones de centros concertados por cirujanos pertenecientes al SMS (es decir, el servicio contratado con los centros privados incluía fundamentalmente el alquiler de los quirófanos y no los servicios de cirugía); por tanto, la cifra de intervenciones quirúrgicas efectuadas con medios ajenos en su totalidad (tanto quirófanos como cirujanos) en el ejercicio 2022 fue de 1.004.

Esta circunstancia evidencia una escasez de quirófanos en el centro hospitalario que se está intentado paliar mediante dos actuaciones:

- El desempeño de jornadas extraordinarias por el personal sanitario del SMS como medida de disminución de las listas de espera sin acudir a la externalización de los servicios (autoconcierto); si bien, las intervenciones quirúrgicas efectuadas en 2022 fuera del horario habitual de trabajo fueron únicamente 471 (el 2,82 % del total de 16.694 intervenciones).
- La construcción de tres nuevos quirófanos en el área quirúrgica del HCUVA, si bien el proyecto estaba en fase de estudio preliminar en el momento de remisión del presente Anteproyecto a alegaciones (mayo de 2024).

Asimismo, el Gobierno Regional de Murcia presentó en 2019 el Plan Director de ampliación y reforma del HCUVA, con una inversión prevista de 100 millones de euros en los siguientes diez años, habiéndose ofertado la licitación del correspondiente proyecto, que quedó desierta. En la fecha de remisión de este Anteproyecto a alegaciones (mayo de 2024) se estaba reelaborando el Plan para licitarlo nuevamente.

En el cuadro siguiente se cuantifica la actividad diagnóstica efectuada con medios propios y ajenos para un conjunto de pruebas en el HCUVA en el ejercicio 2022:

Cuadro 18 ACTIVIDAD DIAGNÓSTICA REALIZADA.
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE

TIPO	PRUEBA	EQUIPOS EN FUNCIONAMIENTO	2022		
			MEDIOS PROPIOS	MEDIOS AJENOS	% MEDIOS PROPIOS TOTAL
 ANATOMÍA PATOLÓGICA	Biopsias	N/A	25.003	-	100
	Necropsias (total):	N/A	63	-	100
 IMAGEN	Angiografía digital	5	772	-	100
	Densitometrías	1	8.753	-	100
	Gammagrafías	1	6.176	-	100
	Mamografías	3	4.810	2.427	66
	PET y PET-TC	1	6.083	-	100
	Resonancia magnética	3	11.391	24.534	32
	RX convencional	18	42.781	7.008	86
	SPECT	3	474	-	100
	TAC	5	38.574	6.877	85
 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	Colonoscopias	N/A	4.612	1.654	74
	Broncoscopias	N/A	896	-	100

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el CHUB.

Como se desprende del cuadro anterior la utilización de medios ajenos se concretó en la realización de mamografías, resonancias magnéticas, radiografías convencionales, TAC y colonoscopias. El porcentaje de utilización de medios propios para la mayoría de las pruebas diagnósticas fue del 100 %, excepto para las mamografías y las resonancias magnéticas (66,46 % y 31,71 % respectivamente). Para valorar el riesgo de infrautilización de los equipos de diagnóstico del centro hospitalario fiscalizado, se ha comprobado el nivel de uso de los mismos en relación con ambas pruebas.

En 2022 el HCUVA contaba con tres mamógrafos y con tres equipos de RNM, con los que se llevaron a cabo 4.810 mamografías y 11.391 resonancias.

El nivel de utilización de los equipos de RNM y mamógrafos del HCUVA en el ejercicio 2022 (ver Anexo XI) fue adecuado, sin que exista evidencia de infrautilización de dichos equipos, por lo que, para no acudir a la concertación de medios ajenos, sería preciso aumentar el número de máquinas.

En fecha de 31 de diciembre de 2023, el HCUVA había aumentado el número de equipos de diagnóstico, pasando de 3 a 4 mamógrafos y de 3 a 5 equipos de RNM.

II.3.2. ¿LOS GASTOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS SE HAN REALIZADO CONFORME A LA NORMATIVA DE CONTRATACIÓN PÚBLICA?

En el Anexo XII se ha recogido la normativa aplicable a la contratación pública en relación con la asistencia sanitaria con medios ajenos.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)



Del total del gasto por asistencias sanitarias con medios ajenos facturado en 2022 (30.723.261 euros), el 47 % (14.507.239) se tramitó a través de conciertos; el 18 % son gastos que derivan de contratos ya finalizados que se han extendido en el tiempo de forma indebida (5.577.602 euros) y el 10 % son gastos efectuados sin la formalización del correspondiente contrato (3.108.986 euros). Ello pone de manifiesto una planificación contractual muy deficiente durante el ejercicio fiscalizado. Por otra parte, el SMS no publicó su plan anual de contratación de 2022 según exige el artículo 28.4 de la LCSP.

La ausencia de tramitación de un expediente de contratación conforme a la LCSP supone el incumplimiento de los principios de publicidad, transparencia y concurrencia que deben regir en la contratación pública.

Conciertos sanitarios tramitados con posterioridad a la LCSP

Tal como se detalla en el Anexo XII, la entrada en vigor de la LCSP en 2018 supuso un cambio de paradigma en la prestación de la asistencia sanitaria con medios ajenos. Tras la desaparición del contrato de gestión de los servicios públicos¹⁷ y del concierto como modalidad específica de dicho tipo de contrato-, la contratación pública de las prestaciones sanitarias debe articularse a través de un contrato de concesión de servicios o de servicios según exista o no, respectivamente, transferencia del riesgo operacional al tercero.

Ello no implica que no resulte admisible en nuestro ordenamiento jurídico la asistencia sanitaria concertada. Así se deduce del artículo 11.6 de la LCSP en consonancia con su DA 49. Esta última establece que las CCAA, en el ejercicio de las competencias que tienen atribuidas, podrán legislar articulando instrumentos no contractuales para la prestación de servicios públicos destinados a satisfacer necesidades de carácter social.

Algunas CCAA han hecho uso de dicha posibilidad aprobando leyes específicas para la regulación de la prestación sanitaria concertada, en las que, en todos los supuestos, se ha primado la concertación con entidades sin ánimo de lucro. No es el caso de la Región de Murcia, donde, aun no habiéndose hecho uso de la habilitación contemplada en la DA 49 de la LCSP, en el ejercicio fiscalizado estaban vigentes trece conciertos con empresas privadas para la asistencia sanitaria en el Área de Salud I Murcia-Oeste, que habían sido formalizados en 2019¹⁸, es decir, con posterioridad a la entrada en vigor de la vigente ley de contratos. La falta de un procedimiento de licitación para la selección de los proveedores limita el cumplimiento de los principios de publicidad, concurrencia, transparencia, no discriminación e igualdad de trato previstos en la LCSP.

El objeto de estos conciertos incluía, con carácter general, hospitalización, cirugía mayor y menor ambulatoria, cirugía con ingreso, rehabilitación de pacientes ingresados, y, en algunos casos, consultas, cámara hiperbárica y urgencias.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 19.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	El SMS, sigue utilizando para las prestaciones que aún no se han adjudicado por contrato, los conciertos de asistencia sanitaria regulados en la legislación específica de Sanidad, en su artículo 90 y entendemos que es un procedimiento válido al estar vigente la Ley General de Sanidad, al margen de que a través de esta vía no es exigible un procedimiento de licitación.
Subdirección General de Asuntos Jurídicos	Originariamente todas las prestaciones con medios ajenos se regulaban vía conciertos y paulatinamente se han ido articulando estas a través de contrato público, así las nuevas prestaciones que se han ido incorporando se han tramitado bajo esta modalidad, limitándose el SMS a mantener los conciertos existentes para las prestaciones no adjudicadas aún por contrato. No obstante, el objetivo del SMS, es que las prestaciones que aún se encuentran en el concierto (que tienen un peso importante en facturación) básicamente

¹⁷ Modalidad contemplada en el artículo 253 de la ya derogada Ley 30/2007, de 30 de octubre de Contratos del Sector Público.

¹⁸ La vigencia de todos ellos era de un año, prorrogable hasta un máximo de cuatro.



Hospitalización y Procedimientos Quirúrgicos (a excepción de procedimientos de cataratas que ya se rigen por contrato), se regulen en base a la Ley de Contratos del Sector Público, pero debido a la complejidad de estos expedientes aún no se han abordado.

Con respecto a la DA 49 de la LCSP, que han utilizado otras CCAA, la Región de Murcia carece de un decreto de desarrollo al respecto.

Uno de los trece conciertos (expediente RM-12) establecía una tarifa de canon fijo mensual de 149.500 euros para las urgencias, con independencia del número de asistencias sanitarias prestadas. En consecuencia, el importe facturado en el ejercicio 2022 por este canon fijo ascendió a 1.794.000 euros¹⁹.

El establecimiento de una tarifa fija de devengo periódico independiente del número de asistencias conlleva un riesgo para el cumplimiento del principio de economía que debe regir la gestión de los fondos públicos en aquellos períodos en los que la demanda sea menor. Además, la facturación por paciente atendido permite un mejor seguimiento de la contabilidad de costes.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 20.-																		
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	Este recurso, que es una puerta de urgencias, está concebido para pacientes del Área de Salud 6 (Vega Media del Segura), salvo urgencia vital, y toda la facturación está asociado a ese Área, al margen de que puntualmente puedan ir pacientes de otras áreas.																		
	Esta prestación anteriormente tenía una tarifa por asistencia en urgencia de 49.33 € (Borm nº21 de 26 de enero de 2012), pero debido al incremento de gasto se optó por aplicar un canon fijo actualmente vigente, a partir del año 2013.																		
	Esta medida supuso un ahorro para el SMS, ya que por ejemplo si se hubiera mantenido la tarifa unitaria por asistencia en urgencia, el gasto en el año 2022 y 2023 se habría incrementado en 508.165, 88 € en ese periodo, tal como se muestra en la siguiente tabla:																		
	<table><tr><th></th><th>Urgencia atendidas</th><th>Tarifa Urgencia anterior a canon</th><th>Total Facturación con tarifa anterior</th><th>Facturación actual por canon</th><th>Ahorro SMS aplicación canon</th></tr><tr><th>Año 2022</th><td>40.521</td><td>49,33</td><td>1.998.900,93 €</td><td>1.794.000,00 €</td><td>204.900,93 €</td></tr><tr><th>Año 2023</th><td>42.515</td><td>49,33</td><td>2.097.264,95 €</td><td>1.794.000,00 €</td><td>303.264,95 €</td></tr></table>		Urgencia atendidas	Tarifa Urgencia anterior a canon	Total Facturación con tarifa anterior	Facturación actual por canon	Ahorro SMS aplicación canon	Año 2022	40.521	49,33	1.998.900,93 €	1.794.000,00 €	204.900,93 €	Año 2023	42.515	49,33	2.097.264,95 €	1.794.000,00 €	303.264,95 €
		Urgencia atendidas	Tarifa Urgencia anterior a canon	Total Facturación con tarifa anterior	Facturación actual por canon	Ahorro SMS aplicación canon													
Año 2022	40.521	49,33	1.998.900,93 €	1.794.000,00 €	204.900,93 €														
Año 2023	42.515	49,33	2.097.264,95 €	1.794.000,00 €	303.264,95 €														
Tabla propia en base a datos Pin asistencia en Urgencia Año 2022-2023																			
	Por lo tanto, consideramos que la aplicación para esta prestación de un canon fijo, supone un ahorro al SMS y una mejor optimización de los fondos públicos.																		

¹⁹ No incluidos en los 14.507.239 euros de facturación de conciertos correspondientes al Área de Salud I Murcia-Oeste, ya que este importe se imputó en su totalidad al Área de Salud VI del SMS.



Gastos derivados de contratos finalizados

El SMS justifica la gestión de gastos sin la tramitación de un expediente de contratación amparándose en la regulación de la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, del Director Gerente del SMS sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del SMS, que en su apartado 5.2.1.3. hace referencia a un procedimiento denominado "SPL" (sin procedimiento de licitación). Según dicha instrucción, de forma excepcional, se pueden tramitar pedidos y pagar facturas, previa justificación de la concurrencia de alguno de estos supuestos:

- Resolución de un contrato que obligue a tramitar otro expediente y por el tiempo que transcurra hasta nueva adjudicación.
- Devenir infructuosa una prórroga de un contrato estando prevista la misma, de modo que obligue a tramitar un nuevo expediente.

Sin embargo, la posibilidad de que un contrato se pueda prorrogar hasta que comience la ejecución del siguiente se recogió por primera vez en el artículo 29 de la LCSP, que entró en vigor el 9 de marzo de 2018. Para su aplicación se exige que se haya iniciado la tramitación del nuevo contrato que lo ha de sustituir (en concreto, que se haya publicado el anuncio de licitación del nuevo contrato con una antelación mínima de tres meses respecto de la fecha de finalización del contrato originario) y, además, que la falta de formalización del nuevo contrato se deba a incidencias resultantes de acontecimientos imprevisibles para el órgano de contratación producidas en el procedimiento de adjudicación, así como la existencia de razones de interés público para no interrumpir la prestación. Además, la prórroga se limitaría, en todo caso, a un periodo máximo de nueve meses. Circunstancias que no concurrían en ninguno de los cinco expedientes mencionados.

En consecuencia, el procedimiento habilitado en la mencionada Instrucción es irregular, al margen de que el objeto de una instrucción de operatoria contable no debe consistir en regular materias propias de la contratación pública.

Con independencia de lo anterior, aun cuando los supuestos que prevé la Instrucción 5/2014 del Director Gerente del SMS para la formalización de pedidos y tramitación de pago de facturas sin el correspondiente procedimiento de licitación se configuran como excepcionales, en la práctica, la utilización de esta figura tanto por los SSCC del SMS como por el Área de Salud I Murcia-Oeste, a la que pertenece el HCUVA, no ha sido puntual ni excepcional.

A continuación, se relacionan los expedientes de gasto sin contrato (SLP), para los que existía un expediente de contratación previo, a pesar de que en todos excepto en uno (RM-49) se contó con un plazo más que suficiente para haber iniciado un nuevo expediente:

- Expediente RM-26 para la prestación de servicios de diálisis peritoneal ambulatoria, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, con un gasto facturado en 2022 de 1.117.084 euros, con un contrato previo que finalizó diez años atrás.
- Expedientes RM-25, RM-27, RM-31, RM-33, RM-38, RM-46 y RM-52, para procedimientos de diagnóstico por imagen, formalizados todos ellos por los SSCC, con un importe conjunto facturado en 2022 de 3.109.183 euros. La fecha de finalización de los contratos previos se produjo el 30 de abril de 2018, cuando hacía más de tres años de la fecha de firma de las memorias justificativas de los "SPL" que los sustituyeron.
- Expediente RM-28, para procedimientos de diagnóstico por imagen, formalizado por los SSCC, con un importe facturado de 768.962 euros, habiendo finalizado el contrato previo el 30 de junio de 2018.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 21.-
Subdirección General de Actividad	Con respecto a los procedimientos de diagnóstico por imagen se realizó:



Concertada y Prestaciones	<u>AÑO 2019 (Anexo 4, 5 y 6)</u> - Memoria Económica de fecha 10/05/2019 realizada por la SGACyP. - Propuesta favorable de fecha 15/05/2020 por el Consejo de Administración. - Aprobación en sesión extraordinaria del Consejo de Administración celebrada 16/05/2020 por el que se autoriza al Director Gerente para la celebración del contrato de Servicio Público de diagnóstico por imagen. <u>Año 2022 (Anexo 7, 8, 9 y 10)</u> Se modifica la memoria económica del año 2019 suprimiéndose la prestación de densitometría ósea que estaba contemplada en la memoria económica anterior. Documentación que se dispone: -Informe de inspección de fecha 03/11/2022. -Memoria económica de fecha 02/12/2022. -Memoria de necesidad e Informe Propuesta del Consejo de Administración. -Certificado por la SGT que según consta en el borrador del acta de sesión del Consejo de Administración de fecha 16/12/2022, se autoriza la celebración para el servicio de realización de procedimiento de diagnóstico por imagen mediante acuerdo marco por importe de 87.567.959,40 exento de IVA. Debido a cambios en los Equipos Directivos, a la crisis sanitaria derivada de la Covid-19, así como, al cálculo de las tarifas y a una posterior modificación referida a la teleradiología se ha retrasado el inicio de este expediente de contratación.
---------------------------	--

- Expediente RM-30 para servicios de diálisis peritoneal, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, con un importe de gasto de 537.738 euros. El contrato previo finalizó el 7 de junio de 2021.
- Expediente RM-49 para servicios de reproducción asistida, formalizado por los SSCC, con un importe de gasto 44.635 euros. Si bien, en este caso, el contrato previo finalizó dentro del período fiscalizado, el 4 de octubre de 2022.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 22.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	Esta prestación está siendo asumida por el Área de Salud I Murcia Oeste desde 06 de septiembre del 2022. Existen tratamientos iniciados y no finalizados a la fecha de vigencia del contrato que actualmente está extinguido, por lo tanto, las prestaciones atendidas son residuales al mismo.

Otros gastos efectuados al margen de los procedimientos de contratación pública

El Área de Salud I Murcia-Oeste formalizó la prestación de servicios de asistencias sanitarias con terceros al margen de los procedimientos previstos en la LCSP en el ejercicio 2022 en 24 expedientes de los 111 existentes, de los cuáles únicamente 6 pudieran haber sido tramitados a través de contratos menores por razón de su importe, y ello, siempre y cuando se hubiera cumplido con el preceptivo trámite de emisión de informe recogido en el artículo 118.2 LCSP, circunstancia que no se produjo.



Además, aunque en todos estos expedientes se invocó la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, en ninguno de ellos concurrieron los supuestos previstos en la Instrucción 5/2014 (resolución de un contrato previo o devenir infructuosa la prórroga de un contrato estando prevista la misma. Además, algunos se vienen utilizando desde hace más de 15 años.

Por otra parte, la memoria justificativa de dos de los 24 expedientes (RM-37 y RM-54) tenía fecha de firma de 18 de diciembre de 2023, un año después de haberse efectuado el gasto.

El detalle de los 24 expedientes es el siguiente:

- Expedientes RM-34, RM-35 y RM-45 para interrupciones voluntarias de embarazo, formalizados por los SSCC el 3 de enero de 2022 con tres proveedores diferentes, con un importe conjunto de gasto de 664.703 euros²⁰.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 23.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	Actualmente dicha prestación está regulada a través de un expediente de contratación núm. CSE/9900/1101015828/21/PA que entró en vigor el día 18/07/2022 por un periodo de 4 años.

- Expediente RM-29 para estudios genéticos de cardiopatías familiares, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, cuya memoria justificativa para 2022 se firmó el 26 de agosto de dicho año, con un importe de gasto de 657.583 euros.
- Expediente RM-36 para estudios de cariotipos, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, cuya memoria justificativa para 2022 se firmó el 26 de agosto de dicho año, con un importe de gasto de 228.150 euros.
- Expediente RM-37 para tratamiento de prototerapia a paciente pediátrico con anestesia, formalizado por el Área de Salud I Murcia-Oeste, por un importe de gasto en 2022 de 224.995 euros.
- Expedientes RM-32, RM-39, RM-43, RM-50, RM-51 y RM-54 para análisis genéticos, formalizados por el Área de Salud I Murcia-Oeste con seis proveedores, con un importe de gasto en 2022 de 714.826 euros.
- Expedientes RM-40, RM-41, RM-42, RM-47 y RM-53, para pruebas y estudios genéticos, formalizados por el Área de Salud I Murcia-Oeste con cinco proveedores distintos, con un importe conjunto de gasto de 464.042 euros.
- Expedientes RM-44 y RM-48, para servicios de crío-preservación, formalizados por el Área de Salud I Murcia-Oeste con dos proveedores, con un importe conjunto de gasto de 139.088 euros.
- Expedientes RM-55, RM-56, RM-57, RM-58 y RM-59, formalizados con cinco proveedores, con un importe conjunto de gasto de 15.599 euros.

Contratos menores con un mismo proveedor y objeto por importe superior a 15.000 euros.

En el ejercicio 2022 se tramitaron gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos a través de 52 contratos menores, por un importe global de 106.678 euros; de ellos, dos correspondientes al mismo proveedor (RM-60 y RM-62), destinados a la realización de pruebas de laboratorio, tuvieron un valor estimado conjunto de 19.422 euros, superior a los 15.000 euros de importe máximo establecido por la LCSP, por lo debían haber sido objeto de licitación pública, resultando la tramitación realizada contraria a la normativa de aplicación.

²⁰ Para estos tres expedientes sin contrato se formalizó procedimiento conforme a la LCSP desde el 18 de julio de 2022.



II.3.3. ¿SE REALIZA UN SEGUIMIENTO Y CONTROL ADECUADO DE LOS GASTOS DERIVADOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS?

En este epígrafe se exponen los resultados derivados del análisis efectuado sobre el seguimiento del gasto analizado a través de los objetivos e indicadores correspondientes a los programas presupuestarios relativos a la asistencia con medios ajenos y el exceso de gasto sobre lo inicialmente presupuestado; así como sobre las actuaciones de control efectuadas por las entidades fiscalizadas sobre el gasto de asistencia sanitaria con medios ajenos y sobre la prestación de servicios del personal sanitario de los centros hospitalarios públicos en centros concertados privados.

Seguimiento de objetivos e indicadores presupuestarios

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

Dentro del presupuesto del SMS del ejercicio 2022 figura el objetivo a largo plazo denominado Objetivo 1 Cumplimiento presupuestario, donde uno de los indicadores es Control del gasto en Conciertos Sanitarios adecuando las necesidades de concertación externa a la actividad asistencial del SMS. Este objetivo, no vinculado a ningún programa presupuestario específico, está alineado con el subobjetivo Gastos en conciertos y autoconciertos, enmarcado en el objetivo 6 del Acuerdo de Gestión, relativo a la asistencia sanitaria con medios ajenos. En este subobjetivo se alcanzaron 0 puntos de los 45 posibles debido al exceso de gasto existente respecto al importe presupuestado. No se ha realizado un seguimiento de las desviaciones sobre las metas ni, por tanto, se han diseñado actuaciones para corregir las mismas.

Se ha evidenciado también una planificación presupuestaria manifiestamente deficiente. Así, en el ejercicio 2022 se ejecutaron gastos por un importe superior en un 167 % a la cuantía inicialmente presupuestada (34.060.77021 euros respecto a la previsión inicial de 20.395.739 euros) para el artículo 25 "Conciertos de asistencia sanitaria", del presupuesto de 2022 del Área de Salud I Murcia-Oeste.

Esta circunstancia ha venido poniéndose de relieve desde hace más de veinte ejercicios para el conjunto de gastos del SMS en los sucesivos Informes de Fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia²², señalando este Tribunal cada año que la asignación presupuestaria del SMS continúa siendo manifiestamente insuficiente, lo que deriva en un déficit acumulado de la entidad que se va incrementando año tras año y en la necesidad de que la Administración Autonómica realice aportaciones elevadas para compensar las pérdidas, sin que hasta la fecha esta situación haya sido corregida por parte de la Administración regional. Se ha recomendado a la Consejería que corresponda que se ajusten y adapten las dotaciones presupuestarias a las necesidades reales de gasto de cada año, sin que dicha recomendación haya sido cumplida hasta la fecha.

Facturación y control de los gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

El SMS se configura como un ente de derecho público del subsector público empresarial, por lo que su presupuesto es estimativo, no estando sujeta su actividad a las fases de gestión presupuestaria. Se trata, por lo tanto, de un régimen más flexible que el utilizado por las entidades cuyo presupuesto es limitativo. Las competencias en materia de gestión de gastos se desarrollan en el Anexo XIII.1-1/3.

El procedimiento de derivación, autorización y validación de los gastos difiere según el tipo de actividad realizada. La derivación y el control de la facturación de la actividad relativa a LEQ, LEP, hospitalización, rehabilitación ambulatoria, terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida se realiza a través de la aplicación informática SIGILE, si bien la facturación de las terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida se realiza a partir de un canon fijo y se controla en un módulo específico

21 Este importe incluye los gastos de transporte de pacientes con medios ajenos, siendo la causa de no coincidencia con la cifra de 30.723.261 euros de gastos de asistencia sanitaria con medios ajenos que figura en el cuadro n.º xx.

22 El último aprobado es el Informe de fiscalización de la Cuenta General y del resto de cuentas anuales del Sector Público de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, ejercicio 2021, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 20 de diciembre de 2023.

de SIGILE denominado Eurús. El resto de actividad de asistencia sanitaria con medios ajenos no es controlado por medio de sistemas informáticos específicos. El detalle del control que se lleva a cabo según el tipo de procedimiento es el siguiente:

Cuadro 21 PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN Y CONTROL
ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE
(euros).

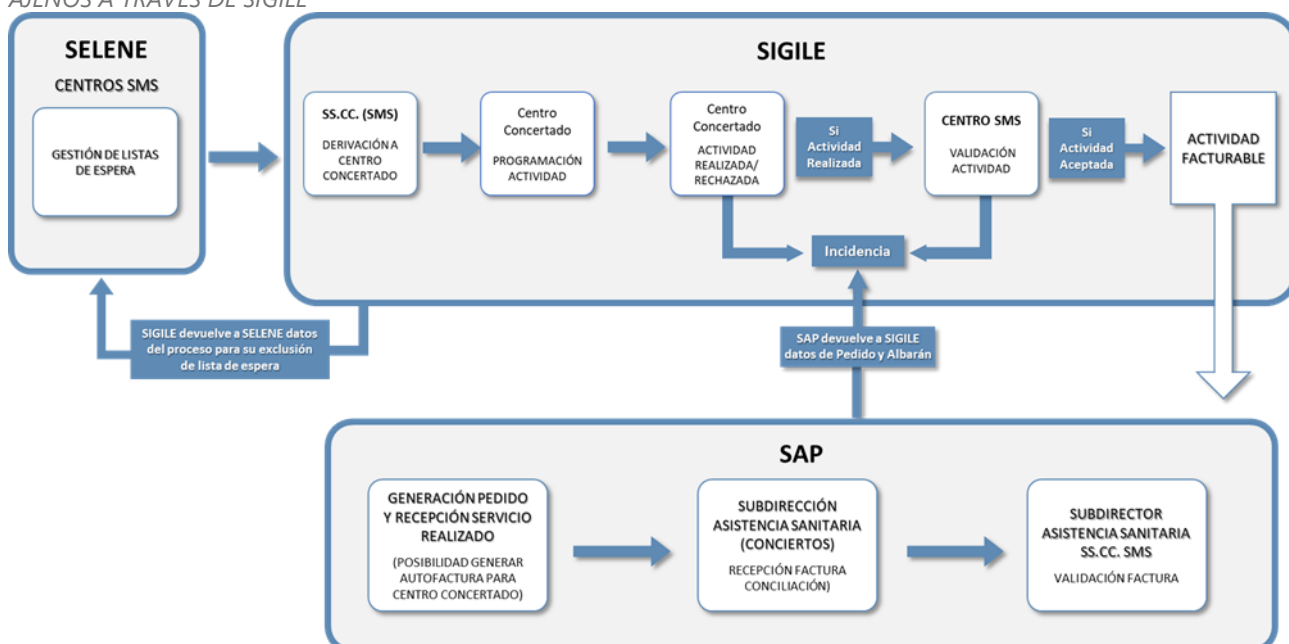
TIPO DE PROCEDIMIENTO/TRAMITACIÓN	SIGILE	OTROS	TOTAL
Concierto	14.490.970	16.268	14.507.239
Sin contrato	3.799.849	4.886.739	8.686.588
Procedimiento abierto	3.112.904	4.309.851	7.422.755
Contrato menor	0	106.678	106.678
TOTAL	21.403.723	9.319.536	30.723.261
%	70	30	100

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por el HCUVA.

Gastos tramitados a través de SIGILE

El procedimiento de autorización de gastos de asistencia sanitaria a través de SIGILE se contempla en el apartado 5.2.6 de la Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, del Director Gerente del SMS sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del SMS. Su flujograma es el siguiente:

Gráfico 10 PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS A TRAVÉS DE SIGILE



Fuente: Instrucción 5/2014, de 1 de octubre, del Director Gerente del SMS sobre procedimiento y operatoria contable a seguir en la ejecución de los gastos del SMS.

De acuerdo con dicha Instrucción podemos diferenciar en el procedimiento entre:



- Realización de actividad: una vez que el centro concertado ha realizado la actividad derivada la notifica en el sistema, adjuntando los documentos justificativos pertinentes.
- Validación de actividad: el responsable del contrato comprueba que la actividad realizada es la procedente y procede a la autorización del gasto.
- Emisión de prefactura: en base a la actividad validada, el SMS puede emitir periódicamente prefactura, que sirve de base para la emisión de la factura por el proveedor.
- Recepción y validación de factura por los SSCC, previa comprobación de precios e importes.

Durante el año 2022 se tramitó mediante SIGILE la actividad correspondiente a:

- Los trece conciertos formalizados, con la excepción de rehabilitación de pacientes no ingresados y cámara hiperbárica (el importe de gastos derivados de conciertos controlado a través de SIGILE fue de 14.490.971 euros, es decir, casi su totalidad).
- Actividades realizadas a través de cuatro de los once contratos²³, en lo que se refiere a: gastos por operaciones de cataratas, determinadas pruebas (endoscopias y litotricias) y rehabilitación ambulatoria. Así, a través de la aplicación específica de control se supervisó un importe de 3.112.904 euros de los 7.422.755 euros facturados a través de contratos (el 42 %); si bien de ellos, 1.363.362 euros correspondientes al servicio de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida (expediente RM-2) se controlaron en un módulo específico de SIGILE al facturarse mediante un canon fijo.
- Pruebas diagnósticas por imagen tramitadas a través de ocho de los 35 expedientes sin contrato²⁴, lo que supone el control a través de SIGILE de 3.799.849 euros de los 8.686.588 euros facturados, el 44 %.

Se ha analizado el procedimiento de autorización del gasto y control de la facturación aplicado en tres conciertos (RM-12, RM-13 y RM-14), y dos contratos (RM-2 y RM-6), el primero de ellos facturado con canon fijo.

El procedimiento establecido para el control de la facturación de los conciertos es el siguiente:

- Se fijan las tarifas a aplicar, con carácter general por el Director Gerente del SMS, y se publican en el BORM.
- Los centros concertados deben incorporar a SIGILE los documentos justificativos de la actividad realizada.
- La Instrucción 5/2014 indica que el responsable del expediente debe validar la actividad. Sin embargo, las cláusulas de los Convenios atribuyen la función de validar dicha actividad siempre a las Áreas de Salud, existiendo una incoherencia entre ambos documentos.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 24.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	En relación a este punto, el SMS va a modificar las cláusulas para que se elimine esta incongruencia, en el sentido siguiente: “El responsable del expediente del Área de Salud, asumen la responsabilidad de validar la actividad realizada, revisando los documentos incorporados en SIGILE por el centro concertado, que podrá realizar la prefactura mensualmente con la actividad validada.”

- Una vez presentada la factura se comprueba su conformidad con las prefacturas previamente emitidas por SIGILE con base en las tarifas aprobadas.

²³ Expedientes RM-4, RM-5, RM-6 y RM-8.

²⁴ Expedientes RM-25, RM-27, RM-28, RM-31, RM-33, RM-38, RM-52 y RM-58.



Se ha comprobado el seguimiento de dicho procedimiento en la facturación de 2022 de los tres conciertos analizados.

En relación con el procedimiento de control de la facturación de los contratos los resultados han sido los siguientes:

- En el contrato RM-6, para la realización de cirugías de cataratas, únicamente se indica que la tramitación de las facturas y su pago "corresponden al Servicio de Contabilidad de Ingresos y Gastos de la Subdirección General de Asuntos Económicos del SMS", no haciéndose referencia al procedimiento de control de la facturación del contrato ni a su tramitación en SIGILE.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 25.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	Es una actividad que va a través de SIGILE, al igual que el resto de actividad quirúrgica, y el proceso de facturación que se lleva a cabo está incluido en la actividad que se regula por SIGILE y que se ajusta al apartado 5.2.6 de la Instrucción 5/2014, de 01/10, del Director Gerente del SMS, para la ejecución del gasto del SMS.

Sin perjuicio de ello, se ha verificado que la validación de la actividad se realiza por los servicios de admisión del HCUVA mediante la comprobación de la incorporación a SIGILE por el centro privado de los documentos justificativos preceptivos para cada paciente derivado, tras lo que se emite la correspondiente prefactura. Sobre una muestra seleccionada se ha comprobado asimismo que las facturas son conformes con las prefacturas emitidas.

Sin embargo, no consta que se hayan realizado trámites de autorización, ordenación del gasto y validación de facturas según las competencias indicadas en el Anexo XIII. Se ha comprobado no obstante, que la Subdirección de Actividad Concertada y Prestaciones da la conformidad de las facturas previamente a su contabilización.

- La facturación del servicio de terapias respiratorias domiciliarias y otras técnicas de ventilación asistida (expediente RM-2) se realiza mediante un canon fijo, existiendo, como ha quedado dicho, un módulo en SIGILE para su control. Sobre una muestra seleccionada se ha constatado que figura el documento de prescripción de los tratamientos por los facultativos así como la firma de los pacientes de haber recibido la prestación y el informe de conformidad con la actividad facturada por parte del responsable del seguimiento del contrato.

El establecimiento de una tarifa fija calculada en virtud de la población protegida del Área de Salud, independiente del número de asistencias, conlleva un riesgo para el cumplimiento del principio de economía que debe regir la gestión de los fondos públicos en aquellos períodos en los que la demanda sea menor. Además, la facturación por paciente atendido permite un mejor seguimiento de la contabilidad de costes.

Facturación y control fuera de SIGILE

Los restantes gastos del Área de Salud I Murcia-Oeste en 2022 (9.319.536 euros) fueron controlados y facturados sin la existencia de procedimientos informáticos específicos, lo que conlleva un mayor riesgo de gestión; dándose, además, la circunstancia de que el 52 % de dicha cuantía (4.886.739 euros) se tramitaron al margen de la LCSP. Se ha examinado el control realizado sobre 19 expedientes que alcanzan una cuantía de 4.506.844 euros, todos ellos tramitados sin contrato. Los resultados son los siguientes:



- 1.654.822 euros corresponden a gastos de diálisis peritoneal y diálisis peritoneal ambulatoria²⁵ tramitados por el Área de Salud. Se ha comprobado que el servicio de nefrología (peticionario del servicio) comprueba las facturas previamente a que se proceda a su contabilización. No consta la autorización previa del gasto. Además, se ha detectado una factura por importe de 31.980 euros contabilizada sin la previa conformidad.
- 2.187.319 euros derivan de pruebas y análisis genéticos, estudio de cardiopatías, cariotipos y técnicas de criopreservación²⁶ tramitados por el Área de Salud. Se ha verificado que el servicio de admisión comprueba que los conceptos facturados se ajustan al servicio realizado antes de su contabilización y autorización del pago. No consta la autorización previa del gasto.
- 664.703 euros derivan de interrupciones voluntarias de embarazo²⁷ tramitadas desde los SSCC. En el expediente no consta la conformidad de las facturas antes de su contabilización.

La elevada cuantía de estos gastos fuera de los procedimientos de contratación y la sola conformidad del petionario del servicio supone, además de la irregularidad puesta de manifiesto en epígrafe II.3.2., un elevado riesgo de gestión al carecer de procedimientos administrativos que, además, garanticen una adecuada segregación de funciones.

Análisis de la compatibilidad del personal sanitario de las áreas de salud en centros que prestan asistencia sanitaria con medios ajenos

En este epígrafe se exponen los resultados relativos a la verificación del cumplimiento de la normativa de compatibilidad aplicable al personal médico de los Servicios de Salud públicos respecto a la prestación de sus servicios en centros privados con los que concierne la asistencia sanitaria.

El Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependientes prohíbe en su artículo 11.8 el reconocimiento de compatibilidades para el desempeño de actividades privadas del personal sanitario de los servicios públicos de salud para el ejercicio de actividades de colaboración o concierto con la Seguridad Social.

Es decir, no puede concederse compatibilidad al personal perteneciente a los Servicios autonómicos de Salud en entidades privadas para la prestación de asistencia sanitaria concertada con dichas entidades, salvo las excepciones previstas en los artículos 11, 16 y 19 de la Ley 53/1984.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

El Consejo de Gobierno de la Región de Murcia, a propuesta del Consejero de Salud, ha venido adoptando mediante sucesivos Acuerdos la posibilidad de autorizar a facultativos del SMS la compatibilidad del ejercicio profesional en centros concertados privados por razones de interés público, sin distinguir si la prestación asistencial a la que se refiere la compatibilidad estaba concertada o no.

Sin estas autorizaciones por razón de interés público, el ejercicio de actividades profesionales por parte de facultativos del Área de Salud en centros concertados para las prestaciones cubiertas con medios ajenos supondría el incumplimiento del artículo 11.8 del Real Decreto 598/1985.

En relación con esta autorización de compatibilidad es conveniente hacer referencia a la Sentencia de 5 de diciembre de 2018 de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, por la que se reconocía el derecho de una ginecóloga del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) a compatibilizar el desempeño de su actividad en un centro concertado del SERGAS, siempre en actuaciones ajenas a las de interrupción voluntaria de embarazo, que era el servicio concertado entre el SERGAS y la clínica privada. Es decir, siempre que la actividad de la facultativa en la clínica no se refiriera al servicio concertado.

²⁵ Expedientes RM-26 y RM-30.

²⁶ Expedientes RM-29, RM-32, RM-36, RM-39, RM-40, RM-41, RM-42, RM-43, RM-44, RM-47, RM-48, RM-50, RM-51 y RM-53.

²⁷ Expedientes RM-34, RM-35 y RM-45.

El siguiente gráfico detalla las fechas de los Acuerdos de Consejo de Gobierno aprobados en dicho sentido hasta 31 de diciembre de 2022 y la duración de la autorización de compatibilidad de cada uno de ellos:

Gráfico 11 ACUERDOS DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA REGIÓN DE MURCIA DE AUTORIZACIÓN DE COMPATIBILIDAD EN CENTROS CONCERTADOS PERÍODO 2020 a 2022



Fuente: Elaboración propia.

Se han analizado los cuatro Acuerdos aprobados en 2022 con los siguientes resultados:

Las propuestas que el SMS elevó a la Consejería de Salud para su tramitación ante el Consejo de Gobierno argumentaban la existencia de interés público en los siguientes motivos:

- La situación excepcional que originó la pandemia de COVID-19, que "ha afectado negativamente a los centros de naturaleza privada que mantienen concierto para la prestación de asistencia sanitaria con el Servicio Murciano de Salud".
- La circunstancia de que determinadas actividades de carácter sanitario, como las relacionadas con la reproducción humana asistida o las terapias respiratorias domiciliarias, "son realizadas de forma exclusiva por centros concertados".
- La carencia de profesionales, que afectaba directamente al SMS, también incidía en los centros sanitarios de naturaleza privada y, en particular, "en aquellos que mantienen una relación de concierto con este organismo para colaborar en la asistencia sanitaria pública".

En 2022, estaban vigentes 46 autorizaciones de compatibilidad a facultativos del Área de Salud I Murcia-Oeste para que desempeñaran funciones en centros concertados privados que prestaban asistencia sanitaria a pacientes de la citada Área.

La declaración de interés público en relación con la prestación de servicios por parte del personal sanitario del SMS para la asistencia sanitaria concertada con centros privados no está justificada, lo que se señala con base en lo siguiente:

- o Las autorizaciones se justificaron por la escasez de profesionales motivada por la crisis del COVID-19. Sin embargo, ya han transcurrido más de tres años desde dicha crisis, habiéndose constatado que las autorizaciones han venido prolongándose en el tiempo; incluso el Acuerdo de Consejo de Gobierno de diciembre de 2022 efectuó la autorización de compatibilidad comprendiendo el ejercicio 2023 completo por primera vez, y no en



momentos puntuales del año donde pudiera existir mayor escasez de efectivos, como sucedió en el período 2020 a 2022.

- El segundo argumento utilizado para autorizar la compatibilidad es que determinados servicios sanitarios son prestados de forma exclusiva por centros concertados privados. No obstante, las autorizaciones para la compatibilidad no se otorgan únicamente para el ejercicio de la actividad sanitaria en aquellos centros privados que prestan servicios no ofertados en el propio hospital público, sino que se conceden para cualquier centro concertado.

II.4. SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL, TRANSPARENCIA E IGUALDAD

II.4.1. SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

Para comprobar el cumplimiento de este objetivo transversal respecto a la materia objeto de fiscalización, el análisis se ha centrado en la gestión de los residuos sanitarios, tanto por la importancia de su volumen dentro de los centros hospitalarios, como por los riesgos inherentes a su gestión. En el análisis no se ha tenido en cuenta la gestión de otros residuos generados en los centros, como residuos orgánicos, papel, vidrio o plásticos.

Así, en el presente epígrafe se exponen los resultados relativos a las siguientes comprobaciones:

- El cumplimiento de la normativa de gestión de residuos sanitarios en los centros hospitalarios.
- La correcta ejecución de los contratos de gestión de residuos sanitarios formalizados.

La normativa aplicable en materia de gestión de residuos sanitarios se relaciona en el Anexo XIV.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

En el HCUVA se encontraba en vigor en el período fiscalizado un contrato con una empresa privada para la gestión de los residuos sanitarios, el cual fue formalizado el 1 de septiembre de 2020, con una duración de dos años, prorrogable por otros tres.

El importe abonado al proveedor en el ejercicio 2022 ascendió a 366.407 euros en lo que se refiere a la gestión de los residuos sanitarios en el HCUVA.

En las comprobaciones realizadas y en la inspección física llevada a cabo en el HCUVA (noviembre de 2023) no se han detectado deficiencias significativas en la gestión de residuos sanitarios.

Asimismo, se ha constatado como buena práctica la existencia de un "sistema de trazabilidad y control informatizado de la producción de residuos" denominado RESIDUUM (apartado 4.2 del PPT) que supone la automatización del procedimiento de facturación. Esta facturación se realiza en base al pesaje de los contenedores de los diferentes tipos de residuos de los que se hace cargo el contratista. Una vez pesados, en el HCUVA se utiliza un lector de código de barras de cada una de las etiquetas de los recipientes de residuos, información que se vuelca en el sistema y genera la facturación de forma automática, lo que supone un ahorro de tiempo y un menor riesgo de existencia de errores en la facturación.

II.4.2. TRANSPARENCIA

La normativa aplicable en materia de transparencia se relaciona en el Anexo XIV.

Cumplimiento de las obligaciones de publicidad activa

Se ha comprobado el cumplimiento de las obligaciones de publicidad activa por parte de los Servicios de Salud a los que pertenecen los dos centros hospitalarios fiscalizados en relación con la materia objeto de fiscalización: organización y planificación del centro de salud, gestión de listas de espera y asistencia sanitaria prestada con



medios ajenos. El resultado del análisis del cumplimiento de las obligaciones de publicidad activa de las listas de espera no se expone en este epígrafe sino que figura recogido en el epígrafe II. 1.4. Los resultados son referidos a febrero de 2024, que es cuando se han realizado las comprobaciones en las correspondientes páginas web y portales de transparencia.

Los incumplimientos detectados en cada uno de los centros hospitalarios fiscalizados han sido las siguientes:

- No han sido objeto de publicación los indicadores del grado de cumplimiento de los objetivos incluidos en el Plan de Salud de Extremadura 2021-2028, ni el Acuerdo de Gestión del Área de Salud de Badajoz (el artículo 6 de la Ley 4/2013 de Extremadura establece que "la Administración pública publicará planes y programas anuales y plurianuales de su actividad, en los que se definirán los objetivos concretos y las actividades y medios necesarios para ejecutarlos, así como el tiempo estimado para su consecución. Su grado de cumplimiento y el tiempo previsto para su consecución deberán ser objeto de evaluación y publicación periódica con los indicadores de medida y valoración").
- De los 52 contratos menores los que el HCUVA efectuó gastos por asistencias sanitarias con medios ajenos, únicamente 28 fueron objeto de publicación en el Portal de Transparencia de la Región de Murcia (el artículo 17 de la Ley 12/2014 y el artículo 8 de la Ley 19/2013 establecen la obligación de publicar información relativa a contratos menores).
- En relación con los conciertos formalizados por el HCUVA, es consecuencia negativa de haber formalizado asistencias sanitarias utilizando el instrumento de concierto en lugar de un procedimiento de contratación conforme a la LCSP la ausencia de obligación de publicación de los conciertos.

Unidad Gestora competente	ALEGACIÓN 26.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	Los conciertos y sus cláusulas efectivamente no se publican, pero la facturación y la actividad "sanitaria asociada a cada centro (ya sea por concierto/contrato/spl) si se publica en el Portal de Transparencia de la Región de Murcia, en el apartado de Conciertos Sanitarios y se puede consultar en el siguiente enlace: http://transparencia.carm.es/conciertos-sanitarios#gsc.tab=0 En este sentido el SMS, va a publicar anualmente en el Portal de Transparencia de la Región de Murcia antes comentados, en el apartado de Conciertos Sanitarios, tanto los conciertos como sus cláusulas adicionales., con la finalidad de favorecer las obligaciones de publicidad activa.

Derecho al acceso a la información pública

El derecho de acceso a la información pública aparece reflejado en el artículo 12 de la Ley 19/2013, así como en las dos normas autonómicas aplicables (en concreto, en el artículo 15 de la Ley 4/2013 y en el artículo 23 de la Ley 12/2014).

En el ejercicio 2022, el SES recibió 65 solicitudes de información, de las cuales tres de ellas estaban relacionadas con la materia objeto del presente Anteproyecto de Informe. En concreto, dos relativas a listas de espera y una sobre acreditación de clínicas de Interrupción Voluntaria de Embarazo.

Por su parte, el SMS recibió 94 solicitudes de información, de las cuales 12 estaban relacionadas con la materia objeto de fiscalización (dos correspondientes a listas de espera y diez relacionadas con asistencia sanitaria prestada con medios ajenos).

Las incidencias detectadas en relación con las solicitudes de información sobre las materias fiscalizadas han sido las siguientes:



- De conformidad con el artículo 26 de la Ley 12/2014 de la Región de Murcia, el plazo para resolver las solicitudes de información pública es de veinte días, ampliable a otros veinte días en casos justificados por volumen o complejidad de la información que se solicita.
- Sin embargo, en cinco de las doce solicitudes de información (el 41,67 %) se superó el plazo máximo, alcanzando en una de ellas los 57 días²⁸.

En el ejercicio 2022 no se presentó ninguna reclamación ante el Consejo estatal de Transparencia y Buen Gobierno (entidad competente para su resolución en virtud de convenio suscrito con la Comunidad Autónoma de Extremadura) en relación con solicitudes de información del Área de Salud de Badajoz. Tampoco se presentó ninguna ante el Consejo de Transparencia de la Región de Murcia relativa a solicitudes de información del Área de Salud I Murcia-Oeste.

II.4.3. IGUALDAD

La normativa aplicable en materia de igualdad se relaciona en el Anexo XIV.

En el presente epígrafe se exponen los resultados relativos a las siguientes comprobaciones:

1. Si en la planificación sanitaria se ha incluido el principio de igualdad entre mujeres y hombres.
2. Si en los pliegos de expedientes de contratación y en los conciertos para la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos se incluyeron condiciones especiales de ejecución o criterios de adjudicación relacionadas con la igualdad.
3. Si es posible obtener información desagregada por sexo de las listas de espera en el sistema de información.

¿Se consideró el principio de igualdad en la planificación efectuada?

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

El único documento de planificación vigente en el ejercicio fiscalizado es el Acuerdo de Gestión, que no recoge ningún objetivo ni mención al principio de igualdad entre mujeres y hombres.

Criterios relacionados con la igualdad incluidos en los expedientes de contratación de asistencia sanitaria con medios ajenos

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Se ha seleccionado una muestra de los cinco expedientes de asistencias sanitarias con medios ajenos de mayor importe de los celebrados estando en vigor la LCSP.

Cuadro 23 MUESTRA DE CONTRATOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS ANALIZADOS ÁREA DE SALUD I MURCIA-OESTE (euros).

N.º EXPEDIENTE	OBJETO	IMPORTE EN 2022	FACTURADO
RM-2	Terapias respiratorias domiciliarias	1.363.362	
RM-6	Cirugía de cataratas	358.937	
RM-4	Endoscopias "Delfos"	357.057	
RM-5	Rehabilitación ambulatoria "Habilitas"	313.981	

²⁸ La solicitud se efectuó el 20 de mayo de 2022, si bien no se contestó hasta el 10 de agosto de 2022. En las otras cuatro solicitudes, los días transcurridos con exceso de límite máximo no fueron tan significativos (transcurrieron entre 22 y 34 días hábiles entre la fecha de la consulta y la de contestación a la misma).



RM-5	Rehabilitación ambulatoria "Habilitas"	301.93529
TOTAL		2.695.272

Fuente: Elaboración propia.

- Ninguno de los cinco expedientes analizados incorporó condiciones especiales de ejecución o criterios de adjudicación dirigidos a la promoción de la igualdad de trato y no discriminación por razón de orientación sexual, identidad sexual, expresión de género y características sexuales, mencionados en el artículo 122.3 bis de la LCSP, lo que resulta obligatorio, siempre y cuando exista vinculación con el objeto del contrato.
- Asimismo, ninguno de los expedientes analizados incluyó criterios de desempate que favorecieran la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, a pesar de que el artículo 147.1.e) de la LCSP prevé dicha posibilidad.

En relación con los conciertos, cuyo importe representó el 47 % del gasto total por asistencia sanitaria con medios ajenos en el Área de Salud I Murcia-Oeste, en ninguno figuraba ninguna cláusula relacionada con el principio de igualdad de género, lo que constituye otra de las consecuencias negativas derivadas de haber formalizado asistencias sanitarias utilizando el instrumento de concierto en lugar de utilizar un procedimiento de contratación conforme a la LCSP.

Información desagregada por género en las listas de espera

En el HCUVA no es posible la obtención de información de las listas de espera desagregada por sexo, lo que impide la realización de estudios sobre posibles diferencias en tiempos de espera y otras variables por razón de sexo.

29 Respecto a los expedientes RM-4 se ha revisado el contrato formalizado con uno de los adjudicatarios, y respecto al expediente RM-5 se han revisado dos de los contratos formalizados con dos adjudicatarios.



III. CONCLUSIONES

EN RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS (SUBAPARTADO II.1.)

1. El **Servicio Murciano de Salud (SMS)** no cuenta con regulación sobre la organización periférica de las Áreas de Salud de la Región de Murcia, con indicación de los órganos y funciones, con el consiguiente riesgo de gestión en relación con la delimitación de funciones y responsabilidades.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 27.-
Subdirección General de Asuntos Jurídicos	El Decreto 148/2002, de 27 de diciembre de 2002, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud (BORM de 10/01/2003) establece en su artículo 48 que el régimen jurídico de los órganos periféricos de gestión será el establecido por las normas vigentes para cada uno de ellos en el momento de publicación del propio Decreto 148/2002, en todo aquello que no se entienda derogado por el mismo. Por tanto, la regulación contenida en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud resulta aplicable mientras no se establezca otra por parte del órgano competente, que actualmente es el Consejero de Salud, mediante orden dictada a propuesta del Consejo de Administración y previo informe de la dirección general competente en materia de organización administrativa (art. 25.5 de la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia). Asimismo, diferentes órganos jurisdiccionales han invocado la aplicación del Real Decreto a centros hospitalarios que, tras las transferencias sanitarias, dependen de servicios autonómicos de salud. El RD 521/1987 ya determina con cierto grado de detalle las funciones que corresponden a los órganos directivos, responsables de las Divisiones, como es el caso de la Gerencia, la Dirección Médica, la Dirección de Enfermería y la Dirección de Gestión, así como la Comisión de Dirección y otros órganos colegiados; y prevé también las funciones de las Subdirecciones que, en función de las necesidades de gestión, puedan crearse, que serán la de sustituir al correspondiente director en los casos de vacante, ausencia o enfermedad, y las que éste expresamente le delegue o encomiende. Asimismo, especifica las diferentes áreas de actividad que se adscriben a cada una de las mencionadas Divisiones. Conforme al Real Decreto, tales áreas de actividad, a su vez, son desempeñadas por las unidades asistenciales/administrativas, bajo la dependencia de los jefes de servicio y de sección, así como de los supervisores de enfermería, cuyo número se especifica en las correspondientes plantillas, que aprueba la dirección gerencia del SMS, previo acuerdo del Consejo de Administración. Sin perjuicio de lo anterior, el Área I dispone de un documento, actualizado en el presente ejercicio 2024, comprensivo de un análisis y descripción de los puestos de trabajo y de los perfiles de los distintos puestos de trabajo.



EN RELACIÓN CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LAS LISTAS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.1)

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

2. La Región de Murcia no cuenta con un Plan de Salud (el último el último aprobado corresponde al periodo 2010-2015) y tampoco existió un Plan de Salud del Área de Salud I Murcia-Oeste en el período fiscalizado ni en la fecha de remisión del Anteproyecto a alegaciones (mayo de 2024), en contra de la normativa básica estatal y autonómica. Dicha Área únicamente dispone del Acuerdo de Gestión del Área como documento de planificación.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 28.-
Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano	Efectivamente, tras la aprobación del Plan de Salud en la Región de Murcia 2010-2015 existe un periodo de evaluación del mismo que se debió llevar a cabo en los tres años siguientes. Desde 2018 se iniciaron acciones incipientes para la elaboración de un nuevo Plan de Salud, y sólo tras la Pandemia por la COVID 19 se retomó esta actividad. Es a través de la condición favorecedora 4.6.- Marco Político Estratégico para la Asistencia Sanitaria y los cuidados de larga duración, según el Anexo IV del Reglamento (UE) 2021/1060 cuando debemos disponer de un marco político estratégico regional en materia de salud que incluya: 1. Cartografía de las necesidades de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración, también en lo referente a personal médico y el personal encargado de los cuidados, con el fin de garantizar la sostenibilidad y la coordinación de las medidas. 2. Medidas para garantizar la eficiencia, la sostenibilidad, la accesibilidad y la asequibilidad de los servicios de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración, prestando una atención específica a las personas excluidas de los sistemas de asistencia sanitaria 3. Medidas para promover los servicios de proximidad y de carácter familiar por medio de la desinstitucionalización, incluidas la prevención y la atención primaria, la asistencia a domicilio y servicios comunitarios. Por todo lo anterior la Dirección General de Planificación, Farmacia e Investigación Sanitaria de la Consejería de Salud llevará a cabo la Coordinación para elaborar durante este periodo y hasta el 4º trimestre del presente año: A) La Cooperación y colaboración con la Dirección General de Salud Pública y Adicciones para recopilar los datos sobre demografía morbilidad, mortalidad y aspectos socioeconómicos necesarios para elaborar el Diagnóstico del estado de salud de la población y los aspectos sociales y demográficos en la Región (Mapeo o Diagnóstico de la situación) B) Contratación de una Consultora especializada para la prestación de un servicio de asistencia técnica a la D. G. de Planificación en las labores de ordenación y clasificación de los datos recabados para el diagnóstico, fijación de objetivos de asistencia sanitaria y plazos para su consecución, y establecimiento de fechas para la evaluación de los parámetros e indicadores que se determinen. En esta fase se contará, asimismo, con la colaboración del Servicio Murciano de Salud y de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones. El desarrollo de las actuaciones para llevar a cabo este Plan de Salud en la Región de Murcia, se ha iniciado en este mes de mayo y terminando de confeccionar el equipo de técnicos para distribución de acciones a lo largo de los dos últimos trimestres de 2024.



3. Los indicadores establecidos no recogen algunos aspectos relevantes de la gestión de las listas de espera y no se ha constatado su establecimiento basándose en un estudio de necesidades, medios y previsión de demanda, ni tampoco la previsión de medios y financiación para su cumplimiento. No se ha efectuado ningún seguimiento del Acuerdo de Gestión del Área.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 29.-
Subdirección General Calidad Asistencial Seguridad y Evaluación	Los indicadores sanitarios de listas de espera y los tiempos máximos de demora están regulados en la legislación vigente (RD 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, el Decreto Nº 25/2006, del 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar, un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia, y el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud). Los indicadores de lista de espera valoran tanto el número de pacientes como los tiempos medios de espera y el cumplimiento de las garantías sobre tiempo máximo de espera en intervenciones quirúrgicas, consultas y pruebas. Sin embargo, los indicadores recogidos en el Acuerdo de gestión son medidas cuantificables que permiten evaluar el desempeño y la eficiencia de un proceso, un departamento o una organización en su conjunto. Se utilizan para monitorear el cumplimiento de objetivos, identificar áreas de mejora y tomar decisiones informadas, son índices objetivo El Servicio Murciano de Salud remite periódicamente al Ministerio de Sanidad la información sobre el Sistema de Información de Lista de Espera y realiza una monitorización periódica de los indicadores cuyos resultados están disponibles en el Cuadro de Mandos de Mandos del SMS, desagregado para cada área de salud y servicios. Se publican además cada 6 meses. Por lo tanto, los indicadores son los adecuados. Adicionalmente, algunos de estos indicadores forman parte además de los Acuerdos de Gestión que la Directora Gerente del SMS firma con los equipos directivos de las áreas de salud; se trata de aquellos que miden los aspectos más relevantes de la espera como es el cumplimiento de las garantías con respecto a los tiempos máximos de espera y el número de pacientes que esperan más de 365 días. Los resultados de estos indicadores están también disponibles en el Cuadro de Mandos. Los resultados se valoran en reuniones conjuntas entre los servicios centrales y los equipos directivos de las áreas, implementando las actuaciones necesarias para resolver los problemas identificados. Lógicamente, para evaluar el cumplimiento se considera los medios y recursos con los que cuenta el centro y los recursos se adaptan al cumplimiento de objetivos. Si de manera excepcional se produce una disminución de recursos no previsible (como que haya varias bajas en un servicio de facultativo que no se puedan cubrir), se tiene en cuenta. La previsión de la demanda también se hace puesto que se conocen las entradas y salidas de otros años, el actual y su evolución mensual y se usa para repartir y planificar los quirófanos tanto de mañana como de tarde entre las diferentes especialidades. Igualmente se tiene en cuenta la financiación para el desarrollo de jornadas quirúrgicas extraordinarias, aunque estos aspectos no se reflejen en los indicadores sí forman parte del día a día de la gestión del hospital. Los acuerdos de gestión sí se evalúan. El equipo directivo lo evalúa de manera permanente a través de los cuadros de mandos de los indicadores. La Subdirección



General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación del Servicio Murciano de Salud hace dos evaluaciones anuales, una a mitad de años y otra a final de año de estos. Según los resultados las áreas de salud obtienen una puntuación, que es tenida en cuenta para asignar la productividad variable de los equipos directivos. Está evaluación del acuerdo de gestión anual permite reevaluar objetivos y metas para el siguiente año, así como conocer en qué áreas e indicadores la organización es fuerte y en cual debe mejorar en cada área de salud.

EN RELACIÓN CON LA INCLUSIÓN, MOVIMIENTOS Y SALIDAS DE PACIENTES DE LAS LISTAS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.2)

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

4. La definición que la normativa autonómica de la Región de Murcia realiza de las listas de espera no se acomoda a la normativa básica estatal puesto que no incluye a los pacientes en espera no estructural, que son aquellos que han rechazado un centro alternativo o a los que no se les programa la operación por razones personales, criterio médico o causa de fuerza mayor.

Esta discrepancia en la definición de las listas de espera no afecta a los datos publicados puesto que la mayoría de Comunidades Autónomas únicamente informa de los pacientes en lista de espera estructural, distinguiéndose, en su caso, entre ambos tipos de lista de espera.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 30.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	A pesar de que el decreto de garantías 25/2006 de la Región de Murcia hace referencia a los pacientes en espera estructural, disponemos de mecanismos que nos permiten hacer un seguimiento de los pacientes estructurales y no estructurales. Actualmente se está permitiendo el acceso a los responsables de cada uno de los servicios a la información estructurada entre otras, de la situación de lista de espera, a través del programa de explotación de datos PIN, permitiendo una gestión más eficiente de los recursos... En relación a lo expuesto, el SMS dispone de diferentes cuadros de mandos en su Portal de inteligencia de Negocio (PIN) destinados al fomento de buenas prácticas en la programación quirúrgica de los pacientes: · LEQAPQ001 - Propuesta de ordenación de pacientes pendientes de intervención según procedimiento · LEQAPQ006 - Propuesta de ordenación de pacientes pendientes de intervención por Servicio (incluye en espera estructural y no estructural) · LEQAPQ005 - Propuesta de ordenación de pacientes pendientes de intervención NO RD Dichos cuadros de mandos, y especialmente el LEQAPQ001, se basan en el reconocimiento de que la necesidad asistencial de un paciente responde a su estado clínico y prioridad, independientemente de que forme parte de la Lista de espera Estructural o No Estructural y vayan a ser o no publicados; pudiendo diferenciarse en dichos cuadros entre los pacientes programables y no programables, de modo que no exista sesgo administrativo a la hora de realizar la programación quirúrgica. Estos cuadros de mandos están a disposición de los equipos directivos y Jefes de Servicio, con los que se trabajan periódicamente con vistas a garantizar la equidad en la asistencia.



5. Se conceden aplazamientos no superiores a dos meses a los pacientes en lista de espera quirúrgica (LEQ) que así lo soliciten, sin que se requiera causa específica ni justificación posterior, lo que resulta contrario al régimen de suspensiones previsto en la normativa estatal básica. Se ha evidenciado un riesgo de integridad en los listados de pacientes que, ya sea por motivos personales, por motivos médicos o por causa de fuerza mayor, causaron suspensión en las listas de espera estructurales en el ejercicio fiscalizado, careciéndose de un control informático o interno para garantizar la integridad de esta información. No obstante, se han arbitrado procedimientos para impedir la concesión de aplazamientos superando la demora establecida por los criterios de prioridad establecidos.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 31.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	La interpretación de la norma relativa a la concesión de aplazamientos por motivos del paciente ha sido, por parte del SMS, garantista de cara al usuario, atendiendo al principio de buena fe y de evitación de trámites administrativos por su parte. Con el fin de evitar cualquier perjuicio para el mismo, se concede el aplazamiento sin mayor trámite, que detiene el cómputo de días en el tiempo de espera estructural, manteniéndose la fecha de inclusión original y reanudándose el recuento de días en espera estructural una vez finalizado el motivo que ocasionó el aplazamiento.

EN RELACIÓN CON LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA GARANTIZAR LA EQUITAD ENTRE PACIENTES Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS MÁXIMOS DE ESPERA. (EPÍGRAFE II.2.3)

6. El Consejo Interterritorial de Salud no ha establecido criterios de priorización de pacientes, a pesar del mandato establecido Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Las entidades fiscalizadas continúan utilizando como referencia los establecidos en el Anexo III del citado Real Decreto, con una antigüedad de más de 20 años.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 32.-
Subdirección General de Asuntos Jurídicos	Recientemente, en el mes de abril de 2024, el Ministerio de Sanidad y las CCAA, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, han aprobado la creación de un Grupo de Trabajo sobre listas de espera, dado el consenso existente en que hay que modificar el Real Decreto 605/2003, habida cuenta que desde su entrada en vigor han pasado ya dos décadas, disponiéndose actualmente de instrumentos más idóneos para medir las listas de espera, aplicando metodologías diferentes a las empleadas hasta ahora El Grupo de Trabajo de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud pretende, según ha manifestado el propio Ministerio, acabar con la heterogeneidad que existe en la gestión de las listas de espera, la información que se maneja, se registra y se aborda en las distintas comunidades autónomas. Los trabajos e informes generados por el Grupo de Trabajo serán elevados al Pleno del Consejo Interterritorial del SNS para su conocimiento y aprobación.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

7. La Consejería con competencias en Sanidad en la Región de Murcia no ha establecido prioridades de atención a determinados procesos, sin que tal cuestión sea tampoco requerida en la normativa



autonómica. Las demoras medias de los pacientes atendidos, según los criterios de prioridad establecidos en el Real Decreto 605/2003, no sobrepasan tales prioridades. No obstante, no se puede concluir sobre el cumplimiento del principio de equidad, puesto que no ha sido posible constatar si las prioridades estandarizadas han sido modificadas en el momento de programación de la actividad al no estar disponible en el sistema esta información para su explotación masiva.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 33.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	El Área I de Salud y el SMS realizan esfuerzos para asegurar la equidad en la asistencia sanitaria, y especialmente en la accesibilidad a las diferentes prestaciones. En el caso de la Gestión de la LEQ, la prioridad (1,2 o 3) siempre viene marcada por parte del médico que incluye al paciente, y se analiza el grado en que la programación quirúrgica de los servicios aborda a la población diana adecuada, tanto de modo retrospectivo (análisis de la actividad quirúrgica reciente) como prospectivo (propuesta de ordenación de la programación quirúrgica en base, fundamentalmente, a la prioridad y al tiempo de espera). Este análisis se realiza mediante la puesta a disposición de equipos directivos y profesionales de diferentes cuadros de mandos en PIN: LEQRD002- Indicadores Real Decreto 605 por Procesos Patológicos, LEQRD001- Indicadores Real Decreto 605 por Servicios, LEQ002- Pacientes en LEQ por Servicios y Tramos- CCI y CMA, LEQ004- Pacientes en LEQ por Servicios y Tramos – C. menor, LEQ008- Actividad necesaria para cumplimiento de objetivos (prospectivo), LEQ009- Alerta: Pacientes derivados hace más de 45 días (Revisar), LEQGES002- Burbujas- Detalle. Pacientes intervenidos en los últimos 30 días (analiza la adecuación de los pacientes intervenidos por prioridad y tiempo de espera) LEQAPQ006- Propuesta de ordenación de pacientes pendientes de intervención por Servicio (Asistente a la Programación quirúrgica, antes mencionado) Aun estando disponibles estos cuadros en 2022, desde hace 3 meses se envían los más importantes a los Jefes de Servicio de especialidades quirúrgicas en forma de correo electrónico semanal de modo proactivo por parte de la organización, iniciativa actualmente ya en desarrollo. En cuanto a la posibilidad de cambio de prioridad posterior a la inclusión del paciente en Lista de Espera, la duda puede venir de algunas descargas facilitadas por PIN, en las que se explota la actividad quirúrgica en el campo “prioridad QUI”, donde se indica el tipo de intervención; pero que se refiere a la consideración de “programada” o “urgente”, y no a las prioridades recogidas en el RD. EL ID=1 informático significa “programada”, y el ID = 2 significa “urgente”. Pero en ningún caso supone un cambio de la prioridad clínica indicada por el facultativo. Comprobados los partes quirúrgicos en SELENE, se sigue manteniendo la misma prioridad que cuando se incluyó de modo sistemático. Si la intervención es urgente, lógicamente no aparece ninguna prioridad (1,2 o 3) en el parte quirúrgico. Como garantía, además, el documento de inclusión en LEQ se imprime y se le entrega al paciente, de manera que éste conoce toda la información, incluyendo la prioridad establecida por el clínico. También se determinan por el facultativo solicitante las prioridades de consulta externa y/o de pruebas diagnósticas a lo largo del proceso asistencial, siguiendo los criterios del RD 605/2003, no modificándose dicha prioridad.

8. Se ha constatado la existencia de debilidades en el sistema de información de listas de espera para el seguimiento de los tiempos máximos en los que los pacientes deben ser atendidos, ya que



no ha resultado posible identificar de forma directa a los pacientes que han perdido la garantía por superar el tiempo máximo de espera, no contando con informes fiables sobre el cumplimiento de estos plazos en el ejercicio fiscalizado.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 34.-
Dirección Gerencia Área I Subdirección General de Atención Hospitalaria	Desde 2023 se cuenta con un informe de pacientes en alerta que indica aquellos que están fuera del periodo de garantía. No obstante, periódicamente son revisadas las listas de espera por la dirección y entregado el listado de pacientes incluidos a los servicios, por orden de antigüedad y prioridad, para la confección de la programación semanal. Esta programación es revisada por la subdirección quirúrgica para garantizar que se sigue el correcto orden de programación armonizándolo con la máxima optimización de los recursos disponibles. Además, en PIN el informe <i>“LEQRD003 - Alerta: Pacientes fuera de RD605 por Prioridades”</i> , alerta de esta situación y de los pacientes afectados para su gestión con los Servicios Quirúrgicos.

9. De acuerdo con las comprobaciones efectuadas por este Tribunal, los porcentajes de pacientes que superaron en 2022 en el Área de Salud I Murcia-Oeste los plazos máximos de espera establecidos por la normativa autonómica fueron el 22,42 % para la lista de espera quirúrgica, el 28,80 % para la lista de espera de consultas y el 27,76 % para lista de espera de pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 35.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	En los años 2020-2021, periodo álgido de la pandemia, hubo una disminución de la actividad presencial en los hospitales, por recomendaciones de los servicios de salud pública incrementándose la actividad no presencial. Esta disminución de actividad presencial en los años 20/21 junto al aumento de la demanda en el año 2022 provocó un desajuste entre la demanda y la capacidad de respuesta de nuestros servicios hospitalarios, a pesar del incremento de actividad asistencial. Ello motivó un empeoramiento de los tiempos de espera.

EN RELACIÓN CON LA PUBLICACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.4)

10. **Ni en el SES ni en el SMS** existen normas o manuales que regulen la publicación de información sobre listas de espera. La información sobre las tres listas de espera analizadas (quirúrgica, de consultas y de pruebas diagnósticas y terapéuticas) se publica en ambas Comunidades Autónomas con periodicidad semestral.

Si bien, respecto de las dos últimas, el SES no publica información segregada por Áreas de Salud y, por su parte, el SMS no distingue los diferentes procesos en la lista de espera quirúrgica.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 36.-
Subdirección General de Atención Hospitalaria	La publicación de las listas de espera en la Comunidad Autónoma de Murcia se realiza en los mismos periodos que realiza el Ministerio (junio-diciembre). Se confecciona la información por áreas de salud y la regional de las tres listas de espera (quirúrgica, consultas y pruebas), llevándose a cabo su publicación en la web del Servicio Murciano de Salud. Los datos sobre listas de espera de Murcia se publican en la web del ministerio (https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm),



en la aplicación Indicadores claves del Sistema Nacional de Salud (<https://inclasns.sanidad.gob.es>) o en las páginas sobre listas de espera de MurciaSalud (<https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=100415&idsec=2336>).

EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS (Subapartado II.3)

11. El importe de los gastos de asistencia sanitaria en el CHUB y en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) han ascendido, respectivamente, a 6.509.831 y a 30.723.261 22/05/2024 ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN REMITIDO PARA ALEGACIONES 52 euros. A la cifra del HCUVA habría que añadir la parte correspondiente del importe de la facturación por incrementos derivados del COVID-19 por un importe total para el conjunto del SMS 3.675.547 euros, respecto del que no es posible efectuar el desglose para las ocho áreas de salud del SMS.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 37.-
Dirección Gerencia Área I	Es necesario tener en cuenta el papel que juega el hospital en el SMS.
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	El Hospital Arrixaca abrió en 1975, el próximo año celebra su 50 aniversario. A la configuración inicial, se fueron añadiendo nuevas instalaciones en respuesta al rápido crecimiento de la población y de la cartera de servicios. Como hospital de área atiende la zona Murcia Oeste (alrededor de 268.000 personas). Pero como hospital ginecológico, como maternidad o como hospital infantil, atiende a toda el área metropolitana de Murcia (alrededor de 462.000 personas). Además, es hospital de referencia para toda la región (alrededor de 1.500.000 personas) en algunas patologías y es reconocido como CSUR a nivel estatal para varias patologías y tratamientos. Los trasplantes de órgano, los procedimientos neuroquirúrgicos y de cirugía plástica complejos, requieren muchas horas de quirófano y estos siempre resultan insuficientes. A modo de ejemplo. El Servicio de Cirugía General y Digestiva realizó 4.540 intervenciones en el año 2022: 2.518 en los quirófanos del hospital (1.478 fueron programadas y 1.040 fueron de urgencia) y las 2.022 intervenciones restantes en los quirófanos concertados disponibles para nuestro servicio. De estas intervenciones, el 33% fueron de pacientes especialmente complejos procedentes de otras áreas de salud. La inmensa mayoría de las intervenciones realizadas en los centros concertados fueron hechas por nuestros cirujanos, actuando como tales, en horario laboral. Según los datos que figuran en nuestros sistemas, el gasto total imputable al Área 1 asciende a un importe de 1.203.411,70 €.

12. Del total de gastos para la asistencia sanitaria con medios ajenos del Área de Salud I Murcia-Oeste (30.723.261), el 47 % (14.507.239 euros) corresponden a conciertos sanitarios acordados con empresas privadas tras la entrada en vigor de la LCSP, ello a pesar de que la Región de Murcia no se ha dotado de regulación sobre la asistencia sanitaria concertada en habilitación de la disposición adicional 49 de dicha norma. El 18 % (5.577.602 euros) proceden de expedientes de contratación antiguos ya finalizados y que no cumplen las circunstancias previstas en el artículo 29.4 de la LCSP para la prórroga de un contrato por razón de interés público, sin perjuicio de que el HCUVA los haya articulado bajo la figura de procedimientos sin licitación. Esta última incidencia afecta a diez



expedientes para los que hubo plazo más que suficiente para haber iniciado un nuevo expediente de contratación.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 38.-
Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones	El SMS sigue utilizando para las prestaciones que aún no se han adjudicado por contrato, los conciertos de asistencia sanitaria regulados en la legislación específica de sanidad, concretamente en el artículo 90 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, y entendemos que es un procedimiento valido al estar vigente la Ley General de Sanidad. Con respecto a la DA 49 de la LCSP, que han utilizado otras CCAA, la Región de Murcia carece de un decreto de desarrollo al respecto, si bien la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, establece en su Disposición adicional primera (Red sanitaria de utilización pública de la Región de Murcia), que "1. El sistema sanitario público impulsará la planificación sanitaria y la optimización de los recursos asistenciales, materiales y humanos, a través de la Red sanitaria de utilización pública de la Región de Murcia, en la que se integrarán los centros y establecimientos sanitarios de titularidad pública y aquellos de titularidad privada que, mediante los instrumentos jurídicos establecidos legalmente, establezcan vinculación con el Servicio Murciano de Salud para la prestación de asistencia sanitaria pública, garantizando así la calidad y homogeneización de la atención de cobertura pública."

13. En ninguno de los dos centros hospitalarios se analizó la posible insuficiencia de sus medios propios antes de acudir al recurso de la asistencia sanitaria con medios ajenos. En consecuencia, el análisis sobre el cumplimiento de dicha obligación -recogida tanto en la Ley 14/1986, General de Sanidad, como en la LCSP- se ha realizado sobre cada uno de los expedientes examinados, obteniéndose las siguientes conclusiones:

a) En 2022 estaban vigentes once contratos adjudicados por procedimiento abierto por los SSCC del SMS para la asistencia sanitaria a pacientes del HCUVA por medios ajenos.

De ellos, siete lo fueron con posterioridad a la entrada en vigor de la LCSP, uno de los cuales no incorporó el preceptivo informe de insuficiencia de medios. De los seis informes, tres no estaban soportados en una evaluación de los medios propios existentes y ninguno incluyó una estimación del coste que supondría dotarse de los recursos necesarios para su prestación y una valoración de distintas alternativas de gestión.

b) Además, ninguno de los trece conciertos formalizados por el SMS (14.507.239 euros) ni el resto de los expedientes tramitados al margen de la normativa de contratación (8.686.588 euros) por los SSCC del SMS, o por la propia Área de Salud I Murcia-Oeste, contaba con un estudio previo sobre medios propios y la conveniencia, en su caso, de proveerse de mayores recursos.

Sin perjuicio de lo anterior, al menos para las pruebas diagnósticas para las que se ha hecho el análisis, se ha verificado en ambos centros hospitalarios un nivel de uso de los medios propios (equipos de resonancia magnética, mamografías y equipos de TAC) adecuado, por lo que, si se opta por no externalizar dichas prestaciones, sería necesario incrementar el número de equipos.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 39.-
Servicio de Obras y Contratación	Los informes de insuficiencia de medios requeridos por la LCSP para la tramitación de contratos de servicios y que se emplean en el ámbito del SMS, obedecen a modelos que se han venido usando de forma habitual y en donde se expone la necesidad y conveniencia de acudir a medios externos para poder garantizar ciertas prestaciones sanitarias sobre todo para aligerar a sobrecarga de trabajo y listas de



espera en el sistema público. En este sentido cabe indicar que no existen criterios en la propia LCSP que determinen de qué manera o con qué contenido deben venir tales informes sino que más bien lo que existen son pronunciamientos doctrinales o recomendaciones que además varían según el objeto del contrato y sus circunstancias (no es lo mismo contratar a una persona física para hacer un informe que externalizar ciertos servicios más complejos) de forma que para el caso que nos ocupa, y viendo que el propio T de C ha dado por válido algunos de estos informes de ciertos expedientes, el SMS incidirá en que los informes de insuficiencia de medios para este tipo de prestaciones contenga unos estudios y valoraciones más acordes con lo requerido por el órgano fiscalizador.

14. En el **presupuesto del SMS** figura un único objetivo relacionado con la asistencia sanitaria con medios ajenos que, si bien no se vincula a ningún programa presupuestario, está alineado con uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión, relativo a la asistencia sanitaria con medios ajenos. En dicho objetivo se alcanzaron 0 puntos de los 45 posibles debido al exceso de gasto existente respecto al importe presupuestado; tampoco se ha realizado un seguimiento de las desviaciones sobre las metas ni, por tanto, se han diseñado actuaciones para corregir las mismas.

En concreto, en el Área de Salud I Murcia-Oeste, los gastos por asistencia sanitaria mediante medios ajenos fueron superiores en un 167 % a la cuantía inicialmente presupuestada. Esta circunstancia se viene poniendo de manifiesto para el conjunto de gastos del SMS en los sucesivos Informes de Fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, indicando este Tribunal cada año que la asignación presupuestaria del SMS resulta manifiestamente insuficiente.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 40.-
Subdirección General Asuntos Económicos Dirección Gerencia Área I	Tal y como se recoge en el INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA CUENTA GENERAL Y DEL RESTO DE CUENTAS ANUALES DEL SECTOR PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA, EJERCICIO 2021, la complejidad organizativa y de gestión del SMS y la enorme dificultad de adaptar las dotaciones presupuestarias a las necesidades reales de gasto de cada año, pueden requerir revisiones motivadas por medidas asistenciales u organizativas sobrevenidas. A modo de ejemplo, las urgencias desempeñan un papel crucial en la gestión/planificación de este centro sanitario. El volumen de pacientes que acuden a urgencias es muy importante y afecta la disponibilidad de camas, la asignación de recursos y la planificación de la atención sanitaria (en el Área I _ ejercicio 22): - Más del 70% de las hospitalizaciones vienen de las urgencias. - Más del 41% de las intervenciones realizadas por el Servicio de Cirugía General y Digestiva en los quirófanos del hospital se realizaron urgentemente. - Más de 3.000 intervenciones quirúrgicas urgentes fueron realizadas en 2022.

15. El **Consejo de Gobierno de la Región de Murcia** autorizó la compatibilidad del personal sanitario del SMS en centros sanitarios privados que prestaban asistencias sanitarias a pacientes del Área de Salud I Murcia-Oeste sin distinguir si la prestación asistencial a la que se refiere la compatibilidad estaba concertada o no. Los Acuerdos se basan en el interés público, sin cuyo amparo tales autorizaciones supondrían un incumplimiento del Real Decreto 598/1985, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependiente; no obstante, este Tribunal considera que,



según se recoge en dichos Acuerdos, la razón de interés público esgrimida carece de justificación y no supone ningún beneficio para el sistema sanitario público.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 41.-
Subdirección General de Recursos Humanos	El Consejo de Gobierno de la Región de Murcia, a propuesta del Consejero de Salud, adoptó mediante sucesivos Acuerdos la posibilidad de autorizar a determinados facultativos/diplomados del Servicio Murciano de Salud la compatibilidad del ejercicio profesional en centros concertados privados por razones de interés público, conforme al artículo 3 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre.
Subdirección General Asuntos Jurídicos	Las autorizaciones para la compatibilidad del ejercicio profesional en centros concertados acordadas en virtud de la declaración de interés público han venido resultando esenciales para garantizar la continuidad y calidad de la atención sanitaria en la Región de Murcia, habida cuenta la concurrencia de dos circunstancias: - Dificultades existentes para atender en los centros sanitarios públicos, en forma y tiempo adecuados, a la totalidad de los pacientes, lo que hace necesario acudir a la derivación a entidades sanitarias externas, una vez tenida en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios. - La inexistencia, en el sector privado, de un número suficiente de profesionales sanitarios para poder prestar la asistencia a los pacientes derivados por el Servicio Murciano de Salud. Dichas circunstancias constituyen la razón de interés público que ha llevado al Consejo de Gobierno a efectuar las correspondientes declaraciones, lo que ha permitido una optimización de los recursos disponibles y una respuesta más eficiente a la demanda asistencial, especialmente en las áreas donde la disponibilidad de servicios especializados es limitada, o con escasez de profesionales sanitarios, y donde el Servicio Murciano de Salud no puede ofrecer una cobertura completa. Autorizar su compatibilidad en centros concertados ayuda a cubrir las necesidades específicas en esas áreas, garantizando una atención adecuada y oportuna. Durante la crisis del COVID-19, la escasez de personal sanitario evidenció la necesidad de flexibilizar las incompatibilidades para asegurar una respuesta adecuada a la emergencia sanitaria. Durante la pandemia, los profesionales compatibles fueron cruciales para una respuesta rápida y efectiva, garantizando la continuidad de la asistencia sanitaria. Estos beneficios redundan en la mejora de la calidad tanto de la actividad propia del Servicio Murciano de Salud que se presta exclusivamente en régimen de concierto con centros de índole privada, como en la de los demás servicios sanitarios concertados, afectando de forma positiva a los intereses generales. Aunque la crisis sanitaria ha finalizado, resulta imperativo mantener esa capacidad asistencial reforzada para momentos de incremento de la demanda asistencial, tales como picos estacionales de enfermedades, de alta demanda asistencial, de emergencias sanitarias locales y otras contingencias, garantizando que el sistema de salud puede adaptarse y reaccionar eficientemente a cualquier situación. En definitiva, uno de los principales problemas del sistema sanitario público son las listas de espera para ciertos procedimientos y consultas. La autorización de compatibilidad permite que profesionales del Servicio Murciano de Salud puedan atender consultas y realizar intervenciones en centros concertados, reduciendo



significativamente los tiempos de espera y mejorando la satisfacción de los pacientes.

Ante la situación de carencia de estos colectivos profesionales durante los ejercicios a que se refiere el anteproyecto de informe, y que continua en la actualidad, ya que cada año se agotan las posibilidades de contratación de personal de las referidas categorías de personal, la medida adoptada proporciona una mayor flexibilidad operativa al sistema sanitario. En situaciones donde el sistema público enfrenta una sobrecarga, la existencia de profesionales derivados en centros concertados permite una gestión más eficiente y efectiva de los recursos, contribuyendo a la reducción del exceso de trabajo y mejorando la capacidad de respuesta en emergencias y, en definitiva, la calidad de la asistencia sanitaria pública.

Asimismo, favorecer la compatibilidad contribuye a una mayor integración y cooperación entre los centros públicos y concertados, lo cual es fundamental para la sostenibilidad y eficiencia del sistema sanitario en su conjunto. Una colaboración más estrecha permite una mejor coordinación de esfuerzos, recursos y conocimientos, lo que resulta en un mejor servicio para los pacientes. Continuar esta política de compatibilidad promoverá una integración y coordinación aún más estrecha de la red sanitaria, facilitando un sistema de salud más robusto y cohesionado que puede aprovechar los recursos y capacidades de ambos sectores.

Con base en las razones expuestas, entendemos que la concesión de compatibilidad a los profesionales sanitarios citados que trabajan en el Servicio Murciano de Salud, en centros concertados, se encuentra plenamente justificada por razones de interés público.

EN RELACIÓN CON LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL (Epígrafe II.4.1)

16. En relación con la gestión de residuos sanitarios, en el **HCUVA** se identificó como buena práctica la existencia de un sistema de trazabilidad y control automatizado de la producción de tales residuos.

EN RELACIÓN CON LA IGUALDAD (Epígrafe II.4.3)

17. Por lo que se refiere al **Área de Salud I Murcia-Oeste**, el único documento de planificación vigente en el ejercicio fiscalizado es el Acuerdo de Gestión, que no recoge ningún objetivo ni hace mención al principio de igualdad entre mujeres y hombres.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 42.-
Subdirección General de Recursos Humanos	El Servicio Murciano de Salud dispone de un Plan de Igualdad publicado en el BORM 97 del 28 de abril de 2023. https://www.borm.es/#/home/anuncio/28-04-2023/2623 Se ha incluido en la Adenda del Acuerdo de Gestión del Área I el siguiente indicador: -Comité multidisciplinar de Violencia de Género e Igualdad de Área de salud Y se contabilizará como creado el Comité multidisciplinar una vez que se ha realizado la constitución del mismo antes de noviembre de 2024 conforme a la Instrucción de la directora general de RRHH de fecha 21/12/2023. Anexos 10 y 11: - Ficha indicador Comité - Instrucción responsables y comités igualdad.



18. Ninguno de los contratos examinados (**ni en el Área de Salud de Badajoz ni tampoco en el Área de Salud I Murcia-Oeste**) incluyeron ninguna condición especial de ejecución o criterio de adjudicación relacionados con la igualdad de género, a pesar de lo establecido en el artículo 122.3.bis de la LCSP. Tampoco se incluyó ningún criterio de desempate relacionado con el principio de igualdad, a pesar de que dicha posibilidad se prevé en el artículo 147.1.e) de la LCSP.

Unidad Gestora Competente	ALEGACIÓN 43.-
Servicio de Obras y Contratación	Sobre este particular cabe mencionar que según la redacción literal del art.202 de la Ley de Contratos, los órganos de contratación podrán establecer condiciones especiales en relación con la ejecución del contrato, siendo obligatorio el establecimiento en el pliego de cláusulas administrativas particulares de al menos una de estas condiciones especiales de entre las que enumera en el propio artículo entre las cuales se encuentran condiciones de carácter social, medioambiental o innovación, esto es, que lo que establece este precepto es la obligación de establecer tales condiciones especiales pero no tiene por qué ser obligatoriamente aspectos vinculados a temas de igualdad de género, máxime cuando la propia Ley establece que, en todo caso, estas condiciones que se fijen en los pliegos, deben estar “vinculadas al objeto del contrato”. Por ello, este órgano de contratación cumple con lo establecido en la normativa al incluir estas condiciones (p.e. en el expediente HABILITAS se trataba de condiciones de naturaleza medioambiental). Otro tanto cabe indicar respecto a la aplicación del art.122.3 bis de la LCSP en lo que concierne esta vez a incluir criterios de adjudicación dirigidos a la promoción de la igualdad de trato y no discriminación por razón de orientación sexual, identidad sexual, expresión de género y características sexuales, para a continuación aclarar que ello es de aplicación siempre que exista vinculación con el objeto del contrato cuestión esta que ya ha tenido ocasión el Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales de fijar las condiciones en que pueden aplicarse tales criterios rechazando su empleo cuando “objetivamente no inciden en el nivel de rendimiento del mismo o a su mejor ejecución, ni se erige por tanto en parámetro que permita evaluar de manera comparativa el nivel de rendimiento de unas ofertas en relación con otras” (RES. TACRC nº480/2021, de 30 de abril), y que perfectamente se puede considerar respecto a los contratos analizados por el Tribunal de Cuentas. Por su parte, en lo que respecta a la no existencia en los Pliegos de criterios de desempate relacionados con el principio de igualdad según el art.147.1.e) de la LCSP, cabe reseñar que el citado artículo 147 lo que regula expresamente es que los órganos de contratación podrán establecer en los pliegos criterios de adjudicación específicos para el desempate, luego es una opción, para a continuación indicar en el apartado 2 de este mismo artículo que en defecto de la previsión en los pliegos, el empate entre varias ofertas tras la aplicación de los criterios de adjudicación del contrato se resolverá mediante la aplicación por orden de los determinados criterios sociales, es decir, que por un lado no es preceptivo establecer criterios específicos de desempate y aun en el supuesto de que se hiciera, no tienen por qué ser las referidas a aspecto de igualdad de oportunidades entre hombre y mujeres (pueden ser otras de índole social como inserción de minusválidos o dirigidos a promover los contratos fijos), y para el caso de que en los Pliegos no se recoja nada respecto al desempate, por defecto la norma establece otros criterios según el orden que establece ese mismo precepto, que es la fórmula habitual empleada en los Pliegos del Área I.



ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXPRESIDENTE DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

En relación a la notificación electrónica procedente del Tribunal de Cuentas de la que soy destinatario (con DIR3 I000000021), referida al *Anteproyecto de informe de fiscalización de los gastos derivados de la actividad asistencial prestada por medios ajenos, su planificación y control y de la gestión de las listas de espera del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, en el ejercicio 2022*, a efectos de poder realizar alegaciones respecto al resultado del mismo, conforme a la Ley 7/1988,

EXPONGO:

Que es de reconocer y, por ello, lo pongo de manifiesto en primer lugar, el valor y el carácter positivo que tiene esta iniciativa pionera del Tribunal de Cuentas. Con la realización de esta fiscalización operativa en el marco de su Plan Estratégico contribuye al buen gobierno y a la mejora de la actividad económica-financiera del sector público.

No obstante, debo señalar en lo relativo a la planificación y gestión de las listas de espera que la metodología utilizada para la evaluación no se adapta adecuadamente a la evaluación operativa de un servicio con tantas contingencias como la sanidad. Máxime en un año, el que es objeto del informe de fiscalización, en el que perduraban los efectos directos de la pandemia sanitaria del COVID-19.

Por otro lado, en lo relativo a los gastos derivados de la asistencia sanitaria con medios ajenos y la formalización de conciertos en el marco de la propia planificación sanitaria, su evaluación y objetivos, cúpleme indicar que, a results del ejercicio de la actividad de control financiero de la Intervención General de la Junta de Extremadura, el Servicio Extremeño de Salud presentó un Plan de Acción con medidas y calendarización, llevándose a cabo oportunamente.

Finalmente, y señalado lo anterior, pongo de manifiesto que valgan a este respecto las alegaciones que el Gobierno de la Junta de Extremadura pueda realizar al respecto del citado Informe de fiscalización.

En Mérida a 6 de junio de 2024.



**ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXDIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO
EXTREMEÑO DE SALUD**



ALEGACIONES ANTEPROYECTO INFORME HOSPITAL UNIVESITARIO BADAJOZ

EX DIRECTOR GERENTE DEL SES

Las deficiencias detectadas en el análisis de la planificación y seguimiento de las listas de espera son las siguientes:

1. La normativa autonómica no regula la forma de elaboración, aprobación y contenido de los Planes de Salud de Área ni de los Acuerdos de Gestión, documentos que, por su naturaleza, incluyen la planificación y seguimiento de las listas de espera.
2. La planificación sanitaria contenida en el Plan de Salud de Extremadura 2021-2028, vigente durante el período fiscalizado, no incluyó ningún objetivo relacionado con la lista de espera de consultas (LEC).
3. Los indicadores incluidos en el Acuerdo de Gestión del Área para 2022 no están coordinados con los contenidos en el Plan de Salud de Extremadura 2021-2028, ni se ha elaborado ningún informe de seguimiento de los indicadores del citado Acuerdo durante el período fiscalizado.
4. El III Plan Operativo Integral de Listas de Espera del SES 2020-2022 cuenta con un objetivo general y cuatro objetivos segregados en líneas de acción concretas; sin embargo, no se establecieron metas ni indicadores específicos, ni se realizó ningún seguimiento relativo al cumplimiento del Plan.

Al ser un plan operativo las metas las podemos equiparar a las acciones y los indicadores por su obviedad se omitieron ya que serían si la acción se había llevado a efecto o no. El seguimiento se realizaba en las reuniones del Observatorio para el análisis y control de las LE del SES.

5. En ninguno de los documentos que contienen indicadores -Plan de Salud de Extremadura y Acuerdo de Gestión- se estableció ninguno relativo a las siguientes variables, que resultan de interés para la evaluación de la espera efectiva de los pacientes:

- Número de pacientes en espera no estructural⁹.
- Espera media de los pacientes intervenidos o atendidos.
- Espera media de los pacientes intervenidos o atendidos una vez superado el tiempo de espera máximo garantizado¹⁰.
- Número de entradas y salidas de las listas de espera y ratio entre estas dos variables.
- Salidas de lista de espera quirúrgica (LEQ) por causa diferente a intervención quirúrgica, tales como fallecimiento o desistimiento.

Además, los indicadores se establecen, con carácter general, con referencia al final del año, sin tener en cuenta las variaciones producidas durante el mismo.

En el sistema de información de listas de espera (BW de JARA) hay disponibilidad de acceder a todos esos indicadores y así se utilizaban para su control y seguimiento.

6. En el periodo fiscalizado no se ha realizado una evaluación de la situación inicial (1 de enero de 2022) de las listas de espera con análisis de sus causas, de las medidas empleadas para el cumplimiento de los indicadores ni de los medios y financiación necesaria para la consecución de los objetivos.

Aunque no existe documento específico (sí existen actas de todas las reuniones), en las reuniones periódicas del Observatorio para el análisis y control de las listas de espera del SES y sobre todo en la primera reunión del año se analiza el cierre del ejercicio y las diferentes circunstancias del análisis de las listas de espera en todas y cada una de las áreas de salud

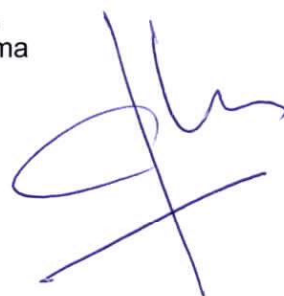
II.2.2. ¿Los mecanismos empleados para la inclusión, movimientos y salida en el registro de pacientes fueron acordes al cumplimiento de sus fines?

1. ENTRADAS Y SALIDAS DEL REGISTRO DE PACIENTES DE LAS LISTAS DE ESPERA

2. ANÁLISIS DE LOS MOVIMIENTOS DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

El Real Decreto 605/2003¹² clasifica a los pacientes incluidos en el Registro de Lista de Espera Quirúrgica en:

- a) Pacientes en lista de espera estructural, si la espera se atribuye al sistema sanitario.
- b) Pacientes en lista de espera no estructural, cuando la espera no se atribuye al sistema sanitario:
 - Pacientes en espera tras rechazo a ser intervenidos en centro alternativo.
 - Pacientes Transitoriamente no Programables (TNP): cuando la programación no es posible por razones personales o laborales, o por causa médica.



Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

La Ley 1/2005, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Extremadura, establece en su artículo 7 los periodos en los que aplican las causas de suspensión establecidas en la normativa estatal y que se han detallado en el gráfico X; además, añade el supuesto de fuerza mayor. Fuera de dichas excepciones la incomparecencia del paciente le hará perder la garantía de plazo máximo para ser atendido.

Sin embargo, el Manual de LEQ, que dedica su apartado 7.3 a la suspensión de los tiempos máximos de respuesta, no hace referencia a las causas tipificadas por la normativa, indicando que se suspende el plazo *“cuando el paciente en espera solicite un aplazamiento no superior a los 3 meses”*. Sobre este particular, es necesario señalar lo siguiente:

- Tal regulación supone un régimen de suspensión distinto al previsto por la legislación básica estatal, puesto que se deja de exigir la acreditación posterior al hecho causante, siendo suficiente la solicitud del aplazamiento.
- Adicionalmente, el contenido de la Instrucción 1/2019, pese a afectar a derechos de los ciudadanos, no es objeto de publicidad.
- Es posible, por tanto, que se concedan permisos para un paciente incluido en prioridad 1 (no admite demora superior a 30 días) o prioridad 2 (90 días) por encima de dicho período máximo en el que habría de ser atendido según criterios médicos, lo que constituye una deficiencia en la gestión.

Además, el sistema de información Jara Asistencial permite la concesión de aplazamientos por *“otros motivos”* distintos a la solicitud del paciente, decisión médica o causa de fuerza mayor, lo que constituye un riesgo de reducción no justificada de la lista estructural y de aumento de la de TNP.

Teniendo en cuenta estas circunstancias, se ha analizado la evolución mensual del número de pacientes en LEQ en el Área de Salud de Badajoz desde enero de 2021 a enero de 2023, detectándose una disminución significativa de los pacientes en lista de espera estructural en los meses de diciembre de 2021, junio de 2022 y diciembre de 2022, coincidiendo con las fechas de suministro de información al Ministerio de Sanidad y de publicación de información semestral: En el gráfico anterior, se observa que, frente a esta disminución del número de pacientes en lista de espera estructural en los tres momentos señalados (diciembre de 2021, junio de 2022 y diciembre de 2022) se ha producido un correlativo aumento de los pacientes Transitoriamente no Programables (TNP). En el siguiente gráfico se muestra la evolución de los pacientes TNP durante el mismo período, cuyos datos no son objeto de publicación.

Durante los meses de junio y diciembre de todos los años, se produce una intensificación de las medidas de depuración de todas y cada una de las listas de espera tratando de identificar situaciones que podrían estar relacionadas con un TNP o con cualquier otra circunstancia. Se revisan todos los pacientes que están en LEQ detectando múltiples situaciones que provoca ese movimiento, el más frecuente la anotación de que hay pacientes que no quieren intervenir en periodo navideño, aunque las causas son muy diversas. Es verdad que estas acciones deberían ser una constante en todos los meses pero es al realizar los cortes de junio y diciembre donde hay una mayor intensidad de las mismas.

La causa que representó un mayor porcentaje (48 % del total) fue “*Otros motivos*”, es decir, causa indeterminada en el sistema de información.

A mayor abundamiento, de los 521 pacientes en situación TNP por esta causa, 310 fueron incluidos de forma masiva al final del ejercicio 2022 y por un período no superior a los 5 días. De acuerdo con las comprobaciones efectuadas sobre una muestra seleccionada en el sistema de información¹⁴, este movimiento de pacientes fue efectuado por los Servicios Centrales del SES y no desde el centro hospitalario.

Por la Oficina Central de LE que colabora con las áreas en las depuraciones a final de estos periodos.

El porcentaje de pacientes en situación TNP en diciembre de 2022 sobre el total de pacientes en LEQ fue del 13 %, mientras que ese porcentaje ascendía, a esa misma fecha, al 22 % para el conjunto de Áreas de Salud de Extremadura.

El uso masivo de una circunstancia no identificada en la norma a finales del mes de diciembre de 2022 por causas no justificadas supone un riesgo de falta de correspondencia de la realidad con los datos suministrados de pacientes en lista de espera quirúrgica. También supone un riesgo en el sistema de garantías, al suspenderse temporalmente la misma para estos pacientes sin que exista justificación para ello.

Las causas son siempre justificadas y pretende reflejar la realidad del momento, los profesionales de los servicios de admisión de las áreas de salud y de la Oficina Central de LE cumplen escrupulosamente con sus obligaciones en este sentido.

III. CONCLUSIONES

EN RELACIÓN CON LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS (SUBAPARTADO II.1.)

1. El **Servicio Extremeño de Salud (SES)** dispone de una regulación general de la organización periférica de las Áreas de Salud de Extremadura, sin que la estructura y funciones del Área de Salud de Badajoz se encuentren especificadas en ninguna norma, lo que supone un riesgo para la delimitación de dichas funciones y de las responsabilidades. No obstante, se encuentra elaborado un borrador de regulación al respecto que a fecha de remisión del presente Anteproyecto a alegaciones (mayo de 2024) no estaba aprobado.

EN RELACIÓN CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO PARA LAS LISTAS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.1)

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

2. Sin perjuicio de otros documentos de planificación del SES vigentes durante el periodo fiscalizado y que afectaban al Área de Salud de Badajoz -Plan de Salud de Extremadura 2021-2028, III Plan operativo integral de listas de espera y Plan especial de cataratas-, dicha Área de Salud no contaba con un Plan de Salud propio, lo que resulta contrario tanto a la normativa básica estatal como autonómica. Como documento específico de planificación contó con el Acuerdo de Gestión del Área.

La planificación de listas de espera en el Área de Salud de Badajoz, los indicadores para su medición y las medidas de seguimiento se regulan en varios instrumentos, sin que exista coordinación e integración de los mismos. Los indicadores establecidos no recogen algunos aspectos relevantes para la gestión de la lista de espera y no se ha constatado su establecimiento basándose en un estudio de necesidades, medios y previsión de demanda, así como tampoco se han previsto los medios y financiación necesarios para su cumplimiento. Se ha efectuado el seguimiento del Plan de Salud autonómico, pero no del Acuerdo de Gestión del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB).

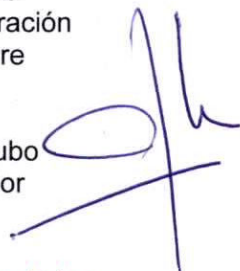
EN RELACIÓN CON LA INCLUSIÓN, MOVIMIENTOS Y SALIDAS DE PACIENTES DE LAS

LISTAS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.2)

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

3. Se conceden aplazamientos no superiores a tres meses a los pacientes en lista de espera quirúrgica (LEQ) que así lo soliciten, sin que se requiera causa específica ni justificación posterior, lo que resulta contrario al régimen de suspensiones previsto en la normativa estatal básica.

4. En el Área de Salud de Badajoz se produjo una disminución del número de pacientes en LEQ y un correlativo aumento de los pacientes en situación de Transitoriamente no Programables (TNP), que según la normativa son aquellos pacientes a los que no se les programa la operación por razones personales, criterio médico o causa de fuerza mayor) en los meses de diciembre de 2021 y junio y diciembre de 2022 (ascendiendo en esta última fecha a 310 pacientes), coincidiendo con las fechas de suministro de información al Ministerio de Sanidad y de publicación de datos de listas de espera. Además, en la mayoría de los casos en los que hubo traspaso de pacientes de programables a no programables en los meses indicados lo fue por un periodo inferior a cinco días y por causas distintas a las reguladas.



Durante los meses de junio y diciembre de todos los años, se produce una intensificación de las medidas de depuración de todas y cada una de las listas de espera tratando de identificar situaciones que podrían estar relacionadas con un TNP o con cualquier otra circunstancia. Se revisan todos los pacientes que están en LEQ detectando múltiples situaciones que provoca ese movimiento, el más frecuente la anotación de que hay pacientes que no quieren intervenir en periodo navideño, aunque las causas son muy diversas. Es verdad que estas acciones deberían ser una constante en todos los meses pero es al realizar los cortes de junio y diciembre donde hay una mayor intensidad de las mismas.

EN RELACIÓN CON LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA GARANTIZAR LA EQUITAD ENTRE PACIENTES Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS MÁXIMOS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.3)

5. El Consejo Interterritorial de Salud no ha establecido criterios de priorización de pacientes, a pesar del mandato establecido Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Las entidades fiscalizadas continúan utilizando como referencia los establecidos en el Anexo III del citado Real Decreto, con una antigüedad de más de 20 años.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

6. La Consejería con competencias en Sanidad en Extremadura no ha establecido prioridades de atención a determinados procesos a pesar de la previsión legal establecida en el Decreto 228/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Pacientes en Lista de Espera del Sistema Sanitario Público de Extremadura y se crea el fichero de datos de carácter personal del citado registro.

DECRETO 132/2006, de 11 de julio, por el que se reducen los tiempos de espera en determinadas especialidades en la atención sanitaria especializada. Se disminuyen plazos para algunos procedimientos quirúrgicos, también se reducen plazos de consultas y pruebas a procesos oncológicos.

7. A pesar de que la atención a los pacientes en listas de espera quirúrgica y de pruebas diagnósticas y terapéuticas se realiza tomando como referencia los criterios de prioridad establecidos en el Real Decreto 605/2003, las demoras medias con las que son atendidos muestran programaciones de actividad no compatibles con tales criterios. No obstante, lo anterior no implica necesariamente el incumplimiento del principio de equidad de pacientes, puesto que han podido ser utilizados otros criterios médicos no estandarizados

que justifiquen la no utilización de la prioridad establecida originalmente.

8. Se ha constatado la existencia de debilidades en el sistema de información de listas de espera para el seguimiento de los tiempos máximos en los que los pacientes deben ser atendidos, ya que no ha resultado posible identificar de forma directa a los pacientes que han perdido la garantía por superar el tiempo máximo de espera y no es posible obtener información sobre el cumplimiento de los tiempos de espera para todas las especialidades, no pudiéndose contar con informes fiables sobre el cumplimiento de dichos plazos en el ejercicio fiscalizado.

9. De acuerdo con las comprobaciones efectuadas por este Tribunal, los porcentajes de pacientes que superaron en 2022 en el Área de Salud de Badajoz los plazos máximos de espera establecidos por la normativa autonómica fueron el 18,57 % para la LEQ, el 31,13 % para la lista de espera de consultas y el 44,48 % para la lista de espera de pruebas diagnósticas y terapéuticas.

EN RELACIÓN CON LA PUBLICACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA (EPÍGRAFE II.2.4)

10. Ni en el SES ni en el SMS existen normas o manuales que regulen la publicación de información sobre listas de espera. La información sobre las tres listas de espera analizadas (quirúrgica, de consultas y de pruebas diagnósticas y terapéuticas) se publica en ambas Comunidades Autónomas con periodicidad semestral.

Salud y, por su parte, el SMS no distingue los diferentes procesos en la lista de espera quirúrgica.

EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS (Subapartado II.3)

11. El importe de los gastos de asistencia sanitaria en el CHUB y en el Hospital Clínico Universitario

Virgen de la Arrixaca (HCUVA) han ascendido, respectivamente, a 6.509.831 y a 30.723.261 euros. A la cifra de Badajoz habría que añadir la parte que afecta a esta área de otros cuatro contratos tramitados por los Servicios Centrales (SSCC) del SES por 11.907.634 euros respecto de los que no resulta posible el desglose entre las ocho áreas de salud que conforman el SES.

12. Los importes indicados representan el 5,29 % y el 12,58 % del total de compras y gastos de cada uno de los dos hospitales analizados. Del total de gastos para la asistencia sanitaria con medios ajenos del Área de Salud de Badajoz (6.509.831 euros), el 85 % (5.526.417) son gastos que proceden de expedientes de contratación antiguos que habían perdido su vigencia -cinco expedientes en total, algunos finalizados desde hace más de ocho años, plazo más que suficiente para haber iniciado un nuevo expediente de contratación- y que no cumplen las circunstancias previstas en el artículo 29.4 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre del Contratos del Sector Público (LCSP) para la prórroga de un contrato por razón de interés público. Además, el 7 % (443.931 euros) se tramitó al margen de los procedimientos previstos en la LCSP, sin que, en este caso, se contara con un contrato previo ya finalizado en relación con la prestación sanitaria en cuestión.

13. En ninguno de los dos centros hospitalarios se analizó la posible insuficiencia de sus medios propios antes de acudir al recurso de la asistencia sanitaria con medios ajenos. En consecuencia, el análisis sobre el cumplimiento de dicha obligación -recogida tanto en la Ley 14/1986, General de Sanidad, como en la LCSP- se ha realizado sobre cada uno de los expedientes examinados, obteniéndose las siguientes conclusiones:

a) Los cuatro contratos adjudicados por los SSCC del SES por procedimiento abierto vigentes en el ejercicio fiscalizado contaban con el preceptivo informe de insuficiencia de medios, si bien solo uno estaba soportado en una evaluación de los medios propios existentes y ninguno incluyó una estimación del coste que supondría dotarse de los recursos necesarios para su prestación y una valoración de distintas alternativas de gestión.

b) Ninguno de los doce expedientes tramitados por los SSCC del SES, o por la propia Área de Salud de Badajoz, al margen de la normativa de contratación (5.970.348 euros) contaba con un estudio previo sobre medios propios y la conveniencia, en su caso, de proveerse de mayores recursos.

Sin perjuicio de lo anterior, al menos para las pruebas diagnósticas para las que se ha hecho el análisis, se ha verificado en ambos centros hospitalarios un nivel de uso de los medios

propios (equipos de resonancia magnética, mamografías y equipos de TAC) adecuado, por lo que, si se opta por no externalizar dichas prestaciones, sería necesario incrementar el número de equipos.

14. Si bien el **presupuesto del SES** contó con nueve indicadores de asistencia sanitaria con medios ajenos dentro del programa presupuestario 212C *Atención Especializada de Salud*, no están basados en una planificación global de la gestión de la actividad sanitaria, sino que se limitan a aportar el dato del número de asistencias presupuestadas para el ejercicio. Tampoco se realizó un seguimiento sobre las desviaciones ni, en consecuencia, se diseñaron las actuaciones de mejora que pudieran ser necesarias.

15. No existe ni **en los SSCC del SES ni tampoco en el Área de Salud de Badajoz** un manual de procedimiento para el control de las facturas remitidas por los centros privados. En ambos casos, el procedimiento seguido en la práctica es que una vez comprobada la correspondencia de las facturas recibidas con las asistencias contratadas, se emite el certificado de conformidad. La ausencia de un procedimiento normalizado que distinga, por un lado, la adecuación del servicio con la propuesta médica de derivación y, por otro, la verificación de la factura respecto de la tarifa establecida, constituye un riesgo de control interno.

EN RELACIÓN CON LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL (Epígrafe II.4.1)

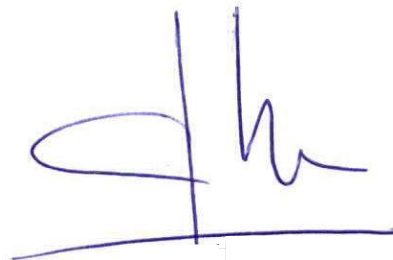
16. En la inspección física realizada al efecto en el **CHUB** se han constatado los siguientes incumplimientos y riesgos en la gestión de residuos:

- Existencia de recipientes sin las preceptivas tapas y cierres herméticos.
- Riesgos en el transporte de residuos en el interior del hospital debido al prolongado tiempo de avería del ascensor destinado a los mismos y del montacargas.

EN RELACIÓN CON LA IGUALDAD (Epígrafe II.4.3)

17. Tanto el **Plan de Salud Extremeño como el Acuerdo de Gestión del Área de Salud de Badajoz** (documentos de planificación sanitaria vigentes en el periodo fiscalizado que afectan a dicha Área) incluyen entre sus objetivos algunos tendentes a dar cumplimiento a la igualdad entre mujeres y hombres y a la prevención de la violencia de género.

18. Ninguno de los contratos examinados (**ni en el Área de Salud de Badajoz ni tampoco en el Área de Salud I Murcia-Oeste**) incluyeron ninguna condición especial de ejecución o criterio de adjudicación relacionados con la igualdad de género, a pesar de lo establecido en el artículo 122.3.bis de la LCSP. Tampoco se incluyó ningún criterio de desempate relacionado con el principio de igualdad, a pesar de que dicha posibilidad se prevé en el artículo 147.1.e) de la LCSP.



Fcl.