

3. Otras disposiciones

CAMARA DE CUENTAS DE ANDALUCIA

RESOLUCION de 17 de febrero de 2005, por la que se ordena la publicación del Informe de Fiscalización del gasto farmacéutico en los hospitales del SAS, correspondiente al ejercicio 2002.

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 día 25 de noviembre de 2004,

RESUELVO

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de Fiscalización del gasto farmacéutico en los hospitales del SAS, correspondiente al ejercicio 2002.

Sevilla, 17 de febrero de 2005.- El Consejero Mayor, Rafael Navas Vázquez.

FISCALIZACION DEL GASTO FARMACEUTICO EN LOS HOSPITALES DEL SAS

Ejercicio 2002

(OE 03/2003)

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 25 de noviembre de 2004, con asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de Fiscalización del gasto farmacéutico en los hospitales del SAS, correspondiente al ejercicio 2002.

I N D I C E

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS, ALCANCE Y LIMITACIONES AL ALCANCE
 - II.1. Objetivos y alcance
 - II.2. Limitaciones al alcance

III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACION

III.1. Fiscalización económica-financiera y de legalidad

- III.1.1. Gasto del Ejercicio
- III.1.2. Cumplimiento de legalidad en la contratación
- III.1.3. Recomendaciones de Control Interno

III.2. Fiscalización operativa

III.2.1. Eficacia

- III.2.1.1. Objetivos de Contratos Programa
- III.2.1.2. Objetivos internos.

III.2.2. Eficiencia

- III.2.2.1. Recursos humanos
- III.2.2.2. Consumo interno
- III.2.2.3. Prescripción de algunos medicamentos representativos
- III.2.2.4. Consumo externo

III.2.3. Economía

IV. HECHOS POSTERIORES

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- V.1. Conclusiones y recomendaciones de la fiscalización económico-financiera y de legalidad
- V.2. Conclusiones y recomendaciones de la fiscalización operativa

VI. ANEXOS

VII. ALEGACIONES

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

CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
FOG	Fondo de Organo Gestor
GDR	Grupo Relacionados de Diagnósticos
LCAP	Ley de Contratos de Administraciones Públicas
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TRLCAP	Texto Refundido de la Ley de Contratos de Administraciones Públicas
URM	Uso Racional del Medicamento
VINE	Valor Intrínseco No Elevado

I. INTRODUCCIÓN

1. El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en sesión celebrada el día 26 de febrero de 2003, aprobó el Plan de Actuaciones para dicho ejercicio, que contempla la realización de una fiscalización sobre el gasto farmacéutico en los hospitales dependientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS). El presente informe es el resultado de los trabajos relacionados con dicha iniciativa fiscalizadora.

2. En anteriores trabajos de fiscalización de esta Institución efectuados sobre hospitales del SAS se ha observado que la evolución del gasto en suministros de medicamentos no guardaba relación con el de otros componentes del Capítulo II, Bienes Corrientes y Servicios.

Resultaba preocupante -y así se manifestó en el Informe de Fiscalización del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, ejercicio 2000- el comportamiento de la curva de crecimiento de este gasto y, especialmente, el que obedecía a los llamados pacientes externos, es decir, aquellos a los que se continúa suministrando medicación desde el propio hospital con posterioridad al alta hospitalaria, en particular, los pacientes de SIDA, enfermedad de Gaucher, esclerosis múltiple, hemofilia, cáncer, etc. (si bien son considerados pacientes externos otros pacientes que no han sido previamente ingresados, tales como los tratados con quimioterapia, con algunos de los medicamentos dispensados en condiciones de "Uso compasivo" y algunos destinados a patologías singulares). Las tasas anuales de crecimiento del gasto superaban el 15%.¹

Así como en el ámbito de la Atención Primaria se ha desarrollado desde hace más de diez años un programa de Uso Racional del Medicamento (URM) -que ha tenido como consecuencia que la Comunidad Autónoma de Andalucía sea la que mantiene en los últimos años las menores tasas de crecimiento del Estado en gasto de farmacia (Capítulo IV, Transferencias Corrientes)- en el ámbito de la Atención Especializada

se echaba de menos que se implantaran procedimientos de control similares.

Dichos procedimientos, sin ir dirigidos en primera instancia a la reducción del gasto, han tenido como consecuencia un uso más racional de estos recursos. Han consistido principalmente en ofrecer información a los facultativos del gasto que comporta su prescripción, la elaboración de guías farmacológicas consensuadas por los facultativos, ofrecer datos comparativos individuales, el análisis de los perfiles cualitativos de prescripción, haciendo especial énfasis en determinados grupos farmacológicos, la catalogación de determinados medicamentos como de escasa utilidad (llamados de "Valor Intrínseco No Elevado" ó VINE), etc.

3. Sin embargo, los Contratos Programa suscritos por el SAS y sus hospitales hasta el ejercicio 2000 sólo recogían objetivos relativos al consumo de medicamentos por paciente ingresado, no considerando por tanto a los pacientes externos y, por otro lado, no se tenía en cuenta el impacto que la prescripción de los médicos especialistas ejerce sobre el gasto de farmacia en Atención Primaria, que se estima oscila entre un 40 y un 60% (la primera receta la expide el médico especialista y las siguientes son expedidas por los médicos de Primaria y difícilmente éstos suelen prescribir medicamentos con otra denominación o marca comercial. No obstante, este efecto se está aminorando mediante el fomento de la prescripción por principio activo).

No obstante, desde el ejercicio 2001 con la introducción del nuevo esquema de Contrato Programa de periodicidad cuatrienal, si bien con fijación de objetivos para cada ejercicio de dicho período, se introduce en la Atención Especializada la filosofía del Programa de Uso Racional del Medicamento y se empieza a considerar el problema del crecimiento del gasto farmacéutico desde una perspectiva integral, lo que se ha concretado en la elaboración del Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica entre Distritos y Hospitales, aprobado recientemente (2003).

¹ Punto modificado por la alegación presentada.

4. 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 y los comentarios reflejados en este informe.

La comprensión adecuada del presente informe requiere la lectura global del mismo. Cualquier abstracción hecha de un párrafo o epígrafe determinado pudiera no tener sentido aisladamente considerada.

Los trabajos de campo han concluido el día 19 de septiembre de 2003.

II. OBJETIVOS, ALCANCE Y LIMITACIONES AL ALCANCE

II.1. OBJETIVOS Y ALCANCE

5. Se van a distinguir las siguientes áreas en esta fiscalización integral (económico-financiera, de legalidad y operativa):

- Cálculo del gasto del ejercicio.
- Revisión de la legalidad.
- Revisión de control interno.
- Análisis de la eficacia, la economía y la eficiencia.

6. Los objetivos de las distintas áreas de trabajo son los siguientes:

- Determinar el gasto del ejercicio, tras practicar las oportunas comprobaciones y conciliaciones y los oportunos ajustes sobre los distintos registros contables.

- Comprobar la adecuación de la gestión del aprovisionamiento de medicamentos a la normativa sobre contratos públicos y al resto de la normativa interna y externa de carácter económico financiero.

- Comprobar la adecuada organización de los procesos relacionados con los suministros y almacenamiento de los medicamentos.

- Comprobar la adecuación de los procedimientos de autorización, adquisición, almacenamiento y registro de las operaciones relacionadas con el aprovisionamiento de medicamentos, en orden a la salvaguarda de los activos de la entidad.

- Efectuar recomendaciones de control interno con el fin de coadyuvar a la mejora de la gestión administrativa de estos productos.

- Analizar el grado de cumplimiento de los objetivos fijados en relación a la Promoción del Uso Racional del Medicamento.

- Efectuar un análisis comparativo de los recursos humanos utilizados en la gestión de los productos farmacéuticos, los consumos, tanto internos como externos, así como el de determinados medicamentos representativos (eficiencia).

- Efectuar un análisis comparativo sobre precios de adquisición (economía).

7. A fin de obtener conclusiones sobre los aspectos indicados se han seleccionado seis centros que representan el 38% del gasto por este concepto (remarcados en el Anexo I) y considerando los distintos tipos de centros: de referencia regional (grupo 1), de referencia provincial (grupo 2) y hospitales comarcales (grupos 3 y 4, clasificados en función de su tamaño), reseñadas en el Anexo II.

En cada uno de los centros se han comprobado 60 circuitos completos de documentos, es decir, el comprendido por el pedido, el albarán, el contraalbarán (documento de conformidad del hospital), la factura, la propuesta de documento contable y el documento contable.

En la revisión de legalidad se ha analizado, en los seis centros hospitalarios seleccionados, la totalidad de los expedientes cuyos contratos se formalizaron en el ejercicio 2002, así como el 50%, al menos, de aquellos que habiendo sido suscritos en ejercicios anteriores hayan tenido vigencia en algún período del ejercicio objeto de fiscalización.

Para efectuar la conciliación de las cifras de gasto se ha seleccionado una muestra de proveedores (resultando un total de 33), utilizando el método de agregado de unidades monetarias y considerando una materialidad del 2%. Los proveedores seleccionados representan en torno al 80% del gasto total que representan las facturas recibidas en el ejercicio.

En relación con la fiscalización operativa (economía, eficiencia y eficacia) se han efectuado análisis comparativos con la totalidad de hospitales que forman parte del SAS. Para analizar los precios de adquisición se seleccionó un grupo de medicamentos que representan más del 50% del gasto total.

Además se han enviado cuestionarios a la totalidad de hospitales del SAS para completar los datos obtenidos, tanto en lo que se refiere a aspectos de la fiscalización de regularidad como de la fiscalización operativa.

II.2. LIMITACIONES AL ALCANCE

8. En el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga no se ha podido efectuar una prueba global de contratación (analizar a nivel de productos cuáles han sido adquiridos mediante expedientes de contratación) debido a que en dicho centro el seguimiento de expedientes sólo se efectúa tomando en consideración el crédito total por proveedor, es decir, sin distinguir por productos ni en unidades monetarias ni en unidades físicas (§18).

9. La ausencia de objetivos internos o de su evaluación (salvo en dos de los centros seleccionados) ha impedido analizar la eficacia en el logro de los mismos (§ 54).

III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

III.1 FISCALIZACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA Y DE LEGALIDAD

III.1.1. Gasto del ejercicio

10. El gasto farmacéutico en los hospitales obedece al consumo de dichos productos ocasionado por los pacientes durante su estancia hospitalaria, así como de los medicamentos que por sus especiales características son adquiridos por el hospital y entregados directamente a los pacientes externos de determinadas patologías (SIDA, por ejemplo) en los Servicios de Farmacia hospitalarios.

11. Dicho gasto se recoge en dos subconceptos 221.06, Suministros de productos farmacéuticos, y 221.16, Otros suministros farmacéuticos hospitalarios externos (no incluye la totalidad de los medicamentos suministrados a los pacientes externos, sino aquellos relacionados con determinadas patologías que se han considerado que deben ser objeto de un especial seguimiento).

12. La evolución del gasto de uno y otro subconcepto ha sido notablemente diferente. Mientras en el primero de ellos se ha logrado una cierta contención del gasto, en el segundo -en el que muchos de los medicamentos tienen como característica el ser exclusivos- el crecimiento anual ha sido notablemente superior: ²

CONSUMO FARMACÉUTICO	(en %)		
	2000/1999	2001/2000	2002/2001
Pacientes internos	2,25	6,77	3,77
Pacientes externos	27,48	18,20	21,14
TOTAL	13,18	12,78	13,34

Cuadro nº 1

Las obligaciones reconocidas de ambos subconceptos figuran en el Anexo I, del que se deduce un gasto total de 213,05 M€.

13. Dicha diferenciación en dos subconceptos presenta algunas dificultades, a pesar de que los Servicios Centrales del SAS han emitido varias Circulares de Régimen Interior informando de los criterios de imputación contable. Así, por ejemplo, determinados medicamentos son adquiridos tanto para ser administrados a pacientes ingresados como para su dispensación a pacientes externos y con cierta frecuencia en un mismo pedido y factura aparecen medicamen-

² Se ofrecen los datos de consumo en el período 1999-2002 en lugar de gasto, ya que no en todos los años de dicho período, era posible diferenciar el gasto de pacientes internos y externos, si bien consumo y gasto tienen importes similares.

tos que deberían imputarse contablemente a los dos subconceptos. Las soluciones adoptadas por los distintos hospitales son diferentes, pero lógicamente la diferenciación supone un mayor esfuerzo en tiempo y recursos.

De un total de 29 centros de gasto hay 7 que no diferencian el gasto en los dos subconceptos debiendo hacerlo (todos los que en el subconcepto 221.16 aparecen sin obligaciones reconocidas en el Anexo I, salvo el Hospital de Huerca Overa) y además hay varios hospitales (Puerta del Mar, Puerto Real, Carlos Haya y Virgen de las Nieves) en los que la proporción del subconcepto 221.16 respecto al total no presenta importes que se correspondan con el consumo de ese tipo de medicamentos por los correspondientes centros hospitalarios.

Por tanto, se puede señalar que en el ejercicio fiscalizado no todos los centros hospitalarios han efectuado una correcta imputación contable.

14. A fin de verificar los registros de facturas se ha efectuado una conciliación en los hospitales seleccionados en la muestra. Se han seleccionado 33 proveedores que representan en torno al 80% del gasto total o suma de las facturas recibidas en el ejercicio en cada uno de los hospitales.

Los resultados han sido, en general, satisfactorios. No obstante, cabe reseñar dos excepciones al respecto:

- En el Hospital Punta de Europa de Algeciras ha tenido que determinarse el gasto real mediante el computo de los albaranes recibidos y no, como en el resto de centros seleccionados, a través del registro de facturas. Ello se ha debido a que la Unidad de Contratación, dependiente de la Dirección Económico Administrativa, ha devuelto numerosas facturas solicitando que se modifique la fecha de las mismas a fechas iniciales del siguiente ejercicio. Para el conjunto de proveedores seleccionados en la muestra dichas devoluciones han supuesto un total 547.504 €, un 11% de las obligaciones reconocidas. Los Servicios Centrales del SAS

desconocían que se hubiera producido tal práctica.

- Durante el ejercicio se ha producido la implantación del sistema FOG (siglas de Fondo de Órgano Gestor o registro de facturas asociado al Sistema Júpiter). En algunos casos dicha implantación se ha producido durante el ejercicio, lo que ha ocasionado dificultades al centro hospitalario y al equipo de auditoría para efectuar la conciliación, al encontrarse la información fragmentada.

15. Asimismo se ha solicitado a la totalidad de hospitales andaluces dependientes del SAS que aporten información sobre sus registros contables. Los datos obtenidos se ofrecen en el Anexo II.

Se ha comparado el gasto que se deriva de la contabilidad presupuestaria con el que se deduce del registro de facturas. A tal fin, de las obligaciones reconocidas se ha procedido a deducir aquellos importes que corresponden a gasto devengado en ejercicios anteriores e imputado al ejercicio 2002, en aplicación del artículo 41.2 de la Ley General de Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía³. La diferencia entre los importes recogidos en los registros de facturas y el resultado anterior supone el importe de obligaciones pendientes de imputar a presupuesto (véase Anexo II).

En conjunto suponen un total de 106,26 M€, lo que significa un 50% sobre el total de obligaciones reconocidas (oscilando desde el 3% del Hospital San Agustín de Linares al 149% del Hospital Carlos Haya de Málaga), y un 38% sobre el gasto del ejercicio (desde el 3% del

³ Dicho precepto establece: "2. No obstante, se aplicarán a los créditos del Presupuesto, en el momento de expedición de las órdenes de pago, las obligaciones siguientes:

- a) Las que resulten de la liquidación de atrasos a favor del personal al servicio de la Comunidad Autónoma.
- b) Las derivadas de compromisos de gasto debidamente adquiridos en ejercicios anteriores.

La Consejería de Hacienda determinará a iniciativa de la Consejería correspondiente los créditos a los que habrá de imputarse el pago de estas obligaciones". (Según redacción dada por Ley 2/1990, de 2 de febrero, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1990).

hospital San Agustín de Linares al 76% del Hospital Carlos Haya de Málaga).

III.1.2. Cumplimiento de legalidad en la contratación

16. En este apartado se hará una especial referencia al análisis de la actividad contractual en los hospitales seleccionados.

En el Anexo III.1. se refleja, en unidades monetarias, la proporción que supone el importe de las obligaciones que derivan de los expedientes de contratación en relación a las obligaciones reconocidas y al gasto real del ejercicio (facturas recibidas). Estas proporciones son respectivamente del 42% y del 32% para el conjunto de los hospitales y son superiores entre los hospitales de referencia provincial (Tipo 2).

Dichas cifras se encuentran muy alejadas de los objetivos del propio Servicio Andaluz de Salud, dado que en ejercicios anteriores al fiscalizado se había fijado que la proporción de obligaciones derivadas de expedientes sobre las obligaciones reconocidas alcanzase, al menos, el 80%, si bien se dan determinadas circunstancias que dificultan su consecución, principalmente las relacionadas con las insuficiencias de crédito, que impiden la reserva del crédito correspondiente, y de medios humanos, que dificultan la elaboración de los documentos que conforman los expedientes.

17. En el Anexo III.2. se refleja el número de expedientes de contratación vigentes en el ejercicio 2002, con separación de los formalizados durante dicho año y con anterioridad al comienzo del mismo.

Se puede destacar del mencionado Anexo lo siguiente:

- Si bien existen medicamentos que tienen carácter de exclusivos, también existen otros de escaso valor unitario y cuyos principios activos y presentación son idénticos y se ofrecen en múltiples marcas comerciales, por lo que podría utilizarse el procedimiento de adjudicación mediante subasta. De la lectura del artículo 180 del Texto Refundido de la Ley de Contratos de

Administraciones Públicas (TRLCAP) no se desprenden dificultades insalvables para la admisión de tal forma de adjudicación.⁴

- Lo habitual es que se pretenda la adjudicación mediante concurso de un número significativo de medicamentos, que además representen una parte sustancial del gasto por este concepto. En el supuesto de que el concurso o alguno de sus lotes se declare desierto, según el artículo 182 TRLCAP, se podrá acudir al procedimiento negociado sin publicidad. En consecuencia, si se han declarado desiertos numerosos lotes, ello provoca que aumente el número de ese tipo de expedientes.

Otra posibilidad de utilización del procedimiento negociado sin publicidad es cuando la fabricación o el suministro sólo pueda encomendarse a un único proveedor, también recogida en el artículo 182 TRLCAP.

De los datos del Anexo III.2. se puede deducir que dichos expedientes suponen el 75% del total.

- El número de expedientes de contratación es muy variable de unos centros hospitalarios a otros.

18. Por otro lado, se ha efectuado una prueba global de contratación en la que se ha analizado producto a producto cuales han sido objeto de expediente de contratación y cuales no, así como su importancia económica (véase Anexo III.3), con lo que se pretende obtener una imagen de cuál es la situación contractual en cada uno de los centros seleccionados, utilizando unas muestras representativas desde el punto de vista del valor económico.

Para ello se ha solicitado de cada hospital la relación de productos que, ordenados de mayor a menor consumo en unidades monetarias, supongan el 80% del total del valor económico de las adquisiciones del ejercicio. En su caso se ha limitado el número de productos a aquéllos que superen el límite que establece el artículo 176

⁴ Punto modificado por la alegación presentada.

del TRLCAP para los contratos menores de suministros, esto es, 12.020,24 € (sólo ha debido reducirse la muestra por esta razón en el Hospital Infanta Elena de Huelva).⁵

No ha podido llevarse a cabo la prueba en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, debido a que en dicho centro el seguimiento de expedientes sólo se efectúa a nivel de crédito total por proveedor, es decir, sin distinguir por productos ni en unidades monetarias ni en unidades físicas. Ello constituye una limitación al alcance de los trabajos de fiscalización (véase § 8).

19. Del mencionado Anexo se pueden destacar las siguientes notas:

- Del total de 515 productos analizados, que representan el 80% del total de adquisiciones en unidades monetarias de cada hospital, 475 superan el límite del TRLCAP para los contratos menores de suministros, es decir, deben ser objeto de un expediente de contratación (sobre estos últimos se hacen las siguientes consideraciones).

- Han sido objeto de expedientes de contratación, total o parcialmente, un total de 263 pro-

ductos que representan el 64% de las adquisiciones y no han sido objeto de expediente 212 productos. De esos 263 productos, en 224 se ha excedido el importe adquirido del consignado en los respectivos expedientes, representando el exceso de compras un 43% del total de adquisiciones de tales productos.

- Respecto de las previsiones efectuadas sobre necesidades de adquisición en los respectivos expedientes, se han adquirido unidades que duplican, al menos, las unidades previstas en 114 productos (en 33 de ellos, al menos, se cuadruplican), es decir, en un 43% de los productos adquiridos mediante expediente de contratación, al menos, se han duplicado las unidades previstas.

20. En cuanto a la revisión formal de expedientes de contratación, en el cuadro siguiente se exponen los expedientes vigentes durante el ejercicio 2002, así como la muestra de expedientes revisada en cada uno de los seis hospitales seleccionados. Hay un total de 74 expedientes y han sido incluidos en la muestra un total de 68 expedientes.

⁵ La Resolución 14/1997, de 8 de julio, para la ordenación de la selección y adquisición de medicamentos en los hospitales del SAS establece en su Instrucción Quinta: "Para la aplicación de los límites económicos establecidos por la normativa vigente, que determinan el procedimiento de adquisición, se considerará independientemente el gasto estimado por cada principio activo (o asociación) y forma farmacéutica que, como especialidad farmacéutica, se prevea consumir durante un periodo de al menos un año para los de consumo habitual. Para aquellos que se prevea una utilización transitoria o un consumo imprevisible, podrán establecerse, a estos efectos periodos inferiores al año a fin de evitar compras innecesarias".

HOSPITALES SELECCIONADOS	EXPDTES. CON VIGENCIA EN 2002				MUESTRA EXPEDIENTES			
	CONCURSOS	P. NEGOC. C/PUBLIC.	P. NEGOC. S/PUBLIC.	TOTAL	CONCURSOS	P. NEGOC. C/PUBLIC.	P. NEGOC. S/PUBLIC.	TOTAL
H. Virgen Rocío	3	0	3	6	3	0	3	6
H. Reina Sofía	1	0	13	14	1	0	12	13
H. P. Europa	4	0	0	4	4	0	0	4
H. San Cecilio	1	0	4	5	1	0	4	5
H. V. Victoria	3	0	14	17	3	0	9	12
H. Infanta Elena	1	0	27	28	1	0	27	28
TOTAL	13	0	61	74	13	0	55	68

Cuadro nº 2

21. En el expediente CP (Concurso Público) 39/02 del Hospital Virgen del Rocío se habían previsto dos anualidades para los ejercicios 2002 y 2003 del mismo importe: 506.817,25 €.

Se observa que, tras ser firmado el contrato con fecha 18 de octubre de 2002, se produce un barrado o anulación de documento D (Disposición de crédito) por el importe total de la anualidad del ejercicio 2002, produciéndose un reajuste de anualidades y, en consecuencia, transfiriendo el crédito correspondiente al ejercicio 2003, sin que conste en el expediente motivación alguna de dicho reajuste.

No obstante, se han efectuado pedidos por importe de 699.926 € y recibido las facturas correspondientes desde la firma del contrato hasta el final del ejercicio por importe 526.329 €. ⁶

La reserva de crédito, además de un requisito indispensable de todo expediente de contratación, constituye también una garantía de cobro en los plazos acordados para el contratista que, con este proceder, no produce los efectos deseados. Por otra parte, en ausencia de crédito en el ejercicio corriente debió producirse la suspensión del contrato (Art. 102 TRLCAP).

22. Por otro lado, ocurre con productos relacionados con este expediente -pero, debido a lo indicado en el párrafo anterior, no imputados al mismo- que de un mismo pedido se elaboran 7 facturas de numeración correlativa y de la misma fecha (seis del mismo importe, 10.648,94 €, y una de 7.099,30 €), con el fin de que no superen

el importe máximo establecido para el contrato menor en la LCAP. En consecuencia, se ha producido un fraccionamiento del objeto del contrato, lo que supone un incumplimiento del art. 68 del TRLCAP.

23. Esta práctica se ha observado en la totalidad de hospitales seleccionados. Los supuestos más significativos son los siguientes (en los que se observan coincidencias en el número de pedido, en la de fecha de albarán, en la fecha de entrega de la mercancía y en la fecha de facturas):

- Hospital San Cecilio: Pedido por importe de 104.781,91 € que se desagrega en 16 facturas de fecha 27 de junio de 2002.

- Hospital Reina Sofía: Pedido de 56.829,76 € que se desagrega en 5 facturas del ejercicio 2002 y que son devueltas al proveedor, ante la insuficiencia de crédito, y son rehechas con fecha 10 de junio de 2003.

- Hospital Infanta Elena: Pedido de 16.169,35 € que inicialmente se factura en un solo documento de 10 de diciembre de 2002 y que posteriormente se desagrega en 3 facturas ya en el ejercicio 2003.

- Hospital Virgen de la Victoria: Siete pedidos correlativos y de la misma fecha por importe conjunto de 59.336,92 €, que se corresponden con otras tantas facturas, todas ellas de 3 de septiembre de 2002.

- Hospital Punta de Europa: Catorce pedidos correlativos por importe conjunto de 162.343,17 €, que se corresponden con otras tantas facturas de las que trece de ellas son del mismo importe: 11.478,81 €.

⁶ Similar situación se produce en tres de los expedientes analizados en este hospital, si bien con menor importancia porcentual: 8%, 28% y 42% de la anualidad del ejercicio 2002. El importe total de los documentos anulados asciende a 4.839.674 €.

24. Por otro lado, en cuanto a aspectos formales que presentan incidencias son los siguientes:

En el Hospital Virgen de la Victoria se ha observado que en 7 de los 12 expedientes analizados la garantía definitiva ha sido entregada con posterioridad a la formalización de los contratos, lo que supone un incumplimiento del artículo 54.2 del TRLCAP.

En el mismo hospital, en el expediente PN (Procedimiento Negociado) 208 no constan el Pliego de Prescripciones Técnicas ni el documento de justificación del procedimiento de adjudicación utilizado y, en relación con uno de los adjudicatarios del CP 51/01, figura en el expediente carta del proveedor en la que indica que se remitía al hospital certificado de la Tesorería de la Seguridad Social de estar al corriente de las obligaciones con dicha entidad. Sin embargo, dicho documento no consta en el expediente, mientras que sí obra en el expediente una certificación negativa previa a la mencionada carta.

25. Así mismo, en el Hospital Punta de Europa, en el CP 10/02 se ha detectado un error en una de las adjudicaciones, en concreto en la relativa al medicamento Propofol, en la que se describía el producto con una presentación en envase de 50 mgr. cuando debía indicar 500 mgr. El error se detecta una vez formalizado el contrato. A la fecha de realización de los trabajos de campo (septiembre de 2003) está pendiente la resolución de dicho contrato, pues el hospital sostiene que debe procederse a la declaración de nulidad del mismo por estar viciada la adjudicación.

En el mismo hospital, no consta la inscripción en el registro de licitadores de dos adjudicatarios del CP 16/02 y, por otra parte, no consta la certificación de estar al corriente de los tributos de la Junta de Andalucía de uno de los adjudicatarios del CP 10/02. Finalmente, dos adjudicatarios del CP 03/01 depositan la fianza definitiva con anterioridad a la resolución definitiva de adjudicación de fecha 13 de septiembre de 2001, si bien con posterioridad a la propuesta de adjudicación de la Mesa de Contratación realizada con fecha de 27 de junio de dicho año.

III.1.3. Recomendaciones de Control Interno

26. La Resolución 14/1997, de 8 de julio, de Ordenación de la selección y adquisición de medicamentos en los hospitales del SAS adecua el procedimiento de adquisición de medicamentos a las Leyes 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento y 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas. Tal Resolución otorga a los respectivos Servicios de Farmacia hospitalarios toda una serie de funciones en la adquisición de estos productos: elaborar Pliegos de Prescripciones Técnicas, elaborar criterios de adjudicación, memoria justificativa del gasto, procedimiento que debe ser utilizado en la contratación, certificaciones de único proveedor o proveedor no sustituible, informes técnicos previos a la propuesta de adjudicación y emisión de documentos.

Se debería mejorar la comunicación y coordinación entre los Servicios de Farmacia y las Direcciones Económico-Administrativas y/o de Servicios Generales, en particular, en lo que se refiere a las adquisiciones mediante contratos menores.

27.⁷

28. Los procedimientos de este circuito administrativo, dada la multiplicidad de productos y el elevado número de unidades físicas a adquirir, deben estar informatizados y la aplicación informática, en el supuesto de que existan varios centros dentro de la misma Área, debería ser única o compatible. Se han observado problemas de compatibilidad que han dificultado los trabajos de fiscalización y que dificultan al propio hospital el seguimiento de los expedientes de contratación y de las adquisiciones en general (por ejemplo, no era posible obtener de forma automatizada el número de unidades adquiridas de un medicamento en el conjunto del Área y su valor económico, por lo que el equipo de auditoría ha debido fusionar cinco archivos informáticos con distintos formatos).⁸

⁷ Punto suprimido por la alegación presentada.

⁸ Las dos aplicaciones informáticas mayoritarias en los hospitales del SAS son las facilitadas por dos proveedores farmacéuticos.

29. Se deben elaborar manuales de procedimiento de adquisición de suministros, en general, y de medicamentos en particular (sólo se ha efectuado en el Hospital Virgen de la Victoria).

30. Con periodicidad razonable o bien de forma rotatoria se deben efectuar recuentos de existencias. Con carácter mensual, los hospitales del SAS deben remitir a Servicios Centrales el Anexo 12 del Contrato Programa, Prestación Farmacéutica en Instituciones Hospitalarias, dentro del cual se debe indicar el volumen de existencias en medicamentos el último día del mes. Se considera por tanto que el hospital debe tener información actualizada de sus existencias, al menos, mensualmente. No obstante, se ha observado que en algunos de los hospitales los recuentos físicos se efectúan con periodicidad

anual (Hospitales San Cecilio, Punta de Europa y Virgen de la Victoria).

31. Dado que un proveedor puede recibir la adjudicación de más de un lote de un concurso público de uno o varios productos cada uno, el hospital no debe efectuar el seguimiento del contrato únicamente a través del saldo económico o contable, sino que debe simultáneamente hacer un seguimiento por unidades físicas, lo que facilitará la verificación de la adecuación de las previsiones. Uno de los centros sólo hace seguimiento del saldo contable (Hospital Virgen de la Victoria de Málaga).

32. Se deben acortar los plazos medios de las distintas fases del circuito administrativo, que en los hospitales seleccionados han resultado los siguientes:

(En días)

HOSPITALES SELECCIONADOS	EXPDTES. CON VIGENCIA EN 2002				
	PEDIDO-RECEPCIÓN MERCANCÍA	RECEPCIÓN MERCANCÍA-REGISTRO FACTURA	REGISTRO FACTURA-PROPUESTA DOC. CONT.	PROPUESTA DOC. CONT.-DOCUMENTO CONTABLE	TOTAL
H. Virgen Rocío	8	14	106	14	142
H. Reina Sofía	4	24	93	13	134
H. P. Europa	6	36	57	90	189
H. San Cecilio	3	19	74	15	111
H. V. Victoria	12	S.D.	109	24	S.D.
H. Inf. Elena	6	25	153	16	200

Cuadro nº 3

Nota.- En el H. Virgen de la Victoria no se pudo determinar uno de los plazos (recepción mercancía - recepción de factura) debido a que las facturas originales, en las que figura el sello de entrada del Registro, se remiten a la Intervención Provincial. En la siguiente fase de ese hospital se ha considerado la fecha de la factura, en lugar del registro de entrada de la factura.

33. Se debe ofrecer a los hospitales dependientes del SAS apoyo en cuanto a normativa interna y de aplicaciones informáticas para poder efectuar con mayor facilidad y agilidad la valoración de ofertas de proveedores en los supuestos de concurso público. En muchos casos se presentan ofertas condicionadas a una, o incluso varias circunstancias, que dificultan de manera importante su cálculo, lo que repercute en un retraso de la tramitación de los expedientes de contratación.

34. Dado que los expedientes de contratación sólo suponen de media el 42% de las obligaciones reconocidas (Anexo III.1), el número de contratos menores es muy elevado. Si los recur-

sos presupuestarios lo permiten, se debe incrementar de forma considerable el número de expedientes de contratación -incluso cuando los medicamentos tienen el carácter de exclusivos, utilizando las figuras contractuales previstas en el TRLCAP para dichos supuestos- lo que redundará en una disminución de la carga de trabajo administrativo.

Con el concurso público centralizado de determinación de tipo y precio 3004/02, cuya vigencia ha comenzado en el ejercicio 2003, se debería incrementar notablemente el número de expedientes de contratación, si bien como se ha indicado anteriormente se debe contar con los recursos presupuestarios necesarios.

III.2. FISCALIZACIÓN OPERATIVA

35. En este apartado, de acuerdo con los objetivos señalados en II.1, se efectuará un análisis de la eficacia, la eficiencia y la economía.

Dentro de la eficacia se van a considerar tanto los objetivos fijados en el Contrato programa con los hospitales del SAS 2001-2004, en cuanto a los definidos para el ejercicio objeto de fiscalización, como, en su caso, los objetivos internos fijados en cada centro (esto último en lo que concierne a los hospitales seleccionados).

En cuanto a la eficiencia se van a considerar los siguientes aspectos:

- Los recursos humanos utilizados en la gestión de los productos farmacéuticos por los hospitales del SAS.

- En cuanto al consumo interno, se va a relacionar éste con el número de estancias hospitalarias, con el número de ingresos hospitalarios y con los puntos GDR (Grupos Relacionados de Diagnóstico) y, por otro lado, se va a analizar el consumo interno de tres grupos de medicamentos que se consideran representativos del consumo hospitalario (omeprazol, ibuprofeno y determinadas estatinas, seleccionados por el equipo de auditoría al ser elegidos por el Organismo como objetivos del Contrato Programa del ejercicio 2003).

- En cuanto al consumo denominado externo, se tomará como referencia el consumo de anti-retrovirales, que afecta a los pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA, o también conocida por sus siglas en inglés VIH), por ser la patología más representativa de ese grupo.

Finalmente, en cuanto a la economía, se efectuará una comparación de los precios de adquisición de una muestra representativa de medicamentos, seleccionados de entre los que tienen una mayor repercusión económica.

III.2.1. Eficacia

III.2.1.1. Objetivos de Contratos Programas

36. En el marco del Plan Estratégico del SAS del período 2001-2004, en el que se han fijado los objetivos y el calendario para dicho cuatrienio, el Contrato Programa del ejercicio 2002 considera el uso racional del medicamento como *“objetivo básico y prioritario de la organización”*, indicándose que: *“Para ello, se pondrán en marcha todas las medidas necesarias, especialmente las incluidas en este Contrato Programa y las que se incluyan en el Plan de gestión integral de la prestación farmacéutica entre los Distritos y Hospitales que está siendo desarrollado por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, tendentes a conseguir la utilización de los medicamentos más eficaces y eficientes y lograr, de esta forma que al final del cuatrienio el gasto por habitante del Servicio Andaluz de Salud sea el más bajo del Sistema Nacional de Salud”*.

37. Asimismo se establecen una serie de principios que posteriormente se concretan en objetivos para cada hospital en el ejercicio y que, entre otros, son los siguientes:

- Corresponsabilización del hospital con el objetivo de gasto farmacéutico de los distritos sanitarios que lo tengan de referencia.

- Asegurar que los médicos especialistas extiendan las correspondientes recetas oficiales cada vez que realicen una prescripción de medicamentos a pacientes no ingresados.

- Impulsar la prescripción por “principio activo”.

- No prescripción, a través de receta oficial, de medicamentos calificados de valor intrínseco no elevado (VINE).

- No prescripción, a través de receta oficial, de novedades terapéuticas de las que no exista suficiente experiencia o no aporten ninguna ventaja sobre los ya existentes.

- Implantación de las medidas necesarias para mejorar la eficiencia en la adquisición y en la utilización de medicamentos en los centros.

- Adquisición de medicamentos con adecuación estricta a las directrices y procedimientos establecidos en la Resolución 14/1997, de 8 de julio, del Servicio Andaluz de Salud.

- Promoción por el hospital de que la Comisión de Farmacia y Terapéutica, en la selección de medicamentos a incluir en la guía farmacoterapéutica del hospital, se adecue a los criterios de evidencia científica y eficiencia económica.

- Realización de seguimiento y evaluación permanente de la utilización de los medicamentos dispensados en el centro, impulsando la difusión activa de los resultados.

- Ordenación de los medios necesarios para garantizar el uso racional de los medicamentos en pacientes ambulatorios (pacientes externos) y en especial de aquellos con tratamiento anti-retroviral.

- Desarrollo del Plan de Actuación para el uso racional del medicamento a través de recetas.

38. Los objetivos e indicadores en los Contratos Programas de 2002 previstos inicialmente se indican en el Anexo IV.

A fin de efectuar un análisis de la eficacia, se ha procedido a solicitar la evaluación de los objetivos a los Servicios Centrales del SAS y, si bien se han facilitado de forma completa para los seis hospitales seleccionados en la muestra, respecto a los demás hospitales dependientes del SAS sólo se ha ofrecido a esta Institución una evaluación efectuada por el Organismo -mediante extrapolación de los nueve primeros meses al año completo- con los datos ofrecidos hasta septiembre de 2002.

Por otra parte dicha estimación afecta a parte de los objetivos, dado que todos los relacionados directa o indirectamente con la guía farmacoterapéutica (objetivos 13, 15 y 16 del Anexo IV) no han podido ser considerados, puesto que la guía de referencia para todo el Organismo fue aprobada con posterioridad a la finalización del ejercicio fiscalizado (Anexos V.1 a V.4).

El organismo considera, no obstante, que las desviaciones -positivas o negativas- se han mantenido en términos similares al final del ejercicio y, de hecho, se utilizan para la fijación de objetivos del año siguiente.

Mediante un cuestionario se ha solicitado a los distintos hospitales que identifiquen las causas de las desviaciones producidas.

A continuación se comentan los aspectos más relevantes del cumplimiento de los distintos objetivos.

39. Con el objetivo relativo a *Gasto farmacéutico global del área* se pretende una mayor integración entre hospitales y distritos de atención primaria en relación con la contención del gasto farmacéutico y bajo la hipótesis de que el gasto en atención primaria está condicionado por la prescripción de medicamentos de atención especializada.

En el importe fijado como objetivo, se incluye tanto el derivado de las recetas prescritas en los distritos de atención primaria, como el gasto registrado por el hospital de referencia de la correspondiente área sanitaria.

Sólo han logrado el objetivo los hospitales Carlos Haya de Málaga y Punta de Europa de Algeciras. En el resto las diferencias máximas y mínimas han sido las siguientes:

GRUPO HOSP.	DIFERENCIAS (en %)	
	Máximas	Mínimas
I	10,98	6,53
II	12,78	5,78
III	10,54	6,30
IV	11,01	5,28

Cuadro nº 4

Entre las causas de las desviaciones se indican aspectos tales como: desconocimiento del gasto en atención primaria, incremento atribuible al Distrito de Atención Primaria, población flotante en zonas turísticas, incremento de la actividad del hospital, nuevos fármacos, tratamiento de nuevas patologías en el centro, envejecimiento de la población de la zona, etc.

40. Con el objetivo *Proporción de recetas/consultas mayor o igual a 1*, se ha pretendido incrementar la prescripción en receta oficial sin necesidad de derivar al paciente a su facultativo de Atención Primaria.

Se ha conseguido en los hospitales de Puerto Real (1,17) y de La Línea de la Concepción (1,25). En el resto el grado de cumplimiento ha sido el siguiente:

GRUPO HOSP.	CUMPLIMIENTO	
	Máximos	Mínimos
I	0,90	0,37
II	0,86	0,50
III	0,81	0,58
IV	0,89	0,38

Cuadro nº 5

El bajo grado de cumplimiento obtenido se asocia a que supone un cambio cultural entre los facultativos, por lo que ha tenido una difícil acogida la reciente implantación de este tipo de medidas, y/a que en determinadas especialidades no se precisa la prescripción de recetas (tratamientos quirúrgicos, por ejemplo).

41. El objetivo *Valor del porcentaje de recetas prescritas por principio activo mayor del 15%* pretende la disminución del gasto farmacéutico mediante la prescripción de principio activo, esto es, se prescribe una composición farmacológica sin indicación de marca comercial, debiendo ser dispensados en las oficinas de farmacia uno de los dos productos de menor precio, de acuerdo con el convenio suscrito por el SAS con los Colegios de Farmacéuticos de Andalucía.

Se ha logrado en los hospitales de Puerto Real (18,96) y Valle de los Pedroches de Pozoblanco (24,25). Los resultados obtenidos por el resto oscilan entre los valores siguientes:

GRUPO HOSP.	CUMPLIMIENTO (%)	
	Máximos	Mínimos
I	3,60	1,73
II	6,60	1,34
III	10,69	2,75
IV	9,52	1,79

Cuadro nº 6

Entre las causas de este incumplimiento se indican las mismas que en el punto anterior, además de problemas de información (el programa ATLAS, de análisis de la prescripción farmacéutica, era utilizable en los Servicios Centrales

del SAS, pero no en todos los centros hospitalarios), no informatización de las consultas (se está trabajando actualmente en un programa informático al efecto en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, que está en fase de pilotaje) y que este tipo de objetivos requieren una implantación progresiva.

42. Los resultados del objetivo *Porcentaje de gasto ineficiente por prescribirse una opción de precio superior al establecido como máximo en el acuerdo de prescripción por principio activo* se muestran en el Anexo VI.

De dicho Anexo se deduce que en la prescripción realizada hay un margen significativo de eficiencia por lograr: una media del 89% en los hospitales dependientes del SAS.⁹

43. El objetivo *Nº de envases de medicamentos prescritos de Valor Intrínseco No Elevado (VINE) menor del 12%*, pretende que la práctica médica excluya de la financiación pública -o, al menos, disminuya considerablemente su utilización- a determinados medicamentos de los que no existe evidencia suficiente de sus efectos terapéuticos (siempre deben existir algunos de ellos al considerar el efecto placebo).

Se podía haber optado por la exclusión de la financiación mediante una norma y así se hizo en su momento por el Ministerio de Sanidad (Real Decreto 83/1993, de 22 de enero y Real Decreto 1663 /1998, de 24 de julio). La Comunidad Autónoma de Andalucía decidió mantener la financiación de los medicamentos reflejados en el Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, dejando en manos de los profesionales la decisión de prescribirlos o no. Se pretende que a través de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de cada hospital se definan criterios para reducir o limitar su número y prescripción.

10

El objetivo sólo se ha logrado en los hospitales de Puerto Real y Serranía de Ronda. En el resto el cumplimiento ha oscilado por grupos de la siguiente manera:

⁹ Punto modificado por la alegación presentada.

¹⁰ Punto modificado por la alegación presentada.

GRUPO HOSP.	CUMPLIMIENTO (%)	
	Máximos	Mínimos
I	16,77	14,08
II	16,45	12,45
III	16,34	12,79
IV	17,12	12,34

Cuadro nº 7

Ello ha sido debido, según los distintos hospitales, a la necesidad de modificar determinados hábitos, escasa información del personal facultativo sobre esta materia, necesidad de implantación progresiva en algunas especialidades, no aplicación generalizada del programa ATLAS o discrepancias ante la calificación de un medicamento como VINE (el SAS cuenta con una base de datos de medicamentos que tienen esa consideración).

Los datos de este objetivo a final del ejercicio se muestran en el Anexo VII.

44. El objetivo *Nº de envases de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con insuficiente experiencia clínica prescritos en receta oficial menor del 2%* está relacionado con productos de reciente comercialización tras su aprobación por el Ministerio de Sanidad.

Se ha alcanzado el objetivo en los hospitales siguientes: Complejo Hospitalario de Jaén, Puerto Real, Úbeda y Baza. En los restantes el cumplimiento se encuentra dentro de las siguientes valores:

GRUPO HOSP.	CUMPLIMIENTO (%)	
	Máximos	Mínimos
I	2,71	2,35
II	3,24	2,51
III	2,42	2,25
IV	4,23	2,05

Cuadro nº 8

Las desviaciones producidas, en general, no son significativas y las causas que se atribuyen a las mismas son similares a las del punto anterior.

45. En el objetivo *El consumo total del hospital será menor del especificado en Contrato Programa*, se agrega el gasto de los pacientes internos y externos. Se fija mediante un porcentaje de incremento respecto al año anterior. En el Anexo V se indica la diferencia entre el porcentaje fijado y la proporción finalmente obtenida.

Se ha logrado en los hospitales siguientes: Virgen de las Nieves de Granada, Puerta del Mar de Cádiz, Puerto Real, Punta de Europa de Algeciras, Infanta Margarita de Cabra, Infanta Elena de Huelva, La Línea de la Concepción, Virgen de la Merced de Osuna, Riotinto y Huerca Overa

En el resto las diferencias máximas y mínimas son las siguientes:

GRUPO HOSP.	CUMPLIMIENTO (%)	
	Diferencias máximas	Diferencias mínimas
I	8,98	1,63
II	13,88	5,65
III	18,39	15,26
IV	32,08	0,82

Cuadro nº 9

Las causas ofrecidas de estas desviaciones son muy variadas: desde el incremento de la actividad e intensidad terapéutica, el incremento general de la actividad hospitalaria o la incorporación de nuevos medicamentos, hasta la imposibilidad de concurrencia dado que muchos de los medicamentos de mayor significación económica son medicamentos "exclusivos" o de proveedor único.

46. El objetivo *El consumo interno por ingreso hospitalario más intervención de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) será menor que el objetivo propuesto*, evalúa el consumo interno tanto en lo que se refiere a pacientes ingresados en el hospital como aquellos que han sido intervenidos de algún proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria (que no requieren ingreso).

Ha sido alcanzado en los siguientes hospitales: Complejo Hospitalario de Jaén, Punta de Europa de Algeciras, Infanta Margarita de Cabra, Infanta Elena de Huelva, San Agustín de Linares, Virgen de la Merced de Osuna, Riotinto, Axarquía y La Inmaculada de Huerca Overa.

En el resto las desviaciones más significativas han sido las siguientes:

GRUPO HOSP.	CUMPLIMIENTO (%)	
	Diferencias máximas	Diferencias mínimas
I	13,29	8,63
II	17,80	0,92
III	12,39	12,39
IV	28,08	0,70

Cuadro nº 10

Las causas de estas desviaciones se encuentran, además de las indicadas en el punto anterior, en el incremento en algunos centros hospitalarios de la actividad de determinadas especialidades como Hospital de Día y Oncología, así como de la complejidad de la patología tratada.

47. Con el objetivo *El consumo de medicamentos en VIH, esclerosis múltiple y enfermedad de Gaucher será menor que el especificado en el Contrato Programa*, se efectúa un seguimiento de determinadas patologías que llevan asociado un consumo de medicamentos de alto valor económico, si bien afectan a un reducido número de pacientes (su tendencia de incremento puede considerarse bastante previsible).

Este objetivo no se ha considerado en los hospitales de Pozoblanco, Riotinto y Huerca Ove-ra.

Ha sido logrado en los hospitales siguientes: Virgen de Valme de Sevilla, Puerta del Mar de Cádiz, Puerto Real, Infanta Margarita de Cabra, Baza, Motril y Serranía de Ronda.

En el resto las desviaciones máximas y mínimas han sido las siguientes:

GRUPO HOSP.	CUMPLIMIENTO (%)	
	Diferencias máximas	Diferencias mínimas
I	18,77	1,99
II	12,71	3,72
III	10,45	3,16
IV	85,29	0,50

Cuadro nº 11

Las desviaciones se asocian a incremento del número de pacientes y a la aplicación de terapias combinadas, especialmente en cuanto a antirretrovirales.

La diferencia máxima del cuadro anterior, esto es, 85,29%, es debida a que el número de pa-

cientes en el Hospital de Antequera ha pasado de 7 a 20.

48. El objetivo *El consumo denominado PROSE-REME (pacientes externos excluyendo las patologías del objetivo anterior) será menor que el especificado en el Contrato Programa*, refleja el consumo externo por patologías distintas a las contempladas en el objetivo anterior (patologías oncológicas, fibrosis quísticas, hepatitis C, etc.) en las que se da una gran variedad, lo que dificulta la previsión.

El objetivo se ha logrado en los ocho centros: Carlos Haya de Málaga, Complejo Hospitalario de Jaén, Hospital de Puerto Real, Punta Europa de Algeciras, Infanta Margarita de Cabra, La Línea de la Concepción, Virgen de la Merced de Osuna, Valle de los Pedroches de Pozoblanco y Serranía de Ronda.

En el resto las diferencias entre previsiones y cumplimiento han alcanzado los siguientes valores:

GRUPO HOSP.	CUMPLIMIENTO (%)	
	Diferencias máximas	Diferencias mínimas
I	12,60%	3,70%
II	32,40%	1,44%
III	146,22%	10,32%
IV	148,61%	11,05%

Cuadro nº 12

Las causas de estas desviaciones son similares a las anteriores: incremento del número de pacientes y de la actividad y de la intensidad terapéutica.

49. Por otra parte, el objetivo *Elaboración y difusión de informes sobre la utilización de, al menos, tres de los principios activos de mayor impacto económico* no se ha alcanzado en ninguno de los hospitales dependientes del Servicio Andaluz de Salud, salvo el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

50. Otro objetivo se formuló inicialmente así: *El hospital asumirá durante 2002 la mecanización informática de la asignación de talonarios de recetas a sus facultativos en la aplicación FARMA*. Con posterioridad se fijó como objetivo que la no informatización afectara a un máximo del 1% de los talonarios.

Si bien se ha facilitado la evaluación efectuada en septiembre de 2002, los datos finalmente logrados al final del ejercicio se indican en el Anexo VIII de este Informe.

De dicho Anexo se deduce que once hospitales superaron el máximo permitido, esto es, un 1%, destacando los hospitales Virgen de la Victoria de Málaga (40%) y Virgen Macarena de Sevilla (38%).

51. El objetivo *El hospital enviará a los Servicios Centrales del SAS, antes del día 15 del mes siguiente, la información mensual que se recoge en el anexo de prestaciones farmacéuticas*, ha sido cumplido por todos los centros hospitalarios, si bien se ha remitido con notable demora por los Hospitales San Cecilio de Granada y Riotinto.

52. Del objetivo *El hospital enviará mensualmente las Actas de la Comisión de Farmacia y Terapéutica*, debe entenderse que dicha Comisión se reúne, al menos, con periodicidad mensual.

De acuerdo con los datos facilitados, sólo han cumplido el objetivo, ya sea total o parcialmente, trece hospitales: Virgen del Rocío de Sevilla, Virgen Macarena de Sevilla, Virgen de las Nieves de Granada, Complejo Hospitalario de Jaén, Puerta del Mar de Cádiz, San Cecilio de Granada, Torrecárdenas de Almería, Linares, La Línea de la Concepción, Antequera, Valle de los Pedroches de Pozoblanco, Serranía de Ronda y Riotinto.

53. En relación con el objetivo *El hospital enviará mensualmente los ficheros de adquisiciones y consumos descritos en los Anexos del Contrato Programa*, durante el ejercicio 2002 los ficheros no han podido ser enviados de forma completa, al carecer los Servicios de Farmacia de información adecuada sobre la forma contractual de adquisición de los medicamentos.

Han cumplido el objetivo los siguientes hospitales: Virgen del Rocío de Sevilla, Virgen de las Nieves de Granada, Complejo Hospitalario de Jaén, Puerta del Mar de Cádiz, Puerto Real, Juan Ramón Jiménez de Huelva, Infanta Elena de Huelva, Linares, Baza, Motril, Antequera, Serranía de Ronda, Riotinto y Huerca Overa.

III.2.1.2. Objetivos internos

54. No se efectúa un análisis de los objetivos internos ya que sólo se han fijado y evaluado en dos de los Centros seleccionados: Hospitales Virgen del Rocío de Sevilla e Infanta Elena de Huelva (véase § 9).

III.2.2. Eficiencia

55. Como se ha indicado en la introducción del epígrafe III.2., se van a analizar en este apartado los recursos humanos utilizados en la gestión de los productos farmacéuticos, los consumos relativos, tanto internos como externos, y el consumo de determinados medicamentos representativos.

III.2.2.1. Recursos humanos

56. Se van a hacer dos análisis distintos: por un lado, se van a comparar las plantillas de titulados superiores en Farmacia con las plantillas que se han considerado como horizonte en el Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica entre Distritos y Hospitales y, por otro, se han relacionado las distintas plantillas de los Servicios de Farmacia ponderadas con el número de ingresos hospitalarios más número de intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria (por cada 10.000 del resultado de dicha agregación).

En cuanto al primero de ellos (Véase Anexo IX.1), se observa que globalmente hay un déficit de 55 titulados¹¹ superiores en el conjunto de hospitales, déficit que afecta principalmente a los centros hospitalarios del grupo I, hospitales de referencia regional. Sólo hay 6 hospitales en los que no se da dicha situación -de los que 4 son del grupo II, hospitales de referencia provincial- y en 2 de ellos incluso se daría un exceso de efectivos.

¹¹ Basado en las siguientes hipótesis según el Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica: 1 farmacéutico por cada 8.500 ingresos + CMA, con un mínimo de 2; Uso Racional del Medicamento: 1 por cada 250 médicos; Unidosis: 1 por cada 125 camas en unidosis (supuesto un 60% de camas en unidosis); Pacientes externos: 1 por cada 500 pacientes; Farmacotecnia; n° necesario en función de los programas desarrollados.

En el Anexo IX.2. se reflejan los recursos humanos utilizados por los Servicios de farmacia hospitalarios andaluces, distinguiendo por categorías en titulados superiores, titulados medios y otro personal, así como el total de efectivos de cada Servicio de Farmacia.

La proporción más alta de personal en relación con la actividad del hospital, medida como se ha indicado en número de ingresos hospitalarios más número de intervenciones de CMA, se da en el grupo II en todas las categorías, seguido del grupo IV, lo que es indicativo de una menor eficiencia.

III.2.2.2. Consumo interno

57. Se ha comparado el consumo interno en medicamentos con algunos parámetros sanita-

rios: estancias hospitalarias, ingresos hospitalarios (más número de intervenciones CMA) y puntos GRD (Grupos Relacionados de Diagnósticos). El resultado se ha plasmado en el Anexo IX.3.

De este Anexo se puede destacar que el consumo interno es más alto en los hospitales del grupo 1, debido a que las patologías que son atendidas en estos centros son de mayor complejidad. No obstante, hay que indicar que en este aspecto son más eficientes los hospitales del grupo 3 que los del grupo 4, es decir, tienen costes medios inferiores en proporción a la actividad desarrollada.

Por otro lado, se observan unas diferencias muy significativas entre hospitales del mismo grupo:

GRUPO HOSPITAL	CONSUM. INT./ ESTANCIAS			CONSUM. INT./ INGR.+CMA			CONSUM. INT./ PUNTOS GRD		
	MAX.	MIN.	% DIF.	MAX.	MIN.	% DIF.	MAX.	MIN.	% DIF.
I	32	24	33	258	152	70	213	132	61
II	33	20	65	224	138	62	223	140	59
III	24	16	50	127	86	48	130	88	48
IV	30	19	58	133	90	48	149	95	57

Cuadro nº 13

En el cuadro anterior se puede apreciar diferencias entre centros hospitalarios del mismo grupo que incluso superan el 60%.

Destacan los altos costes medios de los hospitales Reina Sofía y Carlos Haya (Grupo I), San Cecilio (Grupo II), San Juan de la Cruz (Grupo III) y Baza, Motril y Riotinto (Grupo IV).

III.2.2.3. Prescripción de algunos medicamentos representativos

58. La prescripción de dichos fármacos ha sido seleccionado por el propio Servicio Andaluz de Salud como objetivo para el ejercicio 2003. Se trata de medicamentos que han sido elegidos por ser eficaces para las patologías indicadas, seguros y eficientes. Los datos de cada hospital y grupo de medicamentos se reflejan en el Anexo IX.4.

En el ejercicio 2003 se ha fijado como objetivo que su prescripción sea superior a los siguientes

porcentajes: Omeprazol, 85%; Simvastatina, Pravastatina y Lovastatina, conjuntamente 54%; e Ibuprofeno y Diclofenaco, 40%, también conjuntamente.

Durante el ejercicio 2002, la media de los hospitales andaluces se ha situado en 65%, 36% y 35%, respectivamente, es decir en cifras alejadas del objetivo propuesto salvo en lo que se refiere al último de ellos (Ibuprofeno y Diclofenaco).

Por otro lado, los datos de los distintos hospitales presentan notables diferencias de unos a otros, siendo la diferencia entre los valores máximos y mínimos superiores a los 30 puntos porcentuales.

III.2.2.4. Consumo externo

59. En cuanto al consumo externo, esto es, el de aquellos pacientes a los que se continua suministrando los medicamentos con posterioridad al alta hospitalaria, se ha seleccionado para

efectuar un análisis comparativo el consumo de los antirretrovirales, utilizados en el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El SAS ha efectuado un estudio que se ha incorporado a este Informe en el que se ha efectuado una estimación de pacientes y según el tipo de éstos -de doble terapia a quíntuple terapia- se ha calculado el número total de dispensaciones anuales y su coste medio (Como en todo estudio se dan limitaciones, a efectos de su aplicabilidad a otros contextos como, por ejemplo, pacientes de instituciones penitenciarias atendidas desde los hospitales del SAS, incumplimientos de la terapia y las llamadas vacaciones terapéuticas). Los datos se reflejan en el Anexo IX.5.¹²

De dicho estudio se deduce que el coste medio por paciente resulta de 7.512 € y el coste medio por dispensación resulta a 626 €, oscilando desde los 703 hasta los 492 €, lo que supone una diferencia del 43%, si bien la terapia aplicada a los distintos pacientes es variable, según los casos.¹³

Los importes máximos se dan en los Hospitales de Jerez y Virgen Macarena y el mínimo en el Hospital de la Axarquía.

III.2.3. Economía

60. Se ha solicitado a la totalidad de hospitales del SAS que faciliten los precios unitarios de adquisición de muestra de 65 medicamentos elegidos por ser los que comportan mayor consumo en unidades monetarias. Junto con la denominación del medicamento se remitió en el cuestionario facilitado el código nacional del mismo, que identifica exactamente el producto y su presentación.

En el Anexo X se indican los importes mínimos y máximos de aquellos medicamentos en los que se da una diferencia porcentual entre ambas cifras superior al 10%.

En total son 32 los medicamentos en que se produce tal circunstancia, oscilando desde el 11 al 98%: en 11 productos las diferencias son del 10 al 20%; en 2, del 21 al 30%; en 6 del 31 al 40%; en 8, del 41 al 50%; y en 5% del 51 al 98% reseñado.

Los hospitales de Ubeda, Riotinto e Infanta Margarita de Cabra son los que tienen mayor proporción de precios máximos, mientras que Virgen Macarena, Osuna, y Valme de Sevilla, más Torrecárdenas de Almería, son los que tienen mayor proporción de precios mínimos.

Estas diferencias pueden ser debidas a las distintas condiciones de volumen, sistemas de contratación, momento, etc. en que adquieren los medicamentos.¹⁴

61. Durante el ejercicio fiscalizado, uno de los hospitales seleccionados -el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla- mediante la elaboración de fórmulas magistrales ha logrado un significativo ahorro respecto al precio de adquisición de dichos medicamentos. La fórmula magistral es el medicamento, destinado a un paciente determinado, preparado por el farmacéutico (o bajo su dirección) y destinado a cumplimentar una prescripción facultativa detallada".¹⁵

IV. HECHOS POSTERIORES

62. En los primeros meses de 2003 se aprobó el Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica entre Distritos y Hospitales que pretende abordar de manera integral la prestación farmacéutica en Andalucía y conseguir su optimización.

Con el fin de obtener los mismos resultados positivos que los obtenidos, con el Programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Atención Primaria (Distritos), el grupo de trabajo que ha elaborado el Plan detectaba "algunas deficiencias o requerimientos de mejoras, como son:"¹⁶

¹² Punto modificado por la alegación presentada.

¹³ Punto modificado por la alegación presentada.

¹⁴ Punto modificado por la alegación presentada.

¹⁵ Punto modificado por la alegación presentada.

¹⁶ Punto modificado por la alegación presentada.

- *Insatisfacción en la obtención de la prestación farmacéutica de aquellos pacientes "no ingresados", cuyos tratamientos tienen que ser dispensados en el hospital y residen en lugares alejados del mismo.*
- *Falta de implicación de los médicos especialistas en el URM cuando prescriben a pacientes externos.*
- *Necesidad de actualización de las funciones de los servicios de farmacia de atención primaria y especializada ante la demanda de nuevas actividades de URM.*
- *Excesiva promoción de los medicamentos por parte de la industria y escaso control de la administración sobre ésta.*
- *Excesiva burocratización en la prestación farmacéutica realizada a través de recetas.*
- *Necesidad de introducir mejoras en el sistema de información de farmacia que permitan abordar nuevos objetivos de gestión de la prestación farmacéutica, especialmente en el nivel de atención especializada.*
- *La selección de medicamentos no se realiza en todos los casos con el rigor científico necesario.*
- *Existencia de cierta variabilidad en los precios de adquisición de los medicamentos.*
- *Escaso control en la prestación farmacéutica que se facilita a los pacientes ingresados en centros sociosanitarios.*
- *Falta de colaboración entre el nivel de atención primaria y de especializada para la consecución de una mejor utilización de los medicamentos".*

Para dichas deficiencias se ofrecen un análisis de situación, unos objetivos y unas propuestas concretas de actuación.

63. En febrero de 2003 se ha producido la adjudicación del concurso público de determinación de tipo y precio, cuya vigencia se va a extender hasta febrero de 2005.

Han sido licitados 144 lotes que han sido seleccionados por tener un consumo significativo y competencia en el mercado español, resultando adjudicados 127 y declarados desiertos 17 lotes.

En los lotes adjudicados, 269 ofertas han resultado adjudicatarias y 114 rechazadas por no haber obtenido la puntuación mínima de los criterios de adjudicación establecidos.

Todos los medicamentos adjudicados deberán ser necesariamente adquiridos a alguno de los laboratorios que hayan resultado adjudicatarios, a través de procedimientos negociados sin publicidad, según se establece en el propio pliego de cláusulas administrativas particulares del concurso.

64. En enero de 2004, la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica FARMAINDUSTRIA ha concretado su código deontológico en relación con algunas prácticas. Así, por ejemplo, se ha establecido que las reuniones científicas organizadas o financiadas por una compañía farmacéutica no deben celebrarse en lugares turísticos o recreativos y su programa científico debe ocupar, al menos, el sesenta por ciento de su duración total, además de no ser admitidas la presencia de acompañantes. O, por otro lado, no se considera admisible la entrega de materiales por valor superior a los 30 euros, salvo que se trate de utensilios médicos o material tecnológico y siempre que el obsequio sea para la institución y no para el profesional, salvo el caso de libros o suscripciones a revistas o bases de datos que mejoren su formación.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA FISCALIZACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA Y DE LEGALIDAD

65. El consumo hospitalario de medicamentos ha crecido en los últimos ejercicios a una tasa media del 13%, si bien la evolución ha sido muy distinta en sus componentes: el consumo de los pacientes internos se ha incrementado a una tasa media anual inferior al 4%, mientras que el correspondiente a los pacientes externos ha crecido en torno al 20% anual. Entre éstos últimos, muchos fármacos tienen la consideración de medicamentos exclusivos (§ 12).

66. El gasto farmacéutico hospitalario e registra en dos subconceptos: 221.06, Suministros de productos farmacéuticos, y 221.16, Otros suministros farmacéuticos hospitalarios externos (que no incluye la totalidad de los medicamentos facilitados a los pacientes externos, sino sólo aquellos que se ha considerado conveniente que sean objeto de un seguimiento específico).

Los Servicios Centrales del SAS han emitido varias Circulares de Régimen Interior informativas al respecto. No obstante, no todos los centros hospitalarios han efectuado una correcta imputación contable a dichos subconceptos (§ 13).

Se recomienda a los hospitales dependientes del SAS efectuar un adecuado cumplimiento de la clasificación económica del gasto, a fin de que los registros contables ofrezcan la información necesaria para la toma de decisiones.

67. Los registros contables recogen en el ejercicio un total de 213,05 M€ de obligaciones reconocidas, de los que 40,38 M€ corresponden a gasto devengado en ejercicios anteriores y registrado en 2002, de acuerdo con el artículo 41.2 de la LGHP.

Dado que las facturas recibidas en el ejercicio y recogidas en los correspondientes Registros de Facturas ascienden a 278,93 M€, se deduce que a 31 de diciembre de 2002, hay un total de 106,26 M€ pendientes de imputar a presupuesto (§ 15).

Se recomienda incrementar los recursos financieros destinados a medicamentos en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud.

68. Si bien en los últimos ejercicios está aumentando el número de expedientes de contratación, en el ejercicio 2002 éstos representan sólo el 42% de las obligaciones reconocidas y el 32% de las facturas recibidas en 2002 (§ 16).

69. Haciendo un análisis a nivel de producto, se han tomado como muestra en cinco de los seis hospitales seleccionados (no ha sido posible en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga)

aquellos medicamentos que representan el 80% de los consumos anuales, resultando lo siguiente:

- De un total de 515 productos, debían haber sido adquiridos mediante expediente, por superar el umbral fijado por el artículo 176 del TRLCAP, un total de 475 productos.

- Han sido objeto de expedientes de contratación, total o parcialmente, un total de 263, que representan el 64% de las adquisiciones. De esos 263 productos, en 224 de ellos se ha excedido el importe adquirido del consignado en los respectivos expedientes, representando el exceso de compras un 43% del total de adquisiciones.

- Respecto a las previsiones efectuadas sobre necesidades de adquisición, se han adquirido unidades que al menos duplican las previsiones en 114 productos (43% de los adquiridos mediante expediente de contratación) (§§ 18-19).

70. Con el fin de no superar el límite del artículo 176 del TRLCAP, se observan supuestos de fraccionamiento del objeto del contrato, lo que supone un incumplimiento del artículo 68 de la norma citada (§§ 22-23).

71. En relación con los aspectos de control interno se pueden destacar los siguientes aspectos susceptibles de mejora:

- Se debería mejorar la comunicación y coordinación entre los Servicios de Farmacia y las Unidades de Suministros, dependientes de las Direcciones de Servicios Generales, en particular en lo que se refiere a las adquisiciones mediante contratos menores.

- 17

- Se debe dotar a los centros hospitalarios de aplicaciones informáticas, tanto para la gestión administrativa del circuito de adquisición como para la valoración de ofertas de proveedores, y de manuales de procedimiento de adquisición.

¹⁷ Punto suprimido por la alegación presentada.

- Se deben acortar los plazos medios de las distintas fases del circuito administrativo, que en algunos centros tienen una duración total superior a los seis meses desde el pedido hasta la elaboración del documento contable.

- Se debe incrementar el número e importancia económica de los expedientes de contratación, lo que redundará en una disminución de la carga de trabajo administrativo, pero para que ello sea posible los centros hospitalarios deben contar con mayores recursos presupuestarios (§§ 26-34).

V.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA

72. En general, en el cumplimiento de los objetivos de Contrato Programa relativos a prestación farmacéutica no se ha logrado la eficacia prevista. No obstante, los mejores resultados se han dado en los objetivos relativos a consumos, interno y externo, a mecanización de la asignación de talonarios y a remisión de información a Servicios Centrales del SAS. (§§ 38-53).

73. De acuerdo con las estimaciones efectuadas por el propio SAS, en 26 de los 29 hospitales dependientes de dicho Organismo hay un déficit de titulados superiores en Farmacia cifrado en un total de 95 efectivos.¹⁸

Por el contrario, la proporción más alta de personal en relación con la actividad desarrollada se da en los hospitales del Grupo 2 (hospitales de referencia provincial (§ 56)).

Se recomienda dotar de mayores recursos humanos y a reordenar los existentes en los Servicios de Farmacia hospitalarios.

74. El consumo interno o de los pacientes ingresados en proporción a los distintos parámetros sanitarios (estancias, ingresos hospitalarios y puntos GDR) utilizados es más alto en los hospitales de Grupo 1 -hospitales de referencia regional- debido a la mayor complejidad de las patologías atendidas por dichos centros.

No obstante lo anterior, en este aspecto son más eficientes los hospitales de Grupo 3 que los de Grupo 4, es decir, tienen costes medios inferiores en proporción a la actividad desarrollada (§ 57).

75. La prescripción de determinados medicamentos analizados -que se consideran por las autoridades sanitarias eficaces, eficientes y seguros- se encuentra todavía alejada de las previsiones del organismo (§ 58).

76. En cuanto a los pacientes externos, se ha analizado el coste medio por dispensación de antirretrovirales en la patología de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), resultando unas diferencias de unos centros hospitalarios a otros que pueden llegar al 43%, si bien la terapia aplicada a los distintos pacientes es variable (§ 59).

Se recomienda se estudie la conveniencia de proceder a la adquisición centralizada de algunos productos farmacéuticos de alto coste.

77. Adicionalmente se ha efectuado un análisis comparativo de los precios de adquisición de 65 productos seleccionados por ser los que comportan mayor consumo en términos económicos.

En 32 de ellos se observan diferencias de precio superiores al 10%, y en 5 productos superan el 50%.

Estas diferencias pueden ser debidas a las distintas condiciones de volumen, sistemas de contratación, momento, etc. en que se adquieren los medicamentos.

El concurso de determinación de tipo y precio adjudicado en los primeros meses de 2003 debería aminorar de forma sustancial tales diferencias (§ 60).

Se debería incrementar la elaboración de fórmulas magistrales en los Servicios de Farmacia hospitalaria con base en la experiencia del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.¹⁹

78. La aplicación del Plan de Gestión Integral de la Prestación farmacéutica entre Distritos y Hospitales aprobado en los primeros meses del ejercicio 2003, en el marco del Plan General de Calidad y Eficiencia, supone la implantación de toda una serie de medidas concretas de actuación que podrían tener como consecuencia el logro de una mayor eficacia, eficiencia y economía en la gestión de estos recursos.

¹⁸ Punto modificado por la alegación presentada.

¹⁹ Punto modificado por la alegación presentada.

VI. ANEXOS

ANEXO I

OBLIGACIONES RECONOCIDAS DE SUMINISTROS DE MEDICAMENTOS

				(en €)
CÓDIGO CENTRO DE GASTO	HOSPITALES	SUBCONCEP. 221,06	SUBCONCEP. 221,16	TOTAL MEDICA- MENTOS
1920	Torrecaídas	7.637.447	2.083.650	9.721.097
1921	La Inmaculada de Huerca-Overa	1.160.537	0	1.160.537
2920	Puerta del Mar	14.391.100	929.904	15.321.004
2921	Universitario Puerto Real	7.621.787	46.216	7.668.003
2922	la Línea de la Concepción	1.799.236	804.292	2.603.528
2923	Punta Europa de Algeciras	4.945.656	0	4.945.656
2924	Jerez de la Frontera	6.751.934	2.319.837	9.071.771
3920	Reina Sofía	14.854.579	5.211.485	20.066.064
3921	Infanta Margarita de Cabra	1.598.009	0	1.598.009
3990	Pozoblanco	1.023.097	0	1.023.097
4920	Virgen de las Nieves	13.192.194	1.570.079	14.762.273
4921	Universitario San Cecilio	5.936.320	2.468.472	8.404.792
4922	Santa Ana de Motril	1.705.849	381.254	2.087.103
4923	Baza	1.576.136	113.942	1.690.077
5920	Juan Ramón Jiménez	6.929.172	1.985.230	8.914.402
5921	Infanta Elena	1.527.359	676.095	2.203.454
5922	Riotinto	647.278	62.404	709.682
6920	Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén	13.979.529	0	13.979.529
6921	San Juan de la Cruz de Úbeda	1.539.747	0	1.539.747
6922	San Agustín de Linares	1.755.086	424.012	2.179.098
7920	Carlos Haya	13.846.613	2.309.474	16.156.087
7921	Universitario Virgen de la Victoria	6.978.648	2.434.866	9.413.514
7922	Serranía de Ronda	1.258.702	0	1.258.702
7923	Vélez Málaga	1.223.434	352.408	1.575.842
7924	Antequera	1.310.827	4.573	1.315.400
8920	Virgen del Rocío	34.725.948	0	34.725.948
8921	Virgen Macarena	12.229.138	0	12.229.138
8925	Universitario Ntra. Sra. de Valme	3.333.204	1.927.448	5.260.652
8990	Osuna	1.356.497	82.394	1.438.891
TOTAL		186.858.878	26.188.036	213.046.914

Nota: En negrita los centros que componen la muestra seleccionada.

ANEXO II

GASTO REAL DEL EJERCICIO Y OBLIGACIONES PENDIENTES DE IMPUTAR

HOSPITAL	A PRESUPUESTO GENERADAS EN 2002										(En €)	
	OBLIGAC. RECONOC. 2002	OBLIG. 41.2 GENER. 2001 Y ANTRS. B	FACTURAS RECIBIDAS 2002 C	OBLIG. RECON. Y GENER. EN 2002 D=A-B	OBLIGAC. PDES. IMPUTAR A PRESUPUESTO E=C-D	OBLIG. PDES./ OBLIG. RECON. EN % F=(E/A)*100	OBLIG. PDES./ TOTAL FACTUR. EN % G=(F/C)*100					
H. Virgen del Rocío	34.725.948	6.334.194	43.036.169	28.391.754	14.644.415	42%	34%					
H. Virgen Macarena	12.229.138	2.661.687	15.147.588	9.567.451	5.580.137	46%	37%					
H. Virgen de las Nieves	14.762.273	3.769.807	18.364.815	10.992.467	7.372.348	50%	40%					
H. Reina Sofía	20.066.064	3.305.098	27.664.995	16.760.966	10.904.029	54%	39%					
H. Carlos Haya	16.156.086	8.510.560	31.765.001	7.645.526	24.119.475	149%	76%					
Complejo Hospitalario Jaén	13.979.529	1.147.081	13.559.096	12.832.448	726.648	5%	5%					
HOSPITALES TIPO 1 (Ref. Regional)	111.919.038	25.728.427	149.537.664	86.190.611	63.347.052	57%	42%					
H. Valme	5.260.652	838.634	7.920.014	4.422.017	3.497.996	66%	44%					
H. Puerta del Mar	15.321.004	1.029.328	17.133.615	14.291.675	2.841.940	19%	17%					
H. Punta Europa	4.945.656	606.590	6.842.997	4.339.066	2.503.931	51%	37%					
H. Jerez de la Frontera	9.071.771	2.270.890	11.259.339	6.800.881	4.458.458	49%	40%					
H. Puerto Real	7.668.004	1.873.722	8.539.428	5.794.282	2.745.147	36%	32%					
H. San Cecilio	8.404.792	233.538	13.676.583	8.171.254	5.505.329	66%	40%					
H. Virgen de la Victoria	9.413.514	2.214.690	13.329.804	7.198.824	6.130.980	65%	46%					
H. Juan Ramon Jimenez	8.914.402	997.001	11.837.242	7.917.401	3.919.841	44%	33%					
H. Torrecárdenas	9.721.097	1.643.241	12.494.469	8.077.856	4.416.613	45%	35%					
HOSPITALES TIPO 2 (Ref. P^{ro}vincial)	78.720.891	11.707.635	103.033.490	67.013.256	36.020.234	46%	35%					
H. I. Margarita	1.598.031	109.210	1.803.537	1.488.822	314.716	20%	17%					
H. Infanta Elena	2.203.454	459.907	2.215.630	1.743.547	472.083	21%	21%					
H. San Agustín Linares	2.179.098	76.131	2.157.845	2.102.967	54.878	3%	3%					
H. Ubeda	1.539.747	81.077	1.957.860	1.458.670	499.190	32%	25%					
HOSPITALES TIPO 3 (Comarcas)	7.520.330	726.324	8.134.873	6.794.006	1.340.867	18%	16%					
H. Osuna	1.438.891	27.900	1.800.191	1.410.991	389.200	27%	22%					
H. La Línea	2.627.321	339.388	3.235.276	2.287.933	947.343	36%	29%					
H. Baza	1.690.077	212.896	1.690.077	1.477.181	212.896	13%	13%					
H. Montil	2.087.103	545.980	2.993.580	1.541.123	1.452.457	70%	49%					
H. Pozoblanco	1.023.097	15.001	1.185.864	1.008.096	177.768	17%	15%					
H. Antequera	1.315.400	220.601	1.570.736	1.094.799	475.937	30%	30%					
H. Serranía De Ronda	1.258.702	440.126	1.873.586	818.576	1.055.010	84%	56%					
H. Axarquía	1.575.842	85.762	1.600.152	1.490.080	110.072	7%	7%					
H. Riotinto	709.682	72.909	743.175	636.773	106.403	15%	14%					
H. Inmaculada H-Overa	1.160.537	260.071	1.526.561	900.466	626.095	54%	41%					
HOSPITALES TIPO 4 (Comarcas)	14.886.653	2.220.635	18.219.198	12.666.019	5.553.180	37%	30%					
TOTAL	213.046.912	40.383.021	278.925.225	172.663.892	106.261.333	50%	38%					

ANEXO III

ANEXO III.1

CONTRATACIÓN DE MEDICAMENTOS
CONTRATACIÓN EN UNIDADES MONETARIAS

HOSPITAL	OBLIGAC. RECONOC. 2002		FACTURAS RECIBIDAS 2002		OBLIGAC. RECON. DERIVADAS EXPEDITES. C		OBLIG. EXPDITES/ OBLIGAC. RECON. EN %		OBLIGAC. EXPDITES./ TOTAL FACTURAS EN %	
	A		B				D=(C/A)*100		E=(C/B)*100	
H. Virgen del Rocío	34.725.948		43.036.169		3.902.603		11%		9%	
H. Virgen Macarena	12.229.138		15.147.588		5.186.381		42%		34%	
H. Virgen de las Nieves	14.762.273		18.364.815		4.796.153		32%		26%	
H. Reina Sofía	20.066.064		27.664.995		8.965.383		45%		32%	
H. Carlos Haya	16.156.086		31.765.001		10.995.042		68%		35%	
Complejo Hospitalario Jaen	13.979.529		13.559.096		9.007.450		64%		66%	
HOSPITALES TIPO 1	111.919.038		149.537.664		42.853.012		38%		29%	
H. Valme	5.260.652		7.920.014		2.726.352		52%		34%	
H. Puerta del Mar	15.321.004		17.133.615		7.619.273		50%		44%	
H. Puerta Europa	4.945.656		6.842.997		371.644		8%		5%	
H. Jerez de la Frontera	9.071.771		11.259.339		3.538.494		39%		31%	
H. Puerto Real	7.668.004		8.539.428		2.763.255		36%		32%	
H. San Cecilio	8.404.792		13.676.583		6.839.095		81%		50%	
H. Virgen de la Victoria	9.413.514		13.329.804		3.579.252		38%		27%	
H. Juan Ramon Jimenez	8.914.402		11.837.242		4.879.225		55%		41%	
H. Torrecárdenas	9.721.097		12.494.469		6.710.473		69%		54%	
HOSPITALES TIPO 2	78.720.891		103.033.490		39.027.063		50%		38%	
H. I. Margarita	1.598.031		1.803.537		611.893		38%		34%	
H. Infanta Elena	2.203.454		2.215.630		840.207		38%		38%	
H. San Agustín I.narcis	2.179.098		2.157.845		1.032.615		47%		48%	
H. Ubeda	1.539.747		1.957.860		587.920		38%		30%	
HOSPITALES TIPO 3	7.520.330		8.134.873		3.072.636		41%		38%	
H. Osuna	1.438.891		1.800.191		299.864		21%		17%	
H. La Línea	2.627.321		3.235.276		1.097.498		42%		34%	
H. Baza	1.690.077		1.690.077		420.202		25%		25%	
H. Motril	2.087.103		2.993.580		993.382		48%		33%	
H. Pozoblanco	1.023.097		1.185.864		466.193		46%		39%	
H. Antequera	1.315.400		1.570.736		377.713		29%		24%	
H. Serranía de Ronda	1.258.702		1.873.586		234.189		19%		12%	
H. Axarquía	1.575.842		1.600.152		448.230		28%		28%	
H. Riotinto	709.682		743.175		124.416		18%		17%	
H. Inmaculada H.Overa	1.160.537		1.526.561		334.126		29%		22%	
HOSPITALES TIPO 4	14.886.653		18.219.198		4.795.813		32%		26%	
TOTAL	213.046.912		278.925.225		89.748.524		42%		32%	

ANEXO III.2

EXPEDIENTES DE CONTRATACIÓN DE MEDICAMENTOS
CON VIGENCIA TOTAL O PARCIAL EN 2002

HOSPITAL	FORMALIZADOS EN 2002				FORMALIZADOS ANTES DE 2002				Nº EXPEDIENTES CON VIGENCIA TOTAL O PARCIAL EN 2002
	CONCURSOS C/PUBLICIDAD	P. NEGOCIADO S/PUBLICIDAD	TOTAL	TOTAL	CONCURSOS C/PUBLICIDAD	P. NEGOCIADOS S/PUBLICIDAD	P. NEGOCIADO S/PUBLICIDAD	TOTAL	
H. Virgen Del Rocío	1	0	3	4	2	0	0	2	6
H. Macarena	0	0	0	0	1	2	0	3	3
H. V. Nieves	0	0	5	5	2	0	13	15	20
H. Reina Sofia	0	0	11	11	1	0	2	3	14
H. C. Haya	2	0	14	16	0	0	6	6	22
Compl. H. De Jaen	2	0	33	35	1	0	1	2	37
Tipo 1	5	0	66	71	7	2	22	31	102
H. Valme	2	0	2	2	1	0	1	2	4
H. Puerta Del Mar	3	0	19	22	2	0	35	37	59
H. Punta Europa	3	0	0	3	1	0	0	1	4
H. De Jerez	24	0	13	37	14	0	6	20	57
H. Puerto Real	1	0	4	5	3	0	27	30	35
H. San Cecilio	1	0	4	5	0	0	0	0	5
H. Virgen Victoria	0	0	1	1	3	1	13	16	17
H. Juan R. Jimen.	0	0	17	17	1	0	18	19	36
H. Torrecardenas	2	0	3	5	1	0	1	2	7
Tipo 2	36	0	63	97	26	0	105	131	228
H. I. Margarita	0	0	10	10	1	0	4	5	15
H. Infanta Elena	1	0	5	6	0	0	22	22	28
H. S. Agustín-Linare	1	0	2	3	1	0	2	3	6
H. S. Juan De La Cruz-Ubeda	1	0	1	2	0	0	0	0	2
Tipo 3	3	0	18	21	2	0	28	30	51
H. de Oxuna	1	0	1	2	2	0	1	3	5
H. La Línea De La C.	1	0	2	3	1	0	0	1	4
H. de Baza	1	0	2	3	0	0	1	1	4
H. Santa Ana-Mourel	1	0	1	2	0	0	0	0	2
H. V. Pedroches	2	0	5	7	2	0	4	6	13
H. Antequera	1	0	1	2	2	0	2	4	6
H. de Ronda	0	0	0	0	2	0	3	5	5
H. Axarquía	0	0	0	0	1	0	3	4	4
H. Riotinto	0	0	0	0	1	0	1	2	2
H. Huércal-Overa	1	0	0	1	1	0	0	1	2
Tipo 4	8	0	12	20	12	0	15	27	47
TOTAL	52	0	159	209	47	2	160	215	424

ANEXO III.3

PRUEBA GLOBAL DE CONTRATACION

	H. V. del Rocío	H. Reina Sofia	H. San Cecilio	H. Punta Europa	H. Infanta Elena	TOTAL
Contratación						
A	Nº de productos que suponen el 80% del gasto según datos hospital	100	142	109	81	83
B	Importe que suponen los productos de A	33.313.897	22.194.429	10.766.628	5.374.886	1.768.675
C	Nº de productos que deberían haber sido objeto de contratación (1)	100	142	109	81	43
D	Importe que suponen los pdtos. de C	33.313.897	22.194.429	10.766.628	5.374.886	1.480.501
E	Nº de productos con expediente de contratación	53	93	75	17	25
F	Importe total de adquisiciones de E (2)	21.252.513	17.457.140	6.126.496	1.257.948	885.967
G	% sobre D	64%	79%	57%	23%	60%
H	Nº de productos sin expediente de contratación	47	49	34	64	18
I	Importe total de adquisiciones de H (3)	12.061.384	4.737.290	4.650.132	4.116.938	594.534
J	% sobre D	36%	21%	43%	77%	40%
K	Nº de pdtos. con compras superiores a las oblig. reconocidas del expdte	53	87	49	17	18
L	Importe del exceso de los pdtos de K	9.524.063	7.768.854	1.817.563	1.061.848	195.746
M	% sobre F	45%	45%	30%	84%	22%
N	Importe de los productos adquiridos mediante expdte	11.728.450	9.688.286	4.308.933	196.100	690.221
N	% sobre F	55%	55%	70%	16%	78%
Previsiones						
O	Nº de pdtos. en que se ha duplicado el nº de unidades previstas	12	24	18	2	4
P	Nº de pdtos. en que se ha triplicado el nº de unidades previstas	7	6	4	4	0
Q	Nº de pdtos. en que se ha cuadruplicado o más el nº de unidades previstas	10	8	3	10	2
R	Suma	29	38	25	16	6
						114

(1) Suministros superiores a 12.020,24 € (art. 176 TRLCAP)

(2) Tanto los adquiridos bajo la cobertura del expdte. como los adquiridos fuera del expediente.

(3) La totalidad de los productos adquiridos en este concepto no contaban con expediente de contratación

ANEXO IV

CONTRATO PROGRAMA DE HOSPITALES 2002

Nº OBJETIVOS	INDICADORES O EVALUACION
1 El hospital tendrá un gasto farmacéutico global del área menor de:	Gasto farmacéutico del área / número de habitantes del área.
2 El hospital conseguirá que un número suficiente de facultativos realicen la prescripción en receta oficial para que el indicador número de recetas por consulta se sitúe al menos en 1.	Número total de recetas prescritas por los facultativos adscritos al hospital / número total de consultas realizadas.
3 El hospital establecerá un sistema de información mecanizado sobre prescripciones de medicamentos, a pacientes no ingresados, en documentos distintos a la receta oficial para aquellos hospitales que no alcancen el objetivo anterior.	Remisión de los datos del mencionado sistema
4 Valor del porcentaje de recetas prescritas por principio activo > 15%	Nº de recetas prescritas por principio activo / (Nº total de recetas prescritas de especialidades farmacéuticas) * 100
5 Porcentaje de gasto ineficiente por prescribirse una opción de precio superior al establecido como máximo en el acuerdo de prescripción por principio activo <X	(Coste a PVP de la prescripción total - Coste de la prescripción más favorable)/Coste a PVP de la prescripción total * 100
6 El número de envases de medicamentos VINE prescritos será menor del 12%.	(Número de envases VINE prescritos / número total de envases prescritos) * 100 12%
7 El número de envases de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con insuficiente experiencia clínica prescritos en receta oficial u otros documentos será menor de un 2%.	(Número de envases VINE prescritos / número total de envases prescritos) * 100
8 El consumo total del hospital será menor del especificado en este Contrato Programa.	Consumo total
9 El consumo interno por ingreso más CMA será menor que el objetivo propuesto.	Consumo interno / (número de Ingresos + número de procesos de CMA)
10 El consumo de medicamentos en VIH, esclerosis, Gaucher y Fabry será menor que el especificado en este Contrato Programa.	Consumo de medicamentos dispensados a pacientes externos para las patologías VIH, esclerosis múltiple y enfermedad de Gaucher.
11 El consumo denominado PROSEREME (pacientes externos incluyendo consumo total del hospital en Factor VIIRA y excluyendo las patologías VIH, esclerosis, Gaucher y Fabry) será menor que el especificado en este Contrato Programa.	Consumo de medicamentos dispensados a pacientes externos de hospital de día, hemodiálisis, hemofilia, pacientes con fibrosis quística y otros pacientes (medicamentos de uso hospitalario y uso compasivo dispensados a pacientes externos)
12 El hospital elaborará y difundirá informes sobre la utilización de, al menos, tres de los principios activos de mayor impacto económico.	Recepción de los informes en los SSCC
13 El número de especialidades farmacéuticas sin respaldo en la guía de referencia será menor de:	(Número de especialidades farmacéuticas de la guía farmacoterapéutica del hospital sin respaldo en la guía farmacoterapéutica de referencia / número total de especialidades farmacéuticas incluidas) * 100
14 El hospital enviará el reglamento interno para la inclusión de medicamentos de guía al Servicio de Suministros Farmacéuticos antes del 1 de junio de 2002.	El hospital enviará el reglamento a los SSCC.
15 El número de especialidades farmacéuticas incluidas en la guía farmacoterapéutica del hospital sin la recomendación del comité de expertos en selección de medicamentos será menor de 10.	Número de especialidades farmacéuticas incluidas sin la recomendación de inclusión del comité de expertos en selección de medicamentos.
16 El número de especialidades farmacéuticas VINE incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital será menor del 3%.	(Número de especialidades VINE incluidas / número total de especialidades incluidas) * 100.
17 El hospital asumirá durante el presente año la mecanización informática de la asignación de los talonarios a sus facultativos en la aplicación FARMA.	Auditoría
18 El hospital deberá enviar al servicio de suministros farmacéuticos, antes del día 15 del mes siguiente, la información mensual que se recoge en el anexo de prestaciones farmacéuticas.	Sumatorio del número de días de retraso en la recepción
19 El hospital enviará mensualmente las actas de la comisión de farmacia y terapéutica.	Número de actas enviadas.
20 El hospital enviará los ficheros de adquisiciones y consumo descritos en los anexos de este Contrato Programa	Número de ficheros recibidos

ANEXO V

CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PROGRAMA

HOSPITALES GRUPO I

ANEXO V.1.

	HOSP. VIRGEN DEL ROCIO		HOSP. VIRGEN MACARENA		HOSP. VIRGEN DE LAS NIEVES		HOSP. REINA SOFÍA		HOSP. CARLOS HAYA		COMPL. HOSPIT. DE JAÉN	
	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.
A.	135.246.636	8,56%	88.485.227	6,53%	57.978.151	10,42%	95.652.057	10,98%	61.473.487	0,07%	47.514.121	9,61%
B.	1,00	0,48	1	0,37	1	0,52	1	0,78	1,00	0,59	1	0,9
C.	15%	3,60%	15%	2,34%	15%	2,27%	15%	2,39%	15%	1,73%	15%	2,31%
D.	12%	16,17%	12%	16,77%	12%	14,08%	12%	15,21%	12%	14,12%	12%	14,11%
E.	2%	2,35%	2%	2,57%	2%	2,52%	2%	2,35%	2%	2,71%	2%	1,95%
F.	7,85%	9,88%	5,90%	7,90%	7,24%	7,07%	3,43%	12,41%	5,96%	12,23%	7,28%	8,91%
G.	-0,75%	7,88%	1,57%	14,86%	0,90%	13,06%	-4,11%	8%	-2,98%	9,82%	1,59%	-0,60%
H.	4,00%	6,43%	1,45%	20,22%	1,18%	5,52%	4,03%	6,02%	2,03%	8,67%	2,20%	11,81%
I.	15,00%	22,74%	20,00%	25,45%	18,00%	30,60%	18,00%	21,70%	19,00	23,62%	17,03%	9,97%
		-7,74%		-5,45%		-12,60%		-3,70%		4,62%		7,06%

- A. El hospital tendrá un gasto farmacéutico global del área menor de:
- B. El hospital conseguirá que un número suficiente de facultativos realicen la prescripción en receta oficial para que el indicador número de recetas por consulta se sitúe al menos en 1.
- C. Valor del porcentaje de recetas prescritas por principio activo mayor del 15%
- D. El número de envases de medicamentos VINE prescritos será menor del 12%.
- E. El número de envases de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con con insuficiente experiencia clínica prescritos en receta oficial u otros documentos sea menor de un 1%.
- F. El consumo total del hospital será menor del especificado en este Contrato Programa.
- G. El consumo interno por ingreso más CMA será menor que el objetivo propuesto.
- H. El consumo de medicamentos en VIH, esclerosis y Gaucher será menor que el especificado en este Contrato Programa.
- I. El consumo denominado PROSEREME (pacientes externos incluyendo consumo total del hospital en Factor VIIRA y excluyendo las patologías VIH, esclerosis, Gaucher y Fabry) será menor que el especificado en este Contrato Programa.

HOSPITALES GRUPO II

ANEXO V.2

	H. VALME		H. PUERTA DEL MAR		H. JEREZ DE LA FRONTERA		H. PUERTO REAL		H. SAN CECILIO		H. VIRGEN DE LA VICTORIA		H. JUAN RAMON JIMENEZ		H. TORRECARDENAS		H. PUNTA EUROPA	
	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.	OBJ.	CUMPL. DIF.
A.	67.820.579	9,12%	32.892.976	10,12%	47.509.009	11,00%	36.359.934	12,78%	51.625.916	5,78%	73.120.788	10,20%	44.067.071	9,37%	46.413.280	9,37%	21.644.441	0,08%
B.	1	0,53	1	0,81	1	0,62	1	1,17	1	0,5	1	0,57	1	0,63	1	0,83	1	0,86
C.	15%	3,23%	15%	6,60%	15%	3,60%	15%	18,96%	15%	1,34%	15%	2,23%	15%	1,73%	15%	1,56%	15%	1,66%
D.	12%	14,95%	12%	15,37%	12%	12,45%	12%	11,52%	12%	0,16%	12%	16,45%	12%	13,19%	12%	14,12%	12,00%	15,95%
E.	2%	3,05%	2%	3,04%	2%	2,83%	2%	1,51%	2%	2,73%	2%	3,24%	2%	3,20%	2%	2,51%	2,00%	2,74%
F.	8,73%	21,18%	8,54%	5,19%	4,54%	12,93%	7,81%	-1,48%	0,62%	10,61%	1,75%	7,40%	6,71%	15,66%	9,57%	23,45%	18,43%	15,55%
G.	6,69%	14,04%	-0,41%	4,13%	-6,49%	2,23%	-3,71%	-2,79%	-4,01%	11,28%	-9,19%	-7,39%	-4,94%	1,13%	4,70%	22,50%	-2,91%	-5,44%
H.	14,59%	10,96%	4,53%	0,11%	4,85%	12,04%	5,34%	-20,92%	5,00%	13,09%	3,04%	6,85%	5,54%	9,26%	5,14%	17,85%	28,94%	34,07%
I.	25,00%	54,03%	18,00%	19,44%	15,00%	31,74%	17,00%	14,74%	20%	21,77%	20,00	52,40%	17,00%	29,42%	18,00%	46,56%	17,00%	3,40%

- A. El hospital tendrá un gasto farmacéutico global del área menor de:
- B. El hospital conseguirá que un número suficiente de facultativos realicen la prescripción en receta oficial para que el indicador número de recetas por consulta se sitúe al menos en 1.
- C. Valor del porcentaje de recetas prescritas por principio activo mayor del 15%
- D. El número de envases de medicamentos VINE prescritos será menor del 12%.
- E. El número de envases de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con insuficiente experiencia clínica prescritos en receta oficial u otros documentos sea menor de un 1%.
- F. El consumo total del hospital será menor del especificado en este Contrato Programa.
- G. El consumo interno por ingreso más CMA será menor que el especificado en este Contrato Programa.
- H. El consumo de medicamentos en VIH, esclerosis y Gaucher será menor que el especificado en este Contrato Programa.
- I. El consumo denominado PROSEREME (pacientes externos incluyendo consumo total del hospital en Factor VIIRA y excluyendo las patologías VIH, esclerosis, Gaucher y Fabry) será menor que el especificado en este Contrato Programa.

HOSPITALES GRUPO III

ANEXO V.3

	H. INFANTA MARGARITA		H. INFANTA ELENA		H. LINARES		H. UBEDA	
	OBJ.	CUMPL.	OBJ.	CUMPL.	OBJ.	CUMPL.	OBJ.	CUMPL.
A.	37.454.377	10,54%	27.388.896	6,30%	25.485.265	10,38%	31.965.023	8,44%
B.	1	0,67	1	0,61	1	0,58	1	0,81
C.	15%	2,75%	15%	3,28%	15%	4,26%	15%	10,69%
D.	12%	16,34%	12%	12,79%	12%	14,67%	12%	13,11%
E.	2%	2,42%	2%	2,25%	2%	2,45%	2%	2%
F.	9,08%	2,97%	13,93%	3,71%	6,75%	25,14%	-0,83%	14,43%
G.	4,95%	-2,59%	12,80%	-3,49%	5,04%	-6%	-5,47%	6,92%
H.	5,83%	-18,34%	4,49%	-3,16%	2,76%	13,21%	0,74%	7,64%
I.	23,00%	5,05%	28,00%	-10,32%	11,00%	157,22%	19,00%	39,01%
		17,95%		-10,32%		-146,22%		-20,01%

- A.** El hospital tendrá un gasto farmacéutico global del área menor de:
- B.** El hospital conseguirá que un número suficiente de facultativos realicen la prescripción en receta oficial para que el indicador número de recetas por consulta se sitúe al menos en 1.
- C.** Valor del porcentaje de recetas prescritas por principio activo mayor del 15%.
- D.** El número de envases de medicamentos VINE prescritos será menor del 12%.
- E.** El número de envases de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con con insuficiente experiencia clínica prescritos en receta oficial u otros documentos sea menor de un 1%.
- F.** El consumo total del hospital será menor del especificado en este Contrato Programa.
- G.** El consumo interno por ingreso más CMA será menor que el objetivo propuesto.
- H.** El consumo de medicamentos en VIH, esclerosis y Gaucher será menor que el especificado en este Contrato Programa.
- I.** El consumo denominado PROSEREME (pacientes externos incluyendo consumo total del hospital en Factor VIIRA y excluyendo las patologías VIH, esclerosis, Gaucher y Fabry) será menor que el especificado en este Contrato Programa.

ANEXO V.4

HOSPITALES GRUPO IV

H LA LINEA			H OSUNA			H BAZA			H MOTRIL			H ANTEQUERA			H POZOBLANCO			H SERRANIA RONDA			H RIOTINTO			H AXARQUIA			H HUERCAL-OVERA				
OBJ.	CUMPL.	DIF.	OBJ.	CUMPL.	DIF.	OBJ.	CUMPL.	DIF.	OBJ.	CUMPL.	DIF.	OBJ.	CUMPL.	DIF.	OBJ.	CUMPL.	DIF.	OBJ.	CUMPL.	DIF.	OBJ.	CUMPL.	DIF.	OBJ.	CUMPL.	DIF.	OBJ.	CUMPL.	DIF.		
A.	17.708.125	6,98%	26.349.034	8,04%	26.593.709	6,21%	22.439.201	5,28%	18.011.637	7,72%	19.194.480	11,01%	20.415.219	7,62%	16.322.418	8,46%	21.041.035	9,71%	20.131.555	9,18%											
B.	1	1,25	0,52	1	0,57	0,43	1	0,38	0,62	1	0,67	0,33	1	0,63	0,37	1	0,42	0,58	1	0,89	0,11										
C.	15%	2,78%	12,22%	15%	1,93%	13,07%	15%	5,25%	9,75%	15%	3,79%	11,21%	15%	9,52%	5,48%	15%	2,32%	12,68%	15%	1,79%	13,21%										
D.	12%	14,98%	-2,98%	12%	14,37%	-2,37%	12%	12,79%	-0,79%	12%	12,34%	-0,34%	12%	10,69%	1,31%	12%	14,43%	-2,43%	12%	13,79%	-1,79%										
E.	2%	2,09%	-0,99%	2%	2,79%	-0,79%	2%	2,72%	-0,72%	2%	2,45%	-0,45%	2%	3,13%	-1,13%	2%	4,23%	-2,23%	2%	2,26%	-0,26%										
F.	10,35%	6,28%	4,07%	11,34%	10,87%	0,37%	6,55%	10,17%	-3,62%	5,30%	37,38%	-32,08%	11,92%	-2,58%	-0,82%	4,49%	1,68%	4,93%	-3,25%	0,22%	-0,46%	0,24%									
G.	-2,55%	0,92%	-3,47%	9,95%	0,82%	9,13%	-4,43%	9,32%	-13,75%	2,44%	12,65%	-10,21%	14,89%	15,59%	-0,70%	-4,50%	-0,76%	4,45%	3,69%	-5,22%	-15,61%	10,39%									
H.	6,79%	7,29%	-0,50%	1,01%	27,24%	-26,23%	2,37%	-1,23%	3,69%	3,92%	89,21%	-85,29%	0,00%	7,33%	-22,09%	29,42%	4,31%	20,96%	-16,65%	0,00%	0%	0,00%									
I.	29,00%	-0,03%	29,03%	20,00%	10,54%	9,46%	18,00%	30,75%	-12,75%	0	148,61%	-148,61%	15,00%	23,00%	19,56%	3,44%	8,00%	62,93%	-54,93%	0	60,54%	-46,54%									

- A. El hospital tendrá un gasto farmacéutico global del área menor de:
- B. El hospital conseguirá que un número suficiente de facultativos realicen la prescripción en receta oficial para que el indicador número de recetas por consulta se sitúe al menos en 1.
- C. Valor del porcentaje de recetas prescritas por principio activo mayor del 15%.
- D. El número de envases de medicamentos VINE prescritos será menor del 12%.
- E. El número de envases de novedades terapéuticas que no aportan nada nuevo o con insuficiente experiencia clínica prescritos en receta oficial u otros documentos sea menor de un 1%.
- F. El consumo total del hospital será menor del especificado en este Contrato Programa.
- G. El consumo interno por ingreso más CMA será menor que el objetivo propuesto.
- H. El consumo de medicamentos en VIH, esclerosis Gaucher será menor que el especificado en este Contrato Programa.
- I. El consumo denominado PROSEREME (pacientes externos incluyendo consumo total del hospital en Factor VIIra y excluyendo las patologías VIH, esclerosis, Gaucher y Fabry) será menor que el especificado en este Contrato Programa.

ANEXO VI 20

**PORCENTAJE DE INEFICIENCIA POR PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS A
PRECIO SUPERIOR AL ESTABLECIDO EN EL ACUERDO DE PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO**

HOSPITAL	Ahorro por principio activo real (A)	Ahorro por principio activo (ineficiencia restante) (B)	Ahorro Total (C=A+B)	% Ahorro logrado (D=A/C)%	% Ineficiencia restante (E=B/C)%
H. SAN CECILIO	10.392	124.036	134.428	8%	92%
H. CARLOS HAYA	19.457	218.686	238.143	8%	92%
H. TORRECARDENAS	11.283	116.821	128.104	9%	91%
H. VIRGEN DE LA VICTORIA	20.135	197.101	217.236	9%	91%
H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	13.539	129.564	143.103	9%	91%
H. LA INMACULADA	5.133	48.104	53.237	10%	90%
H. INFANTA MARGARITA	9.022	71.794	80.816	11%	89%
H. VIRGEN DE LAS NIEVES	17.373	133.530	150.903	12%	88%
H. VIRGEN MACARENA	22.714	164.659	187.372	12%	88%
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN	25.032	178.756	203.787	12%	88%
H. BAZA	3.500	24.862	28.362	12%	88%
H. REINA SOFIA	40.190	264.255	304.445	13%	87%
H. PUNTA DE EUROPA	10.117	64.098	74.215	14%	86%
H. VIRGEN DEL ROCIO	51.325	295.156	346.481	15%	85%
H. LA LINEA DE LA CONCEPCION	9.842	56.571	66.413	15%	85%
H. RIOTINTO	2.462	13.903	16.365	15%	85%
H. INFANTA ELENA	6.870	37.726	44.596	15%	85%
H. LA AXARQUIA	4.518	23.926	28.444	16%	84%
H. JEREZ DE LA FRONTERA	27.095	124.037	151.131	18%	82%
H. DE VALME	28.292	114.032	142.325	20%	80%
H. SAN AGUSTIN	10.525	40.806	51.331	21%	79%
H. OSUNA	7.488	26.677	34.165	22%	78%
H. ANTEQUERA	9.675	33.107	42.782	23%	77%
H. SERRANIA DE RONDA	8.028	24.811	32.839	24%	76%
H. SAN JUAN DE LA CRUZ	21.612	65.292	86.904	25%	75%
H. PUERTO DEL MAR	49.182	134.019	183.201	27%	73%
H. PUERTO REAL	37.946	93.715	131.661	29%	71%
H. MOTRIL	7.283	17.463	24.746	29%	71%
H. POZOBLANCO	16.866	26.385	43.251	39%	61%
TOTAL	269.053	2.087.992	2.357.045	11%	89%

20 Cuadro modificado por la alegación presentada.

ANEXO VII

PROVINCIA HOSPITAL		Nº de envases VINE	Envases Totales	% Envases VINE s/total de envases	Importe en m€	Importe en m€	Impor. Total en m€	% Importe VINE s/ Total del VINE	Nº de recetas	Recetas Totales	% Recetas VINE
Almería	H. Torrecardenas	45.622	326.589	14%	321	6.340	5%	45.506	321.656	14%	
	H. La Inmaculada	14.516	108.575	13%	101	1.498	7%	14.487	107.445	13%	
Cádiz	H. Puerta del Mar	44.994	298.031	15%	328	4.491	7%	44.827	295.361	15%	
	H. Puerto Real	29.744	257.667	12%	209	4.347	5%	29.587	251.849	11%	
	H. Jerez de la Frontera	29.252	235.693	12%	204	4.389	5%	29.143	233.281	12%	
	H. Punta de Europa	23.881	154.006	16%	188	3.304	6%	23.855	152.842	16%	
	H. La Línea de la Concepcion	21.128	142.846	15%	142	2.141	7%	21.030	141.374	15%	
Córdoba	H. Reina Sofia	80.166	530.520	15%	584	11.477	5%	79.875	520.232	15%	
	H. Pozoblanco	9.659	77.110	13%	73	1.146	6%	9.650	76.202	13%	
	H. Infanta Margarita	22.115	136.485	16%	163	2.268	7%	22.059	134.368	16%	
Granada	H. Virgen de las Nieves	42.712	305.318	14%	338	7.092	5%	42.542	295.432	14%	
	H. Baza	10.813	75.480	14%	83	1.216	7%	10.604	74.351	14%	
	H. San Cecilio	42.628	272.708	16%	389	5.290	7%	42.492	268.179	16%	
	H. Motril	6.840	54.535	13%	62	996	6%	6.824	53.655	13%	
Huelva	H. Juan Ramón Jiménez	30.583	233.019	13%	228	4.394	5%	30.566	230.252	13%	
	H. Infanta Elena	10.465	82.698	13%	76	1.364	6%	10.457	81.881	13%	
	H. Riotinto	6.111	36.234	17%	40	496	8%	6.106	35.876	17%	
Jaén	Complejo Hospitalario de Jaén	43.096	306.765	14%	293	5.674	5%	42.891	302.811	14%	
	H. San Agustín	14.256	97.920	15%	104	1.579	7%	14.230	96.791	15%	
	H. San Juan de la Cruz	16.618	127.068	13%	119	1.799	7%	16.523	125.325	13%	
	H. Carlos Haya	59.449	419.656	14%	431	13.860	3%	59.373	391.496	15%	
Malaga	H. La Axarquía	8.218	57.389	14%	64	1.046	6%	8.216	56.288	15%	
	H. Virgen de la Victoria	50.536	313.494	16%	382	5.777	7%	50.186	307.416	16%	
	H. Antequera	8.898	72.239	12%	68	1.189	6%	8.850	71.348	12%	
	H. Serranías de Ronda	6.528	61.655	11%	50	1.111	5%	6.520	61.058	11%	
Sevilla	H. Virgen del Rocío	84.216	526.242	16%	660	12.328	5%	83.936	516.090	16%	
	H. Virgen Macarena	49.603	299.156	17%	372	6.967	5%	49.513	294.629	17%	
	H. de Valme	37.729	256.545	15%	287	4.912	6%	37.599	251.887	15%	
	H. Ntra. Sra. Merced	11.622	81.985	14%	71	1.232	6%	11.589	81.350	14%	
Total (Incluido EE.PP.)		883.039	6.137.722	14%	6.805	122.842	6%	880.051	6.018.011	15%	

ANEXO VIII

TALONARIOS DE RECETAS NO INFORMATIZADOS

HOSPITAL	% DE TALONARIOS DE RECETAS NO INFOR- MATIZADOS
H. Virgen de la Victoria	40
H. Virgen Macarena	38
H. Riotinto	15
H. Puerto Real	10
H. Juan Ramón Jiménez	4
H. San Cecilio	3
H. Baza	3
Complejo Hospitalario de Jaén	2
H. Virgen del Rocío	2
H. San Juan de La Cruz	2
H. Carlos Haya	2
H. Pozoblanco	1
H. San Agustín	1
H. Motril	1
H. Reina Sofía	1
H. La Línea de La Concepción	0
H. de Valme	0
H. Puerta del Mar	0
H. Serranía de Ronda	0
H. Infanta Margarita	0
H. Virgen de las Nieves	0
H. Nta.Sra. Mercedes	0
H. Infanta Elena	0
H. Torrecárdenas	0
H. La Inmaculada	0
H. Jerez de la Frontera	0
H. Punta de Europa	0
H. La Axarquía	0

ANEXO IX

EFICIENCIA

ANEXO IX.1

DÉFICIT ESTIMADO DE TITULADOS SUPERIORES EN FARMACIA

HOSPITAL	Nº TITULADOS SUPERIORES	PLANTILLA HORIZONTE TITUL. SUPER.	DEFICIT TITULADOS SUPERIORES
H. Virgen del Rocío	10	21	11
H. Macarena	8	14	6
H. V. Nieves	10	15	5
Reina Sofía	7	16	9
H. C. Haya	9	18	9
H. Complejo H. de Jaen	6	12	6
Tipo 1	50	96	46
H. Valme	4	9	5
H. Puerta del Mar	5	10	5
H. Punta Europa	4	4	0
H. de Jerez	4	7	3
H. Puerto Real	3	5	2
H. San Cecilio	4	8	4
H. Virgen Victoria	5	8	3
H. Juan R. Jimenez	5	7	2
H. Torrecárdenas	5	10	5
Tipo 2	39	68	29
H. de Osuna	2	4	2
H. I. Margarita	3	3	0
H. Infanta Elena	2	4	2
H. S. Agustín de Linares	2	4	2
H. S. Juan de la Cruz-Ubeda	2	4	2
Tipo 3	11	19	8
H. La Línea de La C.	2	4	2
H. de Baza	2	3	1
H. de Motril	2	3	1
H. V. Pedroches	1	3	2
H. Antequera	2	3	1
H. de Ronda	3	3	0
H. Axarquía	2	4	2
H. Riotinto	1	3	2
H. Huércal-Overa	2	3	1
Tipo 4	17	29	12
TOTAL	117	212	95

ANEXO IX.2

RECURSOS HUMANOS EN PROPORCION A INGRESOS HOSPITALARIOS E INTERVENCIONES DE CMA									
HOSPITAL	Nº TITULADOS SUPERIORES	Nº TITULADOS MEDIOS	OTRO PERSONAL FARMACIA	TOTAL PERSONAL (INGR+CMA)/ 10000	PROPORCION PERSONAL POR 10.000 (INGR.+CMA)	A/E	B/E	C/E	
H. Virgen del Rocío	18	11	42	71	6,5	2,8	1,7	6,5	
H. Macarena	8	1	21	30	4,8	1,7	0,2	4,3	
H. V. Nieves	12	2	24	38	5,4	2,2	0,4	4,4	
H. Reina Sofía	14	3	43	60	5,0	2,8	0,6	8,5	
H. C. Haya	9	5	34	48	5,0	1,8	1,0	6,8	
H. Complejo H. de Jaén	6	2	26	34	4,1	1,5	0,5	6,3	
Tipo 1	49	13	148	210	30,9	1,6	0,4	4,8	
H. Valme	8	1	10	19	2,9	2,8	0,3	3,5	
H. Puerta del Mar	8	0	14	22	2,8	2,8	0,0	4,9	
H. Punta Europa	4	3	9	16	1,5	2,7	2,0	6,0	
H. de Jerez	4	2	8	14	2,4	1,6	0,8	3,3	
H. Puerto Real	3	2	12	17	1,9	1,6	1,1	6,4	
H. San Cecilio	8	0	18	26	2,8	2,9	0,0	6,5	
H. Virgen Victoria	11	3	20	34	2,4	4,6	1,2	8,3	
H. Juan R. Jiménez	8	1	21	30	2,4	3,3	0,4	8,7	
H. Torrecárdenas	7	3	15	25	3,3	2,1	0,9	4,6	
Tipo 2	61	15	127	203	22,4	2,7	0,7	5,7	
H. I. Margarita	3	1	5	9	1,5	2,0	0,7	3,4	
H. Infanta Elena	2	0	6	8	1,4	1,4	0,0	4,2	
H. S. Agustín de Linares	2	1	8	11	1,2	1,6	0,8	6,4	
H. S. Juan de la Cruz-Ubeda	2	0	7	7	1,2	1,6	0,0	5,7	
Tipo 3	9	2	26	35	5,4	1,7	0,4	4,8	
H. de Osuna	2	1	6	9	1,2	1,6	0,8	4,8	
H. La Línea de La C.	3	1	5	9	0,8	3,8	1,3	6,3	
H. de Baza	2	0	4	6	0,8	2,4	0,0	4,8	
H. de Motril	2	1,2	6,6	9,8	1,1	1,9	1,1	6,3	
H. V. Pedroches	1	1	3	5	1,0	1,1	1,1	3,2	
H. Antequera	2	1	5	8	0,9	2,2	1,1	5,6	
H. de Ronda	3	1	9	13	0,8	3,8	1,3	11,4	
H. Axarquía	2	0	7	7	1,0	2,1	0,0	7,3	
H. Riotinto	1	0	3,5	4,5	0,6	1,6	0,0	5,4	
H. Huércal-Overa	2	0	3	5	1,1	1,9	0,0	2,9	
Tipo 4	20	6	52	78	9,2	2,2	0,7	5,6	
TOTAL	139	36	353	526	68	2,0	0,5	5,2	

ANEXO IX.3

CONSUMO INTERNO POR ESTANCIA, INGRESO HOSPITALARIO Y PUNTO GRD

Hospital	Consumo Interno (€)	Estancias	Ingresos	CMA	Ingr+CMA	Puntos GRD	C. Interno/ Estancia	C. Interno/ Ingresos	Ingr+CMA	C. Interno/ Ingr+CMA	C. Interno/ Puntos GRD
H. Virgen del Rocío - Sevilla	14.688.596	461.596	54.716	10.115	64.831	86.445	32	268	227	170	
H. Virgen Macarena - Sevilla	7.424.919	313.648	38.439	10.040	48.479	52.606	24	193	153	141	
H. Virgen de las Nieves - Granada	7.561.349	285.151	44.485	9.581	54.066	57.239	27	170	140	132	
H. Reina Sofía - Córdoba	13.011.112	404.688	43.511	6.981	50.492	72.884	32	299	258	179	
H. Carlos Haya - Málaga	11.621.201	364.312	40.591	9.645	50.236	54.680	32	286	231	213	
Complejo H.de Jaén	6.278.382	223.834	35.120	6.205	41.325	37.607	28	179	152	167	
Tipo 1	60.585.559	2.053.229	256.862	52.567	309.429	361.461	30	236	196	168	
H. de Valme - Sevilla	4.503.698	196.985	23.451	5.422	28.873	30.633	23	192	156	147	
H. Puerta del Mar - Cádiz	6.308.976	212.757	24.647	3.692	28.339	31.884	30	256	223	198	
H. Punta Europa - Algeciras	2.064.224	82.923	12.290	2.707	14.997	13.374	25	168	138	154	
H. de Jerez	4.280.734	172.462	21.845	2.484	24.329	27.376	25	196	176	156	
H. de Puerto Real	2.603.098	98.448	15.777	3.035	18.812	18.545	26	165	138	140	
H. San Cecilio - Granada	6.173.498	188.190	21.757	5.796	27.553	27.644	33	284	224	223	
H. Virgen de la Victoria - Málaga	5.372.076	200.719	21.569	2.605	24.174	37.772	27	249	222	142	
H. Juan Ramón Jiménez - Huelva	4.264.845	183.474	20.090	3.953	24.043	27.482	23	212	177	155	
H. de Torrecárdenas - Almería	5.025.654	247.965	28.148	4.658	32.806	34.157	20	179	153	147	
Tipo 2	40.596.803	1.583.923	189.574	34.352	223.926	248.867	26	214	181	163	
H. Infanta Margarita - Cabra	1.394.654	73.212	12.416	2.340	14.756	12.900	19	112	95	108	
H. Infanta Elena - Huelva	1.225.801	75.787	12.378	1.844	14.222	13.923	16	99	86	88	
H. San Agustín - Linares	1.125.409	54.394	10.780	1.668	11.806	11.806	21	104	90	95	
H. San Juan de la Cruz - Úbeda	1.561.899	65.705	10.503	1.818	12.321	12.003	24	149	127	130	
Tipo 3	5.307.763	269.098	46.077	7.670	53.747	50.632	20	115	99	105	
H. de Osuna	1.120.731	58.953	9.777	2.661	12.438	11.739	19	115	90	95	
H. de La Línea de la Concepción	863.382	45.498	6.931	1.039	7.970	7.920	19	125	108	109	
H. de Baza	1.105.548	38.972	6.788	1.607	8.395	7.412	28	163	132	149	
H. Santa Ana - Motril	1.329.096	44.479	8.337	2.179	10.516	9.777	30	159	126	136	
H. de Pozoblanco	924.693	36.589	6.703	2.816	9.519	8.611	25	138	97	107	
H. de Antequera	1.030.851	38.734	6.849	2.081	8.930	8.980	27	151	115	115	
H. Serranía de Ronda	1.046.562	41.317	6.768	1.123	7.891	8.580	25	155	133	122	
H. de la Axarquía - Vélez-Málaga	1.082.854	56.760	7.829	1.805	9.634	9.436	19	138	112	115	
H. de Riónto - Huelva	635.862	22.087	4.361	2.078	6.439	5.212	29	146	99	122	
H. La Inmaculada - Huerca-Overa	962.853	49.258	8.574	1.927	10.501	9.887	20	112	92	97	
Tipo 4	10.102.432	432.647	72.917	19.316	92.233	87.553	23	139	110	115	
TOTAL ANDALUCÍA	116.592.557	4.338.897	565.430	113.905	679.335	748.513	27	206	172	156	

GRD= Grupos Relacionados de Diagnósticos

CMA= Cirugía Mayor Ambulatoria

ANEXO IX.4

CONSUMO INTERNO. CONSUMO DE DETERMINADOS MEDICAMENTOS REPRESENTATIVOS

Hospital	% DDD Omeprazol / IBP	Dif. Con la media	% DDD pravaastatina, lovastatina s/ total estatinas	Dif. con la media	% DDD ibuprofeno, diclofenaco s/ total AINES	Diferencia con la media
H. Torrecardenas	57%	-8%	44%	9%	28%	-7%
H. La Inmaculada	65%	0%	44%	8%	33%	-2%
H. Puerta del Mar	64%	-1%	36%	0%	43%	9%
H. Puerto Real	73%	8%	52%	16%	56%	22%
H. Jerez de la Frontera	69%	4%	34%	-1%	36%	1%
H. Punta de Europa	57%	-8%	17%	-18%	41%	7%
H. La Linea de la Concepcion	63%	-2%	46%	10%	48%	13%
H. Reina Sofia	70%	5%	30%	-6%	33%	-2%
H. Pozoblanco	79%	14%	39%	3%	47%	12%
H. Infanta Margarita	62%	-3%	33%	-2%	19%	-15%
H. Virgen de las Nieves	62%	-3%	39%	3%	37%	2%
H. Baza	71%	6%	21%	-15%	39%	4%
H. San Cecilio	63%	-2%	31%	-5%	29%	-6%
H. Motril	64%	-1%	39%	3%	30%	-4%
H. Juan Ramón Jiménez	66%	1%	36%	1%	28%	-6%
H. Infanta Elena	75%	10%	29%	-7%	57%	22%
H. Riotinto	88%	23%	37%	1%	52%	17%
Complejo Hospitalario de Jaen	71%	6%	35%	0%	49%	14%
H. San Agustín	72%	7%	37%	2%	31%	-4%
H. San Juan de la Cruz	89%	24%	37%	1%	43%	9%
H. Carlos Haya	63%	-2%	32%	-4%	27%	-8%
H. La Axarquía	47%	-18%	30%	-5%	23%	-11%
H. Virgen de la Victoria	56%	-9%	39%	4%	25%	-10%
H. Antequera	79%	14%	47%	11%	30%	-5%
H. Serranía de Ronda	69%	4%	51%	15%	40%	5%
H. Virgen Del Rocío	68%	3%	40%	4%	27%	-7%
H. Virgen Macarena	59%	-6%	40%	4%	23%	-11%
H. de Valme	59%	-6%	26%	-10%	26%	-9%
H. Nra. Sra. Mercedes	55%	-10%	33%	-3%	52%	17%
Total	65%		36%		35%	
Máximo	89%		52%		57%	
Mínimo	47%		17%		19%	

DDD: Dosis Diaria Definida IBP: Inhibidor de la Bomba de Protones AINES: Antiinflamatorios no esteroideos

ANEXO IX.5

CONSUMO EXTERNO . CONSUMO DE ANTIRRETROVIRALES

HOSPITAL	CONSUMO DE ANTI- RRETROVIRALES (€)	ESTIMACIÓN DEL Nº PACIENTES	DISPENSACIONES ANUALES EFECTUA- DAS	CONSUMO MEDIO POR DISPENSA- CION	DIFERENCIA CON MEDIA SAS (€)
H. Jerez de la Fra.	2.110.720	250	3.002	703	77
H. Virgen Macarena	3.032.362	370	4.440	683	57
H. Infanta Margarita	74.866	9	110	681	55
H. Antequera	57.253	7	86	666	40
H. Punta de Europa	1.876.676	240	2.878	652	26
H. Motril	609.122	78	938	649	23
H. V. de la Victoria	2.882.269	372	4.460	646	20
H. Puerto Real	2.109.332	277	3.320	635	9
H. Juan R. Jimenez	2.672.576	354	4.251	629	3
H. Virgen del Rocío	6.296.710	838	10.058	626	0
H. Reina Sofia	4.032.147	537	6.441	626	0
H. Carlos Haya	5.438.616	724	8.688	626	0
H. Infanta Elena	749.295	100	1.197	626	0
H. San Cecilio	1.964.281	261	3.138	626	0
H. Torrecardenas	1.635.527	218	2.613	626	0
H. Ubeda	254.831	34	412	619	-7
Complejo H. Jaen	1.153.520	156	1.876	615	-11
H. Puerta del Mar	2.606.836	354	4.245	614	-12
H. Baza	114.576	16	188	609	-17
H. San Agustín	387.195	53	640	605	-21
H. La Línea	1.540.732	216	2.593	594	-32
H. Valme	2.630.467	376	4.512	583	-43
H. Serrania de Ronda	166.227	24	290	573	-53
H. V. de Las Nieves	1.808.591	269	3.226	561	-65
H. Osuna	195.499	30	355	551	-75
H. Axarquia	374.782	64	762	492	-134
TOTAL	46.775.008	6.227	74.719	626	0
IMPORTE MAXIMO				703	77
IMPORTE MINIMO				492	-134
DIFERENCIA MAXIMA				211	

ANEXO X

COMPARACIÓN DE PRECIOS UNITARIOS DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS

		(EN €)			
CODIGO	DENOMINACION	MÁXIMO	MÍNIMO	DIFER.	INCREM.
706499	OMEPRAZOL 40 mg vl.	7,91	3,99	3,92	98%
677765	CISATRACURIO 2mg/ml 10 ml	7,88	4,06	3,82	94%
688267	EPOETINA ALFA 10000 UI jer.	116,74	61,84	54,90	89%
688283	EPOETINA ALFA 3000 UI jer.	28,36	17,16	11,20	65%
903674	TRASTUZUMAB 150 mg vl.	660,80	418,64	242,16	58%
688275	EPOETINA ALFA 4000 UI jer.	37,31	25,11	12,20	49%
688291	EPOETINA ALFA 2000 UI jer.	18,96	12,77	6,19	48%
661249	PANTOPRAZOL 40 mg vl.	7,19	4,93	2,26	46%
674804	EPOETINA ALFA 6000 UI jer.	55,17	37,72	17,45	46%
674796	EPOETINA ALFA 5000 UI jer.	45,98	31,76	14,22	45%
694430	LENOGRASTIM 34 MU vl	62,50	43,25	19,25	45%
635060	CEFTAZIDIMA 1g IV vl.	7,76	5,41	2,35	43%
679076	ANFOTERICINA B LIPOSOMIC 50 mg	149,62	104,50	45,12	43%
998427	FILGRASTIN 30 M jer.	62,50	44,36	18,14	41%
792242	RUBAVIRINA cap 200 mg	4,67	3,38	1,29	38%
873075	INTERFERON-PEGILADO 100 microg	174,95	129,98	44,97	35%
690503	HEMOSTATICO TOPICO 5 ml vl.	299,52	222,65	76,87	35%
683060	LEVOFOLINATO Ca 175 mg vl.	53,40	40,05	13,35	33%
686733	AMIFOSTINA 500 mg vl.	184,53	140,01	44,52	32%
936609	DARBEPOETINA 40 mcg jer.	73,70	57,32	16,38	29%
602870	LEVOFLOXACINO 500 mg/100 ml vl	30,20	24,61	5,59	23%
906974	LOPINAVIR+RITON.133/33 mg cap	2,63	2,18	0,45	21%
998344	TEICoplanina 400 mg vl.	39,93	33,58	6,35	19%
973909	IMPENEM 500 mg IV vl.	12,29	10,57	1,72	16%
749150	ZOLEDRONATO 4 mg vl.	310,92	272,49	38,43	14%
651406	IOPROMIDA 370 mg/ ml 200 ml vl	79,14	69,41	9,74	14%
901140	DIDANOSINA 400 mg caps.	5,70	5,05	0,65	13%
643247	EPIRUBICINA 50 mg vl.	66,00	58,73	7,27	12%
676262	RILUZOL 50 mg comp.	5,77	5,14	0,63	12%
753699	TOBRAMICINA 300 mg ampollas AE	48,71	43,47	5,24	12%
842534	OXALIPLATIN 100 mg vl	437,21	391,96	45,25	12%
736488	GRANISETRON 3 mg amp.	26,43	23,79	2,64	11%

VII. ALEGACIONES

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 2, segundo párrafo

ALEGACIÓN Nº 1

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 3

Sin embargo, los Contratos Programa suscritos por el SAS y sus hospitales hasta el ejercicio 2000 sólo recogían objetivos relativos al consumo de medicamentos por paciente ingresado, no considerando por tanto a los pacientes externos y, por otro lado, no se tenía en cuenta el impacto que la prescripción de los médicos especialistas ejerce sobre el gasto de farmacia en Atención Primaria, que se estima oscila entre un 40 y un 60% (la primera receta la expide el médico especialista y las siguientes son expedidas por los médicos de Primaria y difícilmente éstos suelen prescribir medicamentos con otra denominación o marca comercial. No obstante, este efecto se está aminorando mediante el fomento de la prescripción por principio activo).

No obstante, desde el ejercicio 2001 con la introducción del nuevo esquema de Contrato Programa de periodicidad cuatrienal, si bien con fijación de objetivos para cada ejercicio de dicho período, se introduce en la Atención Especializada la filosofía del Programa de Uso Racional del Medicamento y se empieza a considerar el problema del crecimiento del gasto farmacéutico desde una perspectiva integral, lo que se ha concretado en la elaboración del Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica entre Distritos y Hospitales, aprobado recientemente (2003).

ALEGACIÓN Nº 2

Disentimos de estas afirmaciones, puesto que los Contratos Programa suscritos por el SAS y sus hospitales recogían objetivos relativos al consumo de medicamentos en pacientes externos y objetivos concretos de

Uso Racional del Medicamento prescrito a través de receta, con anterioridad al año 2000.

La diferencia que se introduce en el ejercicio 2001 es la fijación de objetivos comunes de Uso Racional del Medicamento en la prescripción a través de recetas a Distritos y Hospitales.

A tenor de lo expuesto, en el segundo párrafo, sería más exacto decir que se “intensifica” en Atención Especializada la filosofía de URM.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 9

La ausencia de objetivos internos o de su evaluación (salvo en dos de los centros seleccionados) ha impedido analizar la eficacia en el logro de los mismos.

ALEGACIÓN Nº 3

Tal y como el objetivo de análisis de eficacia se describe en el punto 6, y tomando en consideración que al mismo se dedica en torno al 25% de la extensión del informe y de los anexos, no parece una limitación al alcance, en el sentido de ser un condicionante manifiesto al contenido del Informe o que imposibilite la obtención de conclusiones significativas, el que no se analice el grado de eficacia en los objetivos internos de los Centros que han sido objeto de una especial atención.

Por lo tanto, se propone eliminar tal referencia como limitación al alcance, en la medida en que el hecho en sí queda recogido ya en punto 54.

Por otra parte, teniendo en cuenta la amplia y exigente batería de objetivos institucionales para los Servicios de Farmacia, puede considerarse normal el hecho de que no existan objetivos adicionales internos, salvo en el caso en que los mismos estén constituidos como Unidades de Gestión Clínica.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 14, último párrafo.

Durante el ejercicio se ha producido la implantación del sistema FOG (siglas de Fondo de Órgano Gestor o registro de facturas asociado al Sistema Júpiter). En algunos casos dicha implantación se ha producido durante el ejercicio, lo que ha ocasionado dificultades al centro hospitalario y al equipo de auditoría para efectuar la conciliación, al encontrarse la información fragmentada.

ALEGACIÓN Nº 4

Bajo las siglas FOG se designa coloquialmente al Subsistema de Registro de Facturas y Fondo de Órgano Gestor que, como sistema de contabilidad auxiliar, se asocia a la aplicación corporativa de la Comunidad Autónoma Júpiter.

Este sistema auxiliar comenzó su puesta en funcionamiento en el Servicio Andaluz de Salud durante el ejercicio 2001, si bien su implantación ha debido ser paulatina en el tiempo y en los Centros, tanto por los requerimientos informáticos que conlleva como por la necesidad de compaginar el cambio de herramientas con la imposibilidad de paralizar la actividad de gestión económica de los Centros.

A través del mismo puede hacerse un seguimiento puntual de cada una de las facturas que los proveedores expiden al SAS, que ahora se identifican con su numeración completa, fecha de expedición e importe, desde el momento de su recepción en el Registro de Entrada hasta que, en caso de ser conformes, se pagan las obligaciones que se derivan de la mismas, informando en cada momento de en que grado de avance está su trámite. Su mayor ventaja reside, por tanto, en la posibilidad de conciliar lo que hasta su puesta en funcionamiento habían sido dos lenguajes absolutamente diferenciados: el de los proveedores, que se expresan en términos de sus facturas, y el de la Administración, que se expresa a través de los documentos contables en los que, en su caso, se agregan las mismas.

Por ello, sin dejar de reconocer que, el periodo transitorio puede plantear algunos inconvenientes de adaptación, como en cualquier cambio de sistema de información, no es menos cierto que, una vez implantado y normalizado su funcionamiento, resulta una herramienta singularmente valiosa, entre otras cosas, para posibilitar la conciliación con proveedores.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 16, tercer párrafo.

Dichas cifras se encuentran muy alejadas de los objetivos del propio Servicio Andaluz de Salud, dado que en ejercicios anteriores al fiscalizado se había fijado que la proporción de obligaciones derivadas de expedientes sobre las obligaciones reconocidas alcanzase, al menos, el 80%, si bien se dan determinadas circunstancias que dificultan su consecución, principalmente las relacionadas con las insuficiencias de crédito, que impiden la reserva del crédito correspondiente, y de medios humanos, que dificultan la elaboración de los documentos que conforman los expedientes.

ALEGACIÓN Nº 5

Cuando se cita que existe un objetivo de contratación reglada distinta a suministro menor, mayor del 80%, consideramos que habría que indicar que éste era un objetivo horizonte, marcado para el cuatrienio 2001-2004. Este objetivo no era, para el caso de los medicamentos, de consecución inmediata, ya que el propio documento del Contrato programa para el año 2001 fijaba como objetivo a los hospitales la *"disminución en un cuarto de la distancia entre el valor alcanzado en el año 2000 y el 80% en todos los programas y conceptos (medicamentos, prótesis y reactivos)"*.

Además, hay que tener en cuenta las dificultades que han tenido y tienen los centros para que las empresas del sector farmacéutico acudan a la licitación. En el mercado farmacéutico hospitalario, podemos afirmar que alrededor del 60% de los productos son

de proveedor único (su fabricación y comercialización están protegidas por leyes de patentes y otras especiales de medicamentos). Este tipo de proveedores, por su posición totalmente dominante en el mercado, no licitaban a precios por debajo del Precio Venta Laboratorio (PVL). Otros, bien debido a una posición dominante en el mercado, bien a su desconocimiento de lo que significa la licitación pública (en relación con la mayor prontitud en el pago) o incluso por querer mantener sistemas ligados al antiguo acuerdo entre Sanidad y Farmaindustria, no licitaban a sus productos exclusivos ni siquiera a dicho PVL.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 17, tercer párrafo.

En ningún caso se ha utilizado el procedimiento de adjudicación mediante subasta. Si bien existen medicamentos que tienen carácter de exclusivos, también existen otros de escaso valor unitario y cuyos principios activos y presentación son idénticos y se ofrecen en múltiples marcas comerciales. De la lectura del art. 180 del Texto Refundido de la Ley de Contratos de Administraciones Públicas (TRLCAP) no se desprenden dificultades insalvables para la admisión de tal forma de adjudicación.

ALEGACIÓN Nº 6

**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

La literalidad del art. 180 del TRLCAP señala:

1. La subasta como forma de adjudicación del contrato de suministro sólo podrá utilizarse en aquellas adjudicaciones de escasa cuantía en las que los productos a adquirir estén perfectamente definidos por estar normalizados y no ser posible variar los plazos de entrega, ni introducir modificaciones de ninguna clase en el contrato, quedando por consiguiente el precio como único factor determinante de la adjudicación.

2. En los demás casos el contrato de suministro se adjudicará por concurso, salvo que, a tenor de lo dispuesto en los artículos siguientes, pueda utilizarse el procedimiento negociado.

Siendo cierto que los medicamentos cumplen la condición de que los productos a adquirir están perfectamente definidos y que algunos de ellos tienen un escaso valor unitario, no se ha recomendado ni aplicado la adquisición de medicamentos a través de subasta debido a las siguientes circunstancias:

- a) Si se trata de medicamentos de precio unitario reducido y de volumen de compras también reducido, es decir, que provocan adjudicaciones de cuantía reducida, la utilización de la subasta, como fórmula de obtención de mejores precios tendrá también un efecto reducido en el gasto. Sin embargo, diferenciar como fórmula de adjudicación la subasta para ellos exigiría la tramitación de un expediente de contratación diferente y específico, cuando la dificultad y escasez de medios personales en el área de contratación es una de las que justifican un volumen de contratación reglada inferior a la propia voluntad del Organismo y de sus Centros.
- b) Si se trata de medicamentos de precio unitario reducido, pero con un volumen de consumos importante, en los que la reducción de precios podría tener más incidencia en el gasto, las limitaciones que se imponen para no poder variar los plazos de entrega ni introducir modificaciones de ningún tipo en el contrato hacen esta forma de adjudicación poco apropiada. Ello es así, tanto por la importancia de las condiciones logísticas en los productos de consumo elevado (disponibilidad de almacenamiento, sistemas de distribución interna en su caso...), como por la variabilidad de las necesidades en el ámbito sanitario (no hay enfermedades, sino enfermos, que son tratados con los mejores procedi-

mientos clínicos posibles en un sector de una muy elevada innovación)

Por estas causas, por ser los medicamentos productos que están sometidos a un precio autorizado y por ser el procedimiento que la propia LCAP prevé como normal y prioritario para la adquisición de suministros, se ha recomendado y propiciado como fórmula de adquisición el concurso, siempre que sea posible y, preferentemente, al amparo del art. 172.1 a) del TRLCAP.

Otra cosa distinta es que, bajo la forma de concurso, cuando las condiciones de competencia lo permitan, se pondere con especial intensidad el precio como criterio de adjudicación.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 17, último párrafo.

El número de expedientes de contratación es muy variable de unos centros hospitalarios a otros.

ALEGACIÓN Nº 7

Uno de los hechos que se constata en cualquier análisis desagregado por Centros del SAS, es la variabilidad de comportamientos entre los mismos, aún cuando las reglas y directrices marcadas para todos ellos son comunes, ya que su aplicación práctica se ve decisivamente influenciada por las peculiares circunstancias que afectan a cada uno de ellos.

En el caso de los expedientes de contratación, el número de los mismos varía, entre otros factores, por el distintos "tamaño" de los expedientes, que pueden plantearse con más o menos amplitud de número de productos y con duraciones variables (Véase alegación 10). Por ello, se estima más representativo del esfuerzo de contratación reglada realizado por los centros otros parámetros, como el volumen de licitación y/o adjudicación.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 22, frase final.

Por otro lado, ocurre con productos relacionados con este expediente -pero, debido a lo indicado en el párrafo anterior, no imputados al mismo- que de un mismo pedido se elaboran 7 facturas de numeración correlativa y de la misma fecha (seis del mismo importe, 10.648,94 Euros, y una de 7.099,30 Euros), con el fin de que no superen el importe máximo establecido para el contrato menor en la LCAP. En consecuencia, se ha producido un fraccionamiento del objeto del contrato, lo que supone un incumplimiento del art. 68 del TRLCAP.

ALEGACIÓN Nº 8

Literalmente, el apartado 2 del art. 68 del TRLCAP señala:

"No podrá fraccionarse un contrato con objeto de disminuir la cuantía del mismo y eludir así los requisitos de publicidad, el procedimiento o la forma de adjudicación que corresponda".

En el supuesto a que se refiere el punto comentado, que corresponde a una adquisición derivada de Concurso Público, el fraccionamiento indicado debe considerarse una práctica anómala desde el punto de vista contable (al barrar los correspondientes D las obligaciones deben tramitarse en ADOP, cuya cuantía máxima individual está limitada en el Sistema Júpiter al importe máximo del suministro menor), sin que por ello se haya incumplido la legalidad en la adquisición, en cuando a los requisitos de publicidad, procedimiento y forma de adjudicación.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 27

ALEGACIÓN Nº 9

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 33

Se debe ofrecer a los hospitales dependientes del SAS apoyo en cuanto a normativa interna y de aplicaciones informáticas para poder efectuar con mayor facilidad y agilidad la valoración de ofertas de proveedores en los supuestos de concurso público. En muchos casos se presentan ofertas condicionadas a una, o incluso varias circunstancias, que dificultan de manera importante su cálculo, lo que repercute en un retraso de la tramitación de los expedientes de contratación.

ALEGACIÓN Nº 10

Como se ha comentado anteriormente (alegación 5), la variabilidad de prácticas en cuanto a la formulación de los expedientes de contratación es importante en los distintos Centros. El SAS ha optado por un modelo de compras descentralizado, en que se respeta la autonomía y responsabilidad de cada Centro de Gasto para poderse adaptar mejor a las diferentes circunstancias peculiares que les son propias y que difícilmente pueden contemplarse en su totalidad para el conjunto de la Comunidad Autónoma.

Si no existe una homogeneidad de criterios de adjudicación, difícilmente puede plantearse una solución informática global, que simplifique su valoración.

No obstante, con el fin de facilitar la adquisición y homogeneizar los precios de los medicamentos a la baja, en el año 2003, el SAS adjudicó un Concurso Centralizado de Determinación de tipo de Medicamentos en el que se incluían criterios de adjudicación y se estimulaba la competencia entre los licitadores.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 41, tercer párrafo.

Entre las causas de este incumplimiento se indican las mismas que en el punto anterior, además de problemas de información (el programa ATLAS, de análisis de la prescripción farmacéutica, era utilizable en los Servicios Centrales

del SAS, pero no en todos los centros hospitalarios), no informatización de las consultas (se está trabajando actualmente en un programa informático al efecto en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, que está en fase de pilotaje) y que este tipo de objetivos requieren una implantación progresiva.

ALEGACIÓN Nº 11

En este punto hay que hacer notar que el programa informático ATLAS estaba disponible para todos los hospitales, si bien problemas técnicos impedían su utilización en algunos hospitales.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 42**ALEGACIÓN Nº 12****ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 43 primero y segundo párrafo.**

El objetivo Nº de envases de medicamentos prescritos de Valor Intrínseco No Elevado (VINE) menor del 12%, pretende que la práctica médica excluya de la financiación pública -o, al menos, disminuya considerablemente su utilización- a determinados medicamentos de los que no existe evidencia suficiente de sus efectos terapéuticos (siempre deben existir algunos de ellos al considerar el efecto placebo).

Se podía haber optado por la exclusión de la financiación mediante una norma y así se hizo en su momento por el Ministerio de Sanidad (Real Decreto 83/1993, de 22 de enero y Real Decreto 1663 /1998, de 24 de julio). Sin embargo, la Comunidad Autónoma de Andalucía decidió mantener su financiación (Decreto 159/1998, de 28 de julio), dejando en manos de los profesionales la decisión de prescribirlos o no. Se pretende que a través de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de cada hospital se definan criterios para reducir o limitar su número y prescripción.

ALEGACIÓN Nº 13**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

Debe señalarse, además, que no puede establecerse una total equiparación entre los medicamentos excluidos de financiación a través de los citados Reales Decretos y los VINE. Precisamente una de las causas fundamentales para mantener la financiación pública de los incluidos en el RD 1663/98 era que entre ellos, además de medicamentos VINE, existían otros necesarios para el tratamiento de pacientes con determinadas patologías, que hubieran quedado sin cobertura. Y, por otro lado, siguen existiendo gran cantidad de VINE en la prestación del SNS.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 47, primer párrafo.

Con el objetivo El consumo de medicamentos en VIH, esclerosis múltiple y enfermedad de Gaucher será menor que el especificado en el Contrato Programa, se efectúa un seguimiento de determinadas patologías que llevan asociado un consumo de medicamentos de alto valor económico, si bien afectan a un reducido número de pacientes (su tendencia de incremento puede considerarse bastante previsible).

ALEGACIÓN Nº 14

Puede señalarse que el esfuerzo que el sistema sanitario público realiza para estas patologías es muy elevado, ya que, por ejemplo, el tratamiento de un enfermo de Gaucher puede suponer hasta 360.000 euros anuales (a dosis de 60 mg/kg de peso cada 14 días), mientras que el tratamiento con factor VII recombinante activado para el hemofílico que lo precise, puede elevarse a un coste anual por paciente de hasta 600.000 euros.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 59, segundo párrafo.

ALEGACIÓN Nº 15**ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 59, tercer párrafo.**

De dicho estudio se deduce que el coste medio por paciente resulta de 7.512 € y el coste medio por dispensación resulta a 626 €, oscilando desde los 703 hasta los 492 €, lo que supone una diferencia del 43%, si bien la terapia aplicada a los distintos pacientes es variable.

ALEGACIÓN Nº 16**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

La diferencia de coste por paciente VIH entre distintos hospitales obedece a varios factores, entre ellos algunos que pueden estar ligados a la eficiencia, pero también a otros que son de estricto carácter asistencial, entre los que destacan:

- a) La gravedad-antigüedad de los pacientes a los que se atiende, ya que, a mayor antigüedad, mayor es la necesidad en número de fármacos y mayor la necesidad de los medicamentos más nuevos, que siempre son de mayor coste
- b) La posibilidad o conveniencia de las llamadas "vacaciones terapéuticas", periodos que el enfermo deja de recibir fármacos y, por lo tanto, se excluyen del cómputo de pacientes atendidos.

Ahora bien, las vacaciones terapéuticas son aplicables a pacientes que generalmente se suelen tratar con terapias más sencillas y de menor coste. Por ello, se da la paradoja de que un Centro que tenga pacientes en vacaciones terapéuticas, lo que supone un menor gasto total en la atención al VIH, provoquen simultáneamente que su coste medio por paciente aumente.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 60, tercer párrafo.

En total son 32 los medicamentos en que se produce tal circunstancia, oscilando desde el 11 al 98%: en 11 productos las diferencias son del 10 al 20%; en 2, del 21 al 30%; en 6 del 31 al 40%; en 8, del 41 al 50%; y en 5 del 51 al 98% reseñado.

ALEGACIÓN Nº 17**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

Sin embargo, desde el punto de vista de la economía, es más importante determinar si los precios a los que se adquieren son o no elevados, en relación con los que puedan considerarse "de mercado".

En el caso de los medicamentos, definidos por su código nacional, se da la circunstancia de ser productos sometidos a un régimen de precios autorizados, que se fijan por el Ministerio de Sanidad y Consumo, sirviendo como referencia para las adquisiciones hospitalarias el denominado Precio de Venta Laboratorio (PVL) más el IVA que ha de soportarse como consumidor final.

Por ello, sobre los datos disponibles del Anexo X se ha incluido el cálculo del PVL+IVA por dosis, y el porcentaje que suponen los valores máximo y mínimo declarados sobre el mismo.

Se comprueba así, por ejemplo, que la máxima variabilidad observada, la diferencia del 98% entre precio máximo y mínimo, obedece a que se ha conseguido en el valor mínimo una oferta 2x1.

También se observa que los precios máximos más frecuentes corresponden a un descuento del 1% sobre PVL+IVA, un descuento que existía en el antiguo convenio con FARMAINDUSTRIA, que dejó de estar vigente en 1996, pero al que siguen de

facto aferrados los laboratorios para no hacer mayores bajadas.

Sólo en 7 productos de los 32 analizados, el precio máximo declarado supera al fijado por el Ministerio de Sanidad para la adquisición directa al laboratorio fabricante, situación que puede estar motivada por tratarse de adquisiciones esporádicas, no realizadas directamente al laboratorio fabricante, sino a distribuidores o incluso oficinas de farmacia, aunque tampoco cabe descartar la existencia de algún error en la información facilitada por los Centros, asociada al número de dosis por envase, que podría verificarse a través de las facturas a las que corresponden dichas adquisiciones.

En cuanto a los precios mínimos, es de destacar como en muchos de nuestros hospitales se consiguen eficiencias importantes en la adquisición de medicamentos.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 61, primer párrafo.**ALEGACIÓN Nº 18****ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 62, segundo párrafo y siguientes.**

A pesar de los positivos resultados obtenidos con el Programa de Uso Racional del Medicamento (URM), el grupo de trabajo que ha elaborado el Plan detectaba "algunas deficiencias o requerimientos de mejoras, como son:

- Insatisfacción en la obtención de la prestación farmacéutica de aquellos pacientes "no ingresados", cuyos tratamientos tienen que ser dispensados en el hospital y residen en lugares alejados del mismo.

- Falta de implicación de los médicos especialistas en el URM cuando prescriben a pacientes externos.

- Necesidad de actualización de las funciones de los servicios de farmacia de atención primaria y especializada ante la demanda de nuevas actividades de URM.
- Excesiva promoción de los medicamentos por parte de la industria y escaso control de la administración sobre ésta.
- Excesiva burocratización en la prestación farmacéutica realizada a través de recetas.
- Necesidad de introducir mejoras en el sistema de información de farmacia que permitan abordar nuevos objetivos de gestión de la prestación farmacéutica, especialmente en el nivel de atención especializada.
- La selección de medicamentos no se realiza en todos los casos con el rigor científico necesario.
- Existencia de cierta variabilidad en los precios de adquisición de los medicamentos.
- Escaso control en la prestación farmacéutica que se facilita a los pacientes ingresados en centros sociosanitarios.
- Falta de colaboración entre el nivel de atención primaria y de especializada para la consecución de una mejor utilización de los medicamentos.

ALEGACIÓN Nº 19

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Para que el informe fuera ecuaníme, habría que unir a cada una de las deficiencias detectadas, el objetivo específico marcado para su mejora y la propuesta concreta de actuación para cada una de ellas.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 63, tercer párrafo.

En febrero de 2003 se ha producido la adjudicación del concurso público de determinación

de tipo y precio, cuya vigencia se va a extender hasta febrero de 2005.

Han sido licitados 144 lotes que han sido seleccionados por tener un consumo significativo y competencia en el mercado español, resultando adjudicados 127 y declarados desiertos 17 lotes.

En los lotes adjudicados, 269 ofertas han resultado adjudicatarias y 114 rechazadas por no haber obtenido la puntuación mínima de los criterios de adjudicación establecidos.

Todos los medicamentos adjudicados deberán ser necesariamente adquiridos a alguno de los laboratorios que hayan resultado adjudicatarios, a través de procedimientos negociados sin publicidad, según se establece en el propio pliego de cláusulas administrativas particulares del concurso.

ALEGACIÓN Nº 20

En este punto consideramos que el fin último de este concurso de determinación de tipo y precio es muy importante y no se explicita en dicho punto. El objetivo ha sido, por un lado, facilitar a hospitales y distritos, la adquisición reglada de medicamentos distinta a suministro menor, y por otro lado, homogeneizar los precios de adquisición de medicamentos a la baja. Por primera vez en un concurso de determinación de tipo y precio se ha logrado estimular la competencia entre proveedores. Este hecho singular consideramos que es muy importante y que junto con los objetivos debería recogerse en el informe.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 71, tercer párrafo.

ALEGACIÓN Nº 21

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 71, cuarto párrafo.

- Se debe dotar a los centros hospitalarios de aplicaciones informáticas, tanto para la gestión administrativa del circuito de adquisición como para la valoración de ofertas de proveedores, y de manuales de procedimiento de adquisición.

ALEGACIÓN Nº 22

Este punto está contestado en la alegación 10.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 73, tercer párrafo.

De acuerdo con las estimaciones efectuadas por el propio SAS, en 23 de los 29 hospitales dependientes del SAS hay un déficit de titulados superiores en Farmacia cifrado en un total de 55 efectivos.

ALEGACIÓN Nº 23**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

Consideramos que en este punto habría que resaltar que la plantilla que el "Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica en tres Distritos y Hospitales" estima como necesaria es una plantilla horizonte, a la que se tenderá paulatinamente en la medida en que se implanten las correspondientes líneas de actividad.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 76

En cuanto a los pacientes externos, se ha analizado el coste medio por dispensación de antirretrovirales en la patología de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), resultando unas diferencias de unos centros hospitalarios a otros que pueden llegar al 43%, si bien la terapia aplicada a los distintos pacientes es variable (§ 59).

Se recomienda se estudie la conveniencia de proceder a la adquisición centralizada de algunos productos farmacéuticos de alto coste.

ALEGACIÓN Nº 24

Como se ha indicado anteriormente (véase alegación 16) la variabilidad en el coste por dispensación a pacientes con SIDA viene determinada por multitud de factores que no son el coste de cada medicamento. Respecto a la recomendación de estudiar la conveniencia de adquirir centralizadamente algunos productos farmacéuticos de alto coste como los antirretrovirales, hemos de indicar que ya se han licitado en el concurso de determinación de tipo y precio aquellos medicamentos de estas características que tienen competencia en el mercado (zidovudina exclusivamente en el caso de los antirretrovirales). Sin embargo, hay que añadir que la mayor parte de los medicamentos de este tipo están protegidos por patentes, por lo que no existe competencia en el mercado y por tanto no tiene sentido la realización de adquisiciones centralizadas.

CUESTIÓN OBSERVADA: Punto 77, conclusión.

ALEGACIÓN Nº 25**ALEGACIÓN ADMITIDA**

RESOLUCION de 22 de febrero de 2005, por la que se ordena la publicación del Informe de Fiscalización de la Sociedad de Desarrollo Económico Municipal de Dos Hermanas, S.A. (DESADOS), correspondiente a los ejercicios 2001-2002.

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 día 25 de noviembre de 2004,

RESUELVO

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de Fiscalización de la Sociedad de Desarrollo Económico Municipal de Dos Hermanas, S.A. (DESADOS), correspondiente a los ejercicios 2001-2002.

Sevilla, 22 de febrero de 2005.- El Consejero Mayor, Rafael Navas Vázquez.

FISCALIZACION DE LA SOCIEDAD DE DESARROLLO
ECONOMICO MUNICIPAL DE DOS HERMANAS, S.A.
(DESADOS)

Ejercicios 2001-2002
(OE 09/2003)

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 25 de noviembre de 2004 con asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de fiscalización de la Sociedad de Desarrollo Económico Municipal de Dos Hermanas, S.A. (DESADOS), correspondiente a los ejercicios 2001-2002.

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS Y ALCANCE
 - II.1. Objetivos
 - II.2. Alcance
- III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACION
 - III.1. Revisión del control interno
 - III.2. Análisis de los estados financieros
 - III.2.1. Inmovilizado
 - III.2.2. Subvenciones de Capital
 - III.2.3. Subvenciones de Explotación
 - III.2.4. Ingresos y gastos
 - III.3. Revisión del cumplimiento de legalidad
- IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y OPINION
 - IV.1. Conclusiones y recomendaciones de control interno
 - IV.2. Conclusiones de regularidad
 - IV.3. Opinión de regularidad
- V. ANEXOS
- VI. ALEGACIONES

ABREVIATURAS

BOICAC	Boletín Oficial del Instituto de Contabilidad de Auditoría de Cuentas
BOP	Boletín Oficial de la Provincia
EPSA	Empresa Pública de Suelo de Andalucía
IFA	Instituto de Fomento de Andalucía
INEM	Instituto Nacional de Empleo
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
PNCGA	Principios y Normas Contables Generalmente Aceptados
TRLSA	Texto Refundido de la Ley de Sociedades Anónimas
PYME	Pequeña y Mediana Empresa