

Karen Moreno

Auditora

María Asunción Olaechea

Auditora

Ainara Rodríguez

Técnica de Auditoría

Cámara de Comptos de Navarra/Nafarroako Kontuen Ganbera

El desconcierto de los conciertos sanitarios

RESUMEN/ABSTRACT:

En 2011 la Cámara de Comptos de Navarra emitió un informe de fiscalización sobre los conciertos sanitarios. Los objetivos fueron analizar el gasto y la actividad concertada en 2008 y 2009 con determinadas entidades, analizar la gestión de estos fondos y estimar el coste estándar de cuatro prestaciones concertadas realizadas en varios centros públicos y privados (resonancia magnética simple y con contraste de rodilla y tobillo, consulta primera y de revisión de traumatología, sesión de hemodiálisis e implantación de prótesis de rodilla) a través de la metodología del coste por proceso. Las principales conclusiones obtenidas muestran que no se valoran las alternativas de forma previa a la concertación para justificar los conciertos, que los costes estimados públicos son en general inferiores a las tarifas establecidas y que la mayoría de éstas son diferentes dependiendo del centro concertado aunque se esté concertando lo mismo. Por lo tanto, creemos que a pesar de que existe la creencia generalizada de que lo público es más caro, no existe evidencia empírica que sustente este hecho y debería existir un análisis riguroso previo sobre las posibilidades de prestar los servicios a concertar sustentado en sistemas de costes consistentes que orienten la toma de decisiones.

In 2011 the Navarre Cámara de Comptos issued an audit report detailing government and private entities agreements for providing healthcare services. Its objectives were threefold. First, to analyse the spending of government funds between 2008 and 2009 and the activities agreed with specific entities. Second, to analyse the management of those funds. Third, to estimate the standard cost of four services carried out in various public and private centres (basic and contrast-enhanced magnetic resonance imaging of the knee and ankle, first orthopaedic consultation and check-up, haemodialysis session and implanting of a prosthetic knee), using a cost-per-procedure methodology. The three main conclusions were: first, the alternatives are not assessed prior to deciding which services should be contracted by the government and so the agreement is not justified; second, public costs are generally lower than established rates; and third, most of the established rates are different depending on the centre in which the service is rendered, although it is the same service. Therefore, we believe that although the general assumption is that public centres are more expensive, there is no empirical evidence to support this fact, and a strict analysis must be carried out of the different possibilities of contracting services, based on consistent cost systems which can help in decision-making.

CONCIERTO SANITARIO, TARIFA, COSTE, PRESTACIÓN SANITARIA, EFICIENCIA
GOVERNMENT AND PRIVATE SECTOR AGREEMENTS FOR HEALTHCARE SERVICES, FEES,
COST, HEALTHCARE PROVISION, EFFICIENCY

PALABRAS CLAVE/KEYWORDS:

INTRODUCCIÓN

La sanidad pública, accesible y de calidad es uno de los mejores indicadores del Estado de bienestar de un país, siendo uno de los servicios públicos que más relevancia tiene para los ciudadanos.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹, España dedica al área sanitaria unos 63,7 millones de euros lo que supone el 6,1% del PIB, porcentaje inferior al asignado por otros países de la Unión Europea como Francia, Alemania o Italia.

Las actuaciones en salud pública deben justificar su necesidad, entre otros, en los principios de eficiencia y sostenibilidad en la utilización de los recursos sanitarios públicos. Dentro de las posibilidades de actuación la legislación prevé la colaboración de la iniciativa privada para la prestación de servicios sanitarios.

En este sentido, el recurso a sistemas de gestión indirecta, con participación del sector privado ha sido una de las fórmulas que ha proliferado en los últimos años.

El origen de las nuevas fórmulas de gestión arranca en España en 1991 con el denominado “Informe Abril” elaborado por una comisión de expertos constituida ante la preocupación por el elevado gasto sanitario y la falta de eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios. El informe propuso una serie de medidas y parte de ellas se plasmaron en la Ley 15/1997 de 25 de abril, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Servicio Nacional de Salud.

A partir de esta ley, la gestión y administración de los centros sanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de entidades públicas admitidas en Derecho. Muchas y distintas han sido las experiencias en las Comunidades Autónomas.

En Navarra el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), organismo autónomo adscrito al Departamento de Salud, organiza y gestiona en régimen descentralizado los servicios y prestaciones de atención primaria y especializada de salud.

En Navarra mediante la figura de los conciertos sanitarios se ha materializado la colaboración para prestaciones sanitarias de asistencia especializada con diferentes entidades privadas. Con algunas de ellas se viene concertando desde hace décadas y con otras la concertación es consecuencia directa de la aprobación de la **Ley Foral 14/2008 de garantías de espera en atención especializada**.

En 2009, España dedicó un 9 por ciento del gasto sanitario público a los conciertos sanitarios, destacando los casos extremos de Cataluña y Castilla la Mancha que destinaron un 25 y un 3,7 por ciento respectivamente. En Navarra este porcentaje se situó en el 6,5 por ciento en 2009 frente al 4,9 por ciento en 2002 según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad².

En 2010, la Mesa del Parlamento de Navarra solicitó a la Cámara de Comptos la fiscalización de los fondos públicos destinados a los conciertos con determinadas entidades privadas. La aceptación de esta solicitud culminó con la publicación de un informe en octubre de 2011 que ha servido de base para realizar este artículo³.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA FISCALIZACIÓN

Los objetivos de la fiscalización, teniendo en cuenta la petición parlamentaria recibida, fueron analizar el gasto y la actividad concertada en 2008 y 2009 con las entidades privadas solicitadas y analizar la gestión de esos fondos públicos.

Además de lo anterior se añadió otro objetivo motivado por el trabajo realizado en informes previos de la Cámara de Comptos donde se había detectado que no existía una justificación robusta del cálculo de las tarifas de las prestaciones sanitarias con los centros concertados. Estos precios diferían, en algunos casos, a pesar de que se concertara lo mismo, sin que existieran razones que motivaran esas disparidades en los textos reguladores de los conciertos, tal y como se observa a continuación:

¹ Estadística del Gasto Sanitario Público elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tomada de su página web.

² Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud elaborados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad recogidos en su página web.

³ Informe sobre los conciertos sanitarios (ejercicio 2008 y 2009) de la Cámara de Comptos de Navarra.

Tabla 1. Tarifas abonadas a distintos centros por prestación concertada

	CUN	CSM	DIFERENCIA	
CONSULTAS (para cualquier especialidad)				
Primera consulta	171,82	113,94	51%	
Consulta Revisión	138,92	65,11	113%	
HOSPITALIZACIÓN (para cualquier especialidad)				
Estancia médica 9 primeros días	366,72	314,68	17%	
Estancia médica 10º día y ss	275,61	227,88	21%	
Estancia quirúrgica 9 primeros días	550,47	528,29	4%	
Estancia quirúrgica 10º día y ss.	413,78	401,50	3%	
Estancia en UCI y UCIP	1.098,68	849,64	29%	
FORFAITS QUIRÚRGICOS (precios fijos para determinados procedimientos)				
Tiroidectomía	4.778,01	3.724,92	28%	
Trabeculotomía	1.154,43	1.001,53	15%	
Cistectomía	10.863,11	6.218,91	75%	
Nefrectomía	6.533,06	4.817,58	36%	
RTU vesical	2.823,55	2.419,05	17%	
Cesárea	3.666,55	3.157,92	16%	
Conización	2.525,16	1.403,81	80%	
Histerectomía	3.515,44	3.123,00	13%	
Histeropexia	4.067,71	2.976,26	37%	
Mastectomía	3.691,09	3.203,46	15%	
Injerto cutáneo	9.407,22	2.248,97	318%	
Artroscopia	1.955,23	1.903,83	3%	
Prótesis cadera	7.072,30	4.983,35	42%	
Prótesis rodilla	7.418,23	4.437,67	67%	
Hernia de hiato	5.016,57	3.256,00	54%	
Escisión hemorroides	961,90	1.115,40	-14%	
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS				
TAC	151,92	131,84	15%	
Colonoscopia	141,91	136,72	4%	
Gastroscopia	115,05	110,68	4%	
Rectosigmoidoscopia	115,05	110,68	4%	
Polipectomía endoscópica	896,07	461,36	94%	
Ecografía mama	65,11	65,11	0%	
Mamografía	86,81	65,10	33%	
Plus de anestesia	128,87	95,37	35%	
	CUN	CSM	MÉDICIS	ALLIANCE ⁴
Resonancia magnética (para cualquier parte del cuerpo, simple, doble, con o sin contraste, con informe)	398,87	250,00	253,50	105,00

⁴En este caso, la tarifa es de una resonancia simple con informe, el de una doble aumentaría un 60 por ciento alcanzando los 168 euros.

Se pudo constatar que en Navarra se desconoce el coste de la mayor parte de las prestaciones ofertadas en el ámbito público. Tan solo se tiene información sobre el coste de los procesos quirúrgicos o estancias que generan ingreso a través del sistema de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Sin embargo, se ha puesto de manifiesto por diversos autores nacionales e internacionales como Barretta, A. (2005) o Monge, P. (2004), que, a pesar de ser un sistema útil para la clasificación de pacientes, no es el más adecuado para la asignación de consumo de recursos y no ofrece información útil para la gestión.

Este desconocimiento nos llevó a proponer a los centros hospitalarios públicos que colaborasen en la obtención del consumo de recursos de algunas prestaciones concertadas sin ceñirnos a la mera constatación de la inexistencia de una contabilidad analítica, en un intento de contribuir al impulso del establecimiento de un sistema de costes.

Por ello, el tercer objetivo incluido en la fiscalización fue estimar el coste estándar de algunas prestaciones sanitarias concertadas para proporcionar a los gestores una herramienta de gestión para la negociación de las tarifas con los centros concertados. De igual forma, conocer los costes de las prestaciones sanitarias ayudaría a fijar los precios públicos del SNS-O a facturar a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria gratuita y a los terceros obligados al pago, según el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la normativa que lo desarrolla, según indican las resoluciones del SNS-O (2006), (2010) aprobadas con este fin. Esta normativa señala que estos precios públicos deben basarse en el coste de las prestaciones. Sin embargo, estos datos se establecieron en su día por comparación con otras comunidades autónomas y su modificación obedece a simples actualizaciones de precios.

Los criterios de selección de la muestra de prestaciones a analizar fueron el volumen de actividad concertada y el gasto realizado en 2009 así como su prestación en la mayoría de los centros tanto públicos como concertados.

Los procesos seleccionados, que supusieron el 17 por ciento del gasto en concertos en Navarra en 2009, fueron:

- Resonancia magnética de rodilla y tobillo sin contraste o con él realizada en tres centros públicos y cuatro concertados.
- Sesión de hemodiálisis llevada a cabo en tres centros públicos y uno concertado.
- Primera consulta de traumatología y de revisión efectuada en cinco centros públicos y dos concertados.
- Implantación de prótesis de rodilla practicada en cuatro centros públicos y dos concertados.

Las limitaciones al alcance del trabajo fueron: la ausencia de una contabilidad analítica que permitiera obtener directamente el coste unitario de los procesos sanitarios, el uso de fórmulas de reparto de los costes indirectos no basadas en la actividad y la estimación de un coste estándar que supuso no contemplar el coste de pruebas adicionales que se realizarían al paciente en caso de complicación.

A pesar de lo anterior, se pudo estimar el coste de las prestaciones gracias a la información existente en el SNS-O y a la colaboración prestada por los profesionales de este organismo.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Para calcular el consumo de recursos de las prestaciones seleccionadas se siguió la metodología del coste por proceso obteniendo el coste unitario estándar de cada una.

Este método consiste en diseñar el itinerario de cada prestación y asignar el consumo de recursos directo (personal, material fungible, fármacos, etc.) de cada fase identificada. Este diseño y asignación se realizó con la colaboración de los responsables de los servicios hospitalarios encargados de realizar las prestaciones seleccionadas.

Los criterios de imputación de los costes directos de los factores más relevantes fueron:

- Para asignar los gastos de personal se obtuvo la tasa horaria de cada trabajador implicado con-

siderando todos los conceptos retributivos (a excepción de las retribuciones por jornadas extraordinarias) la seguridad social a cargo de la empresa y la jornada real de cada estamento profesional. Posteriormente, para cada categoría profesional se obtuvo la tasa horaria media ponderada con el número de días trabajados por cada persona. Este coste obtenido se aplicó a cada prestación en función del tiempo de dedicación estipulado en el itinerario diseñado.

- Se consideraron todos los fármacos y material fungible indicados por los responsables de los servicios sanitarios al precio medio de adquisición de 2009. Al perseguir la obtención de un coste unitario tipo por prestación, no se tuvieron en cuenta posibles materiales o fármacos consumidos por pacientes que se alejaran del estándar establecido.
- Se incluyó la amortización del inmovilizado utilizado en cada prestación teniendo en cuenta su precio de adquisición, mantenimiento, vida útil estimada en años, horas de funcionamiento o número de sesiones y utilizando el criterio de estimación lineal o constante.

Se consideraron costes indirectos a dos niveles a los que se aplicaron los siguientes criterios de reparto:

- Costes del propio centro público como personal de administración, suministros, mantenimiento general o amortización del edificio. Estos costes se repartieron teniendo en cuenta el porcentaje de gastos indirectos sobre el total de gastos de cada centro.
- Costes del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra de personal directivo principalmente. El criterio de reparto fue el porcentaje que representaban los gastos de personal de cada centro público sobre el total de gastos de personal del Departamento de Salud incluido el SNS-O.

Por otro lado, hay que destacar que, para realizar una comparación homogénea con las tarifas de los conciertos

sanitarios, se estimaron los costes de cada prestación teniendo en cuenta las pruebas o procedimientos incluidos en las tarifas establecidas con los centros concertados.

Finalmente, mencionar que para implantar esta metodología con éxito es esencial la disponibilidad de información. Se pudo comprobar que existen datos exhaustivos y detallados en los servicios sanitarios que permitieron seguir el método descrito. La colaboración de los responsables de los servicios sanitarios y personal implicado, factor clave de éxito de este sistema, permitió el diseño del itinerario de cada prestación que permitió la asignación del consumo de recursos.

RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación se exponen los resultados más relevantes obtenidos del trabajo realizado:

a) El gasto y la actividad derivada de los conciertos sanitarios

En las entidades privadas objeto de fiscalización, el gasto aumentó un 129 por ciento en el periodo 2005-2009, siendo este porcentaje de incremento en 2009 del 24 por ciento respecto a 2008.

Para estimar los créditos iniciales presupuestarios de 2008 y 2009 no se consideraron los gastos en prestaciones concertadas del ejercicio anterior ni los incrementos anuales de las tarifas contenidos en los conciertos. Esto provocó que las cantidades iniciales fueran erróneas e insuficientes para atender las necesidades reales de gasto que fueron un 20 y un 48 por ciento superiores en 2008 y 2009 respectivamente.

En 2009 solo se contabilizó el 70 por ciento de los gastos reales en los conciertos analizados registrándose el resto en 2010.

Las principales prestaciones sanitarias concertadas en 2009 fueron: 22.660 estancias, 22.601 pruebas diagnósticas, 12.849 tratamientos especiales ambulatorios, 10.096 consultas, 2.755 procesos quirúrgicos, 338 tratamientos de fertilidad y 53 trasplantes de órganos.

Respecto a 2008, toda la actividad concertada se incrementó a excepción de los tratamientos de fertilidad que disminuyeron un tres por ciento. Los porcentajes de aumento van desde el 93 por ciento en procesos qui-

rúrgicos, al 46 por ciento en consultas, 34 por ciento en estancias o al uno por ciento en tratamientos especiales ambulatorios.

b) Justificación y gestión de los conciertos

La concertación de prestaciones sanitarias con centros privados debe responder a los principios de subsidiariedad (insuficiencia de recursos en el sistema público) y complementariedad (prestaciones de la cartera de servicios del SNS-O no realizadas en éste).

El SNS-O justifica la concertación sanitaria en estos principios así como en el cumplimiento de los plazos establecidos en la Ley Foral 14/2008 de garantías de espera en atención especializada⁵.

Se comprobó que no constan estudios en los que, previamente a la firma de los conciertos, se hayan analizado y evaluado la conveniencia de estos instrumentos valorando las alternativas de ofrecer las prestaciones sanitarias concertadas con nuevos medios propios, reorganizando los existentes o con medios ajenos.

El proceso de derivación de los pacientes y el control de la facturación se consideraron razonablemente correctos y adecuados.

c) Estimación del coste de las prestaciones seleccionadas:

A continuación se muestra la estimación del coste estándar de cada prestación en los centros públicos ponderado con la actividad realizada por cada uno de ellos. En el caso de la implantación de la prótesis de rodilla se incluye además, por ser el proceso más complicado, el detalle del coste estimado para cada centro. Se indican los criterios seguidos en nuestra valoración teniendo en cuenta las condiciones de las tarifas negociadas:

• Resonancia magnética:

El coste estimado incluye la realización de la prueba y el informe posterior. Se consideraron las resonancias de rodilla y tobillo sin y con contraste por ser las que se derivan con más frecuencia a los centros concertados. Se presenta el coste medio sin ponderar dado que no se contaba con la estadística de la actividad de cada centro por tipo de prueba.

El coste medio de la resonancia magnética de rodilla sin contraste de los tres centros públicos asciende a 74 euros y la de tobillo sin contraste a 79 euros. Si estas pruebas se realizaban con contraste, el coste ascendía a 177 euros tanto para la rodilla como para el tobillo.

Se comprobó que existían diferencias significativas entre los costes estimados de cada centro público debido al tiempo medio de realización, al precio de adquisición y mantenimiento de las máquinas y a los horarios de atención al público que implican mayor actividad con la consiguiente repercusión en el coste de la amortización.

• Sesión de hemodiálisis:

En este caso el coste estimado incluye el tratamiento completo de la sesión excluyéndose la medicación eritropoyetina y el traslado sanitario del paciente que se facturan aparte.

El coste medio ponderado de los tres centros ascendió a 167 euros. Las diferencias entre centros eran menores y estaban originadas por la duración media de la sesión, el precio de los monitores y el mantenimiento de los mismos.

• Primera consulta y consulta de revisión de traumatología:

Las tarifas para estas prestaciones incluyen la consulta, los materiales utilizados y aquellas pruebas, exploraciones complementarias e interconsultas necesarias a excepción de determinados procedimientos como la resonancia magnética, TAC o densitometría ósea que se facturan aparte. Por este motivo, nuestra estimación incluye los materiales y pruebas realizadas habitualmente en la especialidad de traumatología.

Teniendo en cuenta las pruebas realizadas, según los responsables, se estimó para cada prestación un intervalo de coste mínimo y máximo. El valor inferior se obtuvo considerando que no se realiza ninguna prueba al paciente y el valor superior suponiendo que al paciente se le realiza una placa y una analítica de sangre (pruebas realizadas con mayor frecuencia y que implican un mayor consumo de recursos).

El coste estimado medio ponderado de la primera consulta de los cuatro centros públicos se situó en el in-

⁵ Algunos de los plazos establecidos por esta ley se dejaron sin efecto hasta el 31 de diciembre de 2012 por la Ley Foral 19/2011 y por el Decreto-Ley Foral 1/2011.

tervalo (37 euros; 79 euros) y el de la de revisión en (20 euros; 61 euros).

Las diferencias entre centros públicos vuelven a ser significativas y se deben a variaciones en el personal que atiende las consultas y a los precios de los materiales.

• **Implantación de prótesis de rodilla:**

Se incluye en el coste estimado todas las pruebas realizadas al paciente desde la primera consulta hasta dos

meses después de ser dado de alta, ya que así lo contempla la tarifa establecida para esta prestación.

No se incluye el gasto de la prótesis (que en término medio en 2009 fue de 3.979 euros) ya que es asumido directamente por el SNS-O.

Se muestra a modo de ejemplo las cifras estimadas en cada centro público que son:

Tabla 2. Coste estimado de la implantación de prótesis de rodilla

	UBARMIN	HNA	HRS	HGO
Costes directos	3.663,35	3.175,49	2.908,27	2.932,27
Estudio preoperatorio	360,64	248,14	242,32	247,10
Intervención y sala despertar	1.721,04	1.453,02	1.382,29	1.215,32
Estancia en planta	1.565,98	1.457,62	1.267,44	1.454,73
1ª consulta revisión	15,74	16,72	16,22	15,13
Costes indirectos	854,91	452,54	631,65	857,23
Coste total	4.518,26	3.628,03	3.539,92	3.789,50

Los motivos fundamentales que provocan las variaciones entre las estimaciones obtenidas son: composición del estudio preoperatorio, estancia en la UCI tras la operación en un centro por protocolo, variación de la estancia media y de los recursos implicados en la rehabilitación del paciente.

d) Comparación con las tarifas concertadas y con las establecidas por el SNS-O

A continuación mostramos los resultados de la comparación entre los costes estimados de las prestaciones de la muestra, las tarifas concertadas en los centros privados y los precios públicos aprobados por el SNS-O para los obligados al pago:

Tabla 3. Comparación del coste medio ponderado público con las tarifas por centro concertado y las tarifas del SNS-O

	Coste medio ponderado público		Tarifas concertadas				Tarifa SNS-O ⁶
			Medicis	Alliance ⁷	CSM	CUN	
Resonancia magnética:							
De rodilla sin contraste	73,87		253,5	105	250	399	220,13
De tobillo sin contraste	79,1		253,5	105	250	399	220,13
De rodilla o tobillo con contraste	176,74		253,5	--	250	399	330,19
			CUN				
Sesión de hemodiálisis	166,9			168,12			183,43
	Min.	Máx.	CUN		CSM		
Primera consulta de traumatología	37,43	78,97	171,82		138,92		150
Consulta de revisión de traumatología	20,12	61	113,94		65,11		90
			CUN		CSM		
Implantación prótesis rodilla	4.196,92		7.418,23		4.437,63		11.771 ⁸

⁶ Estas son las tarifas vigentes en 2009 aprobadas por la Resolución 62/2006 del SNS-O.

⁷ Esta organización no realiza pruebas con contraste.

⁸ A la tarifa del SNS-O se le ha descontado el coste medio de la prótesis en 2009 que va incluido en el precio establecido.



CONCLUSIONES

Seguidamente exponemos las principales conclusiones extraídas:

- Aunque existe incertidumbre para determinar la demanda de actividad, la estimación del presupuesto fue errónea al no contemplar como mínimo los gastos reconocidos en el ejercicio previo teniendo en cuenta además la actualización anual de las tarifas.
- Al no existir estudios previos a la concertación sobre las alternativas de prestar algunas asistencias sanitarias no es posible extraer alguna conclusión acerca de si la concertación es la alternativa más eficiente.
- El establecimiento de las tarifas con los centros concertados se realizó en el momento inicial de firma del concierto sin que existiera un estudio de costes que las respaldara. Estas cantidades se han ido actualizando principalmente con el IPC.
- Se ha verificado que los profesionales de los servicios sanitarios disponen de numerosos datos útiles para la gestión económica. Se debería mejorar la comunicación y coordinación entre los gestores sanitarios y económicos e incorporar así toda esa información a la toma de decisiones.
- Se ha constatado que existen diferencias en el coste estimado para cada centro público en las prestaciones analizadas. La metodología del coste por proceso permite identificar el origen de estas variaciones. Esta información podría ser útil para modificar los protocolos de actuación y prestar cada asistencia sanitaria del modo más económico, eficaz y eficiente, manteniendo la calidad actual.
- A excepción de las tarifas de las sesiones de hemodiálisis, las del resto de prestaciones analizadas son significativamente superiores a los costes estimados en los centros públicos. Esta variación es menor o mayor en función del centro concertado. Este hecho reafirma que la evaluación de alternativas previa a la concertación es un estudio necesario e imprescindible para gestionar de forma eficiente los recursos públicos.
- Existen diferencias de hasta el 318 por ciento entre las tarifas de los centros concertados para una prestación sin que existan razones justificadas en los textos reguladores de los conciertos. Esta situación no atiende los principios de economía y eficiencia si las prestaciones son las mismas.
- Se ha constatado que se establece la misma tarifa para una prestación cuyo consumo de recursos puede variar significativamente debido a su complejidad o tipo de prueba concertada. Claros ejemplos son las primeras y sucesivas consultas cuya tarifa, que incluye todos los materiales y pruebas adicionales necesarias con alguna excepción, es independiente de la especialidad médica concertada. Es de esperar que una consulta de oncología implique un consumo de

recursos mayor que una de traumatología. Otro ejemplo son las resonancias que se conciertan independientemente de la parte del cuerpo a estudiar, de si son simples o dobles y de si se incluye contraste o no. Según el Catálogo de Exploraciones Radiológicas de la Sociedad Española de Radiología Médica, existen variaciones muy significativas en el tiempo de realización de cada prueba, dependiendo de la parte del cuerpo que se esté estudiando, que oscilan entre los 10 minutos y los 120. Otro elemento diferenciador debería ser las pruebas realizadas con o sin contraste ya que el precio del material y personal difiere significativamente. En definitiva, se pone de manifiesto la necesidad de establecer tarifas diferentes para cada tipo de prueba o prestación, ya que dependiendo del volumen de tipo de prueba derivada la tarifa establecida podría ser más o menos rentable.

- El personal sanitario y administrativo, que son los encargados de derivar a los pacientes, en general, desconocen los términos de los conciertos y sus tarifas lo que puede provocar que no se esté derivando siguiendo el principio de economía.
- Las tarifas establecidas por el SNS-O para los usuarios que están obligados al pago y reciben algún tipo de prestación sanitaria son superiores a los costes estimados. Este hecho demuestra que las cantidades se han establecido sin tener una información fiable que las soporte.
- Se ha constatado que no se incluyen en los conciertos indicadores de calidad que aseguren que las prestaciones se realizan en unos niveles al menos iguales a los ofrecidos en el ámbito público.

En definitiva, tras el trabajo realizado se ha verificado que en el SNS-O no existe un sistema robusto que permita obtener los costes unitarios de cada prestación sanitaria realizada en el ámbito público. El desconocimiento de esta información provoca que la negociación de las tarifas de los conciertos sanitarios no se desarrolle en términos de igualdad.

Creemos que se debería avanzar en la implantación de sistemas de costes consistentes que permitan mejorar la toma de decisiones contando con el personal que utiliza los recursos que son los que realmente conocen qué partes del proceso de atención son susceptibles de mejora sin minorar la calidad del servicio prestado.

En la actual coyuntura económica de crisis donde la recaudación de los ingresos fiscales ha descendido significativamente es imprescindible una gestión eficaz, eficiente y económica de los fondos públicos. En este sentido, se ha generalizado la creencia de que lo público es más caro que lo privado, sin que exista una evidencia empírica que sustente dicha afirmación, convirtiéndose en el dogma que guía, en frecuentes ocasiones, las políticas sanitarias actuales de privatización de servicios.

Así, antes de concertar la prestación de servicios sanitarios con entidades privadas, debería justificarse su necesidad, acreditarse la optimización de los recursos públicos y evaluar las alternativas de prestar los servicios con medios propios o con ajenos. En esta comparación debería tenerse en cuenta que, si bien las entidades privadas tienen mayor margen de actuación en la organización y gestión del personal lo que puede conllevar que su coste sea menor, incluirán un margen de beneficio en la tarifa pudiendo alcanzar una cifra mayor a la resultante en el ámbito público. Los servicios públicos de salud podrían aceptar estas tarifas si suponen un incremento razonable de su propio coste y existe una verdadera necesidad en la prestación del servicio.

Finalmente, los ciudadanos debemos tener claro que la Sanidad en España no tiene precio pero sí un coste y, por su parte, los poderes públicos deberían buscar la eficiencia del sistema sanitario público analizándolo en profundidad para contribuir a sostener nuestro Estado del Bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

Barretta A. (2005); *The difficulties presented by cost comparison for health care trusts: An empirical analysis*. *Public Management Review*, Vol.7, No. 4, P.p. 589-613.

Monge Lozano P. (2004); "El cálculo de costes en los hospitales públicos españoles: Ventajas e inconvenientes de los modelos utilizados". *Partida Doble*, No. 159, P.p. 64-73.

Resolución 62/2006, de 13 de enero, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se actualizan las tarifas por prestación de servicios en los centros y establecimientos asistenciales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Resolución 882/2010, de 3 de mayo, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se actualizan las tarifas por prestación de servicios en los centros y establecimientos asistenciales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Seva-Díaz A. y Seva-Fernández A. (2003); "Los GRDs psiquiátricos: Una investigación pendiente". *European Journal of Psychiatry*, Vol. 17, No. 1, P.p. 49-63.