

3. Otras disposiciones

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

RESOLUCIÓN de 18 de noviembre de 2014, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, por la que se ordena la publicación del Informe de fiscalización del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Ejercicio 2012.

En virtud de las facultades que me vienen atribuidas por el artículo 21 de la Ley 1/1988, de 17 de marzo, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y del acuerdo adoptado por el Pleno de esta Institución, en la sesión celebrada el 16 de julio de 2014,

R E S U E L V O

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de fiscalización del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, correspondiente al ejercicio 2012.

Sevilla, 18 de noviembre de 2014.- El Presidente, Antonio M. López Hernández.

FISCALIZACIÓN DEL CONSORCIO SANITARIO PÚBLICO DEL ALJARAFE EJERCICIO 2012

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 16 de julio de 2014, ha acordado aprobar por unanimidad de los asistentes, el Informe de fiscalización del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, correspondiente al ejercicio 2012.

Í N D I C E

1. INTRODUCCIÓN.
2. OBJETIVOS Y ALCANCE.
3. RESULTADOS DE FISCALIZACIÓN.
 - 3.1. Consideraciones previas
 - 3.2. Legalidad
 - 3.3. Control Interno
 - 3.4. Estados Financieros
 - 3.5. Eficacia
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
5. OPINIÓN.
6. ANEXOS.
7. ALEGACIONES PRESENTADAS Y TRATAMIENTO DE LAS MISMAS EN LOS SUPUESTOS QUE NO HAYAN SIDO ADMITIDAS O SE ADMITAN PARCIALMENTE.

A B R E V I A T U R A S

AGD:	Agrupación por Grupo de Diagnóstico
APES:	Agencia Pública Empresarial Sanitaria
BOJA:	Boletín Oficial de Andalucía
CCA:	Cámara de Cuentas de Andalucía
CMA:	Cirugía Mayor Ambulatoria
COAN-h:	Contabilidad Analítica de hospitales
CSPA:	Consorcio Sanitario Público del Aljarafe
EHA:	Ministerio de Economía y Hacienda
HSJD:	Hospital San Juan de Dios
HSJDA:	Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
ICAC:	Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas

LAJA:	Ley de Administración de la Junta de Andalucía
LGHPA:	Ley General de Hacienda Pública de Andalucía
PAIF:	Programa de Actuación Inversiones y Financiación
PICA:	Plan Integral de Cardiopatías
PIDMA:	Plan Integral de Diabetes de Andalucía
PIOA:	Plan Integral de Oncología de Andalucía
SAS:	Servicio Andaluz de Salud
SICPROI:	Sistema de Seguimiento de Objetivos del Contrato Programa
SJD:	San Juan de Dios
SSPA:	Sector Sanitario Público de Andalucía
UGCs:	Unidades de Gestión Clínica

1. INTRODUCCIÓN

- 1 El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía incluyó en el Plan de Actuaciones del ejercicio 2013 una fiscalización, por iniciativa propia, sobre el Consorcio Sanitario Público del Aljarafe (en adelante, el Consorcio o CSPA), ejercicio 2012.
- 2 Dentro de las distintas modalidades por las que se ha gestionado la atención especializada en el sector sanitario público, esta figura constituye una excepción. En efecto, hay una multiplicidad de centros hospitalarios que dependen del Servicio Andaluz de Salud (SAS), de las distintas Agencias Públicas Sanitarias o, incluso, de centros concertados con entidades privadas. Pero la figura del consorcio sólo se ha utilizado en una ocasión, al contrario que en otras comunidades autónomas¹. Incluso, en un primer momento, estaba prevista la construcción en el mismo emplazamiento de un hospital de especialidades del SAS.
- 3 El consorcio en nuestro país tiene su origen en la legislación local e, inicialmente, sólo formaban parte de los mismos entes públicos. A partir de la aparición de las comunidades autónomas surgen también consorcios de carácter autonómico.
- 4 Este modelo de gestión directa se caracteriza por tres elementos: la heterogeneidad en su composición, su finalidad singular y, a diferencia de los convenios, cuentan con organización y personalidad propias. A estas notas hay que añadir que en estas entidades los Estatutos adquieren una gran relevancia dentro de su regulación.

Su regulación básica, en el ámbito estatal, se encuentra en el art. 7 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, el art. 37 del Reglamento de Servicios de Régimen Local (Decreto de 17 de junio de 1955), los artículos 57 y 87 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases de Régimen Local y el art. 110 del Real Decreto 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el Texto refundido de las Disposiciones Legales Vigentes en materia de Régimen Local.

- 5 En cuanto a la regulación en el ámbito autonómico sanitario, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía establece que corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía la autorización de la formación de consorcios de naturaleza pública u otras fórmulas de gestión, integradas o compartidas con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes (art. 61.10); a la Consejería de Salud que puede constituirlos en los términos anteriores, señalando además que dichas entidades podrán dotarse de "organismos instrumentales" (art. 63.3) y que el SAS podrá elevar, previo informe y deliberación de su Consejo de Administración, propuestas a dicha Consejería para la constitución de consorcios (art. 66).
- 6 Por otra parte, el art. 6 bis de la Ley 5/1983, de 17 de junio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía (LGHPA) señalaba en su redacción vigente en el momento de la constitución del consorcio que:

¹ En el Anexo 7 se relacionan los Consorcios de naturaleza sanitaria existentes en las distintas CC.AA.

“1. Los consorcios, fundaciones y demás entidades con personalidad jurídica propia no incluidas en los artículos anteriores, en los que sea mayoritaria la representación, directa o indirecta, de la Administración de la Junta de Andalucía, sin perjuicio de la legislación específica que les sea de aplicación, se sujetarán a los efectos de esta ley al siguiente régimen:

- a) Quedarán sometidos al control de carácter financiero previsto en el artículo 85 de esta Ley y deberán obtener autorización de la Consejería de Economía y Hacienda para la apertura de cualquier clase de cuenta en una entidad de crédito y ahorro.
- b) Si percibieran subvenciones corrientes elaborarán un presupuesto de explotación. Asimismo formarán un presupuesto de capital si la subvención fuera de esta clase.

Se entenderá que existe una representación mayoritaria en las citadas entidades cuando más de la mitad de los miembros de los órganos de administración, dirección o vigilancia sean nombrados por la administración de la Junta de Andalucía o por sus organismos autónomos y empresas (...).”

Con posterioridad a la constitución del consorcio, se publicó el Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, que en el artículo 5.2 determina que:

“Los consorcios, las fundaciones y demás entidades con personalidad jurídica propia que, aunque no cumplan los requisitos establecidos en el apartado anterior, tengan una financiación mayoritaria de la Junta de Andalucía, podrán quedar sometidos al control financiero previsto en esta Ley cuando, mediando razones justificadas para ello, así lo acuerde el Consejo de Gobierno, a propuesta de la persona titular de la Consejería competente en materia de Hacienda”.²

- 7 Asimismo, la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía (LAJA) señala en su art. 12:

“1. La Administración de la Junta de Andalucía podrá constituir con otras Administraciones Públicas y otras entidades públicas o privadas organizaciones personificadas de gestión para la consecución de finalidades de interés común, que pueden adoptar la forma de consorcios o de sociedades mercantiles.

Corresponde al Consejo de Gobierno autorizar la creación de dichos consorcios o la integración de la Administración de la Junta de Andalucía en los mismos. (...)

2. El acuerdo de autorización para la creación, al que se refiere el apartado anterior, incluirá los Estatutos del consorcio. En caso de integración, el acuerdo de autorización irá acompañado de la ratificación o adhesión a los Estatutos preexistentes. Tras su aprobación, ratificación o adhesión, se publicarán en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

² Punto modificado por la alegación presentada.

Los Estatutos han de determinar las finalidades del consorcio, así como las particularidades de su régimen orgánico, funcional y financiero. (...)

3. Los consorcios en los que la Administración de la Junta de Andalucía o cualquiera de las entidades que integran el sector público andaluz hayan aportado mayoritariamente dinero, bienes o industria, o se hayan comprometido en el momento de su constitución a financiar mayoritariamente dicho consorcio, han de someter su organización y actividad al ordenamiento *autonómico* y *estarán sujetos al régimen económico-financiero, de control y contabilidad establecido en la Ley General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Dicho régimen se aplicará igualmente a los consorcios en los que la designación de más de la mitad de los miembros de sus órganos de dirección corresponda a la Administración de la Junta de Andalucía o a cualquiera de las entidades del sector público andaluz.*"

- 8 El CSPA es una entidad de derecho público integrada por dos entidades al 50 por ciento: el SAS y la Provincia Bética Nuestra Señora de la Paz de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Está adscrito funcionalmente a la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía y forma parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Su constitución se produjo tras la adopción por el Consejo de Administración del SAS del acuerdo de su creación, el 20 de Octubre de 2003, la autorización del Consejo de Gobierno que se produjo el 25 de noviembre del mismo ejercicio y la suscripción del convenio el día 1 de diciembre posterior, que incluye la aprobación de los Estatutos³.
- 9 Las dos entidades que lo conforman contribuyen a la consecución de su objeto -la asistencia especializada a la población de la comarca sevillana del Aljarafe-, el SAS mediante la financiación necesaria para la prestación de la asistencia sanitaria, y la Provincia Bética con la totalidad de la capacidad asistencial del hospital de su titularidad, construido en Bormujos, y con la Entidad Eclesiástica Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJD), como organismo instrumental de gestión, de acuerdo con lo previsto en el art. 66 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. El órgano de gobierno del consorcio es el Consejo Rector, integrado por ocho miembros designados paritariamente por las dos entidades que lo conforman.
- 10 Su modelo de financiación se desarrolla en los arts. 24 y siguientes y 33 de los Estatutos del Consorcio, de los que se deduce que la Consejería de Salud determinará la financiación de manera que se garantice la actividad asistencial teniendo en cuenta la población asistida y la cartera de servicios y tomando como referencia el hospital más eficiente del SSPA. Por otro lado, el Consorcio transferirá a la entidad eclesiástica HSJD el importe total de la financiación conforme a lo previsto en el Contrato-Programa.

Al efecto, se tomó como referencia el Hospital Costa del Sol ajustando la financiación por el efecto de los siguientes elementos: población, cartera de servicios, ingresos propios y nivel de obsolescencia de las infraestructuras.

³ No consta la publicación en BOJA de los citados Estatutos.

El artículo 33 de los Estatutos fue modificado mediante acuerdo del Consejo Rector de 11 de enero de 2010, según el cual *“el presupuesto se librára por doceavas partes, a mes vencido, sin que el importe total transferido pueda superar el 100% de la financiación”*.

- 11 Entre las dos partes que conforman el Consorcio existe desacuerdo sobre la aprobación de las cuentas de la Entidad Eclesiástica Hospital San Juan de Dios del Aljarafe del ejercicio, en particular, sobre el tratamiento dado por esta entidad a las inversiones y amortizaciones.

2. OBJETIVOS Y ALCANCE

- 12 Los objetivos fijados para la presente fiscalización son los siguientes:

- Legalidad: Opinar sobre el correcto cumplimiento de la legalidad aplicable a la actividad desarrollada por el Consorcio relativa al ejercicio fiscalizado.
- Control Interno: Concluir sobre las normas y procedimientos de control interno establecidos por la dirección de la entidad y de general aplicación para la salvaguarda y control de sus activos.
- Económico-financiero: Opinar si las cuentas anuales del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, correspondientes al ejercicio 2012, expresan en todos los aspectos significativos, la imagen fiel del patrimonio y de la situación financiera de la entidad correspondiente a 31 de diciembre de 2012, así como de los resultados de sus operaciones y de la liquidación del presupuesto correspondientes al ejercicio anual terminado en dicha fecha, de conformidad con el marco normativo de información financiera que resulta de aplicación.
- Eficacia: Concluir sobre el logro de los objetivos fijados a la entidad en el periodo objeto de fiscalización.

- 13 Para lograr los objetivos anteriores, los procedimientos de auditoría se han dirigido, entre otros, a la verificación de los siguientes extremos:

- La estructura organizativa, administrativa y de control interno existente.
- El reflejo adecuado de los activos y los pasivos de la entidad.
- La adecuada situación fiscal y laboral, el cumplimiento de la normativa de contratación, así como de su normativa interna, en su caso.
- La correcta periodificación de gastos e ingresos, según el principio de devengo.
- Si los resultados del ejercicio responden a la realidad de los hechos económicos acaecidos en el ejercicio.
- Si los criterios de valoración se han aplicado de conformidad con principios y normas de contabilidad generalmente aceptados.

- Si la estructura, composición y contenido de la memoria se adecúa a lo previsto en su regulación.

- 14 La fiscalización se ha centrado principalmente en el control o seguimiento efectuado -o que, en su caso, se hubiera debido efectuar- por el Consorcio sobre el ente instrumental.

La importancia relativa o materialidad se ha fijado en el 1% de los activos, de acuerdo con los parámetros considerados por el ICAC para las entidades públicas.

- 15 Los trabajos de fiscalización se han desarrollado de acuerdo con los principios y normas de auditoría aplicables al sector público y, en consecuencia, se han efectuado todas aquellas pruebas y procedimientos de auditoría necesarios para soportar las conclusiones de este informe.

La comprensión adecuada del presente informe requiere una lectura global del mismo. Cualquier conclusión sobre un párrafo o epígrafe concreto, pudiera no tener sentido aisladamente considerada.

Los trabajos de campo han concluido el 7 de febrero de 2014.

3. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

3.1. Consideraciones previas

- 16 Como ya se ha indicado, la figura del consorcio sólo se ha utilizado en una ocasión en el ámbito sanitario público. Tras diez años de funcionamiento, esta experiencia no ha sido objeto de desarrollo hasta el momento, a pesar de la apertura de nuevos centros hospitalarios dependientes indirectamente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a través de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias.
- 17 Por otra parte, en el período 2004-2012 la actividad concertada con entidades privadas –con y sin ánimo de lucro– como fórmula habitual de colaboración se ha mantenido en niveles similares tanto en consultas médicas como en intervenciones quirúrgicas (no así en urgencias y hospitalización, si bien en este último caso hay que tener en cuenta el efecto del importante aumento de la cirugía ambulatoria).
- 18 Los estudios que justificarían la adopción de esta fórmula singular no han sido aportados, así como tampoco el acta del Consejo de Administración del SAS de 20 de octubre de 2003, en la que al parecer consta el acuerdo de elevar la propuesta a la Consejería de Salud, a fin de que ésta proponga al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía la autorización de su constitución.
- 19 En consecuencia, no ha podido analizarse si los elementos de juicio sanitarios, económicos o de otra índole que determinaron la toma de la decisión se han mantenido a lo largo de este período.

- 20 De acuerdo con los Estatutos (art. 24), el HSJD contará con una financiación cuyo importe se calculará tomando como referencia “el del Hospital más eficiente del Sistema Sanitario Público de Andalucía”.
- 21 Solicitados los informes que permitan aseverar que el ente instrumental del Consorcio dispone de una financiación en tales términos, se ha facilitado únicamente un documento datado en diciembre de 2003, por el que se justifica la financiación otorgada por el SAS al Consorcio en el ejercicio 2004, tomando como referencia el Hospital Costa del Sol, al que se atribuye el ser el más eficiente del SSPA para su mismo nivel asistencial. Se ignoran los datos que han llevado a dicha consideración.
- 22 Con posterioridad, no hay constancia de que se hayan elaborado informes de similares características, que permitan aseverar que en la actualidad el HSJD se encuentra en una posición equivalente al más eficiente del SSPA.
- 23 Se desconoce, por tanto, en qué datos se basa la financiación otorgada al centro en el ejercicio fiscalizado (2012) y en los precedentes.

3.2. Legalidad

- 24 Este apartado se ha centrado en el análisis del cumplimiento de los Estatutos de la entidad. Se han observado los siguientes extremos:
- 25 El art. 11 de dicha norma establece la publicación en el BOJA de las modificaciones habidas en el Consejo Rector de la entidad, que deben ser aprobadas mediante Orden de la Consejería de Salud (a la fecha de finalización de los trabajos de campo Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales).

Con posterioridad al ejercicio 2010 no se ha publicado modificación alguna de la composición de dicho órgano, cuando en la misma, efectivamente, se han producido varios cambios.

- 26 El art. 13 establece que el Consejo Rector se debe reunir en sesión ordinaria, al menos, trimestralmente y en sesión extraordinaria cuando se den determinados requisitos.

En el ejercicio fiscalizado sólo se han producido dos sesiones -que se deben entender de carácter ordinario, al no constar pronunciamiento alguno al respecto en las correspondientes actas- en las siguientes fechas: 18 de junio y 25 de julio de 2012.

- 27 Los arts. 19 y 24 hacen mención a un Contrato Programa que la Consejería de Salud establecerá con carácter vinculante para el Consorcio.

En el ejercicio fiscalizado dicho Contrato Programa no ha sido suscrito. Sin embargo, los Directores Gerentes del SAS y del ente instrumental Hospital de San Juan de Dios han refrendado otro documento de esa naturaleza sin intervención de la Consejería de Salud ni del Consejo Rector del Consorcio.

- 28 El art. 36.1 de los Estatutos asigna a la Consejería de Salud la evaluación del Contrato Programa (del Consorcio).

Dicha evaluación es efectuada por el SAS y sobre el Contrato Programa del HSJD, en lugar del correspondiente al Consorcio (véase el epígrafe 3.4.).

- 29 El art. 19.g) hace referencia a que el Contrato Programa, entre otros extremos, debe incluir “los sistemas que el Consorcio tiene que aplicar y desarrollar, con carácter anual o plurianual, según se determine, respecto del control de la actividad, de calidad y de carácter económico financiero”.

Dicho documento no hace mención a tales sistemas de información.

- 30 El art. 22, Política de personal, hace referencia a que el Consorcio “garantizará que el organismo instrumental aplique, en el Hospital San Juan de Dios, los Mapas de Competencias definidos para el Sistema Sanitario Público de Andalucía a:

a) Sistemas de selección de profesionales y directivos.

b) Desarrollo profesional.

c) Evaluación.

- 31 Adicionalmente, el art. 34.6. señala que el Consejo Rector supervisará la correcta aplicación de los criterios y procedimientos establecidos en el art. 22 de estos Estatutos.

No constan los controles que haya podido efectuar el Consorcio en esta materia. Así, por ejemplo, no consta la existencia de bolsa de trabajo en el centro hospitalario de cuyo funcionamiento se pueda deducir la aplicación de los principios de objetividad, publicidad y transparencia en la selección del personal.

- 32 Es destacable, al respecto, que el baremo de la bolsa de trabajo del SAS contempla como mérito el tiempo de servicio en otras instituciones del sector sanitario público andaluz, tales como el propio HSJD. No consta que se dé la situación inversa, al no disponer el centro de una bolsa de contratación de personal, cuya baremación pudiera ser de acceso público para los profesionales.

- 33 La selección, según el “Protocolo para la selección e incorporación del personal” del HSJD contempla que *“se deberá prestar especial atención a los siguientes criterios de contratación:*

- *Técnicos: (...)*
- *Perfil humano (...)*
- *Perfil ético: es necesario que las personas que trabajan en los Centros de la Orden promuevan los principios deontológicos de su profesión y respeten y promuevan los principios de la Institución.*
- *Dimensión religiosa: se procurará que la actitud de las personas sea favorable a que la atención religiosa en el Centro se vea fortalecida”.*

- 34 El art. 34.5 establece que el Consejo Rector propondrá a la Entidad Eclesiástica HSJD el nombramiento del personal directivo. En relación al puesto de Director del Área de Cuidados Críticos y Urgencias se especifica que la propuesta debe partir de los representantes del SAS en el Consejo Rector. No obstante, la Dirección del Área de Cuidados Críticos y Urgencias ha sido asumida históricamente por la Dirección Médica⁴.

En el supuesto del actual Director Gerente, cuyo nombramiento se produjo en julio de 2012, efectivamente el Consejo Rector lo propuso por unanimidad.

- 35 El art. 35 hace referencia a que los controles financieros y contables sobre la gestión del HSJD serán tanto aquellos que se deriven de “su propia legislación” como los que fije el propio Consorcio.

El HSJD presenta sus cuentas anuales, de acuerdo con la legislación mercantil, acompañadas del informe de auditoría realizado por una entidad independiente. Si bien el Consorcio efectúa algunos controles puntuales sobre algunas partidas contables, no consta que el Consorcio haya formalizado un procedimiento de control económico-financiero sobre el ente instrumental.

- 36 El art. 36.2 hace referencia a que el control de eficacia de los objetivos fijados en el Programa de Actuación, Inversión y Financiación (PAIF) del Consorcio se efectuará “por la Consejería de Salud, conjuntamente con la Consejería de Economía y Hacienda”.

No obstante, dicho control de eficacia no puede llevarse a cabo, dado el escaso desarrollo de los objetivos indicados en dicho documento de planificación. En efecto, sólo se incluye como objetivo la atención sanitaria a la población de referencia del organismo -272.574 habitantes- y este dato no forma parte de la gestión ni de los resultados del organismo fiscalizado ni del ente instrumental.

- 37 El art. 37 hace referencia al control financiero sobre el funcionamiento económico-financiero del Consorcio. Dicho control puede ser efectuado por iniciativa de la Intervención General de la Junta de Andalucía o del propio Consejo Rector.

Hasta la fecha de finalización de los trabajos de campo no hay constancia de que se haya efectuado control financiero alguno sobre el Consorcio.

- 38 El art. 38 de los Estatutos trata del control contable, que junto con los aspectos relacionados con el cumplimiento de la normativa contable se tratan en el epígrafe 3.3.

- 39 En el art. 39 se señala que el Consorcio estará sujeto al control de la Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios. Solicitada información a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales relativa a la “ejecución de lo establecido en el artículo 39 (de los Estatutos), en cuanto al control de la Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios a que está sometido el Consorcio”, aquella se limita a certificar que dicho centro se encuentra sometido al control de la Inspección –hecho que ya se había incluido en la cuestión planteada– y que dicho control se lleva a cabo “mediante

⁴ Punto modificado por la alegación presentada.

la inclusión del centro hospitalario en programas de evaluación de los planes anuales de Inspección, conforme al contenido de dichos programas y centro seleccionados, así como está sometido a la inspección ante cualquier denuncia correspondiente al ámbito sanitario”.

El último Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios fue aprobado mediante Orden de la Consejería de Salud de 20 de febrero de 2008. Con base en la respuesta recibida no se tiene constancia de las actuaciones llevadas a cabo por la Inspección en el Consorcio y su ente instrumental, ni del resultado de las mismas.

- 40 El art. 40 trata la modificación de los Estatutos. Éstos únicamente se han visto modificados en una ocasión, con fecha 11 de enero de 2010, mediante la que se ha dado nueva redacción al art. 33.1, por la que la financiación que recibirá el HSJD será la prevista en el Contrato Programa por doceavas partes satisfechas a mes vencido, sin que pueda superar el 100% del importe previsto.

3.3. Control Interno

- 41 El art. 12.1.e) de los Estatutos indica que corresponde al Consejo Rector del Consorcio “controlar la actividad” del mismo. Respecto a dicha competencia, el Consorcio puede ejercer el control sobre una multiplicidad de áreas.
- 42 En cuanto a los estados financieros, se debe partir de las siguientes consideraciones:
- Por un lado, las cuentas anuales del HSJD se encuentran auditadas, de acuerdo a lo establecido en la normativa mercantil.
 - Por otro lado, el Consorcio debe tener en cuenta que la Entidad Eclesiástica titular del HSJD presta asimismo actividad concertada a las instituciones sanitarias públicas. Esto podría ser causa de solapamientos de dichas actividades: la consorciada y la concertada.
 - Asimismo, las entidades consorciadas participan al 50% en los resultados negativos de la entidad. En el supuesto de ser positivos deben ser reinvertidos en el propio hospital (art. 33 de los Estatutos).
- 43 En consecuencia, el Consorcio debe ejercer un control efectivo sobre la actividad económico-financiera de su ente instrumental, incluyendo controles sobre los eventuales solapamientos de las actividades concertada y consorciada.
- 44 No obstante, durante los trabajos de fiscalización se ha observado que dicho control se encuentra mediatizado por una serie de hechos, que se describen a continuación.
- 45 En primer lugar, se debe señalar que los representantes del SAS en el Consorcio no disponen de acceso a la contabilidad financiera, esto es, no pueden conocer el detalle de los libros de diario, mayores de cuentas, balances de comprobación de sumas y saldos, etc.

El procedimiento empleado es el siguiente: el HSJD presenta un borrador de cuentas anuales y los representantes del SAS solicitan algunas aclaraciones puntuales por escrito, recibiendo pos-

teriormente respuestas puntuales, igualmente por escrito. En el ejercicio fiscalizado se efectuaron, concretamente, un total de nueve cuestiones, y se ha solicitado detalle de algunas partidas concretas, elaborándose con dicha información un informe por la Subdirección de Presupuestos y Tesorería.

- 46 Consecuencia de lo expuesto, es que el SAS ignora el detalle de determinadas operaciones contables como, así por ejemplo, de los gastos de personal del HSJD⁵.
- 47 A petición de la CCA, se solicitaron y facilitaron certificados de estar al corriente de las obligaciones con la Agencia Estatal de Administración Tributaria, con la Agencia Tributaria de Andalucía y con la Seguridad Social.

Dichos certificados no han sido requeridos periódicamente al HSJD -petición que se considera una prudente práctica de control interno-, a pesar de que un incumplimiento con dichas instituciones pudiera tener consecuencias negativas para las entidades consorciadas, tanto por la eventual aplicación de responsabilidad subsidiaria como por su participación en los resultados negativos al 50%.

- 48 Sí se ha facilitado una relación de la plantilla media de cada una de las 40 unidades del hospital y las retribuciones medias de las 22 categorías que hay en el centro, si bien de ésta última se ha excluido la relativa al personal directivo.

Por ejemplo, no consta en las actas del Consejo las retribuciones del personal directivo designado por el mismo, por lo que no queda acreditado que el Consorcio conozca la retribución del personal directivo que se imputa directamente al gasto de personal del HSJD.

- 49 Por otro lado, también hay gastos relativos a personal dentro de los gastos comunes de los servicios centrales de la Orden, bajo el concepto denominado "Servicios Administrativos", que se detallan en el siguiente cuadro⁶:

CONCEPTO	IMPORTE (€)
Servicios centralizados	
Auditorías (Cuentas anuales y Ley Orgánica de Protección de Datos)	25.000
Servicio de comunicación externo	31.120
Servicio de asesoría jurídica externo	11.810
Servicios técnicos (Ingeniería y arquitectura)	40.428
Primas de seguro (Responsabilidad Civil Promotor)	3.840
Aplicaciones informáticas, equipos y comunicaciones centralizadas	367.644
Soporte realizado por el personal de la Curia	362.486
TOTAL SERVICIOS ADMINISTRATIVOS 2012	842.328
Fuente: Curia Provincial Bética de la Orden Hospitalaria de SJD	Cuadro nº 1

⁵ La CCA solicitó al ente instrumental que facilitara información detallada de los mismos a lo que se contestó que la entidad no consideraba necesario entregar el modelo 190 del Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas, Resumen Anual de Retribuciones y Retenciones, ni las liquidaciones de Seguridad Social del ejercicio.

⁶ Este detalle no consta en las Cuentas Anuales del HSJD. Información solicitada por la CCA.

50 Solicitada información sobre los criterios de reparto que conducen a la aplicación al HSJD de los importes citados, se informó que "(...) *Los costes administrativos se reparten en función de la carga de trabajo generada por cada Centro. A continuación detallamos los criterios utilizados:*

- *Importe cifra de negocios del Centro*
- *Número de pedidos realizados*
- *Número de facturas registradas*
- *Número de lotes de pagos generados*
- *Número de trabajadores (nóminas elaboradas y transferencias emitidas)*
- *Número de usuarios de las distintas herramientas informáticas".*

51 Después de una nueva petición, en la que se indicaba que de la enumeración de los citados criterios no era posible determinar el importe correspondiente a la imputación de cada tipo de gasto, incluido en el concepto "Servicios administrativos", se recibió el siguiente cuadro:

	HSJD	Total	%
	Aljarafe	Provincial	Aljarafe
Nº de facturas registradas (AP)	11	47	23.2%
Nº de remesas de pago emitidas (AP)	60	674	8.9%
Nº de pagos (confirmings incluidos)	5	27	17.3%
Pedidos	12	54	22.8%
Usuarios de Oracle eBS	230	831	27.7%
Pago Transferencias	18,095	59,209	30.6%
Nº trabajadores	805	3,160	25.5%
Importe Neto Cifra de Negocio	59.698.435	182.865.236	32.6%

Fuente: Curia Provincial Bética de la Orden Hospitalaria de SJD

Cuadro nº 2

52 Dado que son ignorados los importes base sobre los que se calculan los porcentajes correspondientes y qué criterio o criterios son aplicables a cada uno de los tipos de gasto que componen los "Servicios administrativos", no es posible determinar a esta Institución si se ha producido una correcta y razonable imputación de los gastos comunes o generales de la Orden.

53 El Consorcio no contaba con información sobre tal concepto previamente a la petición de información de esta Cámara. Se manifestó al equipo de auditoría que el primer o segundo ejercicio de funcionamiento del centro sí fue objeto de análisis, pero no se ha aportado documentación alguna al respecto.

54 Respecto a los gastos de bienes y servicios se da una situación similar. Así, además de no disponer de información contable detallada, el Consorcio no ha tenido acceso a la información registral de suministros y almacenes, por lo que no tiene información detallada de consumos, tanto en cuanto a precios como a unidades físicas.

55 Se ha efectuado una prueba comparando la información facilitada por el HSJD de los consumos de tres tipos de prótesis con las intervenciones quirúrgicas relacionadas con ese tipo de productos según los registros sanitarios de actividad (Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía). Los resultados arrojan los siguientes resultados:

Concepto	Dato Almacén	Dato CMBDA	Diferencia
Lentes intraoculares	1.227	1.223	4
Prótesis total cadera	101	104	-3
Prótesis parcial cadera	56	56	0

Fuente: CCA Cuadro nº 3

Se observan discrepancias en dos de las tres prótesis tomadas como muestra. Este tipo de controles, por las razones expuestas, no ha sido efectuado por el Consorcio hasta el momento.

- 56 La adquisición de bienes y servicios de la Orden normalmente se realiza a través de acuerdos marco con los proveedores y, en base a éstos, cada centro obtiene los suministros según las condiciones pactadas.
- 57 El Consorcio no tiene acceso a los procedimientos de contratación realizados, ni a sus resultados. En consecuencia, no se conoce cómo se evalúan las necesidades, los procedimientos empleados, los precios de adquisición, los plazos de vigencia de los contratos, la periodicidad de los suministros o los plazos de pago, o si se adquieren siguiendo criterios de economía, publicidad o concurrencia, que garanticen la adquisición de bienes y servicios en condiciones favorables de cantidad, calidad y precio.
- 58 No obstante, los representantes de la Orden manifiestan que sus precios de adquisición son inferiores a los del SAS, si bien no se ha dispuesto de documentación alguna que permita la comprobación de dicho extremo.
- 59 Respecto a las inversiones, el Consorcio no tiene conocimiento previo de la decisión de su adquisición, por lo que no conoce con antelación las eventuales mejoras que introducen, ni los precios de adquisición fijados o, por otro lado, la compatibilidad, en el caso de equipamiento, con otros similares del resto del SSPA si bien, como se ha indicado anteriormente, el HSJD no recibe financiación de capital desde el Consorcio.
- 60 No obstante lo indicado en los párrafos anteriores, se debe indicar que a la finalización del ejercicio fiscalizado el HSJD facilitó al Consorcio un informe detallado -cuadro de mando del ejercicio- en el que la dirección de la Orden analiza las desviaciones positivas y negativas observadas tanto en los ingresos como en los gastos, así como un inventario del inmovilizado.

El equipo de auditoría no ha podido comparar dichos documentos con otros equivalentes solicitados de los dos ejercicios anteriores: 2010 y 2011.

- 61 La financiación recibida por el HSJD está vinculada a una población determinada⁷. Sin embargo, el Consorcio no tiene acceso a los datos de admisión para conocer tanto si la poblaciones in-

⁷ El Acuerdo de Consejo de Gobierno por el que se aprueba la constitución del Consorcio menciona que: "La población del Distrito de Atención Primaria del Aljarafe (Sevilla), más de 290.000 habitantes, debe desplazarse a Sevilla capital para recibir asistencia sanitaria especializada, tanto urgente como programada. (...)" . Sin embargo, la noticia de dicho Acuerdo que figuraba en la web de la Junta de Andalucía hacía referencia a "Más de 218.000 habitantes de 28 municipios del Aljarafe...". Según documento de la Subdirección de Presupuestos del SAS, realmente serían 218.083 habitantes.

cludidas en su ámbito acuden a este centro, como si desde él se están atendiendo a pacientes de poblaciones no incluidas en el mismo, por lo que deberían ser atendidos en otros centros hospitalarios.

- 62 Los Estatutos recogen que la población a atender será “*preferentemente*” la de “*la zona del Aljarafe*”. En el HSJD durante el ejercicio fiscalizado se atiende a pacientes de las poblaciones onubenses de Chucena e Hinojos y de Aznalcóllar (Sevilla), no siendo así con los de algunas poblaciones de la comarca del Aljarafe como Camas, Santiponce o Gelves, todo ello según figura en el Contrato Programa del ejercicio. Ello obedece a razones de cercanía a otros centros hospitalarios de la capital sevillana.⁸
- 63 Dentro de la evaluación de la financiación del ente instrumental se consideró -entre otros elementos- la obtención de ingresos propios, al igual que ocurre con los hospitales del resto del SSPA, derivados de la atención de accidentes de tráfico, laborales, etc. que no son financiados por el Sistema Nacional de Salud por contar con un obligado al pago de las respectivas prestaciones.
- 64 El Consorcio no ha tenido acceso directo a los registros correspondientes en los que se recoge esta actividad y no consta que se hayan efectuado pruebas sobre la adecuada captación de los supuestos que pudieran ser facturables, ni sobre la adecuación de las gestiones de cobro.
- 65 Asimismo, la cuenta de pérdidas y ganancias del HSJD incluye también los ingresos y gastos de la Unidad de Lesionados Medulares, actividad que está conveniada por el centro con la Consejería. De acuerdo con lo indicado en el informe elaborado sobre las cuentas anuales por el SAS (véase § 47), esta actividad -cuyos resultados quedan subsumidos en los resultados del ejercicio (al igual que los ingresos propios)- supone unos ingresos de 934.851 € y unos gastos directos e indirectos de 744.135 €, si bien se indica expresamente en ese informe que dichos datos no han sido auditados “de forma específica”.
- 66 No obstante, se debe indicar que la Dirección del hospital en el cuadro de mando no ha informado de los gastos indirectos de forma detallada, que suman un total de 38.895 € -al contrario de lo que ocurre con los directos-, y, por otro lado, que en dicho documento aparecen unos “gastos estructurales”, por importe de 462.045 €, de los que asimismo se ignora su composición y que debe entenderse que tampoco han sido auditados de forma específica.
- 67 El Consorcio no ha podido disponer del detalle de las dos partidas mencionadas, según se deduce del informe mencionado (“Análisis de los Estados Financieros del HSJD”).
- 68 Por otro lado, el sistema de contabilidad analítica del HSJD es propio y diferente al del resto del SSPA (sistema COAN-h, Sistema de Contabilidad Analítica de Hospitales). En consecuencia, al Consorcio no le es posible comparar este centro hospitalario con el resto del SSPA a fin de poder detectar eventuales áreas de mejora y proponer recomendaciones basadas en los costes unitarios de las distintas unidades funcionales de cada centro.

⁸ Punto modificado por la alegación presentada.

- 69 Dicho análisis también coadyuvaría a conocer si la financiación del centro, tal y como requieren los Estatutos (art. 24), se calcula tomando como referencia “el del Hospital más eficiente del Sistema Sanitario Público de Andalucía”.
- 70 En consecuencia, sería deseable que se pudiera disponer de información homogénea de este centro hospitalario en términos de costes unitarios de actividad.

3.4. Estados Financieros

- 71 El contenido de la información contable que debe ser objeto de rendición, pese a que este Consorcio tiene carácter autonómico, se somete en cuanto a su régimen económico financiero y presupuestario, de intervención y control financiero a la legislación local, en concreto a la Orden EHA/4041/2004, de 23 de noviembre, por la que se aprueba la Instrucción del Modelo Normal de la Contabilidad Local.
- 72 En el anexo de dicha orden se incluye el Plan General de Contabilidad Pública adaptado a la Administración Local, cuya parte Cuarta indica que los documentos que componen las cuentas anuales son los siguientes:
- Balance.
 - Cuenta de Resultado económico Patrimonial.
 - Estado de Liquidación del Presupuesto.
 - Memoria.
- 73 Dichos documentos han sido rendidos a esta Cámara de Cuentas en tiempo y forma dentro de la Cuenta General de la Junta de Andalucía, ejercicio 2012.
- 74 En cuanto a la Memoria, la Norma 7 de elaboración de las cuentas anuales señala que ésta “completa, amplía y comenta la información contenida en el Balance, en la Cuenta del resultado económico-patrimonial y en el Estado de liquidación del Presupuesto. Se formulará teniendo en cuenta que:
- a) *El modelo de la Memoria recoge la información mínima a cumplimentar.*
 - b) *Deberá indicarse cualquier otra información no incluida en el modelo de la Memoria que sea necesaria para facilitar la comprensión de las cuentas anuales (...)*
 - c) *Cuando en los apartados de la Memoria se incluyan **cuadros** para reflejar toda o parte de la información que se solicita será obligatoria su cumplimentación. (...)*
 - f) *Cuando como consecuencia de la ausencia de operaciones exista algún tipo de información de la Memoria que carezca de contenido, deberá identificarse haciendo constar dicha circunstancia.”*
- 75 Al respecto, cabe señalar que la Memoria que forma parte de las cuentas anuales del Consorcio no se adecua en la forma y contenido a lo prescrito en la norma transcrita por:

- No contener determinada información relativa a aspectos relevantes. Entre otras pueden citarse a título meramente enunciativo: las bases de presentación, las normas de valoración, el detalle de la información presupuestaria, tal y como se describe en el punto 20 o el Remanente de Tesorería.
 - No se cumplimentan los cuadros indicados en la norma de cumplimentación.
 - No se indica de forma expresa que determinados conceptos carecen de contenido.
- 76 En cuanto a los distintos estados financieros rendidos (Anexos 1 a 3) procede comentar lo siguiente:
- 77 El **balance** refleja únicamente dos partidas de deudores y de acreedores a corto plazo, ambas por importe de 4.325.423,67 €, que se corresponde con el importe de la última transferencia correspondiente al mes de diciembre de 2012.
- 78 El ejercicio anterior ambos importes eran de 10.121.034,57 €, que comprendía tanto la última transferencia mensual de 2011 (4.325.423,67 €) como la financiación adicional a la contemplada en el PAIF de 2010 (5.795.581 €).
- 79 El **resultado económico patrimonial** recoge únicamente dos partidas de transferencias, tanto de gasto como de ingresos, ambas por importe de 51.905.084 €, que coincide con los importes previstos en el PAIF de 2012, lo que supone un resultado de cero euros.
- 80 En el ejercicio anterior dichos importes eran de 57.700.665 €, al incluir la cifra citada anteriormente de 5.795.581 € de financiación adicional del ejercicio 2010, siendo el mismo resultado de cero euros.
- 81 El **Estado de liquidación del presupuesto** recoge créditos iniciales, definitivos, compromisos de gasto, obligaciones reconocidas y pagos todos ellos con el mismo importe de 51.905.084 €.
- 82 De los pagos, un total de 4.325.423,67 € se corresponden con la transferencia mensual de diciembre de 2011, quedando la misma cantidad pendiente de pago por el mismo concepto de 2012 para el siguiente ejercicio.
- 83 No obstante lo expuesto en los párrafos anteriores, procede efectuar las siguientes consideraciones:
- 84 La envoltente presupuestaria incluida en el Contrato Programa del HSJD para el ejercicio 2012 fijaba una cantidad de 57.700.665 €, idéntica a la del ejercicio anterior.
- 85 En acta de la sesión del Consejo Rector de 10 de enero de 2013, se informa por la Presidencia que después de diversas reuniones celebradas durante el último cuatrimestre de 2012, la Consejería de Hacienda y Administración Pública había comunicado unas semanas atrás que el HSJD debía ajustarse al PAIF inicial de 2012, esto es, 51.905.084 €.

- 86 Con fecha 7 de marzo de 2013, se suscribe acta de acuerdo por el Presidente (nombrado por el SAS) y el Vicepresidente (nombrado por la Orden) del Consorcio en el que, entre otros extremos, señalan:
- Que la envolvente presupuestaria fijada en el Contrato Programa para 2012 ascendía a 57.700.665 € (PAIF más financiación adicional).
 - Que, debido al Plan de Estabilidad Presupuestaria, no se podía cerrar el ejercicio con “este Ingreso adicional inicialmente previsto” (5.795.581 €).
 - Que “este hecho da lugar a que la situación de la cuenta de resultados del Hospital a 31 de diciembre de 2012, pase de arrojar unos beneficios de 1.337.331 € a unas pérdidas de 4.458.250 euros”.
 - Que de acuerdo con el art. 33 de los Estatutos, dichas pérdidas deberán ser soportadas al 50% por las dos entidades consorciadas (2.229.125 € cada una de ellas).
 - Que los importes pendientes de pago (financiación adicional de 2011 y el 50% de las pérdidas) por un total de 8.024.706 € serán satisfechos “cuando las disponibilidades presupuestarias y tesoreras del Servicio Andaluz de Salud lo permitan”.
- 87 La Memoria de las Cuentas Anuales⁹ informa que los pagos pendientes ascienden a, por un lado, los citados 8.024.706 € (5.795.581 €, financiación adicional del ejercicio 2011 y 2.229.125 €, el 50% de las pérdidas del HSJD del ejercicio 2012) y, por otro, 71.562,27 € con motivo de la incorporación de la actividad trasplantadora a la cartera de servicios del HSJD (desde el cuarto trimestre de 2010 a finales de 2012).
- 88 No obstante, la liquidación del PAIF 2012, que acompaña al anteproyecto de PAIF de 2014, no contempla esta última cantidad relacionada con la actividad trasplantadora: 71.562,27 €.
- 89 Con fecha 19 de julio de 2013, se tramitó mediante el procedimiento de pago a proveedores previsto en el art. 12.1. del Real Decreto-ley 8/2013, de 28 de junio, de medidas urgentes contra la morosidad de las administraciones públicas y de apoyo a las entidades locales con problemas financieros, dos documentos pendientes de pago por importe conjunto de 8.024.711 €. Este importe fue satisfecho antes de finalizar el ejercicio 2013.
- 90 Por tanto, a finales de 2013, queda pendiente de reconocer la obligación y de efectuar el pago de los 71.562,27 € correspondientes a la mencionada actividad trasplantadora.
- 91 Este importe debería venir recogido en el concepto de Obligaciones pendientes de imputar a presupuesto (apartado 20, concepto A.4.), en el supuesto de que se hubiera cumplimentado el apartado de información presupuestaria del modelo de Memoria previsto en la Instrucción de Contabilidad, junto con el correspondiente al 50% de las pérdidas del ejercicio, esto es, un total de 2.300.687 €.

⁹ Se supone que se ha cumplimentado a finales del mes de marzo, aunque carece de fecha.

- 92 Respecto a la financiación y el tratamiento de los resultados del HSJD, de acuerdo con los datos facilitados en las respectivas memorias de las cuentas anuales del consorcio, se deduce lo siguiente:

CONTENIDO DE LAS MEMORIAS DE LAS CUENTAS ANUALES DEL CONSORCIO

AÑO	FINANC. INICIAL	FINANC. COMPLEM.	TOTAL	MENCION A RTDOS. DEL HSJD	Bº/PÉRDIDAS DEL HSJD
2004(1)	-	-	-	-	-336.055
2005	40.132.050	-	40.132.050	Pdte. aprobación	-2.654.926
2006	41.456.408	5.746.029	47.202.437	Pdte. aprobación	-203.457
2007	43.114.664	5.942.829	49.057.943	Pdte. aprobación (2)	-3.757.226
2008	50.887.337	1.103.794	51.991.131	Desacuerdo aprob. ctas.	-5.944.924
2009	51.905.084	4.371.776	56.276.860	Desacuerdo aprob. ctas.	-1.947.846
2010	51.905.084	5.795.581	57.700.665	Desacuerdo aprob. ctas.	+59.333
2011	51.905.084	5.795.581(3)	57.700.665	Desacuerdo aprob. ctas.	+23.582
2012	51.905.084	2.229.125(4)	54.134.209	Desac. aprob. ctas. (5)	-2.229.125

Fuente: Consorcio y SAS

Cuadro nº 4

- (1) En el año 2004 el Consorcio no elaboró o no rindió, al menos, Memoria de Cuentas Anuales.
- (2) Se indica en la Memoria de ese ejercicio: "Según se desprende de las Cuentas Anuales auditadas del ejercicio 2007 de la Entidad Eclesiástica, el resultado del ejercicio asciende a 3.757.226,14 € de pérdidas. No obstante, en la actualidad, el citado resultado se encuentra pendiente de aprobación por el Consejo Rector puesto que la referida pérdida es fruto de la imputación por la Entidad Eclesiástica, con cargo a la financiación de explotación que le ha sido transferida por el Consorcio, de partidas de gasto por transacciones de tipo patrimonial que, de acuerdo con lo establecido por los Estatutos del Consorcio, forman parte de la aportación de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios al proyecto, no procediendo, por tanto, la financiación de tales inversiones con cargo a la transferencia de financiación de 2007 que en dicho ejercicio ascendió a 49.057.943 €".
- (3) No incluido importe por actividad trasplantadora por 27.351 €.
- (4) 50% de las pérdidas asumidas por el SAS. No incluido el importe de la actividad trasplantadora por 44.211 € (satisfecho a finales de 2013 junto con los 27.351 € mencionados en la nota anterior).
- (5) Las pérdidas del ejercicio en el borrador de Cuentas Anuales son 4.458.250 €, si bien el SAS asume el 50%, figurando éste como deudor en balance.

- 93 Del cuadro anterior se deduce que en los nueve años indicados ha habido pérdidas en el ente instrumental (HSJD) en siete de ellos, desde un mínimo de 203.457 € hasta un máximo de 5.944.924 €.
- 94 En el período 2004 al 2012, inclusive, los informes de los técnicos del SAS ajustaban los resultados ofrecidos por dicha entidad, y tras las discrepancias entre las dos partes consorciadas no se ha llegado a acordar la aprobación de las cuentas anuales del HSJD en ninguno de ellos, según consta en cada una de las memorias elaboradas.
- 95 Los motivos alegados por el SAS para efectuar dichos ajustes son la incorrecta imputación contable de "(...) el arrendamiento del Hospital hasta 2009 (por la Provincia Bética), los gastos derivados de la activación de la construcción y las instalaciones, las amortizaciones de inmovilizado y de gastos de establecimiento, así como de las compras de inmovilizado que han sido contabilizadas como gasto del ejercicio".

En concreto, en el ejercicio fiscalizado el importe de los gastos que el SAS considera no procedentes alcanza, al menos, la cifra de 2.652.717 €.

96 No obstante, con el acuerdo mencionado de 7 de marzo de 2013 entre ambas partes, se deducen dos consecuencias:

- a) Se reduce para el ejercicio 2012 la financiación prevista en el Contrato Programa, denominada envoltante financiera, que *“constaba históricamente” (sic) de la financiación publicada en PAIF de 51.905.804 euros y de una modificación presupuestaria de 5.795.581 euros*, a únicamente su primer componente.
- b) Se asumen por primera vez por el SAS el 50% de las pérdidas, si bien hay que señalar que dichas pérdidas son las facilitadas por el HSJD, esto es, sin considerar los ajustes que año tras año se han efectuado por los técnicos del SAS.

97 La relevancia del importe acumulado de las discrepancias entre las dos entidades consorciadas se puede apreciar en el siguiente cuadro:

AÑO	FONDOS PROPIOS HSJD S/PROV. BÉTICA	FONDOS PROPIOS HSJD S/ SAS	DIFERENCIA
2004	9.093.078	15.108.472	6.015.394
2005	6.438.152	16.686.883	10.248.731
2006	6.234.695	20.715.480	14.480.785
2007	2.477.469	21.074.049	19.263.025
2008	-3.467.455	19.153.738	22.621.193
2009	-5.415.302	20.486.833	25.902.135
2010	-2.890.823	26.178.540	29.069.363
2011	-2.867.241	28.943.404	31.810.645
2012	-5.096.366	29.366.996	34.463.362

Fuente: SAS

Cuadro nº 5

El importe acumulado de las diferencias se observa que crece ininterrumpidamente desde el inicio de la actividad de este centro hospitalario.

3.5. Eficacia

- 98 Como ya se indicó anteriormente, si bien en los Estatutos del Consorcio se prevé la suscripción anual de un Contrato-Programa entre la Consejería competente en materia de Salud y aquel, en la práctica dicho documento es suscrito por el SAS y el HSJD.
- 99 En el anexo 6 figuran los indicadores fijados en cada área, denominadas *“perspectivas”*, con sus respectivas descripciones y ponderaciones y unidades de medida, así como sus resultados obtenidos en valores absolutos y relativos.

- 100 Del Contrato Programa se efectúa un seguimiento de periodicidad trimestral. Su estructura y contenido es muy similar al de otros hospitales, y ello a pesar de que este centro es un hospital con una configuración jurídica y unas características sanitarias (cartera de servicios) y económicas diferenciadas.¹⁰
- 101 Asimismo, durante los trabajos de campo se ha obtenido información sobre el seguimiento trimestral de los diez centros hospitalarios que conforman el grupo D, de hospitales de referencia comarcal que el SAS considera comparables en función de determinados parámetros. En dicho grupo se integran centros con distinta configuración jurídica: dependientes del SAS, agencias públicas empresariales y el ente instrumental del Consorcio.
- 102 El SAS ha remitido a la CCA, la evaluación y ponderación detallada de los resultados de cuatro centros, todos ellos dependientes del propio organismo: H. Infanta Margarita de Cabra (Córdoba), H. Infanta Elena de Huelva, H. San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) y H. de San Agustín de Linares (Jaén).
- 103 Por el contrario, el SAS no ha facilitado la Evaluación detallada de resultados de los siguientes hospitales del grupo: APES H. de Poniente, Hospitales de Montilla y de Andújar (ambos dependiente de la APES Alto Guadalquivir, Hospital de Baza (Granada) dependiente del SAS, y APES Bajo Guadalquivir, por lo que no se ha podido hacer una comparación del HSJDA con el resto de los Hospitales del grupo D.
- 104 El Contrato Programa para el año 2012 fue, en una primera parte (la parte general o cualitativa), suscrito entre los Directores Gerentes del SAS y del HSJD, el día 27 de diciembre de 2011, no teniendo constancia escrita de la fecha de la determinación específica de los objetivos del mismo. Según manifestación de los responsables del HSJD tuvo lugar durante el mes de junio de 2012.
- 105 De un análisis general del Contrato Programa, así como de la información facilitada del SICPROI, Sistema de Seguimiento de Objetivos del Contrato Programa, de periodicidad trimestral, y de la Evaluación de Resultados del Contrato Programa, se han observado las siguientes incidencias:
- De los SICPROI trimestrales se deduce que dentro de los mismos Hospitales del Grupo (Grupo D), no a todos se les efectúa el mismo seguimiento: hay una diferencia entre ellos de 15 a 43 indicadores evaluados según el trimestre.
 - Se ha comprobado que al HSJDA se le hace un seguimiento de menos indicadores que a la media del grupo en todos los trimestres.
 - Del contenido de dichos documentos trimestrales, se deduce que hay indicadores que no están evaluados en el trimestre que les corresponde, y también que algunos de ellos están evaluados en un trimestre distinto al último del ejercicio, siendo su cumplimiento anual.

¹⁰ Punto modificado por la alegación presentada.

106 Del análisis específico de los indicadores en el SICPROI de diciembre y en la evaluación de resultados del ejercicio 2012 (Anexo 6) se ha detectado:

- En SICPROI de diciembre, no se han alcanzado los objetivos previstos en 7 indicadores:
 - 3.1.3: % de UGCs del Centro con líneas de investigación aprobada.
 - 4.1.5.2: Solicitudes de especialidades de Decreto sin cita asignada con más de 60 días (este indicador también se analiza más adelante).
 - 4.2.1.1: Funcionamiento de la Comisión de Participación Ciudadana.
 - 4.4.6.2: Formación en actuación sanitaria ante la violencia de género.
 - 4.4.14: % de pacientes que tienen registrado el diagnóstico de situación terminal.
 - 4.4.24.2: % de pacientes distintos que han recibido Educación Diabetológica estructurada en consultas de adultos.
 - 4.4.42: Personas diagnosticadas de cáncer colorrectal intervenidas en un período inferior a 30 días tras su ingreso en AGD.
- Hay doce indicadores, que se han consignado en el último trimestre y deberían haberse cumplido en trimestres anteriores.
- En la evaluación de resultados, se detectan varias discrepancias:
 - En la valoración de los objetivos correspondientes a Docencia e Investigación (cumplimiento del 64%, cuando sólo se ha incumplido uno de los siete objetivos definidos).
 - En la evaluación de resultados del objetivo 4.1.6., % de pacientes que han superado el plazo de garantía (Decreto 209/01) y no reciben carta informativa, valorado en un 75%, cuando en los cuatro SICPROI trimestrales ese objetivo siempre está alcanzado plenamente.
 - El grado de consecución del objetivo 4.1.3, pacientes con más de 120 días de espera, para aquellos pacientes contemplados en la Orden de 20 de diciembre de 2006, al igual que en el caso anterior se valora con el 75%, cuando los cuatro SICPROI trimestrales ese objetivo siempre está alcanzado.
 - En la evaluación de resultados de los objetivos 4.3.5.1 al 4.3.5.4, ajuste del índice de resolución en CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) al estándar, que en los cuatro SICPROI trimestrales aparecen cumplidos y sin embargo en la evaluación final alguno de los cuatro no alcanza el 100%. Además se deberían haber consignado en junio en lugar de diciembre.
 - En cuanto a la evaluación de los objetivos 4.4.24, 4.4.43 y 4.4.44, correspondientes a los Planes Integrales PIDMA, PIOA y PICA, no es coherente con la valoración de los resultados del SICPROI de diciembre.

- Respecto a la evaluación de resultados de los objetivos 4.5.7 al 4.5.18, correspondientes a la autoevaluación del hospital mediante el cuestionario del Observatorio de Seguridad del Paciente, ha alcanzado una puntuación global del 50%, que no se corresponde con la puntuación obtenida en los cuatro trimestres de seguimiento del SICPROI.
- Finalmente, se solicitó justificación documental de tres objetivos, de los que en uno de ellos se ofreció información discrepante: en el objetivo 4.1.5.2., Solicitudes de especialidades de Decreto sin cita asignada con más de 60 días, según la documentación recibida (23-1-2014), el grado de consecución global del ejercicio se evaluó en el 100%, equivalente a que no se había producido ningún incumplimiento de los plazos del decreto en esa área y, sin embargo, de los documentos SICPROI trimestrales se deduce que este objetivo no se había alcanzado en dos trimestres.

107 Con los condicionamientos expuestos respecto a la ausencia de información de determinados centros y a las discrepancias observadas, se debe indicar que la valoración global del Contrato Programa alcanza una puntuación de 92,66%, lo que supone la valoración más alta en relación con los cuatro hospitales del Grupo D de los que el SAS ha facilitado información, tal y como se expone en el siguiente cuadro:

HOSPITAL	% PUNTUAC.
H. Infanta Elena (Huelva)	73,85
H. Infanta Margarita de Cabra (Córdoba)	73,09
H. San Agustín de Linares (Jaén)	80,97
H. San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén)	74,04
H. San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla)	92,66

Fuente: SAS

Cuadro nº 6

108 Por otro lado, en el contenido del Contrato Programa se echan de menos algunos elementos:

- Que no se indique ni siquiera de manera orientativa la actividad estimada que se va a desarrollar en el ejercicio. Si bien la actividad depende en buena medida de la demanda, no es menos cierto que los recursos económicos deben estar calculados para atender tanto los costes de estructura como los variables.
- Que en él no se incluyan determinados indicadores de calidad, que se consideran relevantes para un centro de estas características (hospital comarcal), tales como porcentaje de ingresos o porcentaje de altas por derivación a otros centros hospitalarios, que podrían completar un análisis global de la actuación de este centro (no sólo en términos de coste y producción).

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

109 La figura del consorcio sólo se ha utilizado de forma excepcional en el ámbito sanitario público. No se han facilitado los estudios que eventualmente se hubieran elaborado en el momento de la toma de decisión de su creación. En consecuencia, no se ha podido comprobar que las circunstancias que llevaron a la misma se mantienen en la actualidad (**§§ 17-21**).

- 110 El art. 24 de los Estatutos señala que la financiación del Consorcio se calculará tomando como referencia “el del Hospital más eficiente del sistema sanitario Público de Andalucía”. Con independencia de un estudio fechado en diciembre de 2003, no se tiene constancia de cuáles son los elementos de referencia que se han utilizado para fijar la financiación del mismo en el ejercicio fiscalizado y en los precedentes **(§§ 22-23)**.

Deben efectuarse periódicamente estudios económicos que permitan verificar que la financiación del Consorcio toma como referencia la del hospital más eficiente del Sistema Sanitario Público y que permitan tomar las adecuadas decisiones económicas respecto a dicho centro hospitalario.

- 111 Los Estatutos de la Entidad regulan determinados aspectos de la actividad del Consorcio mediante preceptos a los que no se les está cumpliendo efectivo. Esta circunstancia afecta a la publicación de las modificaciones del Consejo Rector, a la periodicidad de las sesiones de este órgano, a aspectos formales y de contenido del Contrato Programa, a la política de personal y a diversos controles sobre la actividad del organismo **(§§ 34-38)**.¹¹
- 112 El SAS participa al 50% de los resultados negativos del ente instrumental, esto es, el HSJD. A pesar de ello, los representantes del SAS en el Consejo Rector del Consorcio no tiene acceso a información detallada de la contabilidad financiera (diario, mayores, balances, etc.), de los gastos de personal -incluidos los imputados indirectamente del personal de la Curia-, de los gastos en bienes corrientes y servicios (registros de suministros y almacenes, procedimientos de contratación, etc.), de las inversiones (con carácter previo a su realización), de los datos de admisión hospitalaria, de los ingresos propios o de la contabilidad analítica de dicho centro **(§§ 41-70)**.

Para que el Consejo Rector del Consorcio pueda desempeñar sus funciones de control sobre el ente instrumental, el HSJD, debe tener acceso pleno a todo tipo de registros contables, sanitarios y de actividad.

- 113 La Memoria que forma parte de las Cuentas Anuales del Consorcio no se adecua en la forma y contenido a lo prescrito por la Orden EHA/4041/2004, de 23 de noviembre, por la que se aprueba la Instrucción del Modelo Normal de la Contabilidad Local **(§§ 74-75)**.
- 114 En el supuesto de que se hubiera cumplimentado dicha Memoria de acuerdo con el formato establecido en la Orden mencionada, el apartado de información presupuestaria debería recoger unas Obligaciones pendientes de imputar a presupuesto por importe de 2.300.687 € **(§91)**.
- 115 En el período 2004 al 2012, inclusive, no se ha llegado a acordar la aprobación de las cuentas anuales del HSJD, según consta en cada una de las memorias del Consorcio. Las discrepancias de las dos partes consorciadas estriban en la incorrecta imputación contable de “(...) el arrendamiento del Hospital hasta 2009 (por la Provincia Bética), los gastos derivados de la activación de la construcción y las instalaciones, las amortizaciones de inmovilizado y de gastos de esta-

¹¹ Punto modificado por la alegación presentada.

blecimiento, así como de las compras de inmovilizado que han sido contabilizadas como gasto del ejercicio”. En concreto, en el ejercicio fiscalizado el importe de los gastos que el SAS considera no procedentes alcanza, al menos, la cifra de 2.652.717 €.

No obstante, mediante acuerdo de 7 de marzo de 2013 ambas partes pactan la reducción de la financiación prevista en el Contrato Programa del ejercicio 2012, denominada envolvente financiera, que “constaba históricamente” (sic) de la financiación publicada en PAIF de 51.905.804 euros y de una modificación presupuestaria de 5.795.581 euros”, a únicamente su primer componente y, por otro lado, se asumen por primera vez por el SAS el 50% de las pérdidas, calculadas éstas sin practicar los ajustes calculados por la Subdirección de Presupuestos y Tesorería dependiente de ese mismo organismo.

El importe acumulado de estas diferencias de criterio de carácter contable ha crecido ininterrumpidamente desde el inicio de la actividad de este centro hospitalario (**§§ 92-97**).

- 116 De la revisión del cumplimiento de los objetivos pactados en Contrato Programa se deduce que no se han cumplido determinados objetivos y que se han observado discrepancias entre los documentos de seguimiento trimestral del Contrato Programa y la evaluación final del mismo.

En relación con los cuatro centros hospitalarios de los que se ha dispuesto de información (hay varios hospitales del su grupo que no han sido facilitados), el HSJD alcanza la mejor puntuación global (**§§ 105-107**).

- 117 En el contenido del Contrato Programa se echan de menos algunos elementos:

- La actividad estimada del ejercicio.
- El que no se establezcan indicadores de calidad, que se consideran relevantes para un centro de estas características (hospital comarcal), tales como porcentaje de reingresos o porcentaje de altas por derivación a otros centros hospitalarios (**§ 108**).

5. OPINIÓN

- 118 Las cuentas anuales del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, correspondientes al ejercicio 2012, expresan en todos los aspectos significativos, la imagen fiel del patrimonio y de la situación financiera de la entidad correspondiente a 31 de diciembre de 2012, así como de los resultados de sus operaciones y de la liquidación del presupuesto correspondientes al ejercicio anual terminado en dicha fecha, de conformidad con el marco normativo de información financiera que resulta de aplicación.
- 119 Se han detectado determinados incumplimientos de su normativa de aplicación que se detallan en **§§ 111 y 113**.

6. ANEXOS

CONSORCIO SANITARIO PÚBLICO DEL ALJARAFE		BALANCE DE SITUACIÓN (€)			ANEXO 1
		2012	2011	PASIVO	
ACTIVO					
A) INMOVILIZADO		0,00	0,00	FONDOS PROPIOS	2012
I. Inversiones destinadas al uso general				I. Patrimonio/capital	0,00
II. Inmovilizaciones inmateriales				Capital Escriturado	0,00
III. Inmovilizaciones materiales				Capital no exigido (restando)	50,00
IV. Inversiones gestionadas				II. Reservas	-50,00
V. Patrimonio Público del Suelo				III. Resultados de ejercicios anteriores	
VI. Inversiones financieras permanentes				IV. Resultados del ejercicio	
VII. Deudores no presupuestarios a l/p					
B) GASTOS A DISTRIBUIR EN VARIOS EJERCICIOS		0,00	0,00	B) GASTOS A DISTRIBUIR EN VARIOS EJERCICIOS	
C) ACTIVO CIRCULANTE		4.325.423,67	10.121.004,67	C) ACREEDORES A LARGO PLAZO	0,00
I. Existencias				I. Emisiones de obligaciones y otros valores negociables	0,00
II. Deudores		4.325.423,67	10.121.004,67	II. Otras deudas a largo plazo	
III. Inversiones financieras temporales				III. Desembolsos pendientes sobre acciones no exigidos	
IV. Tesorería				C) ACREEDORES A CORTO PLAZO	4.325.423,67
V. Ajustes por periodificación				I. Emisiones de obligaciones y otros valores negociables	10.121.004,67
TOTAL ACTIVO		4.325.423,67	10.121.004,67	II. Otras deudas a largo plazo	
				III. Acreedores	4.325.423,67
				IV. Ajustes por periodificación	10.121.004,67
				TOTAL PASIVO	4.325.423,67
					10.121.004,67

CONSORCIO SANITARIO PÚBLICO DEL ALJARAFE

ANEXO 2

CUENTA DE RESULTADOS (€)

DEBE	2012	2011	DEBE	2012	2011
			B) INGRESOS		
Reducción de existencias de productos terminados y en curso de fabricación			1. Ventas y prestaciones de servicios		
Aprovisionamientos			2. Aumentos de existencias de productos terminados en curso de fabricación		
Gastos de funcionamiento de los servicios y prestaciones sociales			3. Ingresos de gestión ordinaria		
Transferencias y subvenciones	51.905.084,00	57.700.665,00	4. Otros ingresos de gestión ordinaria		
Pérdidas y gastos extraordinarios			5. Transferencias y subvenciones	51.905.084,00	57.700.665,00
AHORRO	0,00	0,00	6. Ganancias e ingresos extraordinarios		
			DESAHORRO	0,00	0,00

RESULTADO PRESUPUESTARIO (€)		ANEXO 3		
CONCEPTO	DERECHOS RECONOCIDOS NETOS	OBLIGACIONES RECONOCIDAS NETAS	AJUSTES	RESULTADO PRESUPUESTARIO
a) Operaciones corrientes	51.905.084,00	57.700.665,00		
b) Operaciones financieras				
1.Total operaciones no financieras (a+b)	51.905.084,00	57.700.665,00		0,00
2.Activos financieros				
3.Pasivos financieros				
RESULTADO PRESUPUESTARIO DEL EJERCICIO	51.905.084,00	57.700.665,00		
<u>Ajustes</u>				
Créditos gastados financiados con remanentes de tesorería para gastos generales				
Desviaciones de financiación negativas del ejercicio				
Desviaciones de financiación positivas del ejercicio				
RESULTADO PRESUPUESTARIO AJUSTADO				0,00

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

BALANCE DE SITUACIÓN (€)

ANEXO 4

	Ejercicio 2012	Ejercicio 2011	Ejercicio 2010
ACTIVO			
ACTIVO NO CORRIENTE	33.280.419	34.281.479	35.837.097
Inmovilizado intangible	1.911.679	1.568.682	1.011.033
Inmovilizado material	31.368.740	32.712.797	34.826.064
ACTIVO CORRIENTE	15.516.103	17.360.576	11.468.002
Existencias	889.962	946.063	1.045.556
Deudores comerciales y otras cuentas a cobrar	12.470.857	16.130.518	10.273.343
Inversiones en empresas del grupo y asociadas a c/p	154.998	134.862	83.094
Inversiones financieras a corto plazo		49.187	
Periodificación a c/p			11.673
Efectivo y otros activos líquidos equivalentes	2.000.286	99.946	54.336
TOTAL ACTIVO	48.796.522	51.642.055	47.305.099
PASIVO			
PATRIMONIO NETO	-5.096.366	-2.867.241	-2.890.823
Fondo social	13.465.146	13.465.146	13.465.146
Resultado de ejercicios anteriores	-16.332.387	-16.355.969	-16.415.302
Resultado de ejercicio	-2.229.125	23.582	59.333
PASIVO NO CORRIENTE	33.261.613	34.306.351	30.229.838
Deudas a largo plazo	17.200	16.300	16.300
Deudas con empresas del grupo y asociadas a l/p	33.244.413	34.290.051	30.213.538
PASIVO CORRIENTE	20.631.275	20.202.945	19.966.084
Deudas a corto plazo	208.635	503.439	362.095
Deudas con empresas del grupo y asociadas	7.620.665	6.378.951	6.915.807
Acreedores comerciales y otras cuentas a pagar	12.801.975	13.320.505	12.688.182
Periodificación a c/p	0	50	0
TOTAL PATRIMONIO NETO Y PASIVO	48.796.522	51.642.055	47.305.099

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
CUENTA DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS (€)

ANEXO 5

	Ejercicio	Ejercicio	Ejercicio	variación 2012-2011	
	2012	2011	2010	absoluta	%
Ingresos por prestaciones de servicios asistenciales	56.131.969	59.940.828	59.565.018	(3.808.859)	-6%
Aprovisionamientos	-16.104.478	-16.840.417	-16.676.441	735.939	-4%
Otros ingresos de explotación	1.051.383	746.698	659.731	304.685	41%
Gastos de personal	-35.494.796	-35.592.023	-34.601.002	97.227	0%
Otros gastos de explotación	-4.757.755	-5.198.643	-5.431.399	440.888	-8%
Amortización del inmovilizado	-2.529.974	-2.612.455	-3.031.353	82.481	-3%
RESULTADO DE EXPLOTACIÓN	-1.703.651	443.988	484.554	(2.147.639)	-484%
RESULTADO FINANCIERO	-525.474	-420.406	-425.221	(105.068)	25%
RESULTADO DEL EJERCICIO	-2.229.125	23.582	59.333	(2.252.707)	-9553%

00060268

ANEXO 6

EVALUACIÓN CONTRATO PROGRAMA 2012

Indicador de RESULTADOS	Descripción	Nº	Pesos	Unidad de Medida	Grado de consecución	Resultado obtenido
Perspectiva Financiera 26%	Cumplimiento del presupuesto asignado de los Capítulos	1.1.1.1.	26%		100%	26%
Perspectiva de Delegación 2%	Funcionamiento en todos los Hospitales del Comité Asesor para la mejora continua de las Unidades de Gestión Clínica.	2.1.1.	1%	Actas de las reuniones desarrolladas en el año (al menos una al trimestre)	1%	1%
	Favorecer la continuidad asistencial mediante Acuerdo Internivel y traslado a los Acuerdos de Gestión Clínica de sus Unidades de los objetivos vinculantes entre UGC que atienden la misma población diana.	2.1.2.1.	0.5%	Acuerdo Internivel	100%	0.5%
Perspectiva de Formación y Crecimiento 7%	Se acreditarán el 100% de actividades y programas de formación continuada del personal sanitario	3.1.1.	0.25%	Actas. formativas de prof. sanitarios acreditados *100/Nº total acts. formativas de prof.e. Sanitarios	100%	0.25%
	Cada Hospital fijará el porcentaje de los objetivos de investigación respecto a 100%.	3.1.2.		Puntos porcentuales (%) del peso de objetivos de investigación sobre el total de objetivos > 5 %		
	Todas las UGC tendrán abiertas al menos una línea de investigación o participarán en la/s abierta/s por el Hospital, con expresión de/los responsable/s y los participantes en la/s misma/s	3.1.3.	6%	UGC con al menos una línea de investigación (Puntos porcentuales (%) sobre total de UGC del centro > 60%)	64%	3.85%
Indicador de RESULTADOS	Descripción	Nº	Pesos	Unidad de Medida	Grado de consecución	Resultado obtenido
	Se incluirán por cada Hospital indicadores de producción científica en las siguientes áreas	3.1.4.		Publicaciones		
				Número total de publicaciones con factor de impacto global		
	Agencias nacionales, autonómicas y privadas (solicitudes y concedidos)	3.1.7.		Proyectos de investigación con financiación competitiva		
				Proyectos solicitados o concedidos (Proporción en Nº de proyectos solicitados o concedidos en 2012 / (item 2011 igual ó > 1)		
Las Unidades Docentes acreditadas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para la formación postgraduada especializada, dispondrán de los planes individualizados de formación de los especialistas en formación (residentes)	3.1.12.	0.25%	<100% no conseguido -> 0% .100% de residentes con Plan objetivo conseguido -> 100%	100%	0.25%	
En el primer semestre de 2012 se definirá el Plan Estratégico de Formación Integral a desarrollar en su ámbito de gestión, de acuerdo con las líneas estratégicas contenidas en el Plan Estratégico del Sistema Sanitario Público de Andalucía.	3.1.13.	0.25%	Cumple ó no cumple	100%	0.25%	
En el primer trimestre de 2012 se elaborará e implementará el Plan de Gestión de la Calidad Docente del Centro, conforme a la estructura y contenidos del aprobado para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.	3.1.14.	0.25%	Cumple ó no cumple	100%	0.25%	

Indicador de RESULTADOS	Descripción	Nº	Pesos	Unidad de Medida	Grado de consecución	Resultado obtenido
Perspectiva del Cliente 34% Accesibilidad Hospitalaria 15%	El Centro garantizará que durante 2012 no haya ningún paciente afectado por el decreto 209/2001, por el que se establece la garantía de respuesta quirúrgica en el SSPA, con más de 180 días de espera.	4.1.2.	5%	1) 0 pacientes : 100% (mensual) Total Anual = $\text{PI} / 12$ siendo PI los porcentajes mensuales hallados en los pasos 1 y 2 2)> 0 pacientes : 0% (mensual)	75%	3,75%
	El Centro garantizará que durante 2012 no haya ningún paciente con más de 120 días de espera, para aquellos procedimientos que se contemplan en la orden de 20 de diciembre de 2006	4.1.3.	5%	1) 0 pacientes : 100% (mensual) Total Anual = $\text{PI} / 12$ siendo PI los porcentajes mensuales hallados en los pasos 1 y 2 2)> 0 pacientes : 0% (mensual)	75%	3,75%
	Todos los Directores de Unidades de Gestión Clínica Y/o Jefes de Servicios del Área Quirúrgica tendrán acceso a su propia Usa de Espera Quirúrgica y certificarán mensualmente dicha lista	4.1.4.	1%	1) 0 pacientes : 100% (mensual) Total Anual = $\text{PI} / 12$ siendo PI los porcentajes mensuales hallados en los pasos 1 y 2 2)> 0 pacientes : 0% (mensual)	100%	0,6%
	El centro gestionará las solicitudes diferidas (sin cita) de primeras consultas de especialidades incluidas en el Decreto 96/2004 derivadas desde Atención Primaria para que en ningún caso superen los 60 días de demora	4.1.5.1.	1%	Porcentaje de meses (Nº de solicitudes diferidas procedentes de Atención Primaria para especialidades de Decreto 96/2004 / Total de pacientes pendientes al corte * 100 = 0 < 10%)	100%	1%
		4.1.5.2.	1%	% de meses (Nº de primeras consultas procedentes de AP (Decreto 96/2004), diferidas >60 días=0)	100%	1%
	El centro remitirá una carta a los pacientes que sobrepasen el tiempo máximo de respuesta, con el fin de informarles, para que puedan hacer uso del derecho de garantía.	4.1.6.	0,3%	[(Número de pacientes que han superado plazo - número de cartas enviadas)/(Total pacientes programables con garantía) 1) < 3% = 100% 2)>=3% = 0%	100%	0,3%
	El Centro cuya tasa de indicación estandarizada por edad y sexo del procedimiento "Cataratas" esté por encima de la tasa estandarizada media de su grupo de hospitales, deberá disminuir esa diferencia por lo menos en un tercio. En el caso de que esta sea igual o menor de la media del grupo, deberá mantener la tasa igual a la media o por debajo de la media.	4.1.7.	0,7%	1) Cumple el objetivo a cierre Dic. 2012: 100% 2) No cumple el objetivo a cierre Dic. 2012: 0%	100%	0,7%
	El Centro cuya tasa de indicación estandarizada por edad y sexo del procedimiento "Prótesis de rodilla" esté por encima de la tasa estandarizada media de su grupo de hospitales, deberá disminuir esa diferencia por lo menos en un tercio. En el caso de que esta sea igual o menor de la media del grupo, deberá mantener la tasa igual a la media o por debajo de la media.	4.1.8.	0,7%	1) Cumple el objetivo a cierre Dic. 2012: 100% 2) No cumple el objetivo a cierre Dic. 2012: 0%	100%	0,7%
	El Centro cuya tasa de indicación estandarizada por edad y sexo del procedimiento "Amigdalitis/Adenoides" esté por encima de la tasa estandarizada media de su grupo de hospitales, deberá disminuir esa diferencia por lo menos en un tercio. En el caso de que esta sea igual o menor de la media del grupo, deberá mantener la tasa igual a la media o por debajo de la media.	4.1.9.	0,7%	1) Cumple el objetivo a cierre Dic. 2012: 100% 2) No cumple el objetivo a cierre Dic. 2012: 0%	100%	0,7%

00060268

Indicador de RESULTADOS	Descripción	Nº	Pesos	Unidad de Medida	Grado de consecución	Resultado obtenido	
Perspectiva del Cliente 34%	Implantación y funcionamiento de, al menos, una comisión de participación ciudadana en cada Área.	4.2.1.1.	0,25%	Nº de Reuniones de la Comisión de Participación Ciudadana al menos una semestral	0%	0%	
	Implantación y funcionamiento de Comisiones de Participación Ciudadana en todas las UGC (según resolución)	4.2.1.2.	0,5%	Nº de UGC con comisiones de participación ciudadana activas * 100 / Nº total de UGC	1%	0,5%	
	Se implementan y evalúan las actuaciones contenidas en el plan de participación ciudadana de cada de las UGC, según se especifica en la Resolución al efecto.	4.2.1.3.	0,25%	Informe de evaluación sobre las actuaciones implementadas del plan de participación ciudadana a nivel de Centro	1%	0,25%	
	Emite informe de evaluación de las acciones ejecutadas en el Plan de mejora 2011, así como Informe del Plan de Mejora 2012 con planificación de nuevas acciones basadas en debilidades de las encuestas de satisfacción y de las reclamaciones del año anterior.	4.2.2.	0,25%	Nº de informes de evaluación de Plan de Mejora 2011 y nº de informes de Plan de Mejora 2012	1%	0,25%	
	El centro no tendrá ninguna reclamación por no permitir el acompañamiento de las personas especialmente vulnerables (pacientes en situación terminal, grandes discapacitados, en situación de agitación o trastorno de la percepción sensorial) durante su estancia en las Unidades de Urgencias o Diagnósticas, ni por no permitir el acompañamiento continuo del recién nacido por su madre (o familiar que la sustituya) así como la visita sin restricciones del padre (o persona que lo sustituya).	4.2.4.	0,25%	Nº de Reclamaciones por no permitir el acompañamiento de las personas especialmente vulnerables o el acompañamiento continuo del recién nacido por su madre (o familiar que la sustituya) = 0	1%	0,25%	
	El centro aplicará el protocolo de actuación para la hospitalización en habitaciones individuales a los pacientes que los necesiten (pacientes en fase terminal, paliativos, áreas maternas y aislamiento infecciosos).	4.2.5.	0,25%	Informe certificando las actuaciones realizadas para la hospitalización en habitaciones individuales según el Protocolo y nº de reclamaciones recibidas por este concepto	1%	0,25%	
	Informe de las actuaciones llevadas a cabo el año anterior, según se contempla en el Plan de Atención a las Cuidadoras y desarrollo de nuevas actuaciones, antes del 30 junio de 2012.	4.2.3.	0,25%	Evaluación de las actividades contempladas en el Plan de Cuidadoras implantadas en el Hospital el año anterior y propuesta de nuevas actividades.	1%	0,25%	

Indicador de RESULTADOS	Descripción	Nº	Pesos	Unidad de Medida	Grado de consecución	Resultado obtenido
Perspectiva del Cliente 34%	<p>Estancias evitables. El Hospital tenderá a reducir, en al menos un tercio, la diferencia entre la estanda media de sus GDRs y la del estándar, en el caso de que aquéllas se encuentren por encima de éste</p> <p>CCS 30 Amigdalectomía y/o adenoidectomía</p> <p>Ajuste del índice de resolución en CMA al estándar en los siguientes grupos CCS</p> <p>CCS 85 Reparación de hernia inguinal y femoral</p> <p>CCS 143 Bunionectomía o reparación de deformidades de los dedos de los pies</p> <p>CCS 118 Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre genitales masculinos</p>	4.3.6.	1%	$\frac{\sum(Nih) \times (EMih-EMis)}{3 \cdot F.V. 1} < 0 \text{ días} = 100\%$ 2) > 0 días y < 1 día = 25 % 3) > 1 día = 0%	0%	1%
		4.3.5.1.	1%	Nº de procedimientos del grupo CCS 30 Amigdalectomía y/o adenoidectomía realizados en CMA x100/ Total procedimientos del grupo CCS 30 Amigdalectomía y/o adenoidectomía F.V. V óptimo = 90% V mínimo = 65%	94,57%	1%
		4.3.5.2.	1%	Nº de procedimientos del grupo CCS 85 Reparación de hernia inguinal y femoral realizados en CMA x100/ Total procedimientos del grupo CCS 85 Reparación de hernia inguinal y femoral F.V. V óptimo = 85% V mínimo = 60%	78,53%	0,74%
		4.3.5.3.	1%	Nº de procedimientos del grupo CCS 143 Bunionectomía o reparación de deformidades de los dedos de los pies realizados en CMA x100/ Total procedimientos del grupo CCS 143 Bunionectomía o reparación de deformidades de los dedos de los pies F.V. V óptimo = 98% V mínimo = 90%	96,65%	0,83%
		4.3.5.4.	1%	Nº de procedimientos del grupo CCS 118 Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre genitales masculinos realizados en CMA x100/ Total procedimientos del grupo CCS 118 Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre genitales masculinos F.V. V óptimo = 75% V mínimo = 40%	91,21%	1%
		4.4.4.1.	0,5%	Evaluar las medidas específicas implantadas	1%	0,50%
		4.4.4.2.	0,5%	Análisis de los Indicadores de Calidad Preventivos (PCI)	1%	0,50%
		4.4.6.2.	0,5%	Impartir un bloque de 4 Sesiones de Sensibilización en la UGC de Urgencia de cada Hospital Realizar al menos 1 Curso Básico por Centro.	0%	0%
		4.4.14.	0,5%	PACPA		0
		4.4.24.	0,8%	PIDMA		0,40%
4.4.28.	0,5%	PIAC		0,50%		
4.4.29.	0,8%	PITA		0,80%		
4.4.42.	0,8%	PIOA		0,40%		
4.4.44.	0,8%	PICA		0,75%		
4.4.53.	0,8%	PAAPD		0,80%		
4.4.59.	0,5%	PAAI		0,50%		
Perspectiva del Cliente 34%	<p>El Hospital verificará de forma fehaciente el protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género y la formación de sus profesionales.</p> <p>Se establecerán en cada Hospital objetivos incluidos en los Planes Integrales:</p> <p>Planes Integrales 5,5%</p>	4.4.14.	0,5%			
		4.4.24.	0,8%			
		4.4.28.	0,5%			
		4.4.29.	0,8%			
		4.4.42.	0,8%			
		4.4.44.	0,8%			
		4.4.53.	0,8%			
		4.4.59.	0,5%			
		Objetivos comunes y específicos de cada Plan				
		Objetivos comunes y específicos de cada Plan				

00060268

Indicador de RESULTADOS	Descripción	Nº	Pesos	Unidad de Medida	Grado de consecución	Resultado obtenido
Seguridad del paciente y garantía de resultados en salud. 5%	El Hospital obtendrá el distintivo de Manos Seguras otorgado por la Agencia de Calidad del SPSA	4.5.1.	0,5%	No obtiene el distintivo, ni lo ha obtenido con anterioridad, no cumple 0%. Obtuvo el distintivo con anterioridad a 2012, no realiza evaluación, /u Obtiene el distintivo para 3 o más UGC, no de centro, cumple parcialmente, 50%. Obtiene el distintivo de centro o si ya lo obtuvo realiza la evaluación, cumple el objetivo, 100%	100%	0,5%
	Obtención del reconocimiento de implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica otorgado por la Agencia de Calidad del SPSA	4.5.4.	0,5%	No ha realizado la evaluación o No dispone de distintivo - Objetivo no conseguido, 0%. Ha realizado la evaluación o tiene el distintivo en al menos 1 UGC. Objetivo al 50%. Realiza evaluación o Dispone de distintivo - Objetivo conseguido, 100%	100%	0,5%
	El Hospital emitirá un informe, fruto del análisis en Comisión de Seguridad del Paciente con la UGC que corresponda, de cada uno de los casos que aparecen en el Informe 2010, de los siguientes indicadores de seguridad del paciente (PSI) de la AHRQ: (PS12) Mortalidad en GRD de baja mortalidad, (PS14) Muertes de pacientes quirúrgicos con complicación grave tratable, (PS16) Neumotórax iatrogénico (PS112) Embolismo Pulmonar o trombotosis venosa profunda postoperatorios, (PS114) Dehiscencia de herida quirúrgica postoperatoria, (PS116) Reacción transfusional.	4.5.7.-4.5.12.	0,6%	No realiza ni el análisis ni la implantación de actuaciones, no cumple el objetivo, 0%. Realiza el análisis no implanta actuaciones, cumple el objetivo parcialmente, 50%. Realiza el análisis e implanta actuaciones, cumple el objetivo, 100%	100%	0,6%
	El Hospital emitirá un informe, fruto del análisis en Comisión de Seguridad del Paciente con la UGC que corresponda, de cada uno de los casos que aparecen en el Informe 2010, y que forman parte del numerador de los siguientes indicadores de calidad en pacientes ingresados (IQ) de la AHRQ: (IQ14) Tasa de mortalidad en la sustitución de cadera, (IQ15) Tasa de mortalidad en el infarto agudo de miocardio, (IQ16) Tasa de mortalidad en la insuficiencia cardíaca congestiva, (IQ17) Tasa de mortalidad en el accidente cerebrovascular agudo, (IQ19) Tasa de mortalidad en la fractura de cadera, (IQ20) Tasa de mortalidad en la neumonía.	4.5.13.-4.5.18.	0,6%	No realiza ni el análisis ni la implantación de actuaciones, no cumple el objetivo, 0%. Realiza el análisis no implanta actuaciones, cumple el objetivo parcialmente, 50%. Realiza el análisis e implanta actuaciones, cumple el objetivo, 100%	100%	0,6%
	Constitución de los Equipos de Antibióticos y elaboración de un Programa para la Optimización del Uso de Antimicrobianos en el centro basado en las recomendaciones del documento de consenso PROA (disponible en: http://www.seimc.org/ghy/fuentes/ghy-dyc-2011-PROA.pdf). Incluyendo un análisis de la situación del hospital respecto a las recomendaciones de nivel básico (anexo) Y, a partir del mismo, de las medidas a implantar para su cumplimiento. Los centros que va tengan en marcha un Programa con estas características, deberán además facilitar la evaluación de los resultados anuales del mismo según los objetivos fijados.	4.5.19.	0,5%	No ha constituido el Equipo de antimicrobianos, ni elaborado ni implantado el Programa local de uso adecuado. No cumple el objetivo 0%. Ha constituido el equipo de antimicrobianos. Cumple el objetivo de manera parcial, 50%. Ha constituido el Equipo de antimicrobianos, elaborado e implantado el Programa local de uso adecuado. Cumple el objetivo 100%, 100%	100%	0,5%
6-Perspectiva del Cliente 34%	El Hospital deberá autoevaluarse respecto a los elementos de seguridad de sus U.G.C., mediante el cuestionario del Observatorio de Seguridad del Paciente.	4.5.20.	0,3%	No realiza la evaluación en al menos 1 UGC, no cumple el objetivo, 0%. Realiza la evaluación en 1 o 2 UGC, cumple el objetivo parcialmente, 50%. Realiza la evaluación en 3 o más UGC, cumple el objetivo, 100%	50%	0,15%

Indicador de RESULTADOS	Descripción	Nº	Pesos	Unidad de Medida	Grado de consecución	Resultado obtenido
Perspectiva Interna 5%	<p>Incrementar el número de camas con dispensación de medicamentos por dosis unitaria, preferentemente con vinculación a un sistema de prescripción electrónica asistida, hasta conseguir un porcentaje mínimo del 95%, valorándose como óptimo un resultado = 100%</p> <p>Infección nosocomial.- Prevalencia Global de Infección Nosocomial en el Hospital</p> <p>Porcentaje de profesionales acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 15%</p> <p>Incremento de Unidad de Gestión Clínica acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía</p> <p>Desarrollo de actuaciones encaminadas a mejorar la imagen de al menos tres áreas determinadas del Centro.</p> <p>El Hospital generará noticias con impacto positivo para la organización:</p> <p>Hospitales Comarcales, al menos una noticia a la quincena</p> <p>El porcentaje de recetas de medicamentos prescritos por principio activo, en el período Noviembre 2011-Octubre 2012 (recetas de atención primaria más las prescritas por los facultativos del Hospital) será como mínimo del 75%, valorándose como óptimo un resultado ≥ 85%.</p> <p>El Índice Sintético de Calidad de las recetas prescritas por los médicos del Hospital, en el período Noviembre 2011-Octubre 2012 descrito en Anexo Adjunto, será como mínimo de 2 puntos, valorándose como óptimo un resultado ≥ 8 puntos</p>	4.5.6.	1.5%	Nº de camas con dispensación de medicamentos por dosis unitaria (sin UCI ni Neonatos)/número de camas funcionantes totales (sin UCI ni neonatos) *100.- Por debajo del objetivo:0%. Por encima del objetivo: 100%	100%	1,5%
		4.5.5.	0.5%	Número de infecciones nosocomiales observadas en el estudio / Número de pacientes ingresados incluidos en el estudio > del 9,1% - no consigue objetivo, ni realiza estudio de prevalencia 0% de la ponderación > del 9,1% - no consigue objetivo, realiza estudio de prevalencia 50% de la ponderación < del 9,1% - consigue el objetivo, 100% de ponderación	100%	0,5%
		5.1.1.	2.5%	Incremento nº profesionales acreditados ó en fase de acreditación > 15%	100%	2,5%
		5.1.2.	2.5%	Incrementar nº UGC acreditadas	100%	2,5%
		5.2.2.	0.5%	Remisión de actuaciones realizadas	100%	0,5%
Perspectiva de Desarrollo Crítico 25%	<p>Uso Adecuado del Medicamento 15%</p>	5.2.1.	0.5%	Nº noticias con impacto positivo al año	100%	0,5%
6.1.3.2.		7.5%	- Resultado< mínimo = 0 puntos - Resultado ≥ mínimo: La puntuación se distribuye, proporcionalmente, correspondiéndole 1 punto al Hospital con el valor del resultado mínimo (75%) y 10 puntos al Hospital con el resultado óptimo.	100%	7,5%	
		6.1.5.	7.5%	- Resultado mínimo = 0 puntos - Resultado ≥ mínimo: La puntuación se distribuye proporcionalmente, correspondiéndole 1 punto al Hospital con el valor del resultado mínimo (2 puntos) y 10 puntos al Hospital con el resultado óptimo. En caso de que ningún centro alcance el óptimo, los 10 puntos se asignarán al mejor resultado.	100%	7,5%

RELACIÓN DE CONSORCIOS SANITARIOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

Ministerio de Hacienda y AA.PP. Inventario de Entes Integrantes de las CC.AA. Situación a 1 de julio de 2013

ANEXO 7

Comunidad	Denominación	Finalidad	Fecha Alta	Nominal
ANDALUCIA	C. Sanitario Público del Aljarafe	Prestación de asistencia sanitaria	01/12/2003	50.00
ILLES BALEARS	Cons. de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de les Illes Balears	Impulsar, programar, ejecutar, promover y financiar la creación de todo tipo de recursos sociosanitarios y asistenciales en las Islas Baleares	30/12/2010	52.96
CATALUÑA	C. Castelldefels Agents de Salut (CASAP)	Actividades de atención primaria, asistenciales, preventivas, curativas, investigación	27/07/2005	71.43
CATALUÑA	C. Hospitalari de Vic	Desarrollo de actividades sanitarias en el ámbito sanitario de Vic	27/10/1986	66.67
CATALUÑA	C. Mar Parc de Salut de Barcelona	Prestación de servicios sociosanitarios y de desarrollo del conocimiento	28/01/2010	60.00
CATALUÑA	C. Sanitari de Barcelona	Dirigir y coordinar la gestión de centros y servicios sanitarios y de protección de la salud en la región sanitaria del municipio de Barcelona	31/01/1989	60.00
CATALUÑA	C. Sanitari de l'Alt Penedès	Asistencia hospitalaria integrada, servicios asistenciales, docencia sanitaria, investigación y estudio.	04/01/1995	56.00
CATALUÑA	C. Sanitari de L'Anoia	Actividades hospitalarias, asistenciales, preventivas, docentes y de investigación en la Anoia	05/12/2000	60.00
CATALUÑA	C. Sanitari de Mollet del Vallès	Integrar y coordinar los servicios de salud y asistencia del territorio.	21/10/2003	60.00

CATALUÑA	C. Sanitari del Maresme	Actividades hospitalarias, asistenciales, preventivas, docentes e investigación en el Maresme	08/07/1998	60.00
CATALUÑA	Consorti de Salut i d'Atenció Social de Catalunya	Posibilitar la coordinació de los Ayuntamientos y centros proveedores de servicios de atención en el ámbito de la salud y los servicios sociales.	15/03/1984	5.94
CATALUÑA	Consorti Govern Territorial de Salut El Pallars Jussà-Pallars Sobirà	Contribuir a la mejora de la salud de la población de referencia	05/09/2008	50.00
CATALUÑA	Consorti Sanitari de Terrassa	Actividades hospitalarias, asistenciales, preventivas, docentes e investigación	25/03/1988	60.00
CATALUÑA	Consorti Sanitari Integral	Ofrecer servicios sanitarios y sociales. Promover la docencia, investigación e innovación	02/02/1987	75.00
CATALUÑA	Govern Territorial de Salut Alt Maresme - Selva Marítima	Contribuir a la mejora de la salud de la población de referencia	02/10/2009	50.00
CATALUÑA	Govern Territorial de Salut del Baix Ebre	Contribuir a la mejora de la salud de la población de referencia	18/06/2010	50.00
CATALUÑA	Govern Territorial de Salut del Baix Llobregat C. Fonsanta	Contribuir a la mejora de la salud de la población de referencia	14/07/2009	50.00
CATALUÑA	Govern Territorial de Salut del Vallès Oriental Sector Central	Contribuir a la mejora de la salud de la población de referencia	04/12/2009	50.00
CATALUÑA	Govern Territorial de Salut Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior	Contribuir a la mejora de la salud de la población de referencia	25/11/2009	50.00
GALICIA	Consortio Oncológico de Galicia	Prestación de la asistencia sanitaria especializada en materia oncológica al servicio de los ciudadanos.	12/07/2008	57.14
C.VALENCIANA	C. Hospital General Universitario de Valencia	Prestación de la asistencia y servicios sanitarios, sociosanitarios, sociales y de desarrollo del conocimiento, así como la participación en programas	01/01/2002	50.00
C.VALENCIANA	C. Hospitalario Provincial de Castellón	Atención especializada en régimen extrahospitalario y hospitalario y la gestión del Hospital Provincial de Castellón	01/01/2004	52.94

7. ALEGACIONES PRESENTADAS Y TRATAMIENTO DE LAS MISMAS EN LOS SUPUESTOS QUE NO HAYAN SIDO ADMITIDAS O SE ADMITAN PARCIALMENTE

CUADRO ESTADÍSTICO

ENTES	Materia	Admitida	Parcialmente admitida	NO ADMITIDAS		
				Justificación	Evidencia, falta documentación, etc.	Aceptación del hecho /Adopción de medidas
Alegación nº 1	Introducción	X	--	--	--	--
Alegación nº 2	Introducción	--	--	--	X	--
Alegación nº 3	Introducción	--	--	--	X	--
Alegación nº 4	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 5	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 6	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 7	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 8	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 9	Resultado de Fiscalización	X	--	--	--	--
Alegación nº 10	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 11	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 12	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 13	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 14	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 15	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 16	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 17	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 18	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 19	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 20	Resultado de Fiscalización	--	X	--	--	--
Alegación nº 21	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 22	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 23	Resultado de Fiscalización	--	X	--	--	--
Alegación nº 24	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 25	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--
Alegación nº 26	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--

ENTES	Materia	Admitida	Parcialmente admitida	NO ADMITIDAS			
				Justificación	Evidencia, falta documentación, etc.	Aceptación del hecho /Adopción de medidas	
Alegación nº 27	Resultado de Fiscalización	--	--	--	--	X	
Alegación nº 28	Resultado de Fiscalización	--	--	X	--	--	
Alegación nº 29	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--	
Alegación nº 30	Resultado de Fiscalización	--	--	--	--	X	
Alegación nº 31	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--	
Alegación nº 32	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--	
Alegación nº 33	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--	
Alegación nº 34	Resultado de Fiscalización	X	--	--	--	--	
Alegación nº 35	Resultado de Fiscalización	--	--	--	--	X	
Alegación nº 36	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--	
Alegación nº 37	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--	
Alegación nº 38	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--	
Alegación nº 39	Resultado de Fiscalización	--	--	X	--	--	
Alegación nº 40	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--	
Alegación nº 41	Resultado de Fiscalización	--	--	--	X	--	
Alegación nº 42	Conclusiones	--	X	--	--	--	
Alegación nº 43	Opinión				X		
TOTALES		3	3	2	32	3	43

ALEGACIÓN Nº 1 AL PUNTO Nº 6 (ALEGACIÓN ADMITIDA)

ALEGACIÓN Nº 2 A LOS PUNTOS Nº 4 Y 7 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El Consorcio se regirá por lo dispuesto en sus estatutos. Así se desprende del reconocimiento expreso obrante en el informe provisional de fiscalización, en la que se señala (punto 4) que los estatutos adquieren una gran relevancia, y de la normativa de aplicación, así como en el punto 24 se alude al análisis del cumplimiento de sus estatutos. Esta aseveración es de gran trascendencia a la hora del análisis de los procedimientos de control y la legitimidad de la decisión sobre los mismos.

En línea con el contenido de la normativa local de ámbito estatal señalada en el informe, la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, en sus artículos 78 y siguientes prevé la Constitución de Consorcios con entidades privadas sin fines lucrativos, quedando sometidos a sus estatutos.

Debe señalarse igualmente, que la Ley 27/2013, de 27 de diciembre de 2014, de racionalización y sostenibilidad de las Administraciones Locales, introduce una disposición adicional vigésima en la Ley 30/1992, relativa al régimen jurídico de los Consorcios, estableciendo que:

“1. Los estatutos de cada consorcio determinarán la Administración pública a la que estará adscrito, así como su régimen orgánico, funcional y financiero de acuerdo con lo previsto en los siguientes apartados.

2. De acuerdo con los siguientes criterios de prioridad, referidos a la situación en el primer día del ejercicio presupuestario, el consorcio quedará adscrito, en cada ejercicio presupuestario y por todo este periodo, a la Administración pública que:

- Disponga de la mayoría de votos en los órganos de gobierno.*
- Tenga facultades para nombrar o destituir a la mayoría de los miembros de los órganos ejecutivos.*
- Tenga facultades para nombrar o destituir a la mayoría de los miembros del personal directivo.*
- Disponga de un mayor control sobre la actividad del consorcio debido a una normativa especial.*
- Tenga facultades para nombrar o destituir a la mayoría de los miembros del órgano de gobierno.*
- Financie en más de un cincuenta por cien o, en su defecto, en mayor medida la actividad desarrollada por el consorcio, teniendo en cuenta tanto la aportación del fondo patrimonial como la financiación concedida cada año.*
- Ostente el mayor porcentaje de participación en el fondo patrimonial.*
- Tenga mayor número de habitantes o extensión territorial dependiendo de si los fines definidos en el estatuto están orientados a la prestación de servicios, a las personas, o al desarrollo de actuaciones sobre el territorio.*

En el supuesto de que participen en el consorcio entidades privadas sin ánimo de lucro, en todo caso el consorcio estará adscrito a la Administración pública que resulte de acuerdo con los criterios establecidos en el apartado anterior.

Los consorcios estarán sujetos al régimen de presupuestación, contabilidad y control de la Administración pública a la que estén adscritos, sin perjuicio de su sujeción a lo previsto en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. En todo caso, se llevará a cabo una auditoría de las cuentas anuales que será responsabilidad del órgano de control de la Administración a la que se haya adscrito el consorcio. Los consorcios deberán formar parte de los presupuestos e incluirse en la cuenta general de la Administración pública de adscripción.

El personal al servicio de los consorcios podrá ser funcionario o laboral procedente exclusivamente de una reasignación de puestos de trabajo de las Administraciones participantes, su régimen jurídico será el de la Administración pública de adscripción y sus retribuciones en ningún caso podrán superar las establecidas para puestos de trabajo equivalentes en aquella.

Por último, en relación con el régimen jurídico de los Consorcios, el Real Decreto 29/2000, nuevas formas de gestión de Insalud, prevé expresamente que “Los consorcios se regirán por el convenio regulador y por sus correspondientes estatutos; por el presente Real Decreto; por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; por el Real Decreto legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de régimen local, y por el resto de las disposiciones que les sean de aplicación”

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La normativa indicada no aporta ningún dato relevante a efectos de la introducción en la materia o bien es extemporánea (ejercicio posterior al fiscalizado).

ALEGACIÓN Nº 3 AL PUNTO Nº 8 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El informe provisional menciona que no han sido publicados en el BOJA los Estatutos del Consorcio, al tiempo de autorizarse la suscripción del Convenio por el Consejo de Gobierno, amparado en la previsión del artículo 12.2 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, que preceptúa que el acuerdo de autorización para la creación, al que se refiere el apartado anterior, incluirá los Estatutos del Consorcio.

La citada previsión no contempla la obligación de publicar los estatutos en el Boja junto con la autorización del Consorcio. Además, la norma referida entró en vigor en el año 2007, habiéndose autorizado la constitución del Consorcio fiscalizado en diciembre de 2003.

En este sentido, debe resaltarse que el Consorcio siguió todas las premisas legales establecidas para su aprobación, pues se adoptó por acuerdo del Consejo de Administración del SAS de fecha 20 de octubre de 2003, posteriormente fue autorizado por el Consejo de Gobierno con fecha 25 de noviembre de 2003, y tras suscribir el preceptivo Convenio el día 1 de diciembre, fue publicado mediante orden de 2 de diciembre de 2003, de la consejería de Salud, por la que se le da publicidad a la composición del Consejo Rector del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe (BOJA 239, de 12 de diciembre de 2003).1

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Sólo se menciona el hecho de que no consta que se hayan publicado en BOJA los estatutos. En ningún momento se menciona incumplimiento alguno, ya que en caso contrario se habría mencionado el precepto infringido.

ALEGACIÓN Nº 4 AL PUNTO Nº 16 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Tal y como se recoge en el Anexo 7 del Informe esta figura ha sido muy utilizada en otras Comunidades Autónomas como Cataluña, Galicia, Comunidad Valenciana e Islas Baleares.

Dentro de las múltiples formas de colaboración entre la Junta de Andalucía y operadores sanitarios, se estableció la modalidad de Consorcio como una fórmula más de colaboración pública con una organización sin ánimo de lucro. En el Acuerdo de Consejo de Gobierno de 25 de noviembre de 2003, aportado al equipo auditor, se exponen claramente los motivos por los que se consideró que la fórmula de un consorcio sanitario público sanitario entre el Servicio Andaluz de Salud y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios era la más adecuada para alcanzar los objetivos que se perseguían, siendo los siguientes:

- *Mejora de la accesibilidad de la población del Aljarafe a la asistencia sanitaria especializada mediante la integración en el Sistema Sanitario Público de Andalucía de un Hospital General Básico en dicha zona. En aquel momento más de 290.000 habitantes debían desplazarse a Sevilla para recibir dicha asistencia, siendo sobradamente conocidas las serias dificultades de acceso por motivos de colapso de tráfico que de forma generalizada existían en aquella época en las vías de comunicación de la zona del Aljarafe con Sevilla capital y muy especialmente en determinadas horas punta y épocas del año.*
- *La Orden Hospitalaria San Juan de Dios reunía los requisitos para alcanzar el objetivo anterior: entidad sin ánimo de lucro, titular de un hospital de su propiedad ubicado en Bormujos de reciente apertura, que reunía las condiciones de Hospital General Básico similares a los de la red del SAS.*
- *La fórmula del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe se consideró la más adecuada para alcanzar el objetivo expuesto en el primer punto porque:*
 - *Garantiza la aplicación de las políticas de salud de la Junta de Andalucía vigentes en cada momento.*
 - *Posibilita la participación plena de su Administración sanitaria en el gobierno de la entidad.*
 - *Mediante los correspondientes contratos-programa permite vincular prestación sanitaria y financiación con un adecuado seguimiento y evaluación, además de los controles que normativamente proceda.*
- *La Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, prevé los consorcios de naturaleza pública con entidades privadas sin ánimo de lucro.*

Por tanto, en aquel momento para el objetivo concreto de mejorar la accesibilidad de la población del Aljarafe a la asistencia sanitaria especializada se optó por esta fórmula, lo cual no quiere decir que se tratara de una prueba piloto de cuyos resultados dependieran posteriores decisiones de la Junta de Andalucía de cara a apertura de nuevos hospitales a través de esta fórmula, y que no se haya llevado a la práctica tras diez años de experiencia, tal y como parece insinuarse en el párrafo número 16 del informe provisional. Se solicita la eliminación del citado párrafo.

El Consorcio Sanitario Público de Andalucía arroja unos resultados en su valoración global del Contrato Programa 2012 (92,66 %), tal y como la propia Cámara de Cuentas indica en el punto 107 del informe provisional de fiscalización.

Adicionalmente, en este período (2004-2012) tal y como se indica en el párrafo nº 16 del Informe Provisional, efectivamente, se han abierto nuevos centros hospitalarios dependientes indirectamente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a través de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias, si bien ninguno de ellos es de tipo Hospital General Básico.

Con relación a los párrafos nº 17, 18 y 19 del Informe Provisional, su contenido no guarda relación con los objetivos y el alcance de la fiscalización a que corresponde el Informe Provisional, que según se declara en el párrafo nº 12, son los siguientes:

“12. Los objetivos fijados para la presente fiscalización son los siguientes:

- *Legalidad: Opinar sobre el correcto cumplimiento de la legalidad aplicable a la actividad desarrollada por el Consorcio relativa al ejercicio fiscalizado.*
- *Control Interno: Concluir sobre las normas y procedimientos de control interno establecidos por la dirección de la entidad y de general aplicación para la salvaguarda y control de sus activos.*
- *Económico-financiero: Opinar si las cuentas anuales del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, correspondientes al ejercicio 2012, expresan en todos los aspectos significativos, la imagen fiel del patrimonio y de la situación financiera de la entidad correspondiente a 31 de diciembre de 2012, así como de los resultados de sus operaciones y de la liquidación del presupuesto correspondientes al ejercicio anual terminado en dicha fecha, de conformidad con el marco normativo de información financiera que resulta de aplicación.*
- *Eficacia: Concluir sobre el logro de los objetivos fijados a la entidad en el periodo objeto de fiscalización.”*

En el transcurso del trabajo de campo, por parte del equipo auditor de forma reiterada se han emitido solicitudes de información cuyo objetivo es más propio de una fiscalización dirigida a evaluar la idoneidad de la utilización de la fórmula del consorcio sanitario público respecto de otras utilizadas por la Junta de Andalucía en el ámbito sanitario, o de una fiscalización específica de la decisión adoptada en el año 2003 por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía respecto de la Constitución del CSPA.:

- *Se ha solicitado documentación de fecha hasta veintidós años anterior al ejercicio objeto de análisis, así como documentos anteriores a la constitución del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, sin justificación alguna de su relación con el objetivo y alcance de la fiscalización en curso sobre cuyo Informe Provisional se realizan las presentes alegaciones. Además de que tal información no se encuentra disponible en los archivos actuales de la organización, no procede dedicar recursos a localizarla dado que excede del alcance del análisis de la CCA y no aportaría información alguna de cara a valorar la actividad realizada por el CSPA durante el ejercicio 2012.*
- *También se han efectuado peticiones de información respecto de entidades no incluidas en el alcance de la auditoría e incluso fuera del ámbito de la Ley de la Cámara de Cuentas actualmente vigente, tal y como el equipo auditor ha reconocido verbalmente en las reuniones mantenidas con los interlocutores designados por el Consejo Rector (ver alegación nº 19) . En todo momento se les ha indicado por parte de los interlocutores designados por el Consejo Rector del CSPA (Orden Hospitalaria San Juan de Dios y SAS al 50%) que la colaboración con el equipo auditor, como no podría ser de otra forma y tal y como viene siendo en todos los trabajos de fiscalización a los que se somete al SAS anualmente, es de absoluta disposición y total transparencia, pero siempre en el marco del alcance de la auditoría y de la normativa vigente respecto de las actuaciones de la Cámara de Cuentas de Andalucía, simplemente por una cuestión de economía de recursos asignados para atender a los auditores así como de coherencia entre objetivo del trabajo e información aportada.*

Se ha aportado toda la información solicitada disponible que se ha considerado acorde al objetivo y alcance del análisis declarado, no justificándose por parte del equipo auditor que la información solicitada y no aportada suponga una limitación al alcance del mismo.

En base a lo expuesto se solicita la eliminación de los párrafos número 16, 17, 18 y 19 del apartado 3. "RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN" puesto que no guardan relación alguna respecto del objetivo y alcance del mismo, de acuerdo con lo expuesto en el apartado 2. OBJETIVOS Y ALCANCE" del Informe Provisional.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Al ser la primera vez que se efectúa una fiscalización específica del consorcio, se ha considerado conveniente tratar cuestiones relativas a su constitución, así como si las circunstancias que llevaron a dicha toma de decisión se mantienen en la actualidad.

Toda la información solicitada al Hospital de San Juan de Dios se ha instrumentado a través del interlocutor del consorcio. A mayor abundamiento, se realizó una sola visita a dicho centro, visita a la que asistieron dos personas dependientes del SAS, una como interlocutora del consorcio y otra como interlocutora "informal" del mismo, ya que en ningún momento fue comunicado su designación como tal.

Como se indica en el punto 14 del Informe provisional, éste se centra en el control efectuado por el consorcio o que se hubiera debido efectuar. Dado lo singular del caso, se ha estimado oportuno disponer de toda la información de contexto que se ha considerado relevante.

ALEGACIÓN Nº 5 AL PUNTO Nº 20 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Con respecto al nº 21, según se indica en el Informe Provisional, al equipo auditor se le entregó el documento fechado en 2003, que sustentaba los criterios de financiación inicial del HSJDA, tomando como referencia el Hospital Costa del Sol, por ser en aquel momento el más eficiente del SSPA para su mismo nivel asistencial. Dado que el alcance de la fiscalización era respecto del ejercicio 2012, no se considera necesario acreditar tal consideración respecto del Hospital Costa del Sol ocho años antes del ejercicio objeto de análisis. Adicionalmente, en el ejercicio 1997 y en el 2008 tal Hospital había sido objeto de fiscalización por la Cámara de Cuentas, por lo que se trataba de un centro cuya eficiencia y posición relativa dentro del SSPA es sobradamente conocida por el citado órgano de control. Los informes son los siguientes:

- OE 01/1998 Empresa Pública Hospital Costa del Sol. 1997. En el párrafo nº 72 del informe se indica por la CCA: "En relación con el resto de hospitales comarcales andaluces el Hospital presenta una mayor tasa de actividad y a un menor coste."
- OE 04/2009 Análisis comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del SSPA: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol.2008.

Posteriormente al primer año completo del CSPA desde su constitución (año 2004), la financiación se ha ido modificando en los diferentes PAIF publicados en BOJA. En ellos se plasma la fórmula de financiación y las motivaciones de la aplicación de modificaciones presupuestarias en algunos ejercicios.

Con respecto al ejercicio 2012, objeto de fiscalización, se ha aportado:

- El PAIF 2012, publicado en BOJA nº 37, de 23-02-2014, en cuya memoria se especifican los criterios seguidos para la determinación de la financiación del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, referida al ejercicio objeto de auditoría.
- Acta de acuerdo del 7 de marzo de 2013, relativa a modificación del presupuesto del año 2012.

Además de la documentación aportada por el Consorcio, en las reuniones mantenidas con el equipo auditor, se han expuesto detalladamente los criterios estructurales de financiación que se han aplicado en cada período, a la vista de la coyuntura económica existente, que han motivado que al igual que para el resto de Centros del SSPA se haya tenido que adecuar la financiación a la coyuntura económica global, para asegurar la sostenibilidad del sistema.

Con respecto al nº 22, debemos señalar que de los hospitales de las mismas características y cartteras de servicios el HSJDA es, según se desprende de diversas fuentes publicadas:

- El hospital con menor índice de utilización de estancias comparables 2008-2012.
- Tiene el menor coste por unidad homogénea de producción hospitalaria 2008-2012.
- Dispone de la menor composición de plantilla, con una menor proporción de profesionales de gestión y servicios en comparación a otros centros.
- La información de coste de la producción asistencial ofrece para el HSJDA la posición relativa más eficiente en cuanto al coste de producción por UHPH, con una tendencia creciente, quizás atribuirle a un menor coste de sus profesionales sanitarios no facultativos.

En conclusión, la alta satisfacción aportada a los usuarios del Hospital, los niveles de rendimiento, la eficiencia y el índice sintético de calidad (el más alto de los hospitales andaluces) expresan que la gestión del HSJDA en el modelo de gestión Consorcio es un éxito replicable.

En este sentido, de nuevo, se incluyen como "Consideraciones Previas" dentro del apartado 3. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN, valoraciones y afirmaciones que pudieran hacer pensar al lector que se ha producido alguna limitación al alcance del análisis, lo cual no es ajustado a la realidad, de acuerdo al lo expuesto en el apartado 2. OBJETIVOS Y ALCANCE.

En base a lo expuesto, entendemos que los auditores han dispuesto de información para conocer los datos en que se basa la financiación del ejercicio objeto de fiscalización, e incluso, de los precedentes a pesar de que el alcance del análisis es sobre el año 2012, por lo que se solicita la eliminación de los párrafos del Informe Provisional nº 21, 22 y 23.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

No se aporta información que contradiga lo indicado en el informe provisional. No es cierto que se facilitara al equipo de auditoría “... *detalladamente los criterios estructurales de financiación que se han aplicado en cada periodo, a la vista de la coyuntura económica...*”. Sólo se informó de que el criterio capitativo no había sido aplicado en el ejercicio, sin que se ofreciera información, ni verbal ni escrita, de los criterios aplicados para la asignación de recursos. Por su parte el PAIF 2012, se limita a señalar que el importe inicial presupuestado es el mismo que el de ejercicios anteriores.

ALEGACIÓN Nº 6 A LOS PUNTOS Nº 27 Y 28 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El Director Gerente del S.A.S. firma un Contrato Programa 2012 con el HSJDA tal y como lo lleva a cabo con todos los Hospitales Públicos de la Red Hospitalaria. Este documento se aportó durante la realización del trabajo de campo.

El Art. 20 de los Estatutos del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe señala su integración en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. En aplicación del Contrato Programa se aplican las políticas propias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y muy especialmente:

- *El III Plan Andaluz de Salud*
- *Los planes estratégicos que se deriven del mismo*
- *Los distintos planes integrales prioritarios*
- *Sistemas de Información y Tecnologías*
- *Planes de acreditación de Centros*
- *Planes de continuidad*
- *Procesos asistenciales definidos en el Plan de Calidad del SSPA.*

Los artículos mencionados efectivamente señalan que el Contrato Programa se firmará entre la Consejería de Salud y el Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Siendo esto así, entendemos que la CCA no encuentra adecuado a los Estatutos que por parte del Consorcio haya firmado este documento el propio Gerente del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, y no el Presidente del Consorcio como se deduce del artículo 19.

La interlocución del Consorcio con las Instituciones de la Junta de Andalucía ha sido siempre vía Servicio Andaluz de Salud. Es esta institución la que propone esta fórmula de gestión y con la que se firman los Estatutos del propio Consorcio. Son representantes del SAS los que componen el Consejo Rector. Entendemos que la CCA no observa problema en que por parte de la Consejería el CP esté firmado por el Director Gerente del SAS.

En este sentido, el Gerente del HSJDA ha venido asumiendo las labores de interlocución asistencial por entender que correspondían a la esfera de la Gestión de la que es competente. Prueba de ella es su asistencia, por ejemplo, a las sesiones de Análisis de Prioridades del SAS que junto otros responsables del SAS y de las Empresa Públicas convocaba el entonces Director Gerente del SAS.

En cualquier caso sí hay que reseñar que el contenido del CP 2012 (i) no varía, ni hubiera variado, en función de sus firmantes, (ii) que el mismo es conocido por todos los miembros del Consejo Rector, (iii) que guía el trabajo y los objetivos de la asistencia sanitaria que presta el CSPA, y (iv) que sigue el mismo exhaustivo procedimiento de evaluación trimestral y anual que el resto de CP del SSPA.

Existiría por tanto un eventual defecto de forma consistente en que no ha quedado acreditado en las actas del Consejo Rector la Delegación de la firma del CP en Gerente, pero en ningún caso se puede determinar que no se ha suscrito un Contrato Programa cuándo queda acreditado el mismo en múltiples extremos y cuándo es manifiesto que la actividad asistencial que desarrolla el CSPA se realiza por su Órgano Instrumental de Gestión.

Igualmente podría tratarse un eventual defecto de forma la firma del CP por parte del Gerente del SAS, dado que los Estatutos indican literalmente “la Consejería de Salud”, si bien dado que el SAS es una entidad adscrita a la citada Consejería y que su Director Gerente firma los CP con todos los Hospitales del SSPA, no se aprecia que suponga incidencia alguna. No obstante, se podría valorar una adaptación del contenido de los Estatutos a la práctica que ha venido realizándose desde la constitución del CSPA.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se reconoce el hecho indicado en el informe provisional

ALEGACIÓN Nº 7 AL PUNTO Nº 29 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El artículo 19.2.g) de los Estatutos refiere los sistemas de control de la actividad, de calidad y de carácter económico que debe contener el CP, pero no entendemos que específicamente se determine que estos sean los “sistemas de información” que refiere el informe provisional de la CCA. A este respecto, expresamente el artículo 20 b) de los propios Estatutos sí hace una mención a las obligaciones del CSPA y del HSJDA respecto a lo “Sistemas de Información”.

El control de la actividad, de calidad y de carácter económico se desarrolla en CP a través de un sistema de ítems y ratios que de manera objetiva determinan las obligaciones del centro en este sentido.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

A criterio de la Cámara de Cuentas los sistemas de ítems y ratios deberían formar parte de los sistemas de información a incluir en el Contrato Programa, de lo contrario el art. 19.g) de los estatutos sería incumplido al no existir una base objetiva para el control.

ALEGACIÓN Nº 8 A LOS PUNTOS Nº 30-32 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El desarrollo de las herramientas de gestión por competencias en el HSJDA se lleva a cabo en el marco de los Estatutos del CSPA. De este modo, se aglutinan las políticas de Recursos Humanos del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Desde esta perspectiva de colaboración, los Mapas de Competencias del HSJDA se vienen llevando a cabo conciliando los mapas de competencias del SSPA con el diccionario de competencias de la Provincia Bética de la OHSJD, partiendo de la base de los manuales de acreditación de competencias profesionales del SSPA. El resultado da respuesta a estos dos ámbitos, que en todo caso son siempre concurrentes y nunca contradictorios.

Esta política integral de gestión por competencias ha sido avalada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en sus diversas acreditaciones, tanto del centro, como de varias Unidades de Gestión Clínica y más de 130 profesionales (el 30% de su plantilla acreditable), además de recoger el CP objetivos en este sentido.

Como ejemplo de lo anterior se aportan los modelos de gestión por competencias de los Servicios de Radiología, Urología y la enfermería del Bloque Quirúrgico. Así como un mapa de conciliación de competencias entre ambos ámbitos (Ver Anexo 1).

Además de estas cuestiones, dentro de las políticas de gestión de personas del HSJDA uno de los elementos centrales de mejora continua es la integración de los Planes de Desarrollo Individual del SSPA en estas políticas.

El HSJDA está dado de alta en la aplicación de los GPGI. La totalidad de mandos intermedios del HSJDA ha sido formado por la propia ACSA en el manejo de esta aplicación y se viene haciendo uso de la misma en los procesos de acreditación de Unidades de Gestión Clínicas de Urología y Radiología, así como en otros que tenemos en marcha como la Unidad de Cuidados Intensivos y el Servicio de Urgencias.

Respecto a los controles que haya podido llevar a cabo el Consejo Rector, señalar que los objetivos de acreditación constan en CP y que no es posible cumplir los mismos sin el desarrollo de los mapas de competencias en línea de los del SSPA.

Por otra parte, se debe diferenciar las obligaciones a efectos de contratación de personal del CSPA con las del HSJDA, como así las determina diferencialmente los Estatutos en sus artículos 30 y 34. El artículo 22 de los Estatutos determina la obligación de aplicar los Mapas de Competencias del SSPA en el HSJDA. Estos mapas son una parte del Modelo de Gestión por Competencias definido por la Consejería de Salud y que se puede encontrar en su página web. Este modelo define, entre otras muchas cuestiones, los mapas, los sistemas de selección vía Bolsa de Trabajo Única del SAS o el modelo de desarrollo de directivos.

Las obligaciones que recoge el artículo 22 atañen exclusivamente a los Mapas de Competencias en el HSJDA, no al resto de elementos del Modelo de Gestión por Competencias.

Las referencias a la Bolsa de Trabajo del SAS entendemos que se realizan en función de las obligaciones que en materia de contratación pudiera tener el Consorcio (que nunca ha llevado cabo ninguna contratación) y no el HSJDA.

En cualquier caso la Mesa Sectorial de Salud no ha baremado la experiencia en el HSJDA conforme a la del resto del SSPA.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se hace una interpretación parcial del precepto señalado en el Informe provisional. El art. 22 de los estatutos hace referencia al “organismo instrumental”, no al consorcio.

Por otra parte, en el Informe provisional se ha afirmado que en la bolsa de trabajo del SAS se valora la experiencia en otras instituciones del sector sanitario público andaluz, tales como el propio Hospital de San Juan de Dios. En ningún momento se ha dicho que la valoración sea la misma que la experiencia, por ejemplo, en el propio SAS.

ALEGACIÓN Nº 9 AL PUNTO Nº 34 (ALEGACIÓN ADMITIDA)

ALEGACIÓN Nº 10 AL PUNTO Nº 35 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El artículo 35 de los estatutos del CSPA tiene como denominación “Controles de la Entidad Eclesiástica HSJDA”. Del mismo se deriva que los controles que se llevarán a cabo sobre la misma serán básicamente (i) los que la legislación determine y (ii) además, los que fije el propio Consorcio, obligándose el HSJDA a todo ello.

Observa la CCA que los controles relativos a los previstos en la legislación se han venido llevando a cabo en orden y que el Consorcio realiza controles puntuales pero no ha formalizado “un procedimiento de control económico-financiero sobre el ente instrumental”.

Existe por tanto cumplimiento de la legalidad respecto al control financiero y contable, si bien se observa que no hay una formalización del procedimiento de control. En base al artículo 35 el procedimiento de Control lo debe definir el Consejo Rector y queda acreditado que anualmente se han desarrollado por el Consejo Rector los controles tanto de carácter periódicos como puntuales que en cada momento las entidades consorciadas han entendido oportunos.

Se ha aportado al equipo auditor evidencia de la disponibilidad y análisis por parte del Consejo Rector de los documentos que a continuación se relacionan, a través de los que ha desempeñado sus funciones de control sobre el ente instrumental HSJDA, referido al ejercicio objeto de auditoría: 2012:

- Cuentas anuales del HSJDA e informe de gestión.*
- Informe de auditoría financiera emitido por una firma de reconocido prestigio con dictamen favorable.*
- Análisis interno por parte del SAS de las cuentas 2012 del HSJD.*
- Informe de evaluación anual del Contrato Programa.*

- *Informes periódicos de seguimiento de los objetivos establecidos en CP de marzo, junio, septiembre y diciembre.*
- *Cuadro de mandos elaborado por la Dirección del Hospital.*
- *Inventario.*
- *Actas de sesiones del Consejo Rector de 2012 y 2013 y presentaciones de seguimiento trimestral de datos asistenciales y económicos, utilizadas para llevar a cabo sus funciones de control.*

Según lo expuesto, entendemos que ha quedado fehacientemente acreditado que el Consejo Rector del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe realiza las funciones de control financiero y contable sobre el ente instrumental HSJDA que le atribuyen los Estatutos.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La alegación no desdice lo manifestado en el Informe provisional que “no consta que el consorcio haya formalizado un procedimiento de control económico-financiero sobre el ente instrumental”.

ALEGACIÓN Nº 11 AL PUNTO Nº 36 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El artículo 36 de los Estatutos hace referencia a que el control de Eficacia del HSJDA se llevará a cabo por dos vías (i) la de la evaluación del Contrato Programa y (ii) la del PAIF.

Creemos que ha quedado suficientemente acreditado con la documentación aportada que este control de eficacia se lleva a cabo en las sucesivas evaluaciones del CP, tal y como se indica en el párrafo 107 del Informe Provisional.

Adicionalmente, llama la atención la afirmación “se incluye como objetivo la atención sanitaria a la población de referencia del organismo -272.574 habitantes- y este dato no forma parte de la gestión ni de los resultados del organismo fiscalizado ni del ente instrumental”.

En el PAIF de cada ejercicio (disponible en BOJA) se incluye información de la liquidación de los ejercicios anteriores entre la que se aportan datos sobre la prestación asistencial realizada por el HSJDA. En la Memoria de las Cuentas Anuales que formula el CSPA cada ejercicio se hace mención expresa a que el CSPA realizó su actividad asistencial. En la Memoria de las Cuentas Anuales de la entidad instrumental, auditadas por tercero independiente, se incluye información detallada sobre la actividad asistencial desarrollada. En la Memoria de Actividad que anualmente elabora y publica en su página Web el ente instrumental Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, se detalla aún más la actividad desarrollada por el Hospital Asan Juan de Dios del Aljarafe. El equipo auditor ha dispuesto de todos los documentos indicados respecto del ejercicio 2012, objeto de auditoría y algún otro año más, al igual que están a disposición del Consejo Rector, de la Consejería de Salud y de la Consejería de Economía y Hacienda cada vez que lo consideran oportuno.

Adicionalmente, tal y como conoce la Cámara de Cuentas de Andalucía a través de fiscalizaciones efectuadas en ejercicios anteriores sobre otros centros Hospitalarios del SAS y, según se ha indicado al equipo auditor en el transcurso de su trabajo de campo, el SAS anualmente elabora y edita varios informes sobre la actividad asistencial realizada en los centros del SSPA, obtenidos de los sistemas de información corporativos. El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe está incorporado a múltiples sistemas de información corporativos del SSPA, tales como AGD, CMBD, INIHOS, INFHOS, SICPROI, etc. Algunos de estos informes de actividad, tanto de este Hospital, como de los demás Hospitales del SSPA están disponibles en la página web del SAS y otros, si bien no pueden ser consultados directamente en la web, sí aparece el informe, descripción del contenido y vía para acceder a los datos que por supuesto, están a disposición de la CCA, siempre que lo ha solicitado.

En base a lo expuesto no es ajustada a la realidad la afirmación plasmada en el párrafo nº 36 del informe provisional, dado que el control de eficacia se desarrolla a través de múltiples instrumentos que van detallando las líneas generales expresadas en el PAIF. La lectura de este párrafo podría inducir a un error de interpretación pues da a entender que no se realiza control alguno sobre la actividad encomendada al CSPA y por ende al ente instrumental del que se ha dotado para desarrollarla que, con independencia de objetivos concretos de carácter intermedio que se establezcan cada año, no es otra que el objetivo plasmado en el Acuerdo de Consejo de Gobierno de 25 de noviembre de 2003, es decir, prestar asistencia sanitaria especializada a la población de referencia asignada en función de la cartera de servicios que en cada momento se establezca, de acuerdo con su capacidad y con un nivel de calidad, eficacia y eficiencia equivalente al de cualquier Hospital General Básico del SAS.

En base a lo expuesto, solicitamos se elimine el segundo párrafo del punto nº 36 del IP y se adecue a las evidencias disponibles, que entendemos acreditan el cumplimiento de lo establecido en los Estatutos respecto del control de eficacia.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El art. 36 hace referencia al control de eficacia del consorcio, no del ente instrumental (Hospital de San Juan de Dios). Se están confundiendo ambas entidades. El primero no dispone de Contrato Programa y el segundo sí.

En la normativa de elaboración del presupuesto se exige la fijación de unos objetivos que permitan efectuar un análisis de la eficacia alcanzada por la entidad de que se trate. La población, entendida como la potencial a atender del ámbito geográfico de actuación del consorcio, no depende de la gestión de los responsables del Consorcio, sino que viene dada en función de la evolución de los distintos padrones municipales.

Tanto la Cámara de Cuentas de Andalucía como la Intervención General de la Junta de Andalucía han recomendado en sus respectivos informes que se desagreguen y desarrollen los objetivos de esta naturaleza incluidos en las fichas de los distintos Programas de Actuación, Inversiones y Financiación (PAIF).

ALEGACIÓN Nº 12 AL PUNTO Nº 37 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Las Cuentas Anuales del CSPA se remiten a la Intervención General de la Junta de Andalucía, una vez son aprobadas por el Consejo Rector. Tales Cuentas Anuales son integradas en la Cuenta General de la Junta de Andalucía que son objeto de fiscalización por la Cámara de Cuentas de Andalucía. En el Informe definitivo de la Cuenta General, FCI y Contratación Administrativa de la J.A. referida al ejercicio 2012 hay un apartado específico dedicado a los Consorcios Públicos, entre los que figura el CSPA.

Además de las Cuentas Anuales del CSPA, periódicamente se remiten a la Consejería de Hacienda y Administración Pública todos aquellos reportes que con carácter periódico ha venido requiriendo respecto del CSPA, por lo que sí existe control financiero del consorcio, aunque hasta el momento no se haya estimado necesario por la IGJA efectuar controles adicionales de carácter monográfico de mayor profundidad.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

A juicio de la Cámara de Cuentas, la alegación confunde los conceptos de informes de control financiero, a efectuar por la Intervención General de la Junta de Andalucía (IGJA), e informes de fiscalización de órganos de control externo, como los que elabora esta Institución.

Se reitera que, hasta el momento, la IGJA no ha elaborado informe de control financiero alguno sobre el consorcio.

ALEGACIÓN Nº 13 AL PUNTO Nº 39 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Respecto a estas cuestiones se adjunta la siguiente documentación:

El 26 de junio de 2013 la DG de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación de la Consejería de Salud, resuelve homologar al HSJDA como Hospital General Básico por 4 años. Se señala en su Fundamento de Derecho que el centro posee autorización administrativa y que se ha recibido el preceptivo informe-propuesta de la Inspección Provincial. Se adjunta resolución.

A este respecto se señala igualmente:

- El 23 de octubre de 2002 la DG de Aseguramiento, Financiación y Planificación de la Consejería de Salud resuelve sobre la autorización de funcionamiento del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, concediendo autorización administrativa para un determinado tipo de actividades asistenciales.*
- El 17 de mayo de 2010 la DG de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud renueva la autorización de funcionamiento del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.*
- El 2 de diciembre de 2011 la DG de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud resuelve sobre la autorización sanitaria por modificación de la oferta asistencial, autorizando al centro para la realización de extracciones y trasplantes de órganos.*

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Las actuaciones indicadas no tienen relación con lo expuesto en el Informe provisional. No se ha aportado informe alguno que haya elaborado la Inspección de Servicios como resultado de controles de la misma, ni Plan Anual que contemple actuación concreta sobre dicho consorcio.

ALEGACIÓN Nº 14 AL PUNTO Nº 41 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El artículo 12.2 de los Estatutos indica que el Consejo Rector para la realización de una gestión más eficaz, podrá delegar con carácter permanente o temporal, alguna de sus funciones en uno o varios miembros del propio Consejo Rector.

Al Consejo Rector del Consorcio, compuesto por miembros de la Orden y del SAS, les corresponde un papel preeminente de liderazgo en la consecución de los objetivos que se deriven de las líneas de desarrollo establecidas por la Consejería de Salud.

Con ello el SAS cumple con las funciones de gestor del conjunto de prestaciones Sanitarias, así como la gestión y administración de las instituciones, centros y servicios sanitarios propios, y de los recursos financieros que se les asigna para el desarrollo de estas funciones.

El instrumento para hacer efectivos los compromisos que en materia de atención sanitaria que ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía, lo constituye el Contrato Programa de la Consejería de Salud con el SAS.

Dentro de este ámbito el Contrato Programa que firma el Director Gerente del SAS con el Director Gerente del ente instrumental Entidad Eclesiástica Hospital San Juan de Dios del Aljarafe es el instrumento para establecer las actividades a realizar por éste y la dotación de los recursos para conseguir esos fines durante 2012.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

A juicio de la Cámara de Cuentas, la alegación confunde el control que ejerce el SAS con el que, siempre según los estatutos, debe ejercer el Consejo Rector. La alegación parece dar a entender que los estatutos no están actualizados o que por vía de los hechos se está practicando una modificación de los mismos.

ALEGACIÓN Nº 15 AL PUNTO Nº 42 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El HSJDA no tiene la obligación de auditar sus cuentas de acuerdo a la normativa aplicable. Dentro del procedimiento de control interno establecido por el Consejo Rector del CSPA se estableció que las cuentas del HSJDA serían auditadas anualmente por una empresa auditora de primer nivel. No se entiende el motivo por el que la CCA parece otorgar tan escaso valor al Informe de Auditoría de Cuentas Anuales que cada año, desde la constitución del CSPA se viene emitiendo por firmas de auditoría independiente de reconocido prestigio, basada en el trabajo realizado, de acuerdo con la normativa reguladora de la actividad de auditoría de cuentas vigente en España.

También se acordó que trimestralmente se entregaría a todos los miembros del Consejo Rector un cuadro de mandos resumen tanto económico como de actividad e indicadores de gestión. El contenido de este cuadro de mandos fue pactado por las dos entidades consorciadas y ha sido entregado al equipo auditor.

En las cuentas anuales auditadas del ente instrumental Hospital San Juan De Dios del Aljarafe, tal y como ha podido comprobar el equipo auditor, aparecen recogidos todos los ingresos y gastos provenientes de la actividad concertada con las Instituciones Públicas, no produciéndose solapamiento entre la actividad consorciada y la concertada. Adicionalmente el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe dispone de una contabilidad analítica en la que se desglosan los gastos e ingresos correspondientes a cada una de las actividades. En los informes presentados en Consejo Rector, aportados al equipo auditor, se incluyen cuentas de resultados separadas de ambas actividades.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El Informe provisional de la Cámara de Cuentas no ha valorado en ningún momento el informe de auditoría de cuentas anuales, emitido por una firma independiente.

Sobre la obligación de auditar sus cuentas, la memoria de las cuentas anuales en las Bases de Presentación señalan literalmente:

“Estas cuentas anuales se han formulado por la Dirección del centro de acuerdo con el marco normativo de información financiera aplicable al Centro, que es el establecido en:

- a) Código de Comercio y la restante legislación mercantil.*
- b) Plan General de Contabilidad...*
- c) Las normas de obligado cumplimiento aprobadas por el Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas...*
- d) El resto de la normativa contable española...”*

Es decir, no se indica nada distinto a lo que se refleja en el informe de cuentas anuales de cualquier empresa o entidad del ámbito privado y, en particular, no se hace referencia al carácter voluntario de dicha auditoría de cuentas.

Se desconoce en qué lugar del informe de cuentas anuales se hace afirmación alguna relativa a la inexistencia de solapamientos de la actividad concertada y consorciada.

Respecto a la última expresión de la alegación presentada se produce una confusión entre la actividad concertada y la convenida con la Consejería de Salud (lesionados medulares).

ALEGACIÓN Nº 16 AL PUNTO Nº 43 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El artículo 35 de los Estatutos del Consorcio establece:

“1.-Los controles financieros y contables de la Entidad Eclesiástica San Juan de Dios del Aljarafe serán tanto aquellos que su propia legislación determine, como los que fije el propio Consorcio o vengán establecidos por la normativa vigente para el cumplimiento de las obligaciones que le imponen los presentes Estatutos.

2.- La Entidad Eclesiástica San Juan de Dios del Aljarafe se obliga a efectuar los controles previstos en el apartado anterior”.

El Consorcio a través de su Consejo Rector ejerce su labor de control a través de las reuniones trimestrales que se realizan y en donde se analizan las Cuentas de Resultados del periodo analizado. Las dos entidades consorciadas pactaron un modelo de cuadro de mandos a remitir trimestralmente y una información adicional complementaria a las cuentas anuales y de remisión anual.

En el desglose de estas cuentas y en los detalles facilitados de contabilidad analítica se observa que no hay solapamientos de ningún tipo entre las actividades concertadas y consorciadas y que cada actividad tiene su financiación independiente. La documentación aportada al equipo auditor evidencia lo expuesto por lo que entendemos que el Consejo Rector ya viene efectuando el control que el párrafo nº 43 del IP parece recomendar.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Prueba de la ausencia de un control efectivo es que en el ejercicio fiscalizado sólo se celebraron dos reuniones del Consejo Rector, en los meses de junio y julio.

Se vuelve a confundir como en la alegación anterior la actividad convenida con la Consejería de Salud (lesionados medulares) con la concertada.

ALEGACIÓN Nº 17 A LOS PUNTOS Nº 44 A 46 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Más allá de alguna cuestión puntual en cuanto a propuestas de nombramientos, los Estatutos del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe no establecen responsabilidades diferenciadas para los representantes de cada una de las entidades consorciadas. Sería además necesario apuntar que los miembros del Consejo Rector representan al propio SAS y a la Orden de San Juan de Dios, pero ningún profesional del HSDJA forma parte del Consejo Rector. En los términos en que están redactados los apartados objeto de la presente alegación, parece que es responsabilidad exclusiva del SAS efectuar el control financiero del Consorcio, si bien es el principal financiador del mismo, no obstante, la labor de control es responsabilidad conjunta del Consejo Rector.

En este sentido, la responsabilidad de control financiero del Consejo Rector pasa por darse un procedimiento que sea efectivo y suficiente para el cumplimiento de sus obligaciones. Tal y como señalamos en la alegación 10 a la cuestión observada nº 35 de la página 7, en cumplimiento del artículo 35 de los Estatutos, el Consejo Rector ha establecido un procedimiento que considera adecuado y suficientemente acreditado para dar respuesta a este control. En el transcurso del trabajo de campo se ha debatido ampliamente esta cuestión con el equipo auditor y se han facilitado los documentos que acreditan lo expuesto por lo que consideramos que la descripción realizada en los puntos 44, 45 y 46 respecto del modelo de control que se viene aplicando supone una simplificación.

Tanto por parte del propio SAS como de la OHSJD forman, y han formado parte del Consejo Rector desde su constitución, profesionales del ámbito financiero y auditor que son plenamente conocedores del alcance de la información necesaria para llevar a cabo sus responsabilidades. En el marco de las mismas han establecido sus requerimientos de información.

Estos requerimientos de información cristalizan en un procedimiento que el Consejo Rector entendió -y sigue entendiendo- que es operativo, fiable y razonable. Tal y como se ha acreditado fehacientemente al equipo auditor a través de la documentación aportada de acuerdo al alcance de su fiscalización, el HSJDA rinde cuentas periódicamente al Consejo Rector, las Cuentas Anuales del HSJDA se someten cada año a una auditoría que no es obligatoria, realizada por un tercero independiente, siendo éste una firma de auditoría de reconocido prestigio (en el año 2012, en concreto ha sido Deloitte, S.L., siendo el informe favorable, sin salvedad alguna), se analizan las cuentas anuales por la Subdirección de Presupuestos y Tesorería del SAS, se informa por escrito de cualquier cuestión y/o aclaración que cualquier miembro del Consejo Rector pudiera necesitar (en estas aclaraciones se pueden incluir o no detalles de apuntes contables), etc.

Por tanto, el CSPA tiene acceso a la información económico financiera del HSJDA de manera periódica y sus miembros pueden solicitar puntualmente informaciones a demanda.

El acceso al detalle de los libros de diario, mayores de cuentas, balances de comprobación de sumas y saldos de manera genérica y diaria pudiera ser un procedimiento alternativo al estipulado por el Consejo Rector. En su momento se optó por dar agilidad y fiabilidad a los controles más allá de trabajar sobre la información en bruto.

En cualquier caso, la obligación es tener un procedimiento que sea eficaz y cumplirlo, no acceder al diario, mayores de cuentas y balances de comprobación de sumas y saldos según parece recomendar la CCA. Es posible tener diferentes opiniones respecto de la fórmula que se considera más adecuada para desarrollar el control financiero, pero en ningún caso podemos aceptar que se concluya que no se realiza control financiero por parte del Consejo Rector respecto del HSJDA.

Respecto a los gastos de personal nos remitimos a las cuestiones apuntadas anteriormente. El gasto de personal es una partida más de las cuentas del HSJDA y con el detalle que el Consejo Rector ha considerado necesario conocer en cada momento para el cumplimiento de su efectiva tarea de control. Desde la constitución del CSPA en el año 2003 el Consejo rector viene haciendo seguimiento de la evolución de los gastos de personal del HSJDA y se han obtenido los informes específicos que en cada momento se ha estimado necesario, adicionales a la información que ya se aporta por el HSJDA a través de los documentos de reporte periódico.

Con respecto a la solicitud realizada por el equipo auditor consistente en el modelo 190 del HSJDA y las liquidaciones de la Seguridad Social del ejercicio 2012, señalar en octubre de 2013 ya se habían aportado al equipo de la CCA certificaciones positivas de la Agencia Tributaria Estatal, la Agencia Tributaria de Andalucía y la Tesorería General de la Seguridad Social respecto de que el HSJDA estaba al corriente de sus obligaciones en materia tributaria y de seguridad social. Tales certificados emitidos a petición de la CCA, confirmaron lo que ya sabía el Consejo Rector, dado que el informe de auditoría del año 2012, en ningún caso se ponía de manifiesto salvedad alguna por contingencias fiscales. Por tanto, el Consejo Rector, no consideró que procediera aportar informa-

ción adicional de carácter fiscal, ya que este era el motivo que aducía el equipo auditor como justificación de su petición.

Por tanto, los representantes del SAS en el Consejo Rector del Consorcio sí disponen de acceso a la información financiera del ente instrumental que necesitan en cada momento. En base a lo expuesto se solicita la adecuación de los párrafos objeto de alegación a las evidencias aportadas en el transcurso del trabajo de campo y a lo expuesto de nuevo en el presente Informe de Alegaciones.

Finalmente, señalar que la CCA parece recomendar en su Informe Provisional que demos a la OHSJD un tratamiento similar al requerido por el SAS a un empresario con el que se suscribe un contrato. A pesar de los esfuerzos realizados por los interlocutores tanto del SAS como de la OHSJD con el fin de transmitir a la CCA que el Consorcio es algo diferente a un concierto y que la entidad con la que se suscribe no es un contratista sino un socio y compañero sin ánimo de lucro con el que se ha alcanzado un acuerdo a veinte años, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía y que se basa en un proyecto común, sometido por ambas partes a todos los controles que en cada momento se estima oportuno de acuerdo a la normativa vigente y a sus Estatutos, no parece que haya calado en el equipo auditor que, quizás esperaba encontrar un control más propio de la fiscalización tradicional de carácter previo y sustantivo que, a nuestro juicio, se encuentra superada por modelos de control más eficientes y operativos como es el implantado respecto del HSJDA.

Han transcurrido diez años de andadura conjunta del CSPA y sobre la base que supone la existencia de unos estados financieros del HSJDA auditados año tras año, 38 sesiones celebradas por el Consejo Rector hasta la fecha de emisión de las presentes alegaciones, cuadros de mandos periódicos aportados por el HSJDA al Consejo Rector, multitud de reuniones de trabajo, correspondencia formal e informal, documentos y aclaraciones aportadas por la OHSJD al SAS y por el HSJDA al Consejo Rector, conversaciones, acuerdos unánimes, discrepancias objeto de intenso debate, se ha ido tejiendo a lo largo de este tiempo un conocimiento mutuo de las entidades consorciadas, de ambas en calidad de Consejo Rector respecto del HSJDA, cuya percepción entendemos que es compleja desde un punto de vista de una auditoría con el objetivo y alcance de la efectuada por la CCA. Este espíritu de proyecto común con el interés general de la ciudadanía como objetivo principal, por encima de las organizaciones consorciadas, explica el modelo de control implantado que, tal y como se le ha expuesto reiteradamente al equipo auditor ha ido evolucionando con el tiempo en función de la madurez que año tras año va alcanzando el CSPA, y cuyos resultados satisfactorios han sido acreditados en el transcurso del trabajo de campo a través de la información aportada.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Respecto a que ningún miembro del Hospital forma parte del Consejo Rector, hay que indicar que el Gerente del mismo sí forma parte de él. Esta Institución pone el acento en el personal del sector público, sea del Servicio Andaluz de Salud o de otro componente del mismo, dado que son los designados como responsables por parte de la Administración de la defensa de la buena gestión de fondos públicos. El resto dependen de una entidad privada, aunque sin ánimo de lucro.

Se reitera que no consta el procedimiento de control establecido, al menos por escrito.

Se reitera que según las bases de presentación de las cuentas anuales, en modo alguno se puede interpretar que estamos ante un informe de cuentas anuales voluntario.

Las discrepancias sobre las cuentas son relevantes, no se puede dar a entender que son meras diferencias interpretativas (véase cuadro nº4).

El que teóricamente se tenga acceso a determinados sistemas o aplicaciones contables, no significa que en la práctica se haya ejercitado.

Efectivamente la opinión sobre la información que utiliza el consorcio y la efectividad de sus controles puede ser diferente en función del profesional que lo analice.

Se ignora el motivo de que los miembros del consorcio desconozcan el detalle del personal directivo del Hospital y del personal directivo de la Orden religiosa que se imputa a dicho centro hospitalario.

Las certificaciones positivas de las Agencias Tributarias estatal y autonómica y de la Seguridad Social de estar al corriente de sus obligaciones fiscales fueron solicitadas a iniciativa de esta Institución. Con anterioridad no habían sido solicitadas. Por otra parte, dichas certificaciones no eximen de las eventuales inspecciones que se puedan desarrollar y de las que se podrían derivar deudas tributarias y sociales. De ahí que el consorcio debería controlar el contenido de las liquidaciones presentadas y sus correlativos pagos y no sólo el hecho de haber cumplido con las obligaciones formales de presentación en plazo de las mismas.

Esta Institución sólo ha pretendido conocer los controles efectuados por el consorcio, no conocer el contenido de los modelos 190, Resumen Anual de retribuciones y retenciones, y liquidaciones de la seguridad social. Dichos controles no consta que se hayan aplicado.

En ningún apartado del Informe provisional se ha propugnado la *“fiscalización tradicional de carácter previo y sustantivo”*.

ALEGACIÓN Nº 18 AL PUNTO Nº 47 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Debemos insistir en que el procedimiento de control es el establecido por el Consejo Rector y que incluye las cuestiones que se han considerado y mencionado repetidamente. Estas son cuestiones que ineludiblemente son comprobadas en los trabajos de campo realizados por los auditores externos.

Otras cuestiones y medios de control como las que se mencionan forman parte de los procedimientos de control internos del HSJDA y en ese marco se ejercen con puntualidad mensual. Recordemos que por ejemplo no es posible ser garante de bonificaciones a la Seguridad Social no estando al corriente con la misma o con la AEAT, por lo que diariamente el Hospital se somete a ese control, que es el estipulado por el Consejo Rector.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se reitera que dichos certificados fueron solicitados tras la petición de esta Cámara. No puede afirmarse que se solicitan con carácter mensual puesto que alguno de ellos tiene una validez de varios meses.

ALEGACIÓN Nº 19 A LOS PUNTOS 48-53 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

La entidad auditada es el Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Aun así se ha facilitado suficiente información sobre los servicios administrativos que presta la Curia Provincial Bética y sobre las retribuciones del personal del HSJDA. En las Cuentas Anuales del HSJDA, auditadas por tercero independiente con informe favorable respecto del ejercicio objeto de fiscalización, se aporta información sobre las remuneraciones de la alta dirección del HSJDA. Tal información ha sido aportada al equipo auditor, bajo el compromiso de confidencialidad de la misma, que debe preservarse no incluyéndose en el informe definitivo.

Se han explicado en detalle los servicios administrativos, información sobre los conceptos que componen el servicio, desglose de los importes por cada uno de los epígrafes, detallando los criterios de reparto y los porcentajes de distribución de cada uno de los conceptos. En base a los servicios prestados es fácilmente deducible si el precio de estos servicios es acorde o no a mercado.

Los miembros del Consejo Rector del Consorcio analizaron estas partidas en detalle en los momentos iniciales de creación del mismo, posteriormente se ha analizado las variaciones anuales de esta partida. Adicionalmente, uno de los principios contables que se verifican por los auditores externos es la correlación entre ingresos y gastos registrados contablemente en el ejercicio, y la adecuada imputación al concepto de las cuentas contables.

El Consejo Rector consideró que la información solicitada por la CCA con el fin de tener evidencias adicionales a la aportadas para profundizar en su análisis específico de esta partida, suponía una extralimitación en el alcance de su fiscalización del CSPA puesto que suponía aportar información detallada del resto de los centros adscritos a la Provincia Bética de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, entidades que no forman parte del CSPA.

El hecho de que no se haya aportado a la CCA, en el marco de su fiscalización con el objetivo y alcance que declara en el apartado 2 del Informe Provisional, determinada información no permite afirmar que el Consejo Rector no disponga de la misma y mucho menos que no realice sus funciones en materia de control de la actividad del HSJDA. Esta cuestión ha sido ampliamente debatida con el equipo auditor y expresada, tanto en las reuniones celebradas durante el trabajo de campo, como en la fase de prealegaciones, verbalmente y por escrito, habiéndose entregado toda la documentación necesaria y suficiente de acuerdo al alcance de la auditoría.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Es el (órgano) auditor el que debe obtener evidencia suficiente, pertinente y válida que permita soportar las conclusiones de su informe.

La información que se aportó de las remuneraciones de personal directivo de la Curia imputadas contablemente al Hospital sólo se presenta en las cuentas anuales de forma agregada y subsumida en un concepto genérico denominado "Servicios Administrativos".

La información que ha recibido el equipo auditor ha sido en todo caso a través de los interlocutores del consorcio y, en ningún caso, se ha suscrito cláusula de confidencialidad ni en esta ni en ninguna materia relacionada con esta fiscalización.

No se trata de información personal (Nombre, DNI, etc.) sino información contable de gastos que están siendo sufragados con fondos públicos.

No se ha aportado evidencia sobre los eventuales controles efectuados por el consorcio sobre dicha partida "en los momentos iniciales de creación del mismo", por lo que dicha aseveración no puede ser considerada.

En el último párrafo, se da a entender que el consorcio dispone de información y que no ha sido facilitada a esta Institución, lo que podría ser considerado obstrucción a la labor fiscalizadora. Se indica además que sobre esta cuestión se ha entregado información "por escrito". Sin embargo, dicha documentación escrita no se ha aportado acompañando a esta alegación.

ALEGACIÓN Nº 20 A LOS PUNTOS 54-55 (ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE)

Debemos insistir en que el procedimiento de control es el establecido por el Consejo Rector y que incluye las cuestiones que se han considerado y mencionado repetidamente.

Otras cuestiones y medios de control como las que se mencionan forman parte de los procedimientos de control internos del HSJDA y en ese marco se ejercen con puntualidad mensual.

Por otra parte del análisis de los datos que se ofrecen en el punto 55 se deriva que los procedimientos mencionados funcionan correctamente, puesto que las diferencias observadas, no son materiales ni significativas, valoración que no se plasma en el Informe Provisional, sino que se pone de manifiesto la existencia de diferencias en dos de los tres ítems analizados, enfatizándolo para dar a entender una supuesta incidencia y/o falta de control.

En el marco de la auditoría anual a que se someten las cuentas anuales del HSJDA, se entrega a la firma de auditoría un detalle de las existencias, y los consumos realizados en todo el ejercicio 2012 detallando precio unitario, cantidad consumida e importe total. Se han realizado las pertinentes pruebas de auditoría para corroborar el consumo y la cantidad de existencias a fecha 31 de diciembre de 2012. El informe de Auditoría se entrega al Consorcio para corroborar que sus cuentas expresan, en todos los aspectos significativos, la imagen fiel del patrimonio y de la situación financiera del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, por lo que no se considera que proceda duplicar los controles de tipo sustantivo sobre esta área por parte del Consejo Rector. Por ello no compartimos que la CCA otorgue tan escaso valor al Informe de Auditoría de Cuentas Anuales que cada año, desde la constitución del CSPA se viene emitiendo por firmas de auditoría independiente de reconocido prestigio, basada en el trabajo realizado, de acuerdo con la normativa reguladora de la actividad de auditoría de cuentas vigente en España.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se ignora a qué se refiere el alegante con el procedimiento de control.

El Informe provisional no ha valorado en ningún momento el informe de auditoría de cuentas anuales efectuado por una firma independiente.

ALEGACIÓN Nº 21 A LOS PUNTOS 56-58 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Los Estatutos diferencian en sus artículos 30 y 32 la sujeción del Consorcio y HSJDA a los distintos regímenes legales de contratación de sus respectivos bienes y servicios. Es decir, los requerimientos en este sentido para las entidades de derecho público difieren de los que tienen las entidades de derecho privado, y los Estatutos no los homogenizan.

En este sentido la obligación y responsabilidad del HSJDA es el hacer adquisiciones en las mejores condiciones y la del Consejo Rector del Consorcio establecer un procedimiento de control económico del HSJDA, como hemos venido detallando.

Por otra parte, la forma de adquisición de bienes y servicios de la Orden que se refiere entendemos que se hace en tanto en cuanto establece un marco de actuación en el que se desarrolla las políticas de compras del HSJDA.

Por último, el HSJDA como Centro del SSPA tiene acceso a los condicionantes de las plataformas de compras del Sistema y valora en sus procedimientos de adquisición de bienes y servicios las distintas opciones que ofrece, si bien por distintos motivos (como por ejemplo el periodo medio de pago) no es habitual que se encuentren condicionantes más favorables.

El Consorcio sí tiene acceso a todos los procedimientos de contratación que se realizan en el ámbito de contratación de bienes y servicios de la HSJDA.

Los acuerdos marco con los proveedores se llevan a cabo de forma centralizada por toda la Orden por los representantes de la Orden en el Consorcio y se da información detallada y precisa cuando se solicita en el Consejo Rector.

La manifestación de los representantes de la Orden de que sus precios de adquisición son inferiores a los del SAS se hizo de forma verbal durante una de las sesiones del Consejo Rector y hacía referencia en concreto, a unos precios que se consultaron telefónicamente sobre las prótesis de cadera y rodilla. En el transcurso del trabajo de campo se aclaró al equipo auditor que el alcance de las comprobaciones efectuadas incluía una selección de artículos de mayor consumo, pero en ningún momento se hizo la afirmación generalizada que se plasma en el Informe Provisional, por lo que se solicita la adecuación del párrafo.

Adicionalmente, el catálogo de precios de productos de material Sanitario del SAS consta de miles de artículos y una comprobación global que documente esta opinión "sus precios de adquisición son inferiores a los del SAS", sin acotar el tipo de productos o artículos no se ha transmitido que

haya sido realizada hasta la fecha, entre otras cosas porque previamente procedería realizar un ejercicio de alineamiento de catálogos para garantizar que se comparan los mismos items. La OHSJD tiene efectuado tal alineamiento entre los centros hospitalarios adscritos a la Provincia Bética, cuya dimensión de centros y geográfica puede consultar la CCA en la página Web del HSJDA, y realizan adquisiciones centralizadas por lo que no se ha considerado oportuno desgajar el HSJDA de esta plataforma de compras para adherirlo a la Plataforma de Logística Sanitaria de la provincia de Sevilla del SAS.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

No se ha aportado evidencia alguna de lo manifestado ni durante los trabajos de campo, ni durante el trámite de alegaciones por lo que no puede ser objeto de consideración.

En ningún apartado del Informe se propugna la adhesión del Hospital de San Juan de Dios a la plataforma de contratación.

ALEGACIÓN Nº 22 A LOS PUNTOS Nº 59 Y 60 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Tal y como indica la CCA en el IP, “el HSJD no recibe financiación de capital desde el Consorcio”. En los PAIFs aprobados desde el año 2004 hasta la fecha, disponibles en el BOJA, se puede comprobar que la transferencia de financiación que el SAS hace al CSPA y éste a su vez al HSJD, es de explotación, no habiéndose asignado hasta la fecha presupuesto de capital alguno debido a que se trata del centro del SSPA con edificación e instalaciones de más reciente puesta en funcionamiento, unido a la situación por la que en los últimos años viene padeciendo el presupuesto de inversiones del sector público en general, sobradamente conocido.

A pesar de ello, como evidencia de la transparencia informativa que caracteriza la relación del HSJDA con el Consejo Rector y en el marco procedimiento de control establecido por el Consejo Rector, se facilitan al Consorcio los presupuestos anuales en los que se detallan las inversiones a realizar al año siguiente.

Otras cuestiones y medios de control como las que se mencionan en el IP forman parte de los procedimientos de control internos del HSJDA y en ese marco se ejercen con puntualidad mensual.

De este modo respecto a las inversiones, las mismas entran dentro del marco de autonomía de gestión del HSJDA y de las mismas se da cuenta en los distintos reportes al Consejo Rector.

Al equipo de auditoría se le ha facilitado la información que indica en el IP respecto del ejercicio fiscalizado porque formaba parte de la documentación de reporte anual que el HSJDA entrega al CSPA. De no haber sido así no habría procedido entregarlo dado que, la entidad objeto de fiscalización, eso es, el CSPA no tiene activo fijo. El inventario solicitado es del HSJDA y, adicionalmente, tal información ya estaba validada por la auditoría de cuentas del ejercicio realizada por firma independiente de reconocido prestigio y en las Cuentas Anuales del HSJDA se incluye información detallada sobre este epígrafe, comparativa respecto del ejercicio inmediato anterior.

El Consejo rector facilitó al equipo de auditoría las Cuentas Anuales del HSJDA e informe de auditoría de los ejercicios 2011 y 2012 en los que consta información comparativa de los años 2010, 2011 y 2012 y en las notas de la memoria de incluye información sobre de los movimientos de inmovilizado por lo que consideramos que la CCA ha dispuesto de información suficiente y adecuada, si bien en el IP se pone de manifiesto en el párrafo 60 una supuesta limitación al alcance del trabajo, que solicitamos sea eliminada en el Informe Definitivo.

Debemos insistir en que el procedimiento de control es el establecido por el Consejo Rector de forma consensuada entre ambas partes tal y como establecen los Estatutos y que incluye las cuestiones que se han considerado y mencionado repetidamente, tanto al equipo auditor en el transcurso de su trabajo de campo, como en el presente Informe de alegaciones.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La información recibida por el consorcio sobre inversiones son las referidas a las ya ejecutadas en el ejercicio precedente y sólo se ha facilitado el inventario del ejercicio fiscalizado (2012), no así de los dos ejercicios anteriores, tal y como fue solicitado.

Sobre el resto de manifestaciones no se aporta evidencia alguna.

ALEGACIÓN Nº 23 A LOS PUNTOS 61 Y 62 (ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE)

El Consejo Rector tiene acceso pleno a todos los datos de Admisión. El propio SAS genera los datos comparativos para todos los Hospitales del SSPA, entre los que se incluye el HSJDA.

Precisamente es posible generar esta información porque, tal y como se indicó al equipo auditor en el transcurso de su trabajo de campo, el HSJDA está incorporado a múltiples sistemas de información corporativos del SSPA, especialmente de tipo asistencial, entre los que se encuentran los destinados al seguimiento de la gestión de la accesibilidad de los ciudadanos al SSPA en cumplimiento de los decretos de garantías de tiempos de espera: intervenciones quirúrgicas (AGD), consultas y pruebas diagnósticas (INFHOS). Esta documentación se recibe periódicamente en el HSJDA. La documentación contiene información detallada de cuantos pacientes son atendidos en cada centro público que corresponden a otras áreas sanitarias y viceversa. Por tanto, la afirmación incluida en el párrafo 61 del IP no se ajusta a la realidad.

Por otra parte, la población de referencia del HSJDA se determinó en 2003, incluyendo dos poblaciones de Huelva y 26 de Sevilla. La relación de poblaciones consta en el documento fechado en 2003 aportado a la CCA relativo a la determinación de la financiación inicial del CSPA y que se cita en el párrafo nº 21 del IP. Además de tal documento, se ha explicado en reiteradas ocasiones los motivos por los que la composición de la población adscrita es la incluida en tal documento, por lo que desconocemos los motivos por los que se dice literalmente en el IP “Ello obedece al parecer a razones de cercanía a otros centros hospitalarios de la capital sevillana”, dando a entender una supuesta falta de claridad en los argumentos aportados. Se solicita la eliminación de la expresión “al parecer” en el Informe definitivo.

Finalmente, señalar que, el Hospital está sujeto al derecho a la libre elección de Hospital de los ciudadanos sea de la comarca que sea.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

No se aporta evidencia sobre lo manifestado en relación con la Admisión del hospital.

Para que los ciudadanos ejerzan su derecho a la libre elección de centro hospitalario se deben cumplir determinados trámites administrativos (salvo en casos de riesgo vital).

ALEGACIÓN Nº 24 A LOS PUNTOS Nº 63 Y 64 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

En el Consejo Rector, dentro del procedimiento de control que él mismo ha establecido, se analizan los ingresos de otras actividades adicionales a la propia actividad del Consorcio. De este modo - se puede observar en las presentaciones que se adjuntan y constan en acta - se analiza la actividad de la ULM, los ingresos por tráfico, laborales, por rehabilitación de pacientes y en el último ejercicio derivado de la actividad concertada que se lleva a cabo.

El Consejo Rector es conocedor de que el HSJDA está adherido al Convenio de los Hospitales con UNESPA desde sus inicios y en base al mismo se factura esta actividad. De este modo la captación de los supuestos que pudieran ser facturables se lleva a cabo en el marco de este convenio. Las mencionadas gestiones de cobro son las ordinarias de un departamento de facturación de un Hospital del SSPA, se desarrollan con normalidad y sin ninguna incidencia, por lo que se debe suponer su corrección.

El Hospital San Juan de Dios tiene un área específica con 4 personas que se encargan de gestionar y tramitar todos aquellos expedientes susceptibles de facturación. Esta área denominada "Área de facturación a terceros" está segmentada por tres partes claramente diferenciadas y son: Tráfico, Laboral y Privado.

El Consorcio si tiene acceso a todos estos registros, a este tipo de información, cuando esta sea requerida.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

A pesar de lo manifestado, no se ha aportado documentación como evidencia de lo manifestado en la alegación.

La alegación reconoce implícitamente que el Consorcio no controla la facturación a terceros, al dar por supuesta su corrección.

ALEGACIÓN Nº 25 A LOS PUNTOS Nº 65-67 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Tal y como se detalla en el punto 16 el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe dispone de una contabilidad analítica en la que se desglosan los gastos e ingresos correspondientes a cada una de las actividades. En los informes presentados en Consejo Rector se incluyen cuentas de resultados separadas de ambas actividades.

El Consorcio tiene acceso al desglose de estas cuentas y en los detalles facilitados de contabilidad analítica se observa este tipo de información.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Respecto a contabilidad analítica sólo se facilitó el manual del sistema, sin dato concreto alguno. No consta que el consorcio haya tenido acceso en la práctica, ni se aporta evidencia alguna al respecto.

ALEGACIÓN Nº 26 A LOS PUNTOS Nº 68-70 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe se rige por el Plan General de Contabilidad de empresas privadas y dispone de contabilidad analítica propia de la OHSJD a la que pertenece. Igualmente, hasta recientes fechas, las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES) del SSPA disponían de sistemas independientes de contabilidad analítica no integrados en el sistema corporativo del SAS. El proceso de integración del conjunto de centros del SSPA en los diferentes aplicativos de carácter corporativo se basa en la interoperabilidad de sistemas de información en la que de forma permanente se trabaja en función de las prioridades que en cada momento se plantean, dado que se trata de un laborioso proceso de homogeneización de criterios y con elevados componentes de tipo tecnológico a tener en cuenta. Una vez integradas las APES en el sistema COAN-h, es de utilidad plantear la interoperabilidad con el sistema del HSJDA, pero no antes.

La comparabilidad entre los Centros se ha evaluado desde el punto de vista de eficiencia. Desde el punto de vista de resultados en salud mediante los contratos programa con la Consejería de Salud y desde el punto de vista de satisfacción por el índice sintético de satisfacción evaluado por el SAS.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se ha facilitado información relativa a eficacia en el logro de los objetivos del contrato programa suscrito entre las Direcciones del SAS y del Hospital, así como información similar de otros centros hospitalarios comparables. Pero no así de eficiencia, esto es, poniendo en relación los recursos utilizados con los resultados obtenidos.

Dado que la financiación se calcula tomando como referencia al hospital más eficiente, se ratifica la necesidad de la integración de los sistemas de contabilidad analítica.

ALEGACIÓN Nº 27 AL PUNTO Nº 75 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Los citados apartados no se incorporan al no contener información adicional alguna, no desvirtuando, en ningún caso, la imagen fiel reflejada en los estados financieros, tal y como se recoge en la opinión plasmada en el párrafo 118 del Informe Provisional. No obstante, de cara a futuro, tomamos en cuenta la recomendación realizada.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La alegación admite los hechos indicados en el Informe provisional.

ALEGACIÓN Nº 28 A LOS PUNTOS Nº 77 Y 78 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Se solicita incorporar en el texto del Informe definitivo la siguiente información adicional para completar los datos respecto de los saldos pendientes de transferir por el SAS al CSPA al cierre de los ejercicios 2012 y 2011 y, a su vez por el CSPA al HSJDA, tal y como consta en las Cuantías Anuales de ambas entidades:

Según se establece en los Estatutos del CSPA (art.33, modificado por acuerdo posterior del Consejo Rector)) el CSPA transferirá a la Entidad eclesiástica HSJDA la financiación de la actividad por doceavas partes, a mes vencido, sin que se pueda superar el 100% de la financiación prevista en el Contrato-Programa. Por ello, cada año a 31 de diciembre consta en el Balance del CSPA como saldo a cobrar del SAS y a pagar al HSJDA el importe de la mensualidad de diciembre que se abona en el mes de enero del año inmediato posterior.

Con respecto a la financiación adicional del ejercicio 2010, tal y como queda explicado en los PAIF a los que la CCA tiene acceso al estar disponibles en el BOJA, esta cantidad fue objeto de tramitación de una modificación presupuestaria y aprobada en Consejo de Gobierno de fecha 29 de septiembre de 2011, si bien la materialización efectiva del pago se realizó con posterioridad al cierre del ejercicio 2011, en concreto en febrero del año 2012, de ahí que aparezca con saldo a cobrar por CSPA al SAS y a pagar por el CSPA al HSJDA.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La modificación de los estatutos ya se ha incluido en el punto 40 del Informe provisional.

Respecto a la segunda consideración, se amplía la información ofrecida en el Informe provisional y se justifica lo indicado.

ALEGACIÓN Nº 29 AL PUNTO Nº 86 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Con respecto al concepto "financiación adicional", tal y como se aclaró al equipo auditor, y como consta en los PAIFs, procede señalar que desde el año 2009 debido a directrices generales de pre-

supuestación inicial establecidas por la Consejería de Hacienda y Administración Pública, el CSPA ha venido contando con un PAIF inicial que se ha mantenido constante en el tiempo (ver cuadro nº 4 del IP). Cada año, en función de la evolución de la curva de actividad del HSJDA y de los indicadores macroeconómicos de variación poblacional e IPC definitivo al cierre del ejercicio, se ha considerado necesario revisar tal financiación inicial a través de la tramitación de la preceptiva modificación presupuestaria, para adecuar la financiación estimativa inicialmente otorgada presupuestariamente a la financiación necesaria y suficiente para dar cobertura a los costes incurridos con motivo del desarrollo del objeto del CSPA y plasmados en el Contrato-Programa de cada año.

Por tanto, no se trata de un ingreso adicional, sino de la adecuación de la financiación presupuestaria asignada inicialmente al CSPA a la establecida en el Contrato-Programa, en el marco general de la envolvente del SAS. Adicionalmente la tramitación de la modificación presupuestaria requiere con carácter previo a su aprobación por el Consejo de Gobierno de la J.A., de la elaboración de múltiples memorias y entrega de documentación justificativa para poder obtener tal aprobación, lo que pone de manifiesto el control y seguimiento que viene realizándose por la CHAP sobre el CSPA y por éste sobre el HSJDA, al someter al órgano de gobierno de la J.A. la aprobación de la misma con carácter anual, en las ocasiones en que se ha producido diferencia entre Contrato-Programa y PAIF inicial.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

No constan esas “directrices generales de presupuestación”.

La denominación “ingreso adicional” está tomada literalmente del texto del acuerdo al que se refiere el punto 86 alegado.

No se ha aportado evidencia que vincule la aplicación de los distintos factores indicados a la financiación obtenida.

ALEGACIÓN Nº 30 AL PUNTO Nº 90 Y 91 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Si bien estas deudas no están recogidas en el apartado citado, si se especifican con claridad en el contenido de la Memoria del ejercicio 2012.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se reconoce el hecho indicado en el Informe provisional.

ALEGACIÓN Nº 31 A LOS PUNTOS 92 A 97 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Tanto el Consejo Rector del CSPA de forma colegiada, como el SAS y la OHSJD a nivel individual, solicitan encarecidamente la eliminación de los párrafos números 92 a 97 del apartado 3.4. Estados Financieros del Informe Provisional, ambos inclusive, y su sustitución por un contenido acorde a las consideraciones de la presente alegación. Los motivos que nos llevan a esta solicitud son los siguientes:

- *El contenido del Informe Provisional, además de resultar una simplificación de la realidad expuesta al equipo auditor en el transcurso del trabajo de campo, podrían inducir al lector a obtener una opinión incorrecta respecto de la situación económico-financiera del CSPA y, por tanto, de la viabilidad, tanto presente como futura, del objetivo del mismo. El contenido y la forma de exponer los datos que se aportan en estos párrafos del Informe Provisional, fuera del contexto en el que los mismos se deben interpretar, podrían generar a cualquier lector una opinión sesgada sobre la viabilidad del proyecto común, y supone un total desequilibrio en el peso que la CCA otorga en su análisis y exposición de resultados a los aspectos de carácter económico-financiero, contables y administrativos respecto al dado al ámbito de prestación de servicios y de satisfacción de los usuarios (Ver alegación nº 41 de este informe).*
- *El objetivo del CSPA no ha cambiado desde su constitución y no es otro que la prestación de la asistencia sanitaria a la población del Aljarafe con un nivel de accesibilidad y calidad equivalente al de cualquier Hospital General Básico del SSPA, con independencia de la fórmula jurídica del mismo. En este caso, además, al tratarse de una entidad sin ánimo de lucro, y teniendo en cuenta los resultados del CSPA, tanto económicos, como asistenciales y de satisfacción del usuario, su fórmula jurídica es totalmente indiferente de cara a la población.*
- *Siendo conscientes de las discrepancias que se ponen de manifiesto a partir de los datos aportados al equipo auditor con total transparencia y dentro del ámbito de la confidencialidad, se considera que no procede hacer uso de ellos en el informe. Según lo expuesto, no procede incluir en el informe de la CCA respecto del CSPA dato alguno de las Cuentas Anuales de la Entidad Eclesiástica HSJDA, sin autorización expresa de la citada entidad, que en ningún momento se ha producido.*
- *Los elementos que subyacen en las discrepancias que se ponen de manifiesto en estos apartados están motivadas por la ausencia de presupuesto de capital en los PAIFs del CSPA, que desde su constitución se han venido aprobando por parte de la Consejería de Hacienda y Administración Pública. Ello genera diferencias en cuanto al tratamiento que contablemente ha de dar el HSJDA a las operaciones relacionadas con el activo no corriente en aplicación de la normativa que le es de aplicación, y el tratamiento que de tales importes procede dar a efectos de correlación entre ingresos derivados de la transferencia de explotación del CSPA al HSJDA y la imputación de los gastos de explotación desde un punto de vista presupuestario.*
- *Según se desprende de las Cuentas Anuales auditadas del HSJDA del año 2012, la Entidad Eclesiástica HSJDA dispone de un activo no corriente que ha ido incorporando desde su constitución en abril de 2002 y que, a 31 de diciembre del año 2012 ascendía a 33.280.419 euros, por lo que necesariamente ha de registrar en su contabilidad asientos con motivo de adiciones, retiros, trasposos, dotaciones a la amortización, arrendamientos de inmovilizado, arrendamientos financieros, y cualquier otra transacción asociada a este tipo de activos. Tales asientos contables tienen impacto tanto en el activo y pasivo de su balance de situación, como en la cuenta de resultados.*

El informe de auditoría sobre las Cuentas Anuales del HSJDA del ejercicio 2012 no contiene salvedad alguna, lo que significa "que las citadas cuentas reflejan en todos los aspectos significativos la imagen fiel del patrimonio y de la situación financiera del HSJDA al 31 de diciembre de

2012, así como de los resultados de sus operaciones y de sus flujos de efectivo correspondientes al ejercicio anual terminado en dicha fecha, de conformidad con el marco normativo de información financiera que resulta de aplicación y, en particular, con los principios y criterios contables contenidos en el mismo.”

No obstante lo expuesto, dado que el HSJDA es el Hospital General Básico del SSPA con edificación e instalaciones de más reciente puesta en funcionamiento, unido a la situación que en los últimos años viene padeciendo el presupuesto de inversiones del sector público en general, no puede haber correlación entre la imputación de gastos que contablemente procede realizar por parte del HSJDA con motivo de las inversiones efectuadas hasta el 31/12/12 y el presupuesto de capital asignado al CSPA que, tal y como se desprende de los PAIFs, no ha tenido importe alguno en el periodo 2004-2012.

Estas son las diferencias por las que no existe acuerdo respecto de la aprobación de las cuentas anuales del HSJDA. La OHSJD y el SAS, en calidad de entidades consorciadas, continúan trabajando en aras a alcanzar un acuerdo respecto del tratamiento contable de las inversiones.

Por todo lo anterior, de cara a preservar los derechos legales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, reiteramos nuestra solicitud de supresión de los párrafos 92 a 97 del IP, así como cualquier dato obtenido de información contenida en las Cuentas Anuales de la Entidad Eclesiástica Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, y de cualquier documento aportado a la CCA en el transcurso del trabajo de campo sobre el que el citado órgano de control no tenga potestad para solicitar, en el marco de la actual Ley de la Cámara de Cuentas de Andalucía.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La información que ha recibido el equipo auditor ha sido en todo caso a través de los interlocutores del consorcio y, en ningún caso, se ha suscrito cláusula de confidencialidad ni en esta ni en ninguna materia relacionada con esta fiscalización.

La alegación no explica la ausencia de presupuesto de capital. De cualquier modo, se reconocen las discrepancias que afectan principalmente al tratamiento de las inversiones y su amortización.

ALEGACIÓN Nº 32 AL PUNTO Nº 98 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Dicho Contrato Programa, según se expresa en el punto 28, se suscribe con el Servicio Andaluz de Salud, con carácter anual, por delegación. La Consejería establece un Contrato Programa con el SAS y es éste organismo el que establece y firma los Contratos Programa anuales con todos los Centros Asistenciales del Sistema Sanitario Público (Hospitales Públicos, dependientes de Agencias y Consorcio, Áreas de Gestión Sanitaria y Distritos de Atención Primaria).

Corresponde igualmente al SAS, en coordinación con determinadas áreas de la Consejería, el seguimiento y evaluación de los logros de cada Centro.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

No consta la Resolución por la que se aprueba la mencionada delegación de competencias.

ALEGACIÓN Nº 33 AL PUNTO Nº 99 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El Contrato Programa que el SAS firma con los centros públicos, consorcio y agencias, aúna en sus diferentes perspectivas, objetivos dependientes tanto de estrategias propias de la Consejería (Salud Pública, Planes Integrales, Investigación, etc.) como del SAS en su papel como proveedor de servicios.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

No se considera alegación. Es una mera ampliación de la información.

ALEGACIÓN Nº 34 AL PUNTO Nº 100 (ALEGACIÓN ADMITIDA)**ALEGACIÓN Nº 35 AL PUNTO Nº 101 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)**

Es precisamente la singularidad jurídica del modelo de Consorcio que se aplica al HSJDA la que condiciona que el número de indicadores a seguir sea algo menor al de los demás hospitales (Comarcales) con los que comparte grupo. De igual manera sucede con los Hospitales dependientes de las Agencias. Disponer de una herramienta de seguimiento periódica de 175 indicadores con el fin de analizar la evolución y el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos a 58 centros sanitarios del SSPA, agrupados por niveles comparables, con independencia de la configuración jurídica de las diferentes entidades incluidas en su alcance, es un logro de la dirección del SAS que demuestra que es posible compatibilizar diferentes fórmulas de gestión con el objetivo común de la prestación de asistencia sanitaria a la población.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se reconoce el hecho indicado en el Informe provisional.

ALEGACIÓN Nº 36 A LOS PUNTOS Nº 102 Y 103 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Consideramos que no se ha tenido en cuenta la aclaración facilitada al equipo auditor por parte del CSPA, con fecha 2 de Abril, en el proceso de prealegaciones, relativa al motivo por el que no se facilitó información sobre los Centros que se referencian en el punto 103 del IP:

“En cuanto a información no facilitada de varios hospitales de su grupo, discrepamos de esta afirmación puesto que se entregó al equipo auditor informes trimestrales y de evaluación de los hospitales comarcales que, por sus características y similitud en cartera de servicios, son comparables con el HSJDA.

Los datos de los hospitales que el equipo auditor reclamaba en la reunión del 20 de marzo, no se han remitido porque no reúnen estas características, como tampoco se asemeja al HSJDA la A.S. Bajo Guadalquivir (HARs)".

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La documentación entregada el 2 de abril de 2014, se facilitó fuera de plazo, por lo que el expediente ya se había tramitado a otras instancias.

En cuanto al fondo del asunto, es el SAS el que ha incluido esos centros hospitalarios en el mismo Grupo de clasificación, a efectos de seguimiento y evaluación.

ALEGACIÓN Nº 37 AL PUNTO Nº 104 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

La incorporación o modificación interanual de determinados indicadores ha condicionado que, a nivel técnico, algunas cuestiones de matiz de los mismos se consoliden durante los primeros tres meses del año. Esta demora, que afecta a cuestiones puntuales, explica que el cierre definitivo del contrato programa anual no se pueda realizar a principio del año, cuando aún no se ha procedido a la evaluación definitiva del año previo.

Así, por ejemplo, el resultado de la evaluación definitiva de algunos de los indicadores, es requisito indispensable para el planteamiento de los límites precisos a incluir en el pacto del año en curso.

Adicionalmente, si bien progresivamente se van adelantando las fechas en las que se cierran los datos anuales de los diferentes Sistemas de Información, no todos ellos están disponibles hasta finalizado el primer trimestre del año siguiente, y, en algunos caso incluso más tarde. A título de ejemplo se citan (i) los datos de cierre económico de gasto en capítulo II, debido a los plazos legales para cierre contable del ejercicio y registro de obligaciones pendientes en FOG, (ii) indicadores cuya fuente es el CMBD, debido al sistema de codificación en centros y a los complicados procesos de integración y controles de calidad a que han de someterse las bases de datos, etc. Sí existen algunos indicadores cuyos datos están disponibles en enero, tales como los datos relativos a objetivos del área de accesibilidad, gasto en capítulo I, acreditación de profesionales, constitución de UGC, entre otros, lo que permite tener a principio del año siguiente la referencia sobre la que se establece el objetivo del año siguiente.

Esto explica que en diciembre los centros dispongan de la descripción de los objetivos que marcarán las líneas prioritarias de actuación del año siguiente sobre las que se va a realizar seguimiento periódico con el fin de monitorizar aquellas cuestiones que se consideran más estratégicas, si bien la concreción del dato que se fija como objetivo para cada ítem se va realizando a medida que están disponibles los datos del cierre del año precedente. Consideramos un importante logro de la dirección del SAS poder disponer de los Contratos-programa firmados con todas las direcciones de los centros del SSPA antes del inicio del ejercicio al que afectan. Si bien es algo lógico, no obstante esto no sucedía con anterioridad, habiendo acertado los plazos año tras año desde 2009.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

No parece razonable que la totalidad de los indicadores o parte cuantitativa del Contrato Programa sea comunicada a los centros en el mes de junio, máxime cuando el PAIF definitivo se publica antes del 31 de marzo. Se podría haber optado, por ejemplo, por fijarlos en varias fases en función de la evaluación de los distintos indicadores.

ALEGACIÓN Nº 38 AL PUNTO Nº 105 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

Algunos indicadores (como ya se ha explicado en alegaciones anteriores) afectan a unos centros y no a otros, incluso dentro de un mismo grupo. Así, la actividad obstétrica, pediátrica o de Salud Mental, por ejemplo, no pueden evaluarse en el HSJDA dado que no figuran en su cartera de servicios.

Con respecto a la demora que en algunos casos se produce en la medición de los indicadores, nos remitimos a lo expuesto en la alegación nº 37. Además, debe considerarse que para los indicadores cuya lectura se realiza directamente sobre los sistemas de información corporativos, esta puede hacerse de manera automatizada, lo que no puede hacerse con otros que requieren cálculos sobre sistemas de información diferentes a los citados.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Una vez realizadas las comprobaciones oportunas, se ratifica que las diferencias observadas no se deben a la distinta composición de la cartera de servicios. Las demoras que se han detectado en la rendición y medición de los indicadores obedecen a unas fechas que el SAS se ha autoimpuesto.

ALEGACIÓN Nº 39 AL PUNTO Nº 106 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

El cumplimiento de los Objetivos contenidos en el Contrato Programa 2012 establecido entre el SAS y el HSJDA fue de un 92,66% tal como se plasma en la información contenida en el cuadro 6 del propio informe provisional de la CCA suministrado a ésta por el SAS. Dicho nivel posiciona al hospital como uno de los de mayor cumplimiento del SSPA.

Este fenómeno responde a las diferentes ponderaciones que se asignan a los distintos objetivos en función de su relevancia para la organización

La lectura de los datos trimestrales puede incorporarse directamente a SICPROI desde los sistemas de información corporativos. Una vez los cortes trimestrales son presentados a los centros, puede identificarse algún dato registrado de manera incorrecta que tras la oportuna explicación del mismo desde el centro puede quedar depurado y no contabilizarse en el corte final que es el que determina el cumplimiento anual del objetivo. Así, si ese dato concreto no ha sido corregido en SICPROI pero sí se acepta la alegación razonada del Centro, puede explicarse este efecto.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La entidad justifica lo indicado en el Informe provisional.

ALEGACIÓN Nº 40 AL PUNTO Nº 108 (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

La actividad asistencial en términos cuantitativos absolutos no es por sí mismo un objetivo. Los objetivos de C.P. de los centros hace años que se basan en resultados.

La actividad a desarrollar en cada centro se incorpora en los denominadores de las tasas que se relacionan a criterios poblacionales de cobertura. Así mismo, las derivaciones de pacientes del área a otros Centros y la asistencia en el centro de pacientes de áreas diferentes a la asignada, están analizados y compensados en los propios sistemas de información de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS.

Con respecto a indicadores de calidad, aclarar que en el C.P. sí existen Indicadores específicos de calidad en el área de seguridad, planes integrales, etc... Entendemos que los indicadores que plantea la Cámara de Cuentas, relativos a porcentaje de reingresos o porcentaje de altas por derivación a otros centros hospitalarios, se incorporan de forma específica en los acuerdos de gestión y procede abordarlos en el ámbito de la gestión clínica y no a nivel agregado del centro.

Adicionalmente, las proyecciones mensualizadas de actividad del Centro (en sus vertientes asistencial, económica y de recursos humanos) y sus posibles desviaciones son analizadas detalladamente por el Equipo Directivo del HSJDA en las sesiones de seguimiento del Consejo de Dirección. El cuadro de mandos para el seguimiento no se vuelca a SICPROI, pero en las reuniones de seguimiento del Consejo Rector del Consorcio se presenta en un apartado específico la información relativa a la ejecución presupuestaria y marcha de la actividad, tal y como se puede comprobar en la información aportada al equipo auditor.

Si bien no todos los indicadores de calidad se incluyen en el SICPROI (Contrato Programa), esto en ningún caso significa que no se determinen en los sistemas de información y en el cuadro de mandos del propio centro. Están disponibles si se requiere.

Finalmente, tal y como se aclaró en el transcurso del trabajo de campo, desde el año 2009 se ha producido una reorientación del Contrato-programa del SAS con los centros del SSPA, dado el grado de madurez alcanzado por el modelo anterior. El actual modelo vigente desde el año 2009 incluye los objetivos que marcarán las líneas prioritarias de actuación de cada año sobre las que se va a realizar seguimiento periódico con el fin de monitorizar aquellas cuestiones que se consideran más estratégicas, si bien no pretende incluir toda la actividad que necesariamente ha de realizar cada centro y cuya medición y seguimiento se realiza a través de los múltiples sistemas de información implantados en el SSPA, que contienen centenares de indicadores sobre los que se hace la selección de aquellos que en cada momento se considera oportuno centrar el foco de cara al establecimiento de objetivos y la evaluación de los equipos humanos de los centros. En el ejercicio objeto de fiscalización fueron 176 indicadores los seleccionados, si bien, es posible incorporar o sustituir unos por otros, lo que se va efectuando cada año a la vista de los resultados obtenidos y de las

líneas estratégicas que marque el Contrato-Programa entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y el SAS.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

A juicio de la CCA, el Contrato Programa debe incluir una estimación de la actividad a desarrollar a fin de ajustar la envolvente presupuestaria que se acompaña en el propio documento, dado que un aumento de la actividad prevista debe llevar aparejado un incremento de financiación, en principio.

Respecto a determinados indicadores de calidad, en ejercicios precedentes formaban parte de los Contratos Programa suscritos con los distintos hospitales. Se considera que es una información relevante, que complementa otros indicadores de orientación meramente cuantitativa.

ALEGACIÓN Nº 41 AL APARTADO 3.5. EFICACIA (ALEGACIÓN NO ADMITIDA)

ALEGACION GENERAL AL CONTENIDO DEL APARTADO

El IP en general, y el apartado de Eficacia en particular, carece de información respecto de aspectos sobre los que se ha facilitado múltiple información al equipo auditor durante el trabajo de campo y que habitualmente son analizados por la CCA e incorporados por la CCA en fiscalizaciones sobre centros hospitalarios del SSPA en los que se analiza este aspecto. A título de ejemplo se citan:

- *OE 01/1998 Empresa Pública Hospital Costa del Sol. 1997.*
- *OE 08/2008 Análisis comparativo de la gestión desarrollada por los Hospitales Comarcales de Riotinto y Montilla.2007*
- *OE 04/2009 Análisis comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del SSPA: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol.2008.*
- *OE 03/2010 Auditoria operativa del Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Ejercicio 2009*
- *OE 02/2011 Fiscalización operativa del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Ejercicio 2010*

Desconocemos el motivo por el que en este caso a diferencia de los anteriores, no se aporta tal información en el IP, limitándose el análisis de eficacia a los objetivos priorizados en el Contrato-Programa del año 2012.

En la documentación aportada por el CSPA al equipo de auditoría se incluyen datos respecto de los siguientes indicadores, no sólo del año 2012, sino también de ejercicios precedentes:

URGENCIAS

Urgencias atendidas Tiempo Medio de Atención
Presión de Urgencias
% Ingresos desde Urgencias % Ingresos en Observación

HOSPITALIZACIÓN

Ingresos
Estancias
Estancia Media Hospital (días)
Programadas

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Programadas Urgentes con ingreso
CMA
Situación LEQ Histórico LEQ

CONSULTAS EXTERNAS

Primeras Consultas Realizadas
Sucesivas
Consultas solicitadas AP

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Radiología convencional
TAC
Mamografías
Resonancias
Ecografías
Pruebas de Laboratorio
Bioquímica Hematología
Microbiología
Anatomía Patológica

PRUEBAS DIGESTIVAS CPRE

Endoscopias

También se ha aportado información detallada sobre la actividad desarrollada por las siguientes Unidades:

- Unidad de Lesionados Medulares
- Actividad de Coordinación De Trasplantes
- Unidades docentes acreditadas de formación post-grado.

Se han aportado datos detallados sobre los resultados de 24 indicadores incluidos en las Encuestas de Satisfacción de Los Usuarios, información sobre las acreditaciones, reconocimientos y premios obtenidos por el HSJDA, entre los que se encuentran los siguientes:

- *Acreditación del Hospital por la Agencia de Calidad de Andalucía*
- *Premio a la excelencia en integración 2012. Programa Comparte.*
- *Certificado Europeo de Integración a Discapacitados*
- *Premio Especial a la búsqueda de eficiencia para la Sostenibilidad de las Organizaciones y Servicios Sanitarios al Programa Comparte.*
- *1º premio del XXV Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias y Emergencias. - - Premio Mejor comunicación de enfermería XXXI Congreso AEA.*

A pesar de haber recibido varios reconocimientos públicos, no se hace mención alguna en el informe provisional respecto del Programa Comparte, ejemplo de excelencia en la gestión de la continuidad asistencial entre el Distrito Sanitario de Atención Primaria del Aljarafe y el HSJDA.

En la página web del HSJDA se accede a las Memorias de Actividad del Hospital emitidas cada año.

En la página Web del SAS se encuentran disponibles informes obtenidos a partir del CMBD de varios ejercicios, incluyendo información comparado de los centros hospitalarios del SAS, entre los que se incluye el HSJDA.

No se entiende el motivo por el que no se incluye información alguna respecto de todas estas áreas ningún apartado del Informe Provisional y, en concreto, en el 3.5. de eficacia.

En base a lo expuesto entendemos acreditado que existe un significativo sesgo en el contenido del Informe Provisional y que afecta a la imagen que del CSPA y del HSJDA se aporta en el mismo.

Se solicita encarecidamente la incorporación en el Informe Definitivo de la información de que dispone la CCA respecto de las cuestiones citadas en la presente alegación.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Dado que el Consorcio no ha tenido acceso a los datos de Admisión y de las dificultades existentes para poder obtener información directa del Hospital, se ha considerado conveniente circunscribir el análisis de eficacia al Contrato Programa.

Algunos de los aspectos que se solicita se incluyan en el Informe no son relativas a eficacia, sino a eficiencia o calidad. En otros informes de esta Institución se han realizado auditorías integrales en los que sí tenían cabida dichas consideraciones. En esta actuación se han incluido objetivos de auditoría de regularidad (económico financieros y legalidad) y de eficacia.

ALEGACION Nº 42 A LOS PUNTOS Nº 109 A 117 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES (ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE)

Nota.- La alegación se remite a varias de las presentadas anteriormente, con números 10, 11 y 12.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Es una alegación que afecta a una conclusión y engloba lo expresado en las alegaciones tratadas anteriormente números 4, 5, 9 a 12, 14 a 26, 27, 30, 31, 38, 39 y 40. En consonancia con el tratamiento dado a las mismas, se admite parcialmente, al haber sido admitida la alegación nº 9, que hacía referencia al nombramiento del Director (o Coordinador) de Cuidados Críticos y Urgencias.

Respecto a las restantes, no se admiten por los motivos expuestos en cada una de ellas, que no se reproducen por su extensión.

ALEGACION Nº 43 AL PUNTO Nº 119 (NO CONSIDERACIÓN COMO ALEGACIÓN)