

Compendio de auditorías

| Salud pública

Informes de auditoría publicados entre 2014 y 2019

Diciembre de 2019

ES

Contacto: www.contactcommittee.eu

© Unión Europea, 2019.

Reproducción autorizada siempre que se cite la fuente.

Fuente: Comité de Contacto de las Entidades Fiscalizadoras Superiores de la Unión Europea.

Para utilizar o reproducir el siguiente material, debe obtenerse el permiso directamente de los titulares de los derechos de autor:

Ilustraciones 1, 6 y 8: © OCDE/Unión Europea, 2018.

Ilustraciones 2, 3, 7, 9, 12, 13 y 14: © OCDE.

Ilustración 4: © Organización Mundial de la Salud (OMS).

Prólogo	7
Resumen	9
PARTE I – La salud pública en la UE	10
Salud pública – sumar más años a la vida y más vida a los años	11
Política de salud de la UE	12
Base jurídica y responsabilidades	12
Objetivos de la política	13
Financiación	14
La salud pública en los Estados miembros de la UE	15
Prevención y protección	16
Acceso a la asistencia sanitaria	22
Calidad de los servicios sanitarios	25
Nuevas tecnologías y sanidad electrónica	28
Sostenibilidad presupuestaria y otros aspectos financieros	33
PARTE II — Resumen del trabajo realizado por las EFS	37
Introducción	38
Metodología de auditoría	38
Período auditado	38
Prevención y protección	41
Objetivos de auditoría	41
Principales observaciones de auditoría	41
Acceso a los servicios sanitarios	42
Objetivos de auditoría	42
Principales observaciones de auditoría	43
Calidad de los servicios sanitarios	44
Objetivos de auditoría	44

Principales observaciones de auditoría	44
Nuevas tecnologías y sanidad electrónica	45
Objetivos de auditoría	45
Principales observaciones de auditoría	45
Sostenibilidad presupuestaria y otros aspectos financieros	46
Objetivos de auditoría	46
Principales observaciones de auditoría	47
Seguimiento de las auditorías	47
PARTE III – Panorama general de los informes de las EFS	48
Prevención y protección	49
Bélgica – Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof	50
Política flamenca de prevención de la salud – evaluación de los resultados de las políticas	50
Eslovenia – Računsko Sodišče Republike Slovenije	55
Cómo abordar la obesidad infantil	55
Francia – Cour des comptes	59
Prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria: los próximos pasos	59
Polonia – Najwyższa Izba Kontroli (NIK)	63
La prevención y el tratamiento de la diabetes de tipo 2	63
Acceso a los servicios sanitarios	67
Alemania – Bundesrechnungshof	68
Se requiere investigación sanitaria para estudiar el valor del tratamiento ortodental	68
Lituania – Valstybės Kontrolė	72
La accesibilidad de los servicios de asistencia sanitaria y la orientación hacia el paciente	72
Malta – National Audit Office	76
El papel del médico de familia - El núcleo de la atención primaria	76
Portugal –Tribunal de Contas	80

Acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria en el Servicio Nacional de Salud de Portugal	80
Rumanía – Curtea de Conturi a României	84
Desarrollo de las infraestructuras sanitarias a escala nacional, regional y local para incrementar el acceso a los servicios de salud	84
Unión Europea – Tribunal de Cuentas Europeo	88
Medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza: ambiciones importantes, pero se requiere una mejor gestión	88
Calidad de los servicios sanitarios	92
Austria – Rechnungshof	93
Garantía de calidad aplicable a los médicos	93
Dinamarca – Rigsrevisionen	98
Informe sobre las diferencias en la calidad de la atención entre los hospitales daneses	98
Irlanda – Office of the Comptroller and Auditor General	101
Gestión de la cirugía ambulatoria programada	101
Nuevas tecnologías y sanidad electrónica	106
Bulgaria – Сметна палата на Република България	107
Sanidad electrónica	107
Estonia – Riigikontroll	112
Actividades estatales en la aplicación del sistema de sanidad electrónica	112
Letonia – Valsts Kontrole	116
¿Va por el buen camino el proyecto de «sanidad electrónica en Letonia»?	116
Sostenibilidad presupuestaria y otros aspectos financieros	121
Chequia – Nejvyšší kontrolní úřad	122
Fondos gastados por hospitales seleccionados para el reembolso de los costes	122
Eslovaquia – Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky	126
Finanzas públicas y propiedad de las instalaciones de asistencia sanitaria	126
España – Tribunal de Cuentas	130

La gestión y el control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)	130
Finlandia – Valtiontalouden Tarkastusvirasto	134
Proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social	134
Grecia – Ελεγκτικό Συνέδριο	139
Auditoría temática horizontal de los pagos atrasados del Estado respecto a hospitales, la Organización Nacional de Prestación de Servicios Sanitarios (EOPYY) y una dirección regional de sanidad	139
Hungría – Állami Számvevőszék	143
Análisis de síntesis de la experiencia adquirida a través de la fiscalización de hospitales	143
Italia – Corte dei conti	146
Ejecución del programa extraordinario para la reforma de edificios y la modernización tecnológica del patrimonio inmobiliario de las instituciones públicas de salud	146
Luxemburgo – Cour des comptes	149
Financiación pública de inversiones hospitalarias	149
Trabajo de auditoría de las EFS de la UE participantes relacionado con la salud pública desde 2014	154
Siglas y acrónimos	174
Glosario	177

Prólogo

Estimado lector:

El Comité de Contacto de las Entidades Fiscalizadoras Superiores de la Unión Europea (EFS) constituye un foro para debatir y abordar temas de interés común relacionados con la auditoría pública en la UE y sus Estados miembros. Mediante el refuerzo del diálogo y la cooperación entre sus miembros, el Comité de Contacto contribuye a una auditoría externa eficaz de las políticas y los programas de la UE, lo que también ayuda a reforzar la rendición de cuentas en la UE y sus Estados miembros, así como a mejorar la gestión financiera y la buena gobernanza de la UE en beneficio de sus ciudadanos.

En nuestra reunión anual de 2017 en Luxemburgo, decidimos intensificar nuestros esfuerzos para dar a conocer el trabajo de auditoría reciente realizado por las entidades fiscalizadoras superiores de la UE. Un año después, en 2018, publicamos el primer compendio de auditorías y reunimos en un único documento el trabajo de las EFS de la UE sobre el empleo juvenil y la integración de los jóvenes en el mercado laboral. Ante el éxito de esta primera edición, el Comité de Contacto decidió mantener la actividad y abordar otros temas de interés general. De esta manera, presentamos con orgullo la segunda edición del compendio de auditorías, centrado en nuestras auditorías recientes en materia de salud pública y cuestiones relacionadas.

En las últimas décadas, los sistemas sanitarios de los Estados miembros de la UE se han enfrentado a numerosas dificultades, como el constante aumento de los costes, el envejecimiento de la población y la movilidad cada vez mayor de los pacientes y los profesionales sanitarios. Por tanto, la salud pública requiere que la UE y todos los Estados miembros coordinen sus esfuerzos; sin duda, esta cuestión seguirá ocupando un lugar destacado en la agenda política de las generaciones venideras.

En la Unión Europea, la responsabilidad principal en materia de salud pública recae en los Estados Miembros. La UE fundamentalmente presta apoyo a las iniciativas nacionales y se centra especialmente en complementar o coordinar las acciones de los Estados miembros en el ámbito de la salud pública. Como consecuencia, desde una óptica que engloba toda la UE, la salud pública es un ámbito difícil de fiscalizar.

Esta edición del compendio expone una introducción general a la salud pública y al papel de la UE y sus Estados miembros en este ámbito político, así como una visión global de determinados trabajos de fiscalización realizados por las EFS de la UE desde 2014, incluido un resumen de su trabajo. Para más información sobre estas auditorías, puede consultarse a las EFS interesadas.

Esperamos que el compendio de auditorías sea una fuente útil de información.



Klaus-Heiner Lehne

Presidente del Tribunal de Cuentas Europeo
Presidente del Comité de Contacto y jefe de proyecto

Resumen

I La salud pública es la ciencia de prevenir las enfermedades y prolongar la vida y tiene un impacto sobre la vida cotidiana de toda la población mundial. Por tanto, ocupa un lugar destacado en la agenda política de todas las sociedades modernas y lo seguirá ocupando en la de las generaciones venideras.

II En la UE, la responsabilidad principal en materia de salud pública recae en los Estados miembros y, por tanto, existen enormes diferencias entre sus distintos sistemas sanitarios. La Unión Europea apoya las iniciativas nacionales y se centra especialmente en complementar o coordinar las acciones de los Estados miembros en el ámbito de la salud pública.

III Como consecuencia, desde una óptica que engloba toda la UE, la salud pública es un ámbito difícil de fiscalizar. Sin embargo, debido a la importancia de la salud pública, las entidades fiscalizadoras superiores de la UE han realizado muchas auditorías sobre cuestiones relacionadas.

IV La primera parte de este compendio de auditorías expone una visión general de la salud pública en la UE, sus bases jurídicas, sus objetivos principales y las responsabilidades relacionadas. También muestra las principales dificultades a las que se enfrentan actualmente la UE y sus Estados miembros en este ámbito.

V En la segunda parte del presente compendio se resumen los resultados de auditorías seleccionadas y llevadas a cabo por las entidades fiscalizadoras superiores colaboradoras de veintitrés Estados miembros (Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chequia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal, Rumanía y el Reino Unido) y por el Tribunal de Cuentas Europeo en los últimos cinco años. En estas auditorías se abordaron aspectos importantes relativos a la salud pública, en particular la prevención, el acceso a los servicios sanitarios y la calidad de dichos servicios, el uso de nuevas tecnologías y la sostenibilidad fiscal de los servicios públicos de salud.

VI La tercera parte de este compendio de auditorías contiene fichas técnicas detalladas de auditorías seleccionadas y realizadas por las veintitrés EFS de los Estados miembros y por el Tribunal de Cuentas Europeo.

PARTE I – La salud pública en la UE

Salud pública – sumar más años a la vida y más vida a los años

- 1** La salud desempeña un papel importante no solo en las sociedades modernas en conjunto, sino también para cada una de las personas individualmente. Es un factor importante, si no el que más, para determinar la calidad de vida.
- 2** La salud pública, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es «**la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad**»¹ y comprende todas las actividades destinadas a mantener o mejorar la salud de las personas.
- 3** La salud, además de constituir un valor en sí misma, es también un importante factor económico. En Europa, como en casi todas las economías desarrolladas, la salud pública es uno de los ámbitos de gasto más importantes y de mayor crecimiento. La salud y los trabajadores sanitarios representan alrededor del 8 % de la mano de obra total en la UE².
- 4** En las últimas décadas, los sistemas sanitarios europeos se han enfrentado a numerosas dificultades. El envejecimiento de la población ha generado una demanda creciente de servicios sanitarios y una mayor atención a los cuidados de larga duración. La provisión de tecnología y tratamientos sanitarios innovadores y más eficientes ha ayudado a mejorar la salud en muchas zonas, pero también ha contribuido en algunos casos a incrementar los costes en el sector sanitario. Al mismo tiempo, los recursos financieros son limitados.
- 5** Por tanto, los sistemas sanitarios públicos no solo deben ser económicamente sostenibles, sino también resilientes: necesitan adaptarse eficazmente a un entorno que cambia aún más rápidamente y al mismo tiempo aprovechar las posibilidades que les ofrece la tecnología moderna.
- 6** En la UE, los sistemas sanitarios nacionales interactúan cada vez más entre sí, y la movilidad tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios es cada vez mayor entre los distintos Estados miembros. Por lo tanto, el futuro de la salud pública requerirá esfuerzos coordinados por parte de la UE y de todos los Estados miembros con el objetivo común de sumar más años a la vida y más vida a los años.

¹ Acheson, 1988; OMS.

² «Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle», OCDE/UE, OECD Publishing, París/UE, Bruselas, 2018. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Política de salud de la UE

Base jurídica y responsabilidades

7 El **Tratado de Maastricht** introdujo la salud en la agenda europea como sigue: «La Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana fomentando la cooperación entre los Estados miembros y, si fuere necesario, apoyando la acción de los mismos»³. El Tratado allanó el camino para mejorar el apoyo a los Estados miembros en materia de asistencia sanitaria en los siguientes ámbitos:

- mejorar la salud de los ciudadanos de la UE;
- modernizar la infraestructura sanitaria;
- aumentar la eficiencia de los sistemas sanitarios.

8 El **Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE)** también subrayó la importancia de la política de salud y dispuso en el artículo 168 que «[...] al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana».

9 De acuerdo con el TFUE, la **responsabilidad principal** de la protección de la salud y, en particular, de los sistemas sanitarios **recae en los Estados miembros**, y las acciones de la UE «[...] respetarán las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica».

10 El **papel principal de la UE** consiste así en apoyar, complementar o coordinar la acción de los Estados miembros en el ámbito de la salud pública. Dicha acción «[...] se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica»⁴.

³ Artículo 129 del Tratado de Maastricht (1992).

⁴ Artículo 168, apartado 1, del Título XIV del TFUE.

11 Dentro de la Comisión Europea, la coordinación global y la aplicación de la estrategia sanitaria son responsabilidad de la **DG Salud y Seguridad Alimentaria**, que apoya las acciones de los Estados miembros:

- proponiendo legislación;
- proporcionando ayuda financiera;
- coordinando y facilitando el intercambio de buenas prácticas entre los países de la UE y los expertos sanitarios;
- mediante actividades de promoción de la salud.

Objetivos de la política

12 Los **objetivos estratégicos de la política de salud de la UE** que define el programa de salud de 2014-2020⁵ son:

- **promover la salud, prevenir las enfermedades y fomentar estilos de vida saludables** a través del principio de «la salud en todas las políticas»;
- proteger a los ciudadanos de la UE de las **amenazas sanitarias transfronterizas**;
- contribuir a unos **sistemas sanitarios** innovadores, eficientes y sostenibles;
- facilitar el acceso de los ciudadanos de la Unión a una **asistencia sanitaria segura y de alta calidad**.

13 Las **prioridades específicas para el período 2016-2020** de la Comisión en materia de salud pública son, entre otras, alcanzar una mayor rentabilidad, hacer frente a las amenazas mundiales que vayan surgiendo, como la resistencia a los antibióticos, abordar los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles y fomentar la vacunación.

14 En el contexto del **próximo marco financiero plurianual** para el período de 2021-2027, el programa de salud de la UE estará cubierto por el Fondo Social Europeo Plus (FSE+). En la

⁵ Reglamento (UE) n.º 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de marzo de 2014, relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 y por el que se deroga la Decisión n.º 1350/2007/CE.

propuesta actual se sugieren los siguientes objetivos generales: la preparación ante situaciones de crisis, la atribución de mayores competencias a los sistemas sanitarios, apoyo de la legislación de la UE en materia de salud y trabajo integrado sobre las Redes Europeas de Referencia (RER), la evaluación de las tecnologías sanitarias y la aplicación de mejores prácticas e innovación en salud pública.

Financiación

15 La política de salud de la UE se puede financiar a través de distintos instrumentos. El principal instrumento dedicado exclusivamente a la salud es el **Programa de Salud de la UE**, con un presupuesto aproximado de 450 millones de euros para el período 2014-2020. Financia iniciativas en el ámbito de la promoción, la seguridad y la información en materia de salud.

16 Otros instrumentos con los que también se pueden financiar actividades relacionadas con la salud son:

- el programa de investigación **Horizonte 2020**, que apoya proyectos en campos como la biotecnología y las tecnologías médicas;
- la **política de cohesión de la UE**, que apoya inversiones en salud en países y regiones de la UE;
- el **Fondo Europeo para Inversiones Estratégicas**.

La salud pública en los Estados miembros de la UE

17 Existen enormes diferencias entre los distintos sistemas sanitarios de los Estados miembros de la UE, a pesar de basarse en valores comunes como, en especial, la igualdad, el acceso universal a una atención sanitaria de buena calidad y la solidaridad⁶.

18 Existen diferencias básicas entre los sistemas sanitarios en cuanto a la financiación y la prestación de sus servicios. En la UE se pueden distinguir tres modelos de métodos de financiación diferentes⁷:

- el «**modelo Beveridge**» es un sistema público financiado con los impuestos que generalmente proporciona una cobertura universal y depende de la residencia o la ciudadanía;
- en el «**Sistema de Seguro Social de Salud**», o «modelo Bismarck», la asistencia sanitaria se financia a través de contribuciones obligatorias a la seguridad social, normalmente procedentes de empleadores y empleados;
- el «**modelo mixto**» se basa en la financiación privada procedente de regímenes de seguros voluntarios o de pagos directos.

19 En 2016, la Comisión, en colaboración con la OCDE, lanzó la iniciativa «El estado de la salud en la UE», cuyo objetivo es ayudar a los Estados miembros a mejorar el rendimiento de sus sistemas sanitarios. Dentro de esta iniciativa, la Comisión publicó en 2018 el análisis **Health at a Glance** (Panorama de la salud), en el que compara datos de todos los Estados miembros en relación con el rendimiento de sus respectivos sistemas sanitarios.

20 El análisis se centra en cuestiones como las medidas de prevención, el acceso a los sistemas sanitarios y su eficacia, así como en la sostenibilidad presupuestaria. En la **ilustración 1** se resumen las principales conclusiones del informe:

⁶ Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea (DO C 146 de 22.6.2006).

⁷ Comité Europeo de las Regiones: La gestión de los sistemas sanitarios en los Estados miembros de la UE.

Ilustración 1 – Por qué es necesaria una inversión más inteligente en salud



Fuente: Comisión Europea, State of Health in the EU, ficha técnica sobre el informe *Health at a Glance: Europe 2018* (OCDE y Comisión Europea).

Prevención y protección

21 La prevención de enfermedades conlleva actuaciones encaminadas a reducir al máximo la carga de las enfermedades y sus factores de riesgo asociados⁸.

22 Se puede clasificar como sigue:

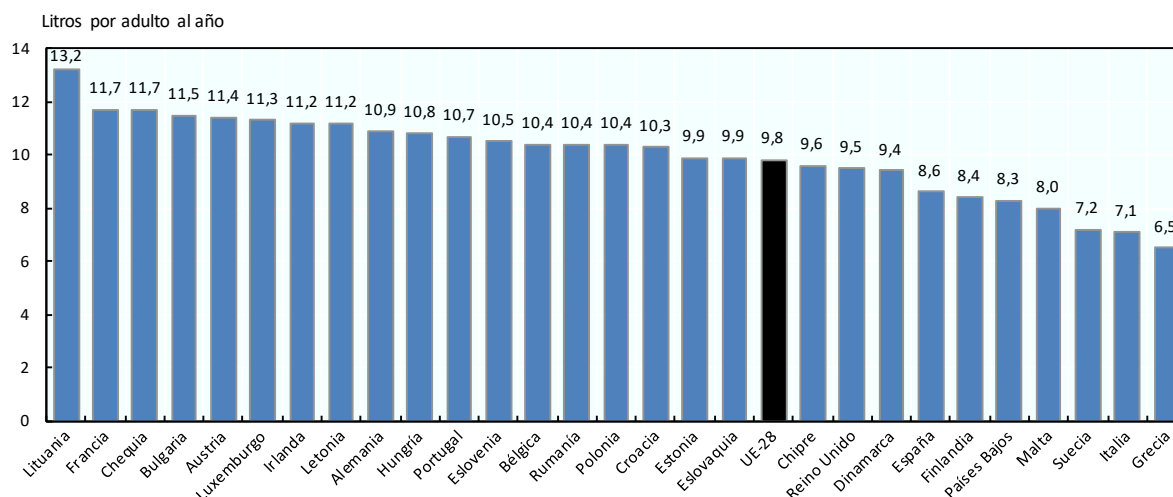
- la prevención primaria, cuyo objetivo es evitar las enfermedades antes de que aparezcan;
- la prevención secundaria, que es la detección temprana de una enfermedad;
- la prevención terciaria, que está destinada a reducir el impacto de una enfermedad.

⁸ OMS, 2017.

23 Se calcula que en 2016 **se produjeron 790 000 muertes prematuras en la UE** debido al tabaco, el consumo de alcohol, dietas poco saludables y una falta de actividad física⁹. Estas vidas podrían haberse salvado si se hubiese prestado más atención a la promoción de la salud y a la prevención.

24 En particular, las enfermedades no transmisibles (por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, el Alzheimer o la diabetes) suponen una alta proporción de muertes prematuras y provocan un gasto sanitario más elevado. A menudo, estas muertes se pueden evitar simplemente reduciendo los principales factores de riesgo que las provocan (por ejemplo, la contaminación, el tabaco, la falta de actividad física o el consumo de alcohol) (véanse las *ilustraciones 2, 3 y 4*). Esto es especialmente cierto en la UE, puesto que sigue siendo la región con mayor consumo de alcohol en el mundo. Los europeos beben aproximadamente 10 litros de alcohol al año, y cerca del 20 % de los adultos de la UE fuman a diario.

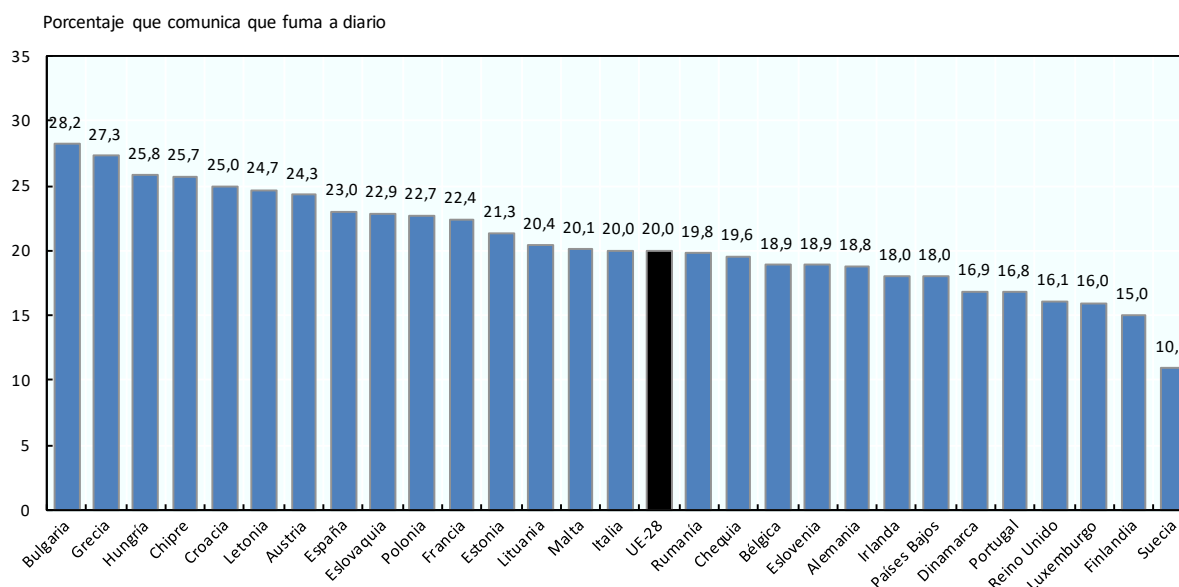
Ilustración 2 – Consumo global de alcohol en adultos
(2016 o último año disponible)



Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE.

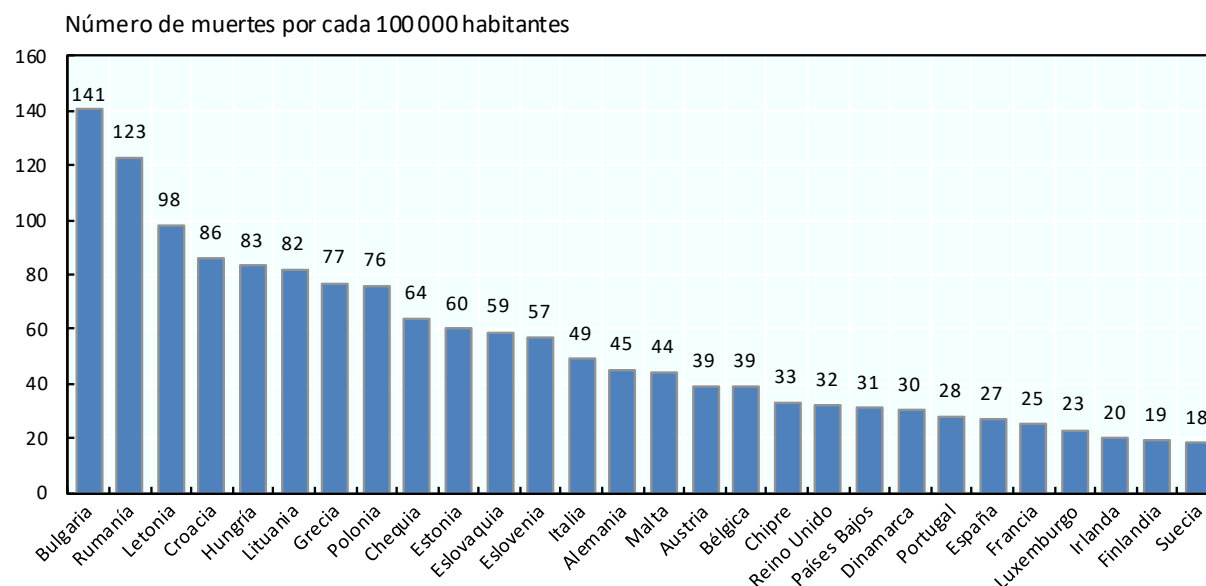
⁹ «Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle», OCDE/UE, OECD Publishing, París/UE, Bruselas, 2018. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Ilustración 3 – Porcentajes de consumo diario de tabaco en adultos (2016 o último año disponible)



Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE.

Ilustración 4 – Mortalidad imputable a al efecto combinado de la contaminación doméstica y de la contaminación atmosférica (por 100 000 habitantes, 2016)



Fuente: Estadísticas de Salud Mundial (OMS).

25 Aunque la prevención desempeña un papel clave no solo para salvar vidas, sino también para ahorrar **dinero**, por lo menos a largo plazo, actualmente **solo representa aproximadamente el 3 %** del gasto sanitario total¹⁰.

26 La prevención también es un ámbito que se caracteriza por sus **desigualdades significativas** en la mayoría de los Estados miembros, si no en todos ellos. La probabilidad de beneficiarse de medidas de prevención en materia de salud está fuertemente relacionada con la educación o el estatus socioeconómico, como se puede observar en los siguientes ejemplos:

- el veinte por ciento de los adultos con menor nivel educativo tienen obesidad en comparación con el doce por ciento de los adultos con educación superior;
- los adultos con menores ingresos tienen menos probabilidades de realizar los 150 minutos recomendados de actividad física a la semana y tienen mayor probabilidad de ser fumadores habituales.

27 Para reducir el número de muertes prematuras y permitir a las personas vivir más tiempo pero en un buen estado de salud, el enfoque debe **pasar de la curación de enfermedades a su prevención**.

28 Por tanto, la UE ha puesto en marcha en los últimos años varias iniciativas centradas específicamente en la prevención (véase el **recuadro 1**).

¹⁰ «Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle», OCDE/UE, OECD Publishing, París/UE, Bruselas, 2018. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Recuadro 1

Iniciativas de la UE en el ámbito de la prevención en materia de salud

Prevención a través de la información

El objetivo principal de la acción de la UE en relación con la prevención en materia de salud es proporcionar suficiente información pertinente para que los consumidores puedan tomar decisiones bien informadas.

Para abordar la **obesidad**, la Comisión Europea adoptó en 2007 una «Estrategia sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad» y puso en marcha varias iniciativas específicas en el mismo campo. Una de ellas consistía en establecer el marco jurídico de las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables (por ejemplo, «bajo contenido de materias grasas» o «calcio para unos huesos y dientes sanos»). En la práctica, este prohibía el uso de declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en el etiquetado o la publicidad de alimentos que no fueran claras, precisas o se basaran en pruebas científicas [Reglamento (CE) n.º 1924/2006¹¹].

Asimismo, la Comisión publicó un Plan de Acción contra la Obesidad Infantil¹², en el que se propone varios ámbitos principales de actuación y una posible herramienta para abordar el sobrepeso y la obesidad en niños y personas jóvenes de aquí a 2020.

La Directiva de los productos del tabaco de 2014 de la UE¹³ introdujo la obligación de añadir una advertencia sanitaria en el **tabaco** y los productos relacionados, y prohibió todos los elementos de promoción o que pueden inducir a error en el envasado.

¹¹ Reglamento (CE) n.º 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos.

¹² Plan de Acción de la UE contra la Obesidad Infantil 2014-2020, 24 de febrero de 2014 [actualizado el 12 de marzo y el 28 de julio de 2014].

¹³ Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE.

29 Con carácter más general, en 2018 la Comisión Europea creó un grupo director sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades y gestión de las enfermedades no transmisibles para apoyar a los países con el objetivo de alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible en el ámbito de la salud, en particular el objetivo número 3: «salud y bienestar». El grupo director ofrece asesoramiento y conocimientos especializados a la Comisión en el ámbito de la prevención y de la promoción de la salud.

30 Los Estados miembros han llevado a cabo distintas acciones para abordar los principales factores de riesgo para la salud:

- para reducir el **tabaquismo**, entre estas medidas se han introducido campañas de sensibilización, impuestos para aumentar los precios, legislación de entornos sin humo y restricciones a la publicidad;
- para reducir los riesgos vinculados al **consumo de alcohol**, muchos Estados miembros han limitado el acceso de los adolescentes a los productos alcohólicos, han aumentado los precios y han introducido normativas más estrictas en materia de publicidad. Todos los países de la UE han fijado niveles máximos de concentración de alcohol en sangre para los conductores;
- **obesidad**: un número creciente de Estados miembros han adoptado medidas para promover un estilo de vida saludable y, por tanto, prevenir o reducir la **obesidad** entre sus ciudadanos. Una de estas medidas consistió en proporcionar mejor información sobre nutrición para permitir a los ciudadanos tomar decisiones saludables como, por ejemplo, a través del etiquetado de los alimentos o de las restricciones publicitarias sobre los alimentos destinados a los niños;
- la mayoría de los Estados miembros también se comprometieron a adoptar medidas para reducir la **contaminación atmosférica** puesto que el aire contaminado todavía se cobra 400 000 víctimas cada año en la UE¹⁴

¹⁴ Véase el [Informe Especial n.º 23/2018 del Tribunal de Cuentas Europeo](#): «Contaminación atmosférica: nuestra salud no tiene todavía la suficiente protección».

Acceso a la asistencia sanitaria

31 El acceso universal a la asistencia sanitaria se define como la **disponibilidad de servicios sanitarios en el momento y lugar apropiados y a un precio adecuado**. Se trata de una de las condiciones previas más importantes para la igualdad en materia sanitaria.

32 El derecho de acceso a atención sanitaria de buena calidad se consagra en la carta de Derechos Fundamentales de la UE (artículo 35) y es, por tanto, uno de los principios rectores de los sistemas sanitarios en la UE. Además, es uno de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas (objetivo tres).

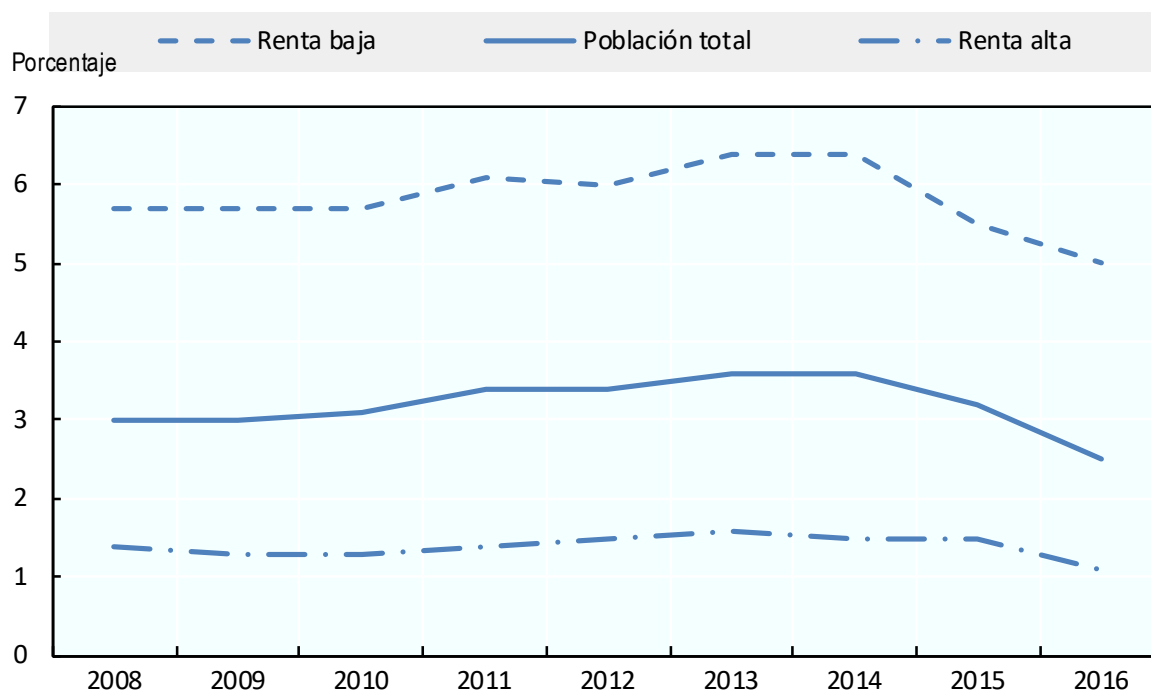
33 La accesibilidad a la asistencia sanitaria suele medirse a través del indicador del número de personas que declaran tener necesidades médicas no satisfechas. Las necesidades de cuidados médicos no se cubren si los servicios solicitados no están disponibles a tiempo, en el lugar adecuado o, en los sistemas de salud cuya financiación cuenta con participación privada, a un precio asequible.

34 En general, el acceso a la asistencia sanitaria está garantizado en la UE. En la mayor parte de los Estados miembros, la gran mayoría de los ciudadanos (bastante más del 90 %) no tienen necesidades de cuidados médicos no satisfechas que declarar, y la proporción de personas que declaran necesidades de cuidados médicos no satisfechas se ha seguido reduciendo en la última década (véanse las *ilustraciones 5 y 6*).

35 Sin embargo, el acceso a la asistencia sanitaria no está distribuido de manera uniforme y **no solo siguen existiendo desigualdades** entre los distintos países, sino también entre regiones y grupos de renta dentro de los países:

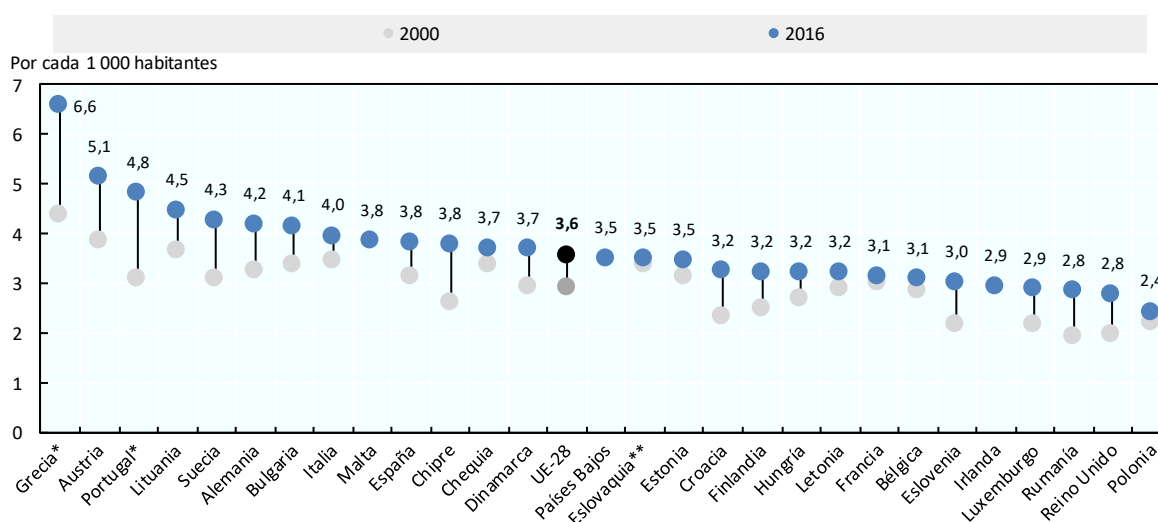
- en Estonia y Grecia, más del 10 % de los ciudadanos declararon una necesidad médica no satisfecha en 2016, lo cual sigue siendo un problema en estos dos países;
- la probabilidad de que existan necesidades médicas no satisfechas es cinco veces superior en los hogares de renta baja;
- las zonas rurales y remotas a menudo se caracterizan por una escasez de médicos de familia y los tiempos de espera para las cirugías que no son de urgencia han aumentado en muchos Estados miembros de la UE en los últimos años.

Ilustración 5 – Necesidades médicas no satisfechas por nivel socioeconómico en todos los Estados miembros de la UE (2008-2016)



Fuente: base de datos de Eurostat.

Ilustración 6 – Médicos en activo por cada 1 000 ciudadanos



* Los datos se refieren a todos los médicos habilitados para ejercer su profesión, lo que tiene como resultado una amplia sobreestimación del número de médicos en activo (por ejemplo, de alrededor del 30 % en Portugal).

** Los datos comprenden no solo los médicos que atienden directamente a los pacientes, sino también los que trabajan en el sector sanitario como gestores, educadores, investigadores, etc. (lo que añade otro 5-10 % de médicos).

Fuente: «Health at a Glance: Europe 2018», OCDE y Comisión Europea.

36 En la UE, se revisan periódicamente los datos sobre la accesibilidad de servicios sanitarios. En 2016, la Comisión creó un grupo de expertos sobre accesibilidad, entre otros problemas.

37 Sin embargo, mejorar el acceso a la asistencia sanitaria es principalmente **competencia de los Estados miembros**. Han adoptado varias medidas para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria como¹⁵:

- reforzar la atención primaria, incluyendo una mejor coordinación entre la atención primaria y especializada;
- aumentar la cobertura de los servicios sanitarios, y reduce así los pagos directos;
- incrementar los sueldos de los trabajadores del sector sanitario;
- ofrecer beneficios financieros a los médicos en zonas que no tienen una cobertura suficiente, es decir, zonas rurales y remotas.

38 También se han adoptado medidas específicas para garantizar el acceso a la asistencia sanitaria en otro Estado miembro de la UE (véase el [recuadro 2](#)).

¹⁵ European Semester Thematic Factsheet: Health Systems.

Recuadro 2

Asistencia sanitaria transfronteriza en la UE

Asistencia sanitaria transfronteriza: ¿cuáles son los beneficios para los ciudadanos de la UE?

La Directiva de la UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza, aprobada en 2011, establece el marco jurídico para los ciudadanos de la UE que buscan asistencia sanitaria en otro Estado miembro distinto al de su residencia.

Concede a los ciudadanos de la UE que desean buscar asistencia sanitaria en el extranjero acceso a asistencia sanitaria segura y de alta calidad en otro Estado miembro de la UE, y recibir el reembolso del mismo importe que recibirían si el tratamiento se hubiese recibido en su país de residencia.

Además, se han creado en toda la UE diversos puntos nacionales de contacto para proporcionar información sobre asistencia sanitaria disponible en los distintos Estados miembros de la UE y las condiciones en las que serán reembolsados los servicios.

Aunque la movilidad de los pacientes sigue estando fuertemente afectada por la proximidad cultural y geográfica, la cooperación en la asistencia sanitaria transfronteriza representa un paso importante para ampliar la cooperación europea en el ámbito de la salud.

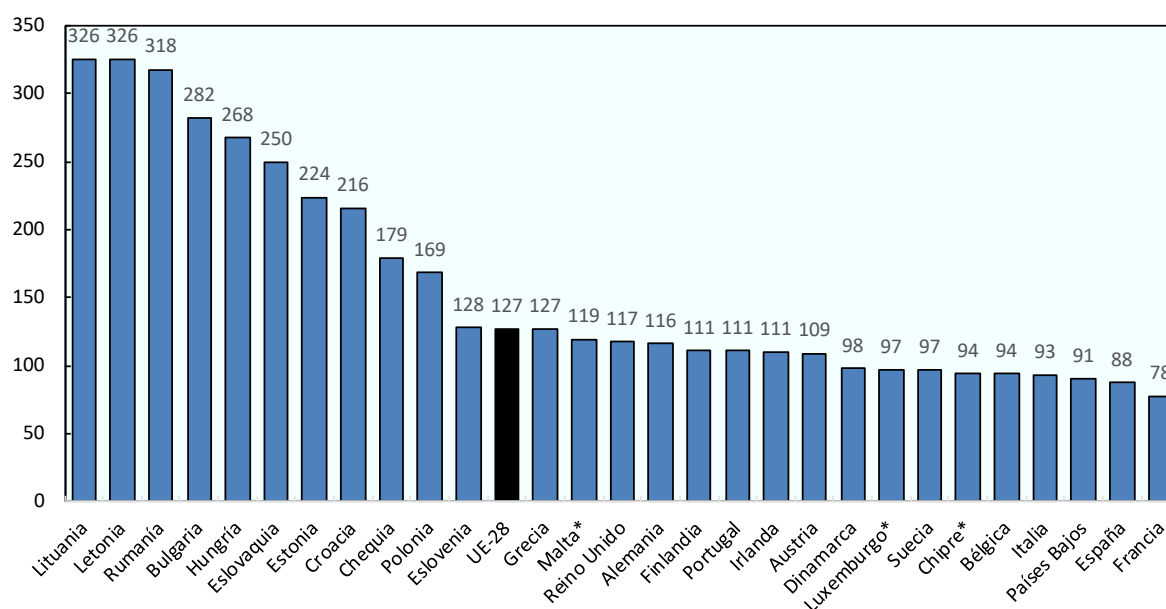
Calidad de los servicios sanitarios

39 Los sistemas sanitarios de calidad logran su objetivo último de mantener o mejorar la salud de los ciudadanos de manera eficaz. La eficacia de los sistemas sanitarios a menudo se mide sobre la base de la tasa de mortalidad tratable (muertes que podrían haberse evitado a través de intervenciones sanitarias oportunas y de calidad). Los indicadores alternativos son la esperanza de vida o «indicadores menos estrictos» como la experiencia de los pacientes o la calidad de vida tras la recuperación de una enfermedad o lesión.

40 El concepto de tasa de mortalidad tratable está estrechamente relacionado con el de mortalidad prevenible (muertes que podrían haberse evitado a través de la prevención y la salud pública). La mortalidad prevenible y la mortalidad tratable constituyen en conjunto la tasa de mortalidad evitable. En 2015, más de 1,2 millones de personas murieron de forma prematura (antes de los 75 años) debido a la falta de políticas de salud pública, medidas de prevención y asistencia sanitaria eficaces. Más de 570 000 muertes de este tipo se

consideraron tratables (véase la [ilustración 7](#) para consultar las tasas de mortalidad tratable por país).

Ilustración 7 – Tasas de mortalidad tratable (2015)



* Media de tres años (2013-2015).

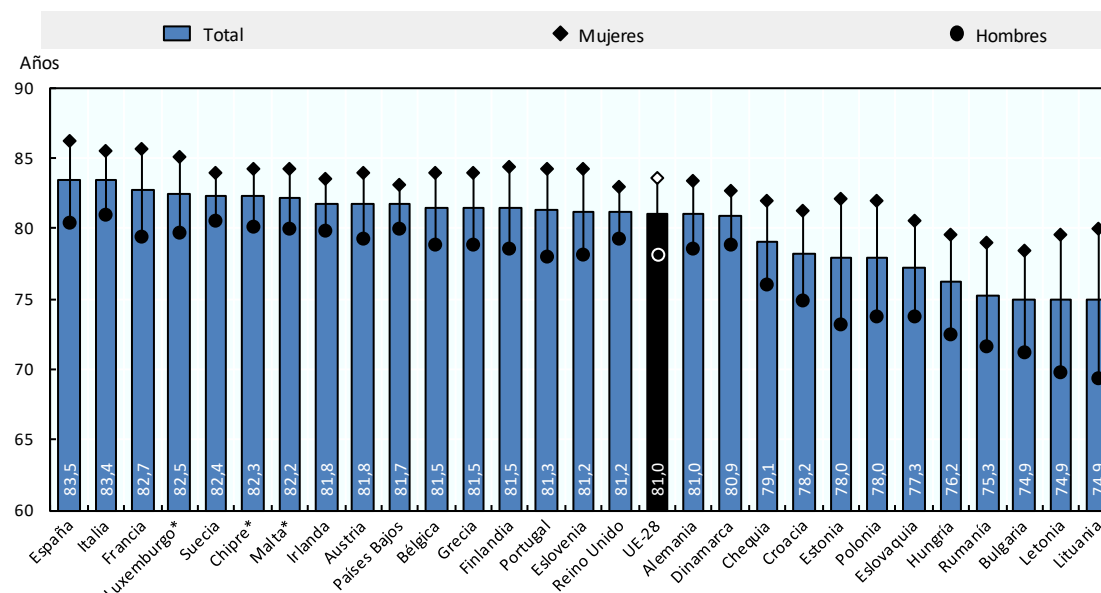
Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE de 2018.

41 En la última década, la **calidad de los cuidados agudos** de patologías potencialmente mortales ha mejorado considerablemente en toda la UE. Entre 2005 y 2015, el número de personas fallecidas tras una hospitalización se ha reducido un 30 % en los infartos agudos de miocardio y un 20 % en los ictus. Sin embargo, sigue habiendo desigualdades entre países, así como entre distintos hospitales en el mismo país.

42 También se han logrado avances considerables en toda la UE en relación con las **tasas de supervivencia del cáncer**, principalmente a través de la aplicación de programas de detección combinados con una atención más eficaz y oportuna.

43 La **esperanza media de vida** en la UE se encuentra actualmente en 81 años (véase la [ilustración 8](#)). Aunque sigue aumentando la esperanza de vida, las mejoras, en particular en la Europa Occidental, se han ralentizado en los últimos años. Las principales causas de muerte en toda la UE siguen siendo las enfermedades circulatorias y el cáncer, que representan en conjunto más del 60 % de todas las muertes.

Ilustración 8 – Esperanza de vida al nacer por género (2016)



* Media de tres años (2014-2016).

Fuente: «Health at a Glance: Europe 2018», OCDE y Comisión Europea.

44 La esperanza de vida también varía considerablemente según el género y el nivel socioeconómico. La esperanza de vida de las personas con un bajo nivel educativo es ocho años inferior en el caso de los hombres y cuatro años inferior en el caso de las mujeres con respecto a las personas con un alto nivel educativo.

45 La calidad de la asistencia y la eficacia de los sistemas sanitarios están **estrechamente relacionadas con otros ámbitos de la salud pública**, en particular con el acceso a los servicios sanitarios y la prevención. Las medidas para mejorar la calidad de la asistencia requieren un enfoque holístico.

46 Algunas medidas adoptadas en los Estados miembros para aumentar la calidad de la asistencia son el uso de nuevas tecnologías, cambios organizativos en la prestación de servicios sanitarios y, en general, un enfoque sobre una asistencia más integrada e individual.

47 Sin embargo, evaluar los resultados de estas medidas sigue siendo complejo. Aunque se han hecho esfuerzos para recoger datos sobre la eficacia de los sistemas sanitarios, la información de indicadores más cualitativos como la experiencia de los pacientes o la calidad de vida sigue siendo limitada.

48 La Comisión Europea ha apoyado el desarrollo de los indicadores esenciales europeos de salud (ECHI), que son un conjunto de indicadores para supervisar el estado de salud de los ciudadanos de la UE y el rendimiento de los sistemas sanitarios de la UE. También ha lanzado la serie «Health at a glance» en cooperación con la OCDE.

49 Además, la Comisión creó un Grupo de expertos en evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios para proporcionar a los países de la UE un foro para el intercambio de experiencias en este ámbito y para apoyar a los responsables políticos mediante el desarrollo de herramientas y metodologías de evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios en estrecha colaboración con organizaciones internacionales como la OMS y la OCDE.

Nuevas tecnologías y sanidad electrónica

50 La sanidad electrónica o sanidad digital se puede definir como **el conjunto de herramientas y servicios que utilizan las tecnologías de la información y la comunicación** para mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la supervisión o la gestión de la salud.

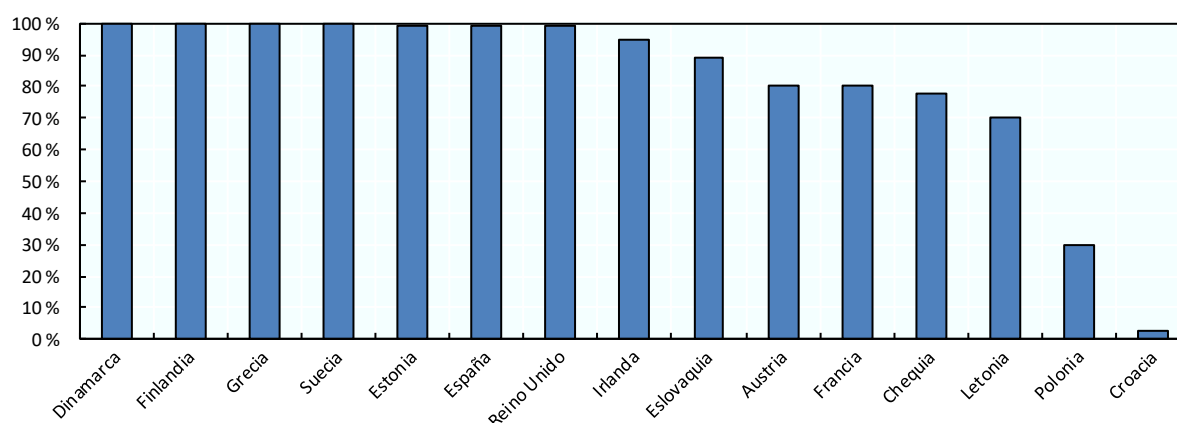
51 Las nuevas tecnologías ofrecen enormes beneficios potenciales en cuanto a la eficiencia y la calidad de los servicios de prevención y asistencia sanitaria. Los principales usos de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud actualmente son:

- historiales médicos electrónicos: historiales médicos informatizados y creados por proveedores de servicios sanitarios y, en condiciones ideales, compartidos entre distintos proveedores de estos servicios;
- receta electrónica: generación, transmisión y archivado de recetas electrónicas;
- información sanitaria en línea;
- acceso a servicios sanitarios (por ejemplo, concertar una cita) a través de internet.

52 Aunque el uso de nuevas tecnologías en la salud pública está aumentando en la UE, siguen existiendo diferencias por edad y grupo socioeconómico.

53 En muchos Estados miembros se ha fomentado el uso de **historiales médicos electrónicos** y se utilizan cada vez más en toda la UE. Una encuesta realizada en 15 Estados miembros muestra que, de media, el 80 % de los médicos de atención primaria en estos países utilizaban historiales médicos electrónicos en 2016 (véase la *ilustración 9*). En la mayoría de estos países, los pacientes tienen acceso a sus propios historiales médicos y, en algunos, los pacientes también pueden añadir o modificar la información contenida en los mismos.

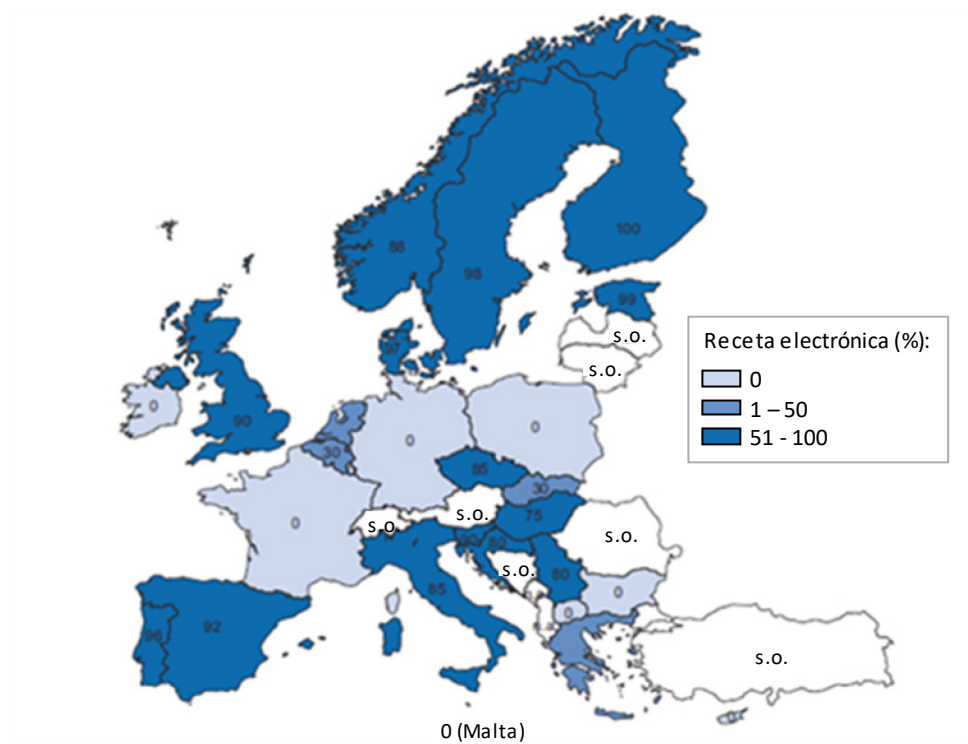
Ilustración 9 – Porcentaje de médicos de atención primaria que utilizan historiales médicos electrónicos (2016)



Fuente: «Survey of Electronic Health Record System Development and Use», OCDE.

54 La situación de la **receta electrónica** es más variada: en algunos países como Finlandia, Suecia, Dinamarca, Portugal y España la tasa de recetas electrónicas asciende casi al 100 %, mientras que en otros países como Francia o Alemania, la receta electrónica no se ha implantado (véase la *ilustración 10*). Sin embargo, la importancia de las recetas electrónicas debería aumentar y se espera que 22 Estados miembros de la EU intercambien historiales resumidos de pacientes y/o recetas electrónicas de aquí al final de 2021.

Ilustración 10 – Porcentaje de recetas electrónicas en farmacias de la UE (2018)



Fuente: Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea (PGEU).

55 Con la adopción de la **Estrategia para el Mercado Único Digital en 2015**, la Comisión Europea ha incrementado el uso de la tecnología digital en todos los ámbitos, incluido el sector sanitario, que es una de sus principales prioridades.

Ilustración 11 – Sanidad digital

Sanidad y asistencia sanitaria digitales



TRANSFORMACIÓN DE LA SANIDAD Y LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN EL MERCADO ÚNICO DIGITAL - Aprovechar el potencial de los datos para la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable



Fuente: Comisión Europea.

56 En abril de 2018, la Comisión publicó una [comunicación relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales](#), que identifica tres áreas principales (véase la [ilustración 11](#)):

- **Garantizar el acceso a los datos y el intercambio.** Para facilitar un mayor acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza, la Comisión está creando una infraestructura de servicios digitales de sanidad electrónica, que permitirá [el intercambio de recetas electrónicas y de historiales resumidos de pacientes](#) entre proveedores de asistencia sanitaria. Los primeros intercambios transfronterizos comenzaron en 2019. La Comisión está trabajando en el desarrollo a largo plazo de un formato de intercambio de historiales médicos electrónicos europeos accesible a todos los ciudadanos de la UE.
- **Conectar y compartir datos sanitarios** con fines de investigación, un diagnóstico más rápido y una mejor salud. Está previsto que la infraestructura sanitaria digital europea descentralizada facilite el diagnóstico y el tratamiento adaptado, ayude a los servicios sanitarios a estar mejor preparados para responder ante las amenazas sanitarias transfronterizas y mejore el desarrollo y la vigilancia de productos médicos.

- **Reforzar el empoderamiento de la ciudadanía** y la atención individual a través de los servicios digitales. Los servicios digitales pueden mejorar la prevención y gestión de las enfermedades crónicas y permitir a los pacientes enviar comentarios a los proveedores de asistencia sanitaria.

57 Además, la Comisión desempeña una función importante en el apoyo a los Estados miembros para el uso de tecnología moderna en sanidad y en la coordinación de los esfuerzos nacionales (véase el [recuadro 3](#)).

Recuadro 3

Iniciativas de sanidad electrónica

En febrero de 2019, la Comisión presentó un conjunto de recomendaciones para la creación de un sistema seguro que permitiera a los ciudadanos acceder a sus archivos electrónicos de salud en toda la UE.

Este nuevo sistema se basaría en iniciativas existentes para intercambiar historiales médicos mediante la inclusión del intercambio de pruebas de laboratorio, informes de altas médicas e informes de imaginería médica.

Los beneficios para los ciudadanos de la UE, entre otros, son los siguientes:

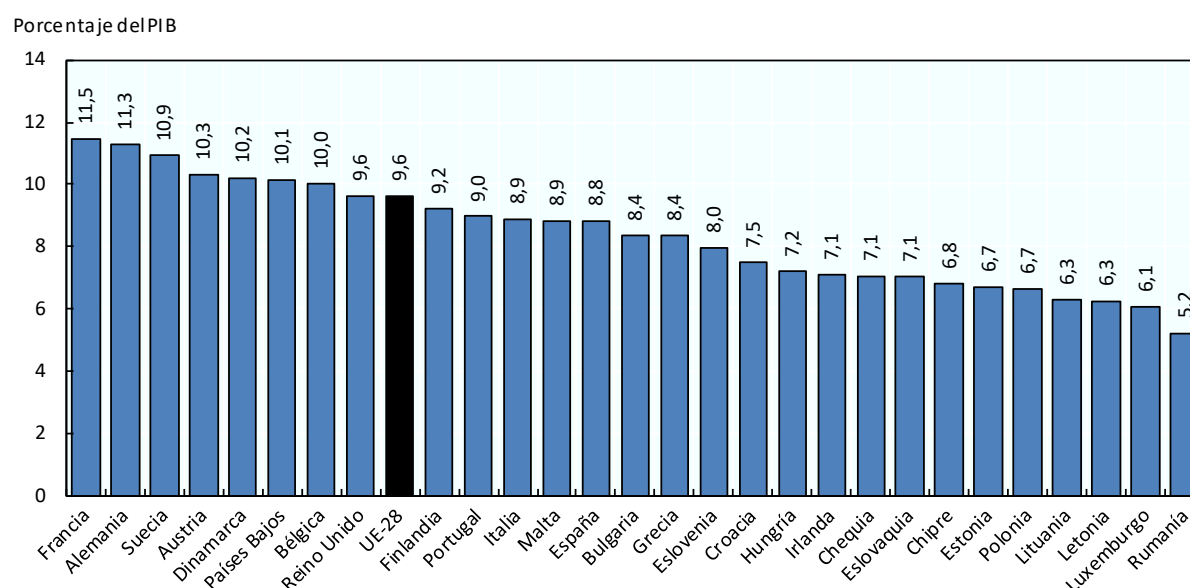
- acceso inmediato a los historiales médicos durante su estancia en el extranjero, incluso en situaciones de urgencia;
- una mayor calidad y continuidad de atención para los ciudadanos que se trasladan al extranjero;
- nuevas oportunidades de investigación mediante el intercambio de datos sanitarios (con el consentimiento del paciente);
- mayor eficacia al evitar la repetición de pruebas de laboratorio o radiología.

Sostenibilidad presupuestaria y otros aspectos financieros

58 La sostenibilidad presupuestaria es uno de los mayores retos sanitarios a los que se enfrentan los Estados miembros. Con un coste aproximado de 1,5 billones de euros (2016), la salud es una de las mayores partidas de gasto público de la UE y de mayor crecimiento¹⁶.

59 En 2017, el gasto sanitario ascendió al 9,6 % del PIB de la EU, en comparación con el 8,8 % en 2008, y el gasto sanitario per cápita fue de 2 773 euros en 2017 (véanse las [ilustraciones 12 y 13](#)).

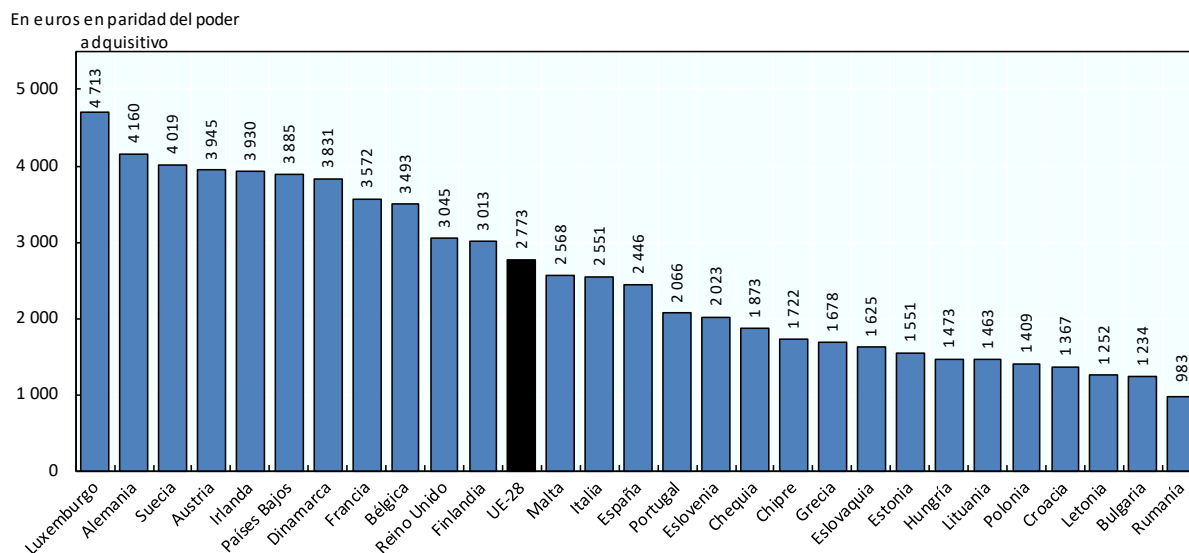
Ilustración 12 – Gasto sanitario en porcentaje del PIB (2017)



Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE de 2018.

¹⁶ European Semester Factsheet: Health Systems.

Ilustración 13 – Gasto sanitario per cápita (2017)



Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE.

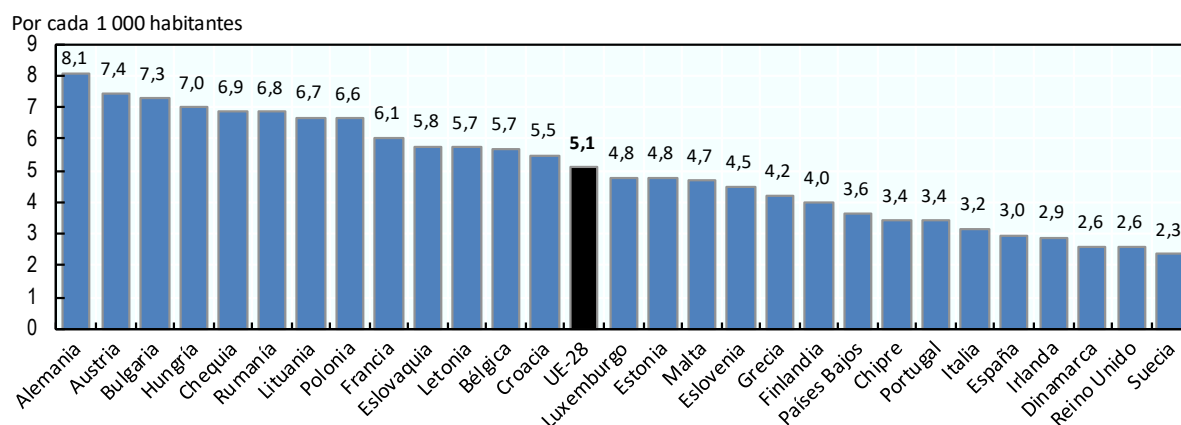
60 Se prevé que el gasto sanitario siga aumentando, debido en gran medida a los **cambios demográficos** en combinación con los **costes más elevados** de las nuevas tecnologías de medicina y atención sanitaria.

61 Al mismo tiempo, el gasto sanitario se somete a un mayor escrutinio debido a los limitados recursos financieros. Teniendo en cuenta que en dos tercios de los Estados miembros, **más del 70 % del gasto sanitario se financia con fondos públicos**, la sostenibilidad de un sistema sanitario está estrechamente vinculada a la situación económica del Estado miembro y la UE en su conjunto.

62 Los sistemas sanitarios económicamente sostenibles también requieren que se identifiquen posibles vías de ahorro. Se estima que, actualmente, hasta **un quinto del gasto sanitario podría evitarse** y, por tanto, emplearse mejor en otra partida¹⁷. Dos de los ámbitos asociados a menudo con posibles ahorros son el hospitalario [en particular el número de camas de hospital (véase la [ilustración 14](#)) o el número de hospitalizaciones que podrían evitarse] y el farmacéutico (por ejemplo, una selección subóptima, la contratación pública y el precio).

¹⁷ «Tackling Wasteful Spending on Health», OCDE, enero de 2017.

Ilustración 14 – Camas de hospital por cada 1 000 habitantes (2016)



Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE.

63 Una cuestión estrechamente vinculada a la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios es su resiliencia, definida como la capacidad de reaccionar de forma adecuada a los cambios. En particular, los cambios demográficos de las sociedades modernas no solo requerirán un aumento de los servicios sanitarios ofrecidos, sino también una transformación, puesto que se pasa de la atención sanitaria hospitalaria de enfermedades agudas a una atención en la comunidad a largo plazo y más centrada en las personas.

64 La Comisión Europea ha subrayado de forma continua la **necesidad de reformar los sistemas sanitarios públicos** para garantizar la sostenibilidad y al mismo tiempo mantener el acceso universal a una atención de calidad. Apoya a los Estados miembros en este trabajo proporcionando análisis, directrices y herramientas de supervisión y evaluación, así como recomendaciones de reformas en el contexto del Semestre Europeo.

65 Asimismo, la Comisión creó un grupo de expertos independientes para ofrecer asesoramiento sobre la inversión en sanidad e introdujo varias iniciativas para reforzar la eficacia y resiliencia de los sistemas sanitarios nacionales, lo que hace aumentar su sostenibilidad. Una de estas iniciativas es la evaluación de las tecnologías sanitarias, un enfoque científico para evaluar la eficacia de las tecnologías sanitarias. Los Estados miembros cooperan a través de una red¹⁸ para reducir la duplicación de trabajo a nivel nacional.

¹⁸ Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

66 Más concretamente, la Comisión también apoya los esfuerzos de los Estados miembros para coordinar sus iniciativas en el ámbito de la investigación y la sanidad electrónica con objeto de mejorar la eficiencia y ahorrar costes, que se financian con fondos de la UE, principalmente con cargo al programa Horizonte 2020 y los posteriores programas de investigación.

67 En toda la UE, los Estados miembros han hecho un **esfuerzo continuado por reformar** sus sistemas sanitarios para hacerlos no solo más eficaces, sino también económicamente sostenibles y resilientes.

68 Aunque se han hecho avances en algunos ámbitos como los ahorros en relación con los hospitales, la sanidad pública centrará su atención en este proceso en los próximos años.

PARTE II — Resumen del trabajo realizado por las EFS

Introducción

69 En esta parte del compendio de auditorías se resumen los resultados de las auditorías seleccionadas llevadas a cabo por las EFS de los veintitrés Estados miembros colaboradores¹⁹ y el Tribunal de Cuentas Europeo.

Metodología de auditoría

70 Las EFS llevan a cabo sus auditorías de conformidad con las normas internacionales de auditoría y las normas de aplicación pertinentes desarrolladas a nivel nacional para garantizar la calidad del trabajo de fiscalización y los informes.

71 La metodología y los procedimientos de auditoría se seleccionaron y aplicaron para garantizar que las tareas de auditoría se realizaran lo más eficazmente posible.

72 Se recopilaban pruebas de auditoría a través del análisis de datos (estadísticos) y documental, así como de entrevistas con las autoridades nacionales y regionales o con los beneficiarios. Esto se completó, cuando fue necesario, con encuestas para recabar opiniones de un grupo más amplio o numeroso de personas. También se emplearon otros métodos como las pruebas directas, estudios de casos y evaluaciones comparativas.

Período auditado

73 Los efectos de las medidas estructurales y el impacto de los programas a menudo son difíciles de auditar en una etapa inicial. Las auditorías recopiladas en este compendio se centraron en programas plurianuales ejecutados entre 2011 y 2019.

74 El [cuadro 1](#) presenta una sinopsis de las principales esferas de interés del trabajo de fiscalización de las EFS.

¹⁹ Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chequia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal y Rumanía.

Cuadro 1- Sinopsis del trabajo de fiscalización de las EFS de la UE reflejado en este compendio de auditorías

EFS	Título de la auditoría	Esfera de interés principal				
		Prevención y protección	Acceso a los servicios sanitarios	Calidad de los servicios sanitarios	Nuevas tecnologías y sanidad electrónica	Sostenibilidad presupuestaria y otros aspectos financieros
Alemania	Investigación en salud necesaria para estudiar el valor del tratamiento de ortodoncia		✓			
Austria	Garantía de calidad para los profesionales de la salud independientes			✓		
Bélgica	Política flamenca de prevención de la salud – evaluación de los resultados de las políticas	✓				
Bulgaria	Sanidad electrónica				✓	
Chequia	Fondos gastados por hospitales seleccionados para el reembolso de los costes					✓
Dinamarca	Diferencias en la calidad de la atención entre los hospitales daneses			✓		
Eslovaquia	Finanzas públicas y propiedad de las instalaciones de asistencia sanitaria					✓
Eslovenia	Cómo abordar la obesidad infantil	✓				
España	La gestión y el control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)					✓
Estonia	Actividades estatales en la aplicación del sistema de sanidad electrónica				✓	
Finlandia	Proyección de la tendencia para el gasto en seguridad social					✓
Francia	Prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria	✓				
Grecia	Auditoría sobre los retrasos estatales en los pagos relacionados con los hospitales y los centros sanitarios nacionales					✓

EFS	Título de la auditoría	Esfera de interés principal				
		Prevención y protección	Acceso a los servicios sanitarios	Calidad de los servicios sanitarios	Nuevas tecnologías y sanidad electrónica	Sostenibilidad presupuestaria y otros aspectos financieros
Hungría	Análisis resumido de auditorías de hospitales					✓
Irlanda	Gestión de la cirugía ambulatoria programada			✓		
Italia	La aplicación del programa extraordinario para la reforma de edificios y la modernización tecnológica del patrimonio inmobiliario de las instituciones públicas de salud					✓
Letonia	¿Va por el buen camino el proyecto de «sanidad electrónica en Letonia»?				✓	
Lituania	La accesibilidad de los servicios de asistencia sanitaria y la orientación hacia el paciente		✓			
Luxemburgo	Financiación de inversiones hospitalarias					✓
Malta	El papel del médico de familia - El núcleo de la atención primaria		✓			
Polonia	La prevención y el tratamiento de la diabetes de tipo 2	✓				
Portugal	Acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria en el Servicio Nacional de Salud de Portugal		✓			
Rumanía	Auditoría de gestión sobre el desarrollo de la infraestructura sanitaria a escala nacional, regional y local para aumentar el acceso a los servicios sanitarios		✓			
Tribunal de Cuentas Europeo	Medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza: ambiciones importantes, pero se requiere una mejor gestión		✓			

Prevención y protección

Objetivos de auditoría

75 Cuatro de las auditorías que figuran en el presente compendio estaban centradas principalmente en la prevención de enfermedades y en la protección de la salud. Dichas auditorías abarcan una gama amplia de temas, que van desde la política general de prevención de enfermedades en Bélgica a cuestiones específicas como la prevención de la diabetes (Polonia), la obesidad infantil (Eslovenia) y las infecciones asociadas a la atención sanitaria (Francia).

76 El objetivo general de estas auditorías era evaluar si las distintas políticas y las medidas posteriores se habían diseñado correctamente y habían sido eficaces. Algunas auditorías prestaron especial atención a los grupos de población en riesgo de precariedad.

Principales observaciones de auditoría

77 Se constataron insuficiencias en todas las auditorías en materia de prevención o protección de la salud. Por ejemplo, la auditoría belga concluyó que la aplicación real de la política de salud varió considerablemente en función de los objetivos de salud en cuestión. Las organizaciones encargadas de la ejecución no estaban generalmente muy centradas en los resultados y los informes a menudo carecían de información pertinente para evaluar el impacto de las intervenciones financiadas. Por último, muchas campañas e intervenciones no se adaptaron lo suficiente a los grupos de población desfavorecidos.

78 En el informe de la EFS polaca se declaraba que, a pesar del elevado y cada vez mayor número de personas con diabetes en Polonia, no se había formulado ninguna estrategia nacional para prevenir o tratar la enfermedad.

79 La auditoría eslovena concluyó que los ministerios y el instituto implicados estaban contribuyendo a hacer frente a la obesidad infantil. Una de las insuficiencias constatadas, sin embargo, fue que las medidas y actividades financiadas no siempre llegaban a todos los niños y, por tanto, no garantizaban la igualdad de trato. En conjunto, se valoró que el enfoque sistemático de promoción de un estilo de vida más saludable en general era más eficiente que la ejecución de proyectos específicos.

80 La EFS francesa valoró que la aplicación de la política para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria en Francia todavía era insuficiente. La prevalencia de infecciones no se ha seguido reduciendo desde 2006 y la comunicación externa de estas infecciones no es exhaustiva. Sin embargo, los desarrollos recientes como la creación de centros de control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria se consideran un avance en la dirección correcta. Ahora deben adoptarse nuevas iniciativas para ampliar el alcance esta política a todos los segmentos de la actividad sanitaria y para tener plenamente en consideración la amenaza de la resistencia a los antibióticos.

Acceso a los servicios sanitarios

Objetivos de auditoría

81 En seis auditorías de este compendio se evaluó el acceso a los servicios sanitarios. En tres de ellas (Lituania, Portugal y Rumanía) se estudió el acceso a los servicios sanitarios en general, una (Alemania) se centró en el tratamiento de ortodoncia, y en otra (Malta) se analizó el papel de los médicos de familia para garantizar el acceso a los servicios sanitarios. Por último, el Tribunal de Cuentas Europeo examinó si las medidas de la UE en materia de asistencia sanitaria transfronteriza aportan beneficios para los pacientes.

82 Además de centrarse en la prevención de la diabetes de tipo 2, la EFS polaca evaluó si los pacientes diabéticos tenían acceso a servicios especializados y a medicamentos de última generación.

83 Los objetivos principales de las auditorías realizadas eran evaluar si estaba garantizado el acceso a servicios sanitarios y consultas especializadas y si las medidas aplicadas para mejorar el acceso a los servicios sanitarios habían sido eficaces.

84 El objetivo de las dos auditorías más específicas fue, respectivamente, obtener una visión general de los costes y procedimientos de los tratamientos de ortodoncia (Alemania) y determinar hasta qué punto los médicos de familia facilitaron el acceso a los servicios sanitarios (Malta).

Principales observaciones de auditoría

85 En general, las auditorías concluyeron que los servicios sanitarios no siempre estaban disponibles en el momento y el lugar adecuados y a un coste asequible.

86 La auditoría lituana constató insuficiencias relacionadas con la gestión y reducción de las listas de espera para servicios de salud, así como la planificación de la demanda de especialistas sanitarios.

87 Esto también se constató en la auditoría de la EFS portuguesa, que concluyó que, de hecho, habían aumentado los tiempos de espera de consultas de especialistas, así como el número de pacientes en las listas de espera de cirugía entre 2014 y 2016.

88 La EFS rumana concluyó que las inversiones en infraestructuras en el sector sanitario habían logrado solo en parte su objetivo de aumentar el acceso a los servicios sanitarios. Las principales insuficiencias descritas en el informe estaban relacionadas con la priorización de fondos, la coordinación, el seguimiento de las inversiones y los procedimientos de contratación pública.

89 En el informe de auditoría de la EFS alemana se constata que los beneficios de los tratamientos de ortodoncia no están demostrados científicamente y que, a menudo, los propios pacientes tuvieron que pagar tratamientos y servicios de ortodoncia adicionales.

90 El informe maltés de auditoría era más positivo en su evaluación de que el papel de los médicos de familia era acorde con las medidas estratégicas definidas en la estrategia del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, señaló que una mayor ampliación de la función del médico de familia para centrarla más en los pacientes requeriría una modificación de la distribución de la financiación.

91 El Tribunal de Cuentas Europeo constató que la Comisión había prestado apoyo a los Estados miembros en la mejora de la información sobre los derechos de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza, aunque persistían algunas carencias.

92 La EFS polaca concluyó que el acceso al tratamiento especializado para la diabetes (de tipo 2) no estaba disponible en el momento y el lugar oportunos. Los tiempos de espera para consultas de especialistas estaban aumentando y se observaron importantes diferencias regionales en el acceso a los servicios sanitarios.

Calidad de los servicios sanitarios

Objetivos de auditoría

93 Tres de las auditorías contenidas en el presente compendio, realizadas por las EFS de Austria, Dinamarca e Irlanda, abordan la calidad de los servicios sanitarios.

94 Dos de estas auditorías se centraron en aspectos específicos de la calidad en los hospitales: la EFS danesa evaluó la calidad de la atención en hospitales daneses y analizó las diferencias de calidad entre hospitales. La EFS irlandesa estudió la gestión de la cirugía ambulatoria. Analizó los motivos de las variaciones entre hospitales para detectar posibles maneras de aumentar las tasas de cirugía ambulatoria, así como cualquier obstáculo en este ámbito. También analizó el intercambio de información y el grado al que facilita la promoción de ideas de buenas prácticas.

95 La EFS de Austria evaluó la organización, los temas seleccionados y la transparencia de la garantía de calidad del Gobierno Federal de los médicos de familia independientes.

96 En su auditoría sobre la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la EFS francesa analizó también la escala y los costes de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, y el papel que desempeñan las normas de higiene y la prescripción correcta de antibióticos.

Principales observaciones de auditoría

97 Las auditorías concluyeron que la calidad de los servicios sanitarios variaba y era posible mejorarla en algunas áreas.

98 El informe sobre la calidad de la atención en los hospitales daneses presentaba insuficiencias en el tratamiento de pacientes y una falta de coherencia en la calidad de la asistencia. Las diferencias en la asistencia afectaban al riesgo que corre el paciente de rehospitalización o de fallecimiento. Sin embargo, los motivos de muchas diferencias podían encontrarse en factores que escapaban al control de los hospitales.

99 El informe irlandés sobre cirugía ambulatoria llegó a conclusiones similares: a pesar del esfuerzo general por aumentar la proporción de cirugía ambulatoria en oposición al tratamiento hospitalario, había diferencias significativas entre hospitales. Esto puede

deberse a la falta de protocolos por escrito y listas de comprobación para la selección de pacientes en el caso de la cirugía ambulatoria y una falta de supervisión o revisión por parte de la alta dirección del número de pacientes adecuado para cirugía ambulatoria.

100 El informe austríaco sobre la garantía de calidad de los profesionales sanitarios independientes constató insuficiencias en relación con la validez de las directrices de calidad, las medidas de calidad de los resultados, un diagnóstico normalizado y documentación sobre el rendimiento. Además, sugirió evaluar las opciones para incrementar el número de controles de la validez en la autoevaluación de los profesionales a través de inspecciones en cirugías.

101 La EFS francesa observó que la prevalencia de infecciones relacionadas con la atención hospitalaria dejó de descender en 2006. En este sentido, la aplicación adecuada de las normas de higiene y la prescripción correcta de antibióticos son fundamentales. Además, una gestión más activa del riesgo de infección exige que se tengan más en cuenta los indicadores de calidad cuando se regula la prestación de asistencia sanitaria.

Nuevas tecnologías y sanidad electrónica

Objetivos de auditoría

102 Tres informes de este compendio (Bulgaria, Estonia y Letonia) se centran en la sanidad electrónica y en el uso de nuevas tecnologías en el ámbito de la salud. Los tres informes analizan si se cumplieron las condiciones previas a la introducción y posterior desarrollo de la sanidad electrónica y si se aplicó de manera eficaz. La EFS letona evaluó también si la sanidad electrónica había cumplido su objetivo de promover una asistencia sanitaria más eficiente.

Principales observaciones de auditoría

103 Los tres informes señalaron que, aunque la sanidad electrónica se consideraba una prioridad sanitaria nacional, su aplicación fue inferior a lo esperado y solo cumplió una parte de sus objetivos.

104 Este resultado se debió a distintos motivos. El informe búlgaro señaló la ausencia de las condiciones previas necesarias para la aplicación eficaz de la sanidad electrónica, a saber,

la existencia de un marco reglamentario, una definición exhaustiva de las responsabilidades y un sistema eficaz de coordinación y armonización entre los distintos actores. Por tanto, la implantación de la sanidad electrónica en Bulgaria sufrió retrasos y las medidas tomadas solo fueron parcialmente eficaces.

105 La auditoría de la EFS estonia también concluyó que en materia de sanidad electrónica no se habían logrado los objetivos y la prescripción electrónica había sido la única solución técnica que se utilizaba activamente en el momento de la auditoría. El uso del registro sanitario electrónico y la referencia de imágenes había sido modesto, y el Registro Digital (un sistema electrónico para concertar citas) no se había implementado. Se señalaron otras insuficiencias en la gestión y la planificación estratégica de la sanidad electrónica y su implantación, además de sufrir retrasos, fue considerablemente más cara de lo previsto inicialmente.

106 El informe de la EFS letona realizó una evaluación similar, puesto que también señaló insuficiencias en la implantación de la sanidad electrónica, en particular en relación con una falta de implicación de partes interesadas clave, así como problemas en la gestión y supervisión de proyectos. Como consecuencia, la auditoría letona también valoró que el objetivo de la sanidad electrónica se había logrado solo de manera parcial.

Sostenibilidad presupuestaria y otros aspectos financieros

Objetivos de auditoría

107 En ocho auditorías de este compendio se analizaron la sostenibilidad u otros aspectos presupuestarios de salud pública. Cuatro de estas auditorías (Chequia, Grecia, Hungría y Eslovaquia) se centraron en problemas de cumplimiento normativo, mientras que en otras cuatro (España, Finlandia, Italia, y Luxemburgo) se repasaron aspectos más generales de sostenibilidad presupuestaria y gestión financiera.

108 Los ámbitos cubiertos por las cuatro últimas auditorías fueron desde la proyección de tendencias de gasto de seguridad social (Finlandia) hasta las inversiones públicas en el sector sanitario (Italia y Luxemburgo) y la buena gestión financiera de los pagos a farmacéuticas (España).

Principales observaciones de auditoría

109 Los problemas más comunes señalados en las auditorías de cumplimiento fueron las insuficiencias en los procedimientos de contratación pública, así como en los controles internos, la gestión financiera y la gestión de deudas no satisfechas.

110 En la auditoría finlandesa sobre las proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social se identificaron posibilidades de desarrollar el modelo empleado y mejorar la documentación de la metodología, y observaron que los resultados de las previsiones no se publicaban con regularidad.

111 En la auditoría de la EFS de Luxemburgo se descubrieron deficiencias relacionadas con la autorización, coordinación, notificación y seguimiento de inversiones de mayor envergadura.

112 La EFS italiana señaló problemas similares, la cual concluyó que el sistema de notificación no era adecuado para supervisar la ejecución de los proyectos. Además, valoró que la asociación público-privada no se estaba utilizando de manera eficiente.

113 El informe español concluyó que los pagos de prestaciones farmacéuticas a farmacias y hospitales solo se habían realizado en parte de acuerdo con la normativa pertinente y los principios de buena gestión financiera.

Seguimiento de las auditorías

114 Todas las EFS, por cuestión de principio y buena práctica, hacen un seguimiento de sus recomendaciones. El planteamiento depende de las normas internas de cada EFS. Puede adoptar la forma de un seguimiento de la aplicación de cada recomendación o llevarse a cabo como parte de otra tarea de auditoría.

115 El seguimiento se hizo normalmente entre uno y tres años después del plazo de aplicación de las recomendaciones, en consonancia con las normas internas de las EFS. Algunas EFS realizaron el seguimiento de sus auditorías sin comprometerse con un plazo específico.

PARTE III – Panorama general de los informes de las EFS

PARTE III – Panorama general de los informes de las EFS

49

Prevención y protección



Bélgica

Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof

Política flamenca de prevención de la salud – evaluación de los resultados de las políticas

Resumen

116 En la auditoría de la EFS belga se evaluaron los resultados de la política sanitaria de prevención de Flandes durante el período comprendido entre 2014 y principios de 2015.

117 El uso de la prevención como forma de contribuir a mejorar la salud y a un mayor grado de bienestar entre la población es uno de los objetivos que figura en el memorando político del Ministerio flamenco de Salud Pública. La política sanitaria de prevención de Flandes se había formulado en forma de varios objetivos sanitarios y su aplicación se encargó a varias organizaciones subvencionadas a tales efectos.

Desarrollo de la auditoría

118 La evaluación se basó en las siguientes preguntas:

- ¿Está bien diseñada y organizada la aplicación de la política de prevención de la salud?
- ¿Es de calidad la aplicación de la política de prevención prevista?
- ¿En qué medida presta la aplicación especial atención a los grupos de población desfavorecidos?

119 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio flamenco de Bienestar, Salud Pública y Familia, y la Agencia flamenca de Asistencia y Salud. La evaluación se basó primordialmente en análisis documentales y entrevistas.

Principales observaciones

120 En la práctica, se constató que el panorama de aplicación variaba considerablemente en función del objetivo sanitario y que era posible mejorar la organización del trabajo de campo.

- Algunos objetivos sanitarios implicaban la participación de numerosas organizaciones de aplicación, pero la delimitación de las tareas no siempre estaba clara, lo que requería varias consultas y acuerdos.
- En el caso de otros objetivos sanitarios, apenas había presencia de organizaciones «sobre el terreno», por lo que el apoyo no era adecuado.
- La asignación de fondos entre los objetivos sanitarios y las organizaciones de aplicación no estaba suficientemente justificada y se basaba en la asignación anterior.

121 La selección de organizaciones ejecutoras mediante una convocatoria se tradujo en la falta de intercambio de conocimientos y suscitó tensiones entre las organizaciones participantes.

122 Las organizaciones de aplicación no estaban especialmente orientadas a los resultados en el ámbito de desarrollo de metodologías. La información incluida en sus informes era demasiado escasa para evaluar el impacto de su trabajo.

123 Por último, no se prestó suficiente atención a los grupos de población desfavorecidos.

Recomendaciones

124 Perspectivas generales de la aplicación

- La estructura de aplicación correspondiente a la prevención del suicidio debería simplificarse, los encargos de prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas deberían basarse en acuerdos claros y, por lo que respecta a la prevención de la diabetes, debería intensificarse el trabajo sobre el terreno.

- Las herramientas de sensibilización para los programas de cribado del cáncer deberían estar mejor coordinadas y destinarse a los colectivos destinatarios en los que la divulgación es insuficiente.
- La prevención de accidentes debería centrarse más en estimular las consultas multidisciplinarias, estableciendo un método de trabajo claro, el reparto de tareas y acuerdos de cooperación entre los diversos agentes.
- Debería desarrollarse una visión a largo plazo respecto a la actividad física. Debería velarse por que la aplicación de las metodologías relativas al objetivo sanitario de nutrición y ejercicio cuente con apoyo sobre el terreno.
- La distribución de fondos entre los diversos objetivos sanitarios o temas de prevención debería estar claramente justificada.

125 Aplicación de la política sanitaria de prevención

- El Gobierno ha de seguir sopesando los pros y los contras del procedimiento de convocatoria.
- Los resultados de las organizaciones asociadas respecto al desarrollo de metodologías precisan de una mejora en su planificación y seguimiento, y deberían vincularse a un presupuesto.
- El ministro flamenco de Salud Pública debería dedicar esfuerzos al aumento de la participación en actividades de prevención a escala local y provincial.
- Los acuerdos de gestión deberían adaptarse lo máximo posible a los planes de acción para el logro de objetivos sanitarios.
- La Agencia flamenca de Asistencia y Salud debería garantizar la reconciliación entre la aplicación efectiva y las iniciativas propuestas en el plan anual.
- Para alcanzar los objetivos sanitarios en Flandes, hace falta desarrollar mejor el papel que ejercen los centros de orientación escolar.

126 Logos (redes locales de salud)

- o La relación entre la Agencia flamenca de Asistencia y Salud, el Instituto flamenco de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades y las *logos* debería aclararse y optimizarse.
- o Debería revisarse y mejorarse el papel de las *logos* en el desarrollo de metodologías.
- o Debería mejorarse la coherencia y la calidad de la información incluida en el sistema de registro.

127 Proyectos

- o El Gobierno flamenco debería demostrar el valor añadido de las subvenciones a organizaciones (asociadas) que se destinan a proyectos de prevención.
- o Los proyectos con varios años de funcionamiento deberían ser evaluados para que se integren en la actividad habitual de la organización ejecutante.

128 Colectivos desfavorecidos

- o El Gobierno flamenco debería invertir más en el desarrollo de métodos y materiales que motiven eficientemente a las personas en situación de pobreza a mantener comportamientos saludables en el que cabe citar el desarrollo del conocimiento dentro de las organizaciones ejecutantes en este sentido.

Publicación y seguimiento

129 El informe se publicó en formato digital en el sitio web del Tribunal de Cuentas de Bélgica el 23 de febrero de 2016 y se presentó ante la Comisión de Bienestar, Salud Pública y Familia del Parlamento de Flandes el 8 de marzo de 2016. El seguimiento dado a cada recomendación se recoge habitualmente en las cartas sobre políticas anuales del ministro.

Impacto previsto

130 Durante la realización de la auditoría, se introdujeron cambios en la legislación en vigor y se emprendieron varias iniciativas que resolvieron algunas de los cuellos de botella (por ejemplo, una orientación para el desarrollo y la evaluación de métodos de prevención).

En septiembre de 2017, se adoptó un nuevo objetivo sanitario general en relación con una alimentación saludable, el sedentarismo, la actividad física y el consumo de tabaco, alcohol y drogas.



Eslovenia

Računsko Sodišče Republike Slovenije

Cómo abordar la obesidad infantil

Resumen

131 La auditoría de la EFS eslovena evaluó si los mecanismos para abordar la obesidad infantil eran eficaces y eficientes. La auditoría abarcó el período 2015-2016.

132 El Tribunal de Cuentas de la República de Eslovenia decidió llevar a cabo una fiscalización en el ámbito de la lucha contra la obesidad infantil ante las alarmantes estadísticas sobre niños con sobrepeso y obesidad.

133 En 1989, el 12,5 % de los niños de la escuela primaria de Eslovenia tenían sobrepeso y el 2,35 % eran obesos. Pese a una disminución desde 2010 de la proporción de niños de educación primaria con sobrepeso y obesidad, las cifras eran un 43,2 % y 193,6 % más altas respectivamente en 2016 con respecto a los datos de 1989.

134 Los problemas con el peso y la obesidad dependen, en gran medida, de la situación socioeconómica de una familia y del compromiso de cada persona. Todo lo que el Estado puede hacer es aplicar políticas que promuevan estilos de vida saludables.

Desarrollo de la auditoría

135 La evaluación se basó en la siguiente pregunta de auditoría principal: «¿es adecuada la lucha la República de Eslovenia contra la obesidad infantil?», y las preguntas secundarias siguientes:

- ¿Se han planificado adecuadamente los objetivos y las medidas para luchar contra la obesidad infantil?

- ¿Son eficientes las actuaciones del Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte y el Instituto Nacional de Salud Pública para poner en marcha actividades destinadas a luchar contra la obesidad infantil?
- ¿Se han alcanzado los objetivos de lucha contra la obesidad infantil y está disminuyendo el porcentaje de niños que presentan una sobrealimentación u obesidad?

136 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte y el Instituto Nacional de Salud Pública. La metodología de auditoría incluía el examen de documentación, sitios web, reportajes en medios de comunicación y otras fuentes públicas de información, entrevistas con las entidades auditadas y otras partes interesadas, y análisis de datos.

Principales observaciones

137 La EFS concluyó que el Estado (Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte y el Instituto Nacional de Salud Pública) promovían un estilo de vida saludable entre los niños a nivel sistémico (regulando dietas saludables y actividades físicas) y también a través de una selección de proyectos.

138 A pesar de que los efectos de las actividades estatales para abordar la obesidad infantil solo son visibles con el tiempo y no se pueden medir directamente, el Tribunal de Cuentas valoró que, en cierta medida, el Estado contribuía a resolver el problema de la obesidad infantil, como se podía observar de manera indirecta en la evolución de los índices de niños sobrealimentados y obesos. A pesar de ello, el Estado podía mejorar sus acciones para combatir la obesidad infantil mediante medidas y actividades que llegasen a todos los niños, haciendo su aplicación más eficiente.

139 Específicamente, la EFS señaló que:

- los centros escolares participan en varios programas y proyectos adicionales para promover un estilo de vida saludable. Sin embargo, la ejecución de los proyectos es menos eficiente si se compara con el enfoque sistémico. Los proyectos tienen una duración limitada, no siempre garantizan la igualdad de trato de los niños y generan costes y cargas administrativas adicionales;
- se ha establecido apropiadamente el sistema para organizar comidas saludables en los centros escolares y este garantiza la igualdad de trato de todos los niños;
- la educación física en los centros de primaria no llega a los 180 minutos semanales que recomienda Organización Mundial de la Salud.

Recomendaciones

140 Se recomendó al Ministerio de Sanidad que:

- estudiase cómo mejorar la adecuación entre las comidas escolares organizadas y las orientaciones nutricionales;
- modificase la normativa para expedir certificados médicos que justificaran la ausencia de sesiones deportivas o una dieta especial;
- revisase las necesidades y definiese procedimientos para la actuación precoz a fin de atajar la obesidad infantil, así como el posible tratamiento de las enfermedades asociadas.

141 Se recomendó al Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte que:

- revisara los requisitos aplicables a las entidades que organizan comidas escolares, incluidas las formas de simplificar y armonizar los procedimientos de contratación pública para la adquisición de alimentos destinados a comidas escolares; estudiara si deberían organizarse cursos de formación periódicos en ese sentido y quién los impartiría;
- llevara a cabo análisis de la eficiencia y la eficacia de cada programa deportivo;

- desarrollara diversos análisis de coste-beneficio para los proyectos relacionados con la concienciación y la alimentación saludable y examinase las opciones para incorporar el contenido de los proyectos y programas en los planes de formación y enseñanza ordinarios;
- estudiara la posibilidad de ofrecer cursos de formación sobre la importancia de un estilo de vida saludable para el personal escolar, los niños y sus padres;
- tuviese en cuenta la formación de los docentes en el ámbito de la promoción de la salud;
- llevase a cabo un análisis detallado del personal y los recursos necesarios para introducir cinco horas semanales de educación física para todos los niños.

Publicación y seguimiento

142 El informe se presentó a las entidades auditadas y se publicó en el sitio web del Tribunal de Cuentas de la República de Eslovenia el 11 de septiembre de 2018.

Impacto previsto

143 El principal resultado de la auditoría realizada es que con ella se informó al público de la situación actual y de los problemas derivados del sobrepeso y la obesidad infantiles.

144 Entre otros, un posible efecto de la auditoría podría ser, entre otros, la introducción de modificaciones en las disposiciones reglamentarias, en particular por lo que respecta al alcance recomendado de la educación física en los centros escolares.



Francia Cour des comptes

Prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria: los próximos pasos

Resumen

145 La auditoría de la EFS francesa evaluó la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria durante el período comprendido entre 2010 y 2018.

146 Se considera que una infección está asociada a la atención sanitaria si se produce durante el tratamiento de un paciente por un profesional sanitario, ya sea en régimen ambulatorio, en un centro de asistencia sociosanitaria o en un centro sanitario (en cuyo caso se considera una infección nosocomial). No es necesario que coincida con el tratamiento en sí: puede manifestarse en un plazo de 48 horas a un año después de este.

147 En los últimos treinta años, Francia ha aplicado una política pública estructurada para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria, principalmente en hospitales, y para compensar a los pacientes. Las asociaciones de pacientes han desempeñado un papel decisivo para avanzar en esta política, tras la cobertura en medios de casos agrupados de infecciones en ciertas instituciones sanitarias.

148 Las medidas adoptadas han reducido, y posteriormente estabilizado, la prevalencia de pacientes infectados en hospitales en aproximadamente un 5 % de los pacientes (es decir, cerca de 470 000 pacientes infectados al año). Aunque en la mayoría de casos, las infecciones asociadas a la atención sanitaria derivan en molestias pasajeras, pueden tener consecuencias mucho más graves. No obstante, se desconoce cuál es la prevalencia de pacientes infectados en atención ambulatoria y su medición aún se encuentra en una fase inicial del sector de la asistencia sociosanitaria.

Desarrollo de la auditoría

149 La evaluación se basó en las siguientes preguntas:

- Principal pregunta de auditoría: ¿Cuáles son los retos de la política de prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria?
- Con las siguientes preguntas secundarias:
 - ¿Cuáles son la magnitud y el coste de las enfermedades asociadas a la atención sanitaria?
 - ¿Qué resultados se han conseguido con las políticas aplicadas por el Ministerio de Solidaridad y Sanidad y sus diversos organismos?
 - ¿Cómo se pueden tener en cuenta las cuestiones relacionadas con el viaje del paciente fuera de los hospitales y la resistencia a los antibióticos?
 - ¿En qué niveles de la gestión de riesgos debería gestionarse la reestructuración de la intervención pública?
 - ¿Cómo pueden rendir cuentas los diversos agentes?

150 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio francés de Solidaridad y Sanidad, los diversos organismos que ejecutan sus políticas, tanto a escala nacional como regional, y los hospitales públicos.

151 La evaluación se basó en entrevistas y cuestionarios enviados a todas las autoridades pertinentes.

Principales observaciones

152 La *Cour des comptes* ha formulado las siguientes observaciones:

- En los últimos treinta años, las autoridades públicas, las instituciones sanitarias y los profesionales han aplicado una política pública de prevención de las infecciones nosocomiales. Sus resultados siguen siendo inadecuados. La prevalencia de las infecciones asociadas a la atención hospitalaria no ha disminuido desde 2006 y los

informes externos sobre las infecciones nosocomiales no son exhaustivos. Ahora se debe dar un paso más y extender esta política a todos los segmentos de las actividades sanitarias y estudiar en su totalidad la amenaza de la resistencia a los antibióticos.

- El establecimiento reciente de centros de control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria en todas las regiones debería posibilitar el desarrollo de acciones con los profesionales en los ámbitos de la atención ambulatoria y sanitaria social, y coordinarse mejor con las agencias regionales de salud. Con esta nueva estructura, el Ministerio de Solidaridad y Sanidad, a través de la Agencia de Salud Pública, debe ocupar su lugar legítimo en la dirección y coordinación de la intervención pública.
- Para hacer frente a estos nuevos desafíos, también es fundamental reforzar la capacitación de todas las partes interesadas respecto a la correcta aplicación de las normas de higiene y prescripción de antibióticos. Una gestión más activa del riesgo de infección también requiere prestar más atención a los indicadores de calidad para regular la prestación de la atención sanitaria y revisar los regímenes de compensación para promover la responsabilidad.

Recomendaciones

153 La *Cour des comptes* ha formulado las siguientes recomendaciones:

- realizar un sondeo nacional de la prevalencia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria en régimen ambulatorio, en su caso, con una metodología adaptada para identificar los sectores de riesgo y las acciones que se deben desarrollar;
- encomendar explícitamente a la Agencia de Salud Pública (*Santé Publique France*), institución pública dependiente del Ministerio de Solidaridad y Sanidad, la coordinación de las misiones y medios de acción de los centros de control de infecciones asociadas a la atención sanitaria;
- adoptar una batería de medidas orientadas a reducir el consumo de antibióticos y ajustar la remuneración basada en objetivos de salud pública que se destina a los facultativos en práctica profesional privada, a efectos de garantizar su eficacia;
- las agencias regionales de salud deberían priorizar la inspección y el control de las instalaciones sanitarias, así como extraer todas las conclusiones operativas, incluida la suspensión de la actividad;

- revisar los criterios para determinar el tamaño y la composición de los equipos de higiene operativa en las instituciones sanitarias de acuerdo con la actividad de estas y las recomendaciones internacionales. En los hospitales públicos, estos equipos deben unirse en agrupamientos hospitalarios territoriales (*groupements hospitaliers de territoire*);
- revertir la suspensión de la obligación de que los profesionales sanitarios se vacunen contra la gripe (recomendación reiterada).

Publicación y seguimiento

154 El presidente primero de la *Cour des comptes* remitió el informe público anual de 2019 al presidente de la República Francesa el 4 de febrero de 2019. Posteriormente, se presentó ante los medios de comunicación y se publicó en formato digital en el sitio web de la *Cour des comptes* el 6 de febrero de 2019. Asimismo, se presentó ante la Asamblea Nacional y el Senado los días 6 y 7 de abril de 2019, respectivamente.

155 La *Cour des comptes* presta especial atención al seguimiento de sus recomendaciones. Tres años después de la publicación de sus informes, examina el grado de aplicación de sus recomendaciones y los efectos reales de las ya aplicadas. En el informe público anual puede incluirse un informe de seguimiento.

Impacto previsto

156 Las políticas para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria son una necesidad. En vista del número de pacientes afectados, han de adoptarse medidas eficientes para ofrecer tratamiento en el entorno más seguro posible.



Polonia

Najwyższa Izba Kontroli (NIK)

La prevención y el tratamiento de la diabetes de tipo 2

Resumen

157 La auditoría de la EFS polaca evaluó la prevención y el tratamiento de la diabetes de tipo 2 durante los periodos 2013-2017 en el caso de la atención ambulatoria y 2015-2017 en el de la atención hospitalaria.

158 Las estimaciones indican que una de cada once personas en Polonia podría padecer diabetes (tipos 1 y 2) y el número de pacientes afectados por la enfermedad crece un 2,5 % todos los años. Si no recibe tratamiento, la diabetes conlleva varias consecuencias negativas, tales como ictus, hipertensión o amputación de miembros (como complicación del denominado «síndrome del pie diabético») y, por tanto, un aumento de personas que ya no pueden trabajar y perciben así prestaciones sociales.

Desarrollo de la auditoría

159 La evaluación se basó en la siguiente pregunta de auditoría principal:

- ¿Garantiza el sistema de atención sanitaria la detección temprana de las personas que padecen diabetes de tipo 2 o están en riesgo de padecerla y la aplicación de métodos eficaces para el tratamiento de esta enfermedad?

160 Preguntas específicas:

- ¿Ha formulado el Ministerio de Sanidad una política sanitaria nacional para prevenir la diabetes y mejorar el estado de salud de las personas que la padecen?
- ¿Ha garantizado el Fondo de Salud Nacional la disponibilidad de servicios relacionados con la diabetes y recursos para el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones?

- ¿Han tomado medidas los proveedores de asistencia sanitaria en el ámbito de la prevención, la detección temprana y el tratamiento de la diabetes de tipo 2?
- ¿Han concedido a los pacientes con diabetes de tipo 2 acceso a servicios de especialistas?
- ¿Han empleado los métodos de tratamiento de la diabetes de tipo 2 que consumen medicamentos de última generación?

161 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Sanidad, la sede del Fondo de Salud Nacional, así como proveedores de asistencia sanitaria. La metodología utilizada comprendía el examen documental, encuestas, aclaraciones de empleados de las entidades auditadas y otras organizaciones.

Principales observaciones

162 La diabetes se reconoce como una «enfermedad de la civilización» y luchar contra ella es una de las prioridades del Ministerio de Sanidad, la cual es responsable de formular la política sanitaria nacional. Sin embargo, no se ha formulado ninguna estrategia nacional para la prevención de la diabetes ni para el tratamiento ni cuidado de las personas que la padecen.

163 El Ministerio de Sanidad no ha identificado adecuadamente las necesidades en materia de salud ni ha determinado el número de especialistas en diabetes necesarios para atender a los pacientes afectados por la enfermedad. Asimismo, no ha conseguido concienciar suficientemente a la población sobre la diabetes.

164 En términos generales, los pacientes polacos carecen de acceso a tratamientos innovadores para la diabetes de tipo 2, puesto que ninguno de los medicamentos que cuentan con una recomendación favorable de la Agencia de Evaluación de la Tecnología Sanitaria y Tarifas, es decir, incretinas y glifocinas, se ha incluido en la lista de medicamentos reembolsables.

165 Aunque el Fondo de Salud Nacional tomó medidas para mejorar el tratamiento de los pacientes con diabetes de tipo 2, aumenta el número de pacientes en lista de espera para acceder a hospitalización y clínicas especializadas en diabetes, así como el tiempo de espera

de los servicios. Al mismo tiempo, disminuye el número de prestadores de servicios contratados por el Fondo de Salud Nacional.

166 Por otro lado, la ausencia de anotaciones adecuadas en los historiales médicos sugiere que, en muchos casos, el personal médico no siguió los principios recogidos en las recomendaciones de la Asociación Polaca contra la Diabetes (PTD) para el tratamiento de personas en riesgo de padecer diabetes y de los pacientes con diabetes de tipo 2, o que sus registros eran poco fiables. En algunos casos, los pacientes no siguieron las recomendaciones del doctor. Por ello, los resultados del tratamiento eran insuficientes y el coste por el tratamiento de las complicaciones de la diabetes de tipo 2 era elevado.

Recomendaciones

167 El NIK formuló las siguientes recomendaciones.

- El Ministerio de Sanidad debería elaborar un programa exhaustivo a nivel nacional de actividades destinadas a la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de la diabetes.
- El Ministerio de Sanidad debería adoptar medidas para estimar el número de personas que siguen sin diagnosticar y que, por tanto, desconocen que padecen diabetes, y desarrollar métodos para llegar a ellas con información apropiada sobre los síntomas y efectos de la enfermedad y para animarlas a someterse al diagnóstico y tratamiento oportunos.
- El Ministerio de Sanidad debería intensificar los esfuerzos por desarrollar un modelo de planificación del personal médico.
- El presidente del Fondo de Salud Nacional debería tomar medidas para garantizar que los pacientes diabéticos puedan acceder en todo el país a los servicios prestados en el marco de la atención integral especializada en régimen ambulatorio y al tratamiento exhaustivo de las heridas crónicas.
- Los proveedores de asistencia sanitaria deberían:
 - derivar a los pacientes diabéticos para que se sometan a pruebas de diagnóstico y consultas con especialistas con la frecuencia recomendada por la Asociación Polaca contra la Diabetes;

- derivar a los pacientes para que se sometan a pruebas de detección de la diabetes como recomienda la Asociación Polaca contra la Diabetes;
- adherirse a las recomendaciones de la Asociación Polaca contra la Diabetes para la prevención de la diabetes de tipo 2;
- conservar cada uno de los historiales médicos de tal forma que se garantice la fiabilidad y la integridad de la información sobre el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente.

168 Asimismo, las autoridades públicas deberían emprender acciones conjuntas coordinadas con las organizaciones sanitarias y de pacientes para promover estilos de vida saludables, como el ejercicio y la dieta, para ayudar a frenar la diabetes de tipo 2 en Polonia.

Publicación y seguimiento

169 El informe se publicó en el sitio web de la EFS polaca el 26 de marzo de 2018 y se envió a las autoridades nacionales supremas y centrales del país. Atrajo mucha atención en los medios de comunicación y despertó numerosos comentarios entre los expertos en asistencia sanitaria.

170 Como respuesta al informe, el ministro polaco de Sanidad informó a la EFS de las medidas adoptadas para aplicar las recomendaciones de la auditoría, en el que cabe citar el análisis de las necesidades y el desarrollo de un plan para un nuevo programa en el ámbito de la salud, así como medidas para mejorar la eficacia de la educación sanitaria y la prevención de enfermedades.

Impacto previsto

171 Fortalecer el sistema sanitario garantizando un seguimiento más eficaz de la prevención de la diabetes y su atención, aumentar la eficacia de la formación sobre la diabetes, y coordinar las medidas para reducir la aparición de nuevos casos de diabetes.

PARTE III – Panorama general de los informes de las EFS

67

Acceso a los servicios sanitarios



Alemania

Bundesrechnungshof

Se requiere investigación sanitaria para estudiar el valor del tratamiento ortodental

Resumen

172 La auditoría de la EFS alemana evaluó el valor del tratamiento ortodental. La auditoría abarcó el período 2014-2016.

173 Los seguros de enfermedad reglamentarios solo reembolsan el tratamiento ortodental (por ejemplo, ortodoncias) si la posición anómala de los dientes o las mandíbulas dificulta considerablemente, de manera real o inminente, la masticación, la mordedura, el lenguaje o la respiración. En los últimos años, el coste por caso patológico tratado se ha duplicado aproximadamente. Según las estimaciones, más de la mitad de los niños y adolescentes en Alemania reciben tratamiento ortodental. En este contexto, el *Bundesrechnungshof*, que tiene el mandato de auditar el sistema de seguro de enfermedad reglamentario de Alemania, revisó de qué forma los fondos de seguro de enfermedad abordaban los servicios ortodontales prestados a sus beneficiarios.

Desarrollo de la auditoría

174 El objetivo de la auditoría era conocer los costes y los procedimientos que intervienen en la aprobación, aplicación y facturación del tratamiento ortodental por parte de los fondos de seguro de enfermedad reglamentario.

175 Por otro lado, el *Bundesrechnungshof* investigó si el Ministerio Federal de Sanidad velaba por la eficiencia de estos servicios y en qué medida.

176 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio Federal de Sanidad, fondos de seguro de enfermedad seleccionados y la organización que aglutina a los fondos de seguro de enfermedad reglamentario.

177 La auditoría se basó principalmente en el análisis de documentación aportada por el Ministerio Federal de Sanidad y por los fondos de seguro de enfermedad, organismos de consulta de pacientes y organismos autónomos de dentistas contratados (procedimientos ortodontales, contratos, estudios sobre ortodoncia, etc.), así como entrevistas con representantes de dichos organismos.

Principales observaciones

El valor del tratamiento ortodental no está respaldado por la investigación científica

178 El *Bundesrechnungshof* concluyó que el Ministerio Federal de Sanidad y los fondos de seguro de enfermedad carecían de una visión general exhaustiva de los servicios ortodontales específicos prestados a los pacientes. Existía una ausencia de datos de ámbito nacional, por ejemplo, sobre el tipo, la duración y el éxito del tratamiento, los grupos de edad tratados, los diagnósticos subyacentes, el número de casos completados y tratamientos interrumpidos. Por otro lado, no se había evaluado con dichos datos el valor añadido del tratamiento ortodental. En consecuencia, no se dispone de ninguna información sobre los objetivos de los fondos de seguro de enfermedad relativos al gasto anual superior a 1 000 millones de euros en tratamientos ortodontales, ni sobre el éxito de dichos tratamientos, si procede.

Los beneficiarios pagan a menudo una cantidad adicional por el tratamiento ortodental

179 Por otro lado, el *Bundesrechnungshof* constató que los dentistas ofrecían habitualmente servicios adicionales que el beneficiario tenía que pagar de su propio bolsillo. Estos servicios privados por cuenta del paciente implicaban principalmente otros métodos de tratamiento, diagnósticos y aparatos ortodontales (por ejemplo, ortodoncias).

180 De acuerdo con un estudio elaborado por uno de los fondos de seguro de enfermedad, tres de cada cuatro encuestados habían contratado servicios privados por su cuenta con los ortodoncistas que les trataban. Casi la mitad de los encuestados había abonado más de 1 000 euros. Por lo general, los fondos de seguro de enfermedad desconocían el tratamiento ortodental y los servicios privados por cuenta del paciente que sus beneficiarios habían recibido. Los fondos de seguro de enfermedad solo tenían constancia de los tratamientos y servicios recibidos en casos excepcionales, como cuando los beneficiarios presentaban una reclamación contra sus dentistas. En esta situación, tampoco se conocía con claridad el grado de éxito alcanzado.

Recomendaciones

181 El *Bundesrechnungshof* recomendó obtener y recopilar datos sobre la situación de la atención ortodental y las necesidades y objetivos del tratamiento, los indicadores de calidad y los controles, también de los servicios privados por cuenta del paciente. El Ministerio Federal de Sanidad debería iniciar evaluaciones y, en su caso, trabajar por la creación de las condiciones reglamentarias necesarias. Debe determinarse el tipo de servicios ortodontales prestados en el marco del seguro de enfermedad reglamentario para reflejar los resultados de dicha investigación sanitaria. Si los servicios privados por cuenta del paciente son preferibles a los servicios actuales cubiertos por los fondos de seguro de enfermedad, los organismos correspondientes deberían estudiar si los fondos de seguro de enfermedad deben incluirlos en la cobertura de asistencia.

Publicación y seguimiento

182 El *Bundesrechnungshof* presentó su informe a la Comisión de Cuentas Públicas de la Comisión Presupuestaria del *Bundestag* como parte de su informe anual sobre la gestión financiera federal del Gobierno Federal.

183 El informe de auditoría se publicó en el sitio web del *Bundesrechnungshof* en abril de 2018. Su publicación se acompañó de una nota de prensa (véase www.bundesrechnungshof.de/en/themen/health-health-insurers/health-health-insurers, tercer artículo de la lista).

184 El *Bundesrechnungshof* pretende realizar un seguimiento de si el Ministerio Federal de Sanidad adopta medidas eficaces para ayudar a garantizar la rentabilidad de las prestaciones del seguro de enfermedad destinadas al tratamiento ortodental.

Impacto previsto

185 En respuesta a la recomendación del *Bundesrechnungshof*, el Ministerio Federal de Sanidad encargó un informe científico para investigar, presentar y evaluar la situación actual de los conocimientos médicos sobre los efectos a largo plazo del tratamiento ortodental en la salud bucodental.

186 Junto con las asociaciones centrales de fondos de seguro de enfermedad y de dentistas contratados, el Ministerio tiene la intención de evaluar las recomendaciones de actuación formuladas por los expertos y discutir los próximos pasos que se deben dar para reforzar la investigación sanitaria y apreciar el valor de la ortodoncia.



Lituania

Valstybės Kontrolė

La accesibilidad de los servicios de asistencia sanitaria y la orientación hacia el paciente

Resumen

187 La auditoría de la EFS lituana evaluó la accesibilidad de los servicios sanitarios y la orientación al paciente. La auditoría abarcó el período 2014-2016. También se examinaron datos correspondientes a 2017 y 2018 si eran de importancia para los cambios producidos.

Desarrollo de la auditoría

188 La evaluación se centró en las siguientes cuestiones:

- gestión de los tiempos de espera de los servicios sanitarios;
- idoneidad de la planificación del número necesario de especialistas sanitarios;
- eficacia del uso de los equipos de coste elevado propiedad de los centros médicos;
- desarrollo de las condiciones necesarias para garantizar la accesibilidad de las últimas tecnologías médicas y examen de las tecnologías que ya están en uso;
- identificación, evaluación y gestión de las expectativas de los pacientes.

189 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Sanidad, la Agencia Estatal de Acreditación Sanitaria y la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad.

190 Por otro lado, se recopilaron datos e información procedentes de centros médicos públicos y privados, municipios, organizaciones profesionales de especialistas sanitarios, organizaciones de pacientes y establecimientos científicos.

191 La metodología de la auditoría comprendía el examen de documentos, evaluaciones comparativas, encuestas de establecimientos médicos y municipios, encuestas de población, entrevistas, análisis de datos y ensayos.

Principales observaciones

La ineficacia de las medidas concebidas para reducir los tiempos de espera de los servicios

192 El Ministerio de Sanidad carecía de información objetiva sobre los tiempos de espera, así como sobre las tendencias y los factores subyacentes que impedían la planificación de medidas eficaces para reducirlos. Asimismo, el Ministerio no analizó el impacto de las medidas desplegadas en las fluctuaciones de los tiempos de espera. Las medidas destinadas a la reducción de los tiempos de espera no habían conseguido los resultados deseados porque no se habían abordado cuestiones clave relacionadas con los flujos de pacientes, el funcionamiento del sistema de sanidad electrónica, el desequilibrio de la estructura de especialistas sanitarios, etc. Como forma de abordar el problema de accesibilidad a los servicios, el 17 % de los pacientes utilizaba servicios de pago (la mitad de ellos por las esperas excesivamente largas) y el 19 % había optado por un tratamiento privado por su cuenta.

Necesidad de mejorar la planificación de la demanda de especialistas sanitarios

193 En el momento de redactar la solicitud de formación de especialistas sanitarios para establecimientos científicos y educativos, el Ministerio no evaluó los cambios en la estructura de los servicios, la demanda de estos servicios en las regiones, la carga de trabajo de los especialistas, el abandono de la profesión de los médicos y las previsiones de emigración. El Ministerio solo intentó sustituir a los médicos que se jubilaban, pero no tuvo en cuenta la demanda de personal de enfermería. El número de facultativos superaba la media de la UE y aún faltaban expertos en especialidades como la cardiología, la oftalmología y la neurología, además de personal de enfermería, que afectaban a la accesibilidad de los servicios.

Uso ineficaz de dispositivos costosos en centros médicos y la falta de incentivos para la evaluación de nuevas tecnologías

194 La intensidad de uso de más de la mitad (59 %) de los dispositivos médicos costosos (coste superior a 29 000 euros) era escasa y el 7 % no se utilizaban en absoluto. Durante el

período auditado, el Ministerio inició la contratación pública de nuevos dispositivos, pero no emprendió la redistribución de los dispositivos costosos, lo que dejaba pendiente de resolución el problema del uso ineficaz de los dispositivos disponibles.

195 El inicio de la evaluación de nuevas tecnologías fue lento (durante el período de cuatro años, los centros médicos y los proveedores privados presentaron únicamente once tecnologías para su evaluación) como consecuencia de la falta de financiación para el uso de tecnologías sanitarias nuevas y aprobadas. Cuando aparecían nuevas tecnologías, normalmente no se evaluaban las disponibles. Ello impidió que todos los pacientes fuesen tratados con las últimas tecnologías.

Pacientes ajenos al desarrollo de la asistencia sanitaria destinada a cumplir sus expectativas

196 Ni el Ministerio ni los establecimientos médicos utilizaron las encuestas de pacientes concebidas para determinar sus expectativas. Aunque la mitad de los municipios auditados recopilaban datos sobre centros médicos, no recurrían a ellos cuando decidían la organización de los servicios. La representación de los pacientes era fragmentada: los representantes de pacientes solo participaban en el 40 % de los grupos de trabajo que consideraban importantes. La notificación de los pacientes respecto a sus derechos y obligaciones era incompleta, lo que contribuía a que aproximadamente el 20 % de los pacientes no acudiesen a sus citas, lo que dilataba aún más los tiempos de espera.

Recomendaciones

197 Para aumentar la accesibilidad de los servicios sanitarios, reducir los tiempos de espera y utilizar los recursos disponibles con mayor eficacia, la EFS recomendó lo siguiente:

- supervisar y analizar periódicamente el uso y la accesibilidad de los servicios y los flujos de pacientes, así como el impacto de las medidas para reducir los tiempos de espera, y basar la adopción de las medidas en el resultado de la supervisión y el análisis mencionados;
- desarrollar un sistema para la planificación de la demanda de especialistas sanitarios basado en el análisis de datos;
- ampliar la evaluación anual de centros incluyendo indicadores de utilización para dispositivos médicos de coste elevado;

- especificar el procedimiento para la financiación de nuevas tecnologías evaluadas, y revisar y valorar nuevamente las tecnologías sanitarias que ya están en uso.

198 Para mejorar la orientación centrada en el paciente del sistema sanitario, la EFS formuló las siguientes recomendaciones:

- ampliar o revisar el contenido de los estudios y encuestas sobre perspectivas de los pacientes realizados por el Ministerio y los establecimientos médicos para identificar las expectativas de los pacientes, que a su vez podrían utilizarse para mejorar la organización de la asistencia sanitaria;
- ampliar el contenido de la información concebida para animar a los pacientes a cumplir sus obligaciones y ejercer sus derechos y los medios para ello;
- establecer criterios para la inclusión de organizaciones de pacientes en la toma de decisiones de comités y grupos de trabajo respecto a la mejora de la asistencia sanitaria.

Publicación y seguimiento

199 El informe de auditoría se presentó a las entidades auditadas, a la comisión parlamentaria sobre auditoría, a los centros médicos y al público general (en Signals 2018, una conferencia internacional organizada por la EFS en 2018).

200 En consonancia con los plazos para la aplicación de las recomendaciones acordadas en el informe, se envían informes semestrales a las comisiones parlamentarias.

Impacto previsto

201 Se espera que la auditoría propicie cambios organizativos/procedimentales (en los ámbitos de la supervisión de la accesibilidad de los servicios, la planificación de la demanda de especialistas sanitarios, la evaluación de la utilización de dispositivos médicos, la identificación de las expectativas del paciente y la inclusión de organizaciones de pacientes) y la reconsideración de decisiones de financiación (a causa de las nuevas tecnologías).



Malta National Audit Office

El papel del médico de familia - El núcleo de la atención primaria

Resumen

202 La auditoría de la EFS maltesa evaluó el papel del médico de familia y su función en la atención primaria. La auditoría abarcó el período 2014-2016.

203 Los documentos nacionales y de ámbito de la UE reconocen que, a pesar de que con el tiempo se ha producido una ampliación significativa de los servicios de atención primaria, este sector no estaba convenientemente situado en la vanguardia de los servicios sanitarios en Malta.

204 La *National Audit Office* de Malta ya había evaluado el papel de los médicos de familia en los centros de salud en 2001 a través de la auditoría de gestión «Primary Healthcare – the General Practitioners Function within Health Centres». La auditoría había puesto de relieve entonces el alto grado de satisfacción entre los usuarios de los servicios de los médicos de familia. No obstante, el informe había planteado ciertos problemas respecto a diversos aspectos de la prestación del servicio. Los problemas expuestos se referían principalmente a la continuidad de la atención mediante un servicio más personalizado, la distribución desigual de los médicos de familia en los centros de salud, la falta de utilización de un sistema de citas y la eficiencia en cuanto al coste de los servicios.

Desarrollo de la auditoría

205 El propósito de la fiscalización era determinar en qué medida:

- las operaciones relacionadas con el papel de los médicos de familia dotan de accesibilidad a los servicios asociados y ofrecen una calidad adecuada en términos de consecución de los objetivos de la atención primaria;
- la organización y las estructuras administrativas facilitan la prestación del servicio;

- o los servicios prestados son rentables.

206 Las principales entidades auditadas fueron el Departamento de Atención Primaria (Malta), el Hospital General de Gozo (Gozo) y la Unidad de Accidentes y Urgencias del Hospital Mater Dei.

207 La metodología de la auditoría comprendía el análisis documental, la realización de entrevistas semiestructuradas y una encuesta, así como ejercicios de contabilidad de costes para los distintos servicios prestados por los médicos de familia. El alcance de esta auditoría no abarcaba los servicios ajenos a la medicina general prestados por diversos especialistas médicos en los centros de salud.

Principales observaciones

208 La auditoría proporcionó firmes indicios de que, en términos generales, el papel de los médicos de familia se desarrollaba de acuerdo con las medidas estratégicas nacionales definidas en la Estrategia Nacional del Sistema Sanitario de Malta y los servicios se estaban extendiendo y ampliando.

209 Por otro lado, este examen también planteó determinados problemas. Con su configuración actual, sería improbable que se produjera una ampliación adicional del papel de los médicos de familia centrándolo en mayor medida en el paciente sin un cambio en el reparto de la financiación que refleje de manera más realista las ventajas socioeconómicas a largo plazo de las inversiones en atención primaria. Por otro lado, se presentaba la oportunidad de explotar con mayor intensidad la interrelación y las posibles sinergias de la colaboración entre los sectores privado y público. De esta manera, mediante una colaboración más estrecha entre partes interesadas, el papel de los médicos de familia de la sanidad pública podría contribuir en mayor medida a colocar la atención primaria en el centro de los servicios nacionales de salud.

Recomendaciones

210 La *National Audit Office* de Malta formuló las siguientes recomendaciones:

- o Se recomendaba al Departamento de Atención Primaria (PHCD) que concentrase más esfuerzos en evaluar la viabilidad de ampliar y extender el papel de los médicos de

cabecera explotando el carácter complementario de los servicios prestados por médicos en los sectores público y privado, también mediante asociaciones público-privadas y la externalización.

- Debería estudiarse el traspaso de asignaciones presupuestarias en el sector sanitario en favor de la atención primaria.
- Se recomendaba al PHCD que actualizase las medidas estratégicas enumeradas en la Estrategia Nacional del Sistema Sanitario de Malta para el período 2014-2020 y otros documentos para que se convirtieran en planes de proyectos ejecutables. Ello implicaría el establecimiento de los recursos necesarios y del plazo de ejecución.
- Deberían intensificarse los esfuerzos para introducir la Clínica de Gestión de Enfermedades Crónicas en todos los centros de salud. Con ello se promovería aún más la continuidad de la atención y los principios centrados en el paciente y, a largo plazo, se mejoraría la rentabilidad del papel de los médicos de familia.
- Se recomendaba al PHCD que continuase sus esfuerzos por modificar el equilibrio de sus servicios, pasando de la atención inmediata a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Existía la oportunidad de que el PHCD aprovechara las campañas de sensibilización en vigor y recomendara a los médicos de familia a que reiterasen los mensajes de dichas campañas durante las consultas con los pacientes.
- Debería estudiarse la posibilidad de incrementar la colaboración estratégica, administrativa y operativa entre los centros de salud de Malta y Gozo. Con ello se garantizaría un mayor grado de personalización y armonización de los servicios, así como la puesta en común de experiencias en el desarrollo de servicios.
- Debía mejorarse la accesibilidad de la información sobre la gestión financiera: la sección de Finanzas todavía requería de una inversión en las oportunas infraestructuras informáticas.
- Se recomendaba al PHCD a mejorar el uso que hacía de las TIC disponibles, como por ejemplo, el Sistema Clínico de Administración de Pacientes, para garantizar unas estadísticas precisas de contacto del paciente. Esta información reforzaría la planificación estratégica y el control de la gestión de las operaciones del PHCD.
- Debían aumentarse los esfuerzos relacionados con la implantación del sistema de receta electrónica en Bereġ, que dependía de las inversiones apropiadas en TIC.

- Se recomendaba al PHCD que mejorase la coordinación con la Unidad de Accidentes y Emergencias del Hospital Mater Dei para minimizar la incidencia de pacientes que acuden innecesariamente a dicha unidad cuando podrían recibir la atención necesaria de los médicos de familia en los centros de salud.

Publicación y seguimiento

211 El informe se presentó ante el presidente de la Cámara de Representantes el 27 de junio de 2016, quien a su vez lo remitió a dicha Cámara. El informe también fue objeto de debate en la Comisión de Cuentas Públicas. Tras la presentación del citado informe en el Parlamento, la *National Audit Office* de Malta lo publicó en su sitio web. Asimismo, se publicó una nota de prensa en maltés e inglés en la que figuraba un resumen de las principales conclusiones y constataciones más relevantes. La EFS remitió ejemplares del informe a los medios de comunicación y a otras partes interesadas.

212 La *National Audit Office* de Malta llevó a cabo un seguimiento de la auditoría de gestión en 2018. Dicho seguimiento implicaba principalmente la realización de entrevistas semiestructuradas con funcionarios clave del Departamento de Atención Primaria y un examen de la documentación conexas. En líneas generales, la auditoría de seguimiento puso de relieve que el Departamento de Atención Primaria había emprendido activamente la aplicación de las recomendaciones del informe. Para ello, se habían aplicado íntegramente dos recomendaciones del informe original y los trabajos estaban en un estado avanzado en relación con las ocho restantes.

Impacto previsto

213 El impacto del informe previsto a largo plazo es que se traducirá en cambios organizativos y procedimentales, en un aumento de la financiación y los recursos humanos para el papel de los médicos de familia, y en el refuerzo de la infraestructura informática. También debería conducir a servicios más centrados en el paciente, con especial atención a la continuidad de la asistencia y la ampliación de los servicios de los médicos de familia. Otros impactos a largo plazo que cabe mencionar son la reducción de la demanda de atención secundaria y las solicitudes de la Unidad de Accidentes y Urgencias del Hospital Mater Dei. Otro impacto a largo plazo podría ser que la atención primaria aumente la sensibilización en cuanto a las opciones vitales, e influyera así en la incidencia de enfermedades crónicas que afectan especialmente a la población maltesa.



Portugal Tribunal de Contas

Acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria en el Servicio Nacional de Salud de Portugal

Resumen

214 La auditoría de la EFS portuguesa evaluó el acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria en el Servicio Nacional de Salud de Portugal durante el período 2014-2016. El acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, en particular a consultas hospitalarias de especialistas y a cirugía, atraviesa actualmente una serie de dificultades, en particular por lo que respecta al tiempo de espera.

Desarrollo de la auditoría

215 La auditoría tenía por objeto establecer si:

- el Servicio Nacional de Salud respondía en un plazo aceptable desde el punto de vista clínico a las necesidades de los ciudadanos en términos de acceso a primeras consultas con el especialista y a intervenciones quirúrgicas programadas;
- los procedimientos para el registro y el desplazamiento de las listas de espera se llevaban a cabo conforme a la normativa vigente;
- las medidas aplicadas por el Ministerio para dar respuesta a las dificultades de acceso eran eficaces.

216 Las principales entidades auditadas fueron determinados servicios del Ministerio de Sanidad y una selección de unidades hospitalarias.

217 El rendimiento del Servicio Nacional de Salud en cuanto a los indicadores de acceso a primeras consultas hospitalarias y cirugía se evaluó en función de los siguientes factores:

- informes técnicos elaborados por el Ministerio de Sanidad, diversos organismos de dicho Ministerio y la Autoridad Reguladora de Salud;

- análisis de datos e información facilitados por la Administración Central del Sistema de Salud sobre el registro y desplazamiento de los pacientes en las listas de espera de consultas y cirugía.

218 La calidad de los indicadores calculados y los registros subyacentes se evaluó sobre la base de los siguientes elementos:

- entrevistas con la Administración Central del Sistema de Salud, la Administración Sanitaria Regional de Lisboa y Valle del Tejo, y la muestra de unidades hospitalarias sometidas a fiscalización;
- información y datos recopilados de las unidades hospitalarias auditadas, incluidas pruebas de recorrido del entorno de control y de los procedimientos de registro y desplazamiento de los pacientes en las listas de espera de consultas y cirugía.

Principales observaciones

219 El *Tribunal de Contas* concluyó que el acceso de los pacientes a consultas hospitalarias con especialistas e intervenciones quirúrgicas programadas se había deteriorado en el período trienal de 2014 a 2016, dando como resultado un aumento:

- del tiempo de espera medio para una primera consulta hospitalaria con un especialista de 115 a 121 días, y del incumplimiento de los plazos máximos de respuesta garantizados, del 25 % en 2014 al 29 % en 2016;
- i) del número de pacientes en listas de espera para cirugías, en 27 000 usuarios (+ 15 %);
ii) del tiempo de espera medio hasta la cirugía, en 11 días (+ 13 %); y
iii) del incumplimiento de los plazos máximos de respuesta garantizados, del 7,4 % en 2014 al 10,9 % en 2016.

220 Asimismo, concluyó que en las iniciativas centralizadas emprendidas por la Administración Central del Sistema de Salud en 2016 para validar y limpiar las listas de espera de las primeras consultas hospitalarias con especialistas en los hospitales del Servicio Nacional de Salud se introducía la eliminación administrativa de solicitudes muy antiguas, lo que distorsionaba los indicadores de rendimiento comunicados.

221 Concretamente, en el ámbito de la cirugía, se constató que el hecho de no expedir de manera oportuna y periódica vales de cirugía y avisos de derivación a los pacientes en listas de espera, que les habría permitido ser operados en otras unidades hospitalarias con capacidad de respuesta, aumentaba los tiempos de espera.

222 El *Tribunal de Contas* concluyó que la información sobre las listas de espera publicada por la Administración Central del Sistema de Salud era poco fiable no solo por los reiterados fallos en la introducción de la información hospitalaria en los sistemas centralizados para gestionar el acceso a consultas hospitalarias e intervenciones quirúrgicas, sino también por las iniciativas centralizadas referidas anteriormente.

Recomendaciones

223 El *Tribunal de Contas* formuló varias recomendaciones a la luz de sus constataciones de auditoría, a saber:

Dirigidas al ministro de Sanidad:

- crear mecanismos para expedir automáticamente vales de cirugía dentro de los plazos legales siempre que no sea posible cumplir los plazos máximos de respuesta garantizados en los hospitales del Servicio Nacional de Salud, de forma que el proceso de internalización de la producción quirúrgica en el Servicio Nacional de Salud no menoscabe el derecho de un paciente de recibir tratamiento dentro de un plazo considerado aceptable desde el punto de vista clínico;
- encomendar a un organismo ajeno a la Administración Central del Sistema de Salud la realización de controles periódicos de la calidad de los indicadores de acceso publicitados para las primeras consultas hospitalarias y las intervenciones quirúrgicas programadas.

Dirigidas a la Junta de Gobierno de la Administración Central del Sistema de Salud:

- abstenerse de adoptar procedimientos administrativos que se deriven en reducciones artificiales de las listas y los tiempos de espera;
- elaborar informes que expliquen los criterios adoptados y los métodos y resultados obtenidos, siempre que las bases de datos del sistema de información centralizado para

la gestión del acceso a consultas hospitalarias e intervenciones quirúrgicas sean modificadas a fin de subsanar errores.

Publicación y seguimiento

224 El informe se envió a los organismos auditados y a los miembros del Gobierno responsables de ellos. Asimismo, se publicó en el sitio web del *Tribunal de Contas*, junto con un resumen de una página, y se enviaron notas a los medios de comunicación.

225 Tras la publicación, el presidente del *Tribunal de Contas* y el ministro de Sanidad intervinieron en una audiencia parlamentaria ante la Comisión de Sanidad de la Asamblea Nacional.

226 Para acatar las disposiciones finales del informe, las autoridades destinatarias de las recomendaciones informaron en el plazo de tres meses de las medidas que habían adoptado. También se produjeron intercambios de información posteriores. En septiembre de 2018 se analizaron las actuaciones realizadas a la luz de las recomendaciones, con la conclusión de que 20 de las 47 recomendaciones formuladas (43 %) habían sido aplicadas y otras 21 recomendaciones (45 %) habían sido aplicadas parcialmente. Estas actuaciones incluyeron:

- o la aplicación de procedimientos para catalogar los datos sobre el acceso a primeras consultas e intervenciones quirúrgicas programadas, con la finalidad de garantizar que el trabajo para corregir errores en los actuales sistemas de información estaba normalizado y presentaba un mayor grado de transparencia y facilidad de fiscalización;
- o la externalización de servicios para garantizar que los vales de cirugía seguían siendo expedidos de manera oportuna a los pacientes en lista de espera.

Impacto previsto

227 Cambios en los procedimientos operativos y de control para la gestión de las listas de espera para consulta y cirugía. Promoción de la rendición de cuentas en cuanto a la gestión eficiente de las listas de espera, el cumplimiento de los plazos máximos de respuesta y la transparencia en los procedimientos.



Rumanía

Curtea de Conturi a României

Desarrollo de las infraestructuras sanitarias a escala nacional, regional y local para incrementar el acceso a los servicios de salud

Resumen

228 La EFS rumana evaluó el uso de los fondos destinados al desarrollo de la infraestructura sanitaria. La auditoría abarcó el período 2011-2015.

Desarrollo de la auditoría

229 La principal entidad auditada fue el Ministerio de Sanidad.

230 La metodología de la auditoría comprendía el examen de la documentación ministerial existente referente al asunto auditado, observaciones directas, cuestionarios y entrevistas con empleados de las entidades auditadas.

Principales observaciones

231 La EFS rumana formuló las siguientes observaciones:

- o el Ministerio de Sanidad no había sustanciado adecuadamente los recursos necesarios para financiar las inversiones en el sistema sanitario;
- o el Ministerio de Sanidad no había coordinado eficientemente la ejecución de las inversiones a través de los departamentos funcionales, lo que dio lugar a una gestión deficiente tanto en su ámbito como en las unidades sanitarias subordinadas y en que, en diecinueve años, solo se hubiesen finalizado dos objetivos importantes de inversión;
- o instalación de los equipos médicos adquiridos con un retraso de entre 90 y 800 días;

- o ausencia de un registro centralizado de las solicitudes de financiación de inversiones presentadas al Ministerio por las unidades de salud pública, incluidos los motivos de no haber admitido financiación de las inversiones;
- o incumplimiento de los principios de economía, eficiencia y eficacia. Las unidades sanitarias han contratado servicios de diagnóstico por imagen por proveedores externos a pesar de poseer equipos con lo que prestar dichos servicios;
- o la asignación de fondos de inversión se produce mayoritariamente en el segundo semestre del ejercicio presupuestario. En ciertas ocasiones, los procedimientos de contratación pública no se concluían en el ejercicio presupuestario, lo que provocaba la pérdida de financiación;
- o no existe una contratación pública centralizada de equipos médicos. Las adquisiciones se realizaban de manera descentralizada a través de cada unidad de salud, lo que produjo diferencias en el precio de la adquisición;
- o el Ministerio de Sanidad no estableció un conjunto de indicadores físicos y de eficiencia para realizar un seguimiento de la consecución de las inversiones, el desarrollo de infraestructura sanitaria, el suministro de equipos médicos a las instalaciones sanitarias o el grado de cumplimiento de los indicadores establecidos. No se ha efectuado un análisis periódico de los indicadores físicos y de eficiencia;
- o desconocimiento de la situación real de las instalaciones sanitarias por lo que respecta a los dispositivos médicos de alto rendimiento (TAC, IRM, angiografías y aceleradores lineales);
- o el Ministerio de Sanidad no planificó ni realizó controles para verificar el uso de fondos destinados al desarrollo de la infraestructura sanitaria.

Recomendaciones

232 La EFS rumana formuló las siguientes recomendaciones:

- o establecer recursos apropiados para la financiación de gastos/transferencias de capital, destinados a hacer un uso eficiente de los recursos asignados;
- o establecer una supervisión permanente del uso de los recursos financieros por parte de las unidades sanitarias, elaborar procedimientos por los que se establezcan un marco

obligatorio para las unidades subordinadas de notificación oportuna de los importes no utilizados;

- garantizar una financiación adecuada de las inversiones aprobadas y las medidas para prestar apoyo especializado a las unidades subordinadas;
- participar de manera continuada en el trabajo realizado por las unidades sanitarias, haciendo hincapié en la realización y encargo oportunos de las inversiones en condiciones óptimas;
- organizar inspecciones periódicas de la actividad de inversión para valorar el estado de realización;
- establecer un registro real de las solicitudes para financiar inversiones de las unidades sanitarias, para utilizarlo como fuente de información y realizar la selección de las unidades beneficiarias de los fondos y la priorización de las inversiones a partir de criterios objetivos;
- analizar medidas para la contratación pública centralizada, al menos en el caso de los equipos de alto rendimiento y desarrollar medidas para garantizar un uso eficiente de los fondos públicos;
- establecer una serie de indicadores físicos y de eficiencia para supervisar el desarrollo de la infraestructura del sistema sanitario;
- analizar posibles maneras de finalizar, aplicar y operar el sistema informático de alto rendimiento y de capitalizar los estudios de viabilidad previa y de viabilidad, las guías relativas a la arquitectura y los proyectos técnicos adquiridos pero no usados;
- coordinar y supervisar las unidades sanitarias a lo largo de todo el proceso de absorción de fondos no reembolsables para impulsar la tasa de absorción;
- adoptar todas las medidas necesarias para alcanzar las condiciones *ex ante* y liberar la financiación no reembolsable prevista en el Programa Operativo Regional 2014-2020;
- emprender todas las acciones necesarias para acceder y utilizar de manera eficiente los fondos puestos a disposición por la UE a través del Programa Operativo Regional y los fondos asignados a través del contrato de préstamo con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento;

- o poner en marcha la base de datos nacional de infraestructura sanitaria.

Publicación y seguimiento

233 El informe se presentó en forma de síntesis a la Presidencia rumana, al Gobierno, a la Cámara de Diputados, al Senado, a la Academia rumana, a la Academia de Ciencias Médicas, a las comisiones especializadas del Parlamento rumano, a ciertos ministerios y a la Casa Nacional del Seguro de Enfermedad. Una versión resumida del informe se publicó en julio de 2017 en el sitio web del Tribunal de Cuentas de Rumanía.

234 En octubre de 2018 se redactó un informe de seguimiento, en el que se instaba al Ministerio de Sanidad a que diese los primeros pasos para aplicar las medidas solicitadas por el Tribunal de Cuentas rumano.

Impacto previsto

235 Identificación de los mejores resultados obtenidos a raíz de la aplicación de las medidas solicitadas y de las causas que provocaron el incumplimiento de los objetivos propuestos.



Unión Europea Tribunal de Cuentas Europeo

Medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza: ambiciones importantes, pero se requiere una mejor gestión

Resumen

236 El Tribunal de Cuentas Europeo (el Tribunal) evaluó si las medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza producían los beneficios previstos para los pacientes. La auditoría abarcó el período 2008-2018.

237 El objetivo de la Directiva de la UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza, adoptada en 2011, es garantizar una asistencia sanitaria segura y de alta calidad más allá de las fronteras nacionales dentro de la UE, y disponer el reembolso en el extranjero en las mismas condiciones que en el país de origen. Asimismo, aspira a facilitar una cooperación más estrecha en materia de sanidad electrónica, los intercambios transfronterizos de datos de pacientes y el acceso a la asistencia sanitaria de enfermedades raras a través del desarrollo de las redes europeas de referencia.

238 Los auditores examinaron si la Comisión Europea había supervisado la aplicación de la Directiva de la UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza y guiado a los Estados miembros para informar a los pacientes de sus derechos. Asimismo, evaluaron los resultados obtenidos en los intercambios transfronterizos de datos sanitarios y revisaron las principales medidas de la UE con respecto a las enfermedades raras.

Desarrollo de la auditoría

239 La pregunta de auditoría principal era la siguiente: «¿Aportan beneficios para los pacientes las medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza?»

240 Además, el Tribunal examinó si:

- la Comisión había supervisado correctamente la aplicación de la Directiva de la UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza en los Estados miembros;

- los resultados logrados hasta la fecha en términos de intercambios transfronterizos de datos sanitarios respondían a las expectativas;
- las medidas de la UE sobre enfermedades raras habían aportado valor añadido a los esfuerzos de los Estados miembros por facilitar el acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria.

La principal entidad auditada fue la Comisión Europea.

241 La metodología comprendía diversas entrevistas con representantes de la Comisión y con las autoridades de cinco Estados miembros responsables de la aplicación de la Directiva (Dinamarca, Italia, Lituania, Países Bajos y Suecia). Se llevó a cabo una encuesta entre los representantes de todos los Estados miembros del Grupo de Expertos en Asistencia Sanitaria Transfronteriza y entre representantes de la red de sanidad electrónica. Asimismo, se evaluaron proyectos financiados por la UE y se consultó a expertos.

Principales observaciones

242 El Tribunal de Cuentas Europeo formuló las siguientes observaciones:

Aplicación de la Directiva de la UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza

- La Comisión supervisó correctamente la transposición de la Directiva a la legislación nacional y su aplicación por los Estados miembros.
- Asimismo, facilitó su apoyo a los Estados miembros en la mejora de la información sobre los derechos del paciente a recibir asistencia sanitaria transfronteriza, aunque sigue habiendo lagunas.

Intercambios transfronterizos de datos sanitarios

- La Comisión no evaluó adecuadamente el número de usuarios ni la rentabilidad posibles del intercambio transfronterizo de datos sanitarios.
- Las previsiones de los volúmenes de intercambios transfronterizos de datos sanitarios han sido excesivamente optimistas. En el momento de la auditoría (noviembre de 2018), los Estados miembros solo se disponían a iniciar el intercambio electrónico de datos sanitarios de pacientes.

Las redes europeas de referencia

- Las redes europeas de referencia para las enfermedades raras son una innovación ambiciosa que gozan de un amplio apoyo por parte de doctores, prestadores de asistencia sanitaria y pacientes.
- Sin embargo, el proceso de establecimiento de las redes europeas de referencia estuvo marcado por varias deficiencias y encaran desafíos significativos respecto a su sostenibilidad financiera.

Recomendaciones

243 El Tribunal de Cuentas Europeo recomienda a la Comisión:

- que preste más apoyo a los puntos nacionales de contacto para mejorar la información sobre los derechos de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza;
- que se prepare mejor para los intercambios transfronterizos de datos sanitarios;
- que mejore el apoyo prestado a las redes europeas de referencia y su gestión para facilitar el acceso de pacientes con enfermedades raras a la asistencia sanitaria.

Publicación y seguimiento

244 El Tribunal de Cuentas Europeo presenta sus informes especiales al Parlamento Europeo y al Consejo de la UE, así como a otras partes interesadas, como parlamentos nacionales, interlocutores del sector y representantes de la sociedad civil.

245 El informe se publicó en el sitio web del Tribunal en las veintitrés lenguas de la UE junto con un comunicado de prensa el 4 de junio de 2019.

246 Como parte del procedimiento normal, tres años después de la publicación del informe del Tribunal se llevará a cabo un seguimiento del mismo.

Impacto previsto

247 El Tribunal espera el siguiente impacto:

- o que se facilite información más clara a los pacientes de la UE sobre su derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza;
- o que se publique información sobre las redes europeas de referencia de enfermedades raras en los sitios web de los puntos de contacto nacionales;
- o que se lleve a cabo una evaluación de la práctica y la rentabilidad de los intercambios transfronterizos de datos sanitarios y de si estos suponen una aportación significativa a los sistemas sanitarios nacionales;
- o que las acciones de la UE en el ámbito de las enfermedades raras y la asistencia sanitaria transfronteriza faciliten el acceso de pacientes con enfermedades raras a un diagnóstico más rápido y al tratamiento adecuado;
- o que se lleve a cabo una evaluación de los resultados de la estrategia de la UE en materia de enfermedades raras;
- o que, garantizando la sostenibilidad de las redes europeas de referencia, toda financiación futura de la UE destinada a dichas redes se gestione conforme a la estructura simplificada, y se reduzca así su carga administrativa.

PARTE III – Panorama general de los informes de las EFS

92

Calidad de los servicios sanitarios



Austria Rechnungshof

Garantía de calidad aplicable a los médicos

Resumen

248 La auditoría de la EFS austriaca tenía como objetivo la evaluación de la organización, una selección de determinados asuntos y la transparencia de la garantía de calidad del Gobierno Federal aplicable a los médicos que mantienen un gabinete privado. La auditoría abarcó el período 2013-2016.

Desarrollo de la auditoría

249 La evaluación se centró en los siguientes elementos:

- o los fundamentos jurídicos y técnicos de la garantía de calidad, incluidos sus objetivos y beneficios;
- o la organización de la garantía de calidad, incluidos los agentes, las estructuras y las actividades;
- o la evaluación de los recursos financieros y humanos empleados para la garantía de calidad;
- o la evaluación de una selección de prioridades de la garantía de calidad: procedimientos de garantía de calidad, sistemas de gestión de la calidad y proyectos de medición de la calidad a nivel de la atención en régimen ambulatorio;
- o notificación de la garantía de calidad.

250 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Sanidad y Asuntos de la Mujer (en el momento de la auditoría: el Ministerio de Sanidad), el Colegio de Médicos de Austria y la Sociedad Austriaca de Garantía de la Calidad y la Gestión de la Calidad en Medicina (ÖQMed).

251 En la metodología de la auditoría se introdujo una evaluación de estudios austriacos e internacionales, entrevistas con personal de las principales entidades auditadas y un análisis de las pruebas recopiladas, en el que se tenía en cuenta si se habían aplicado los objetivos y de qué manera.

Principales observaciones

252 Entre 2005, año en que entró en vigor la Ley de calidad sanitaria, y 2012, el Ministerio Federal de Sanidad publicó tres conjuntos de directrices de calidad destinadas a los médicos que mantienen un gabinete privado. Como solo eran válidos por un tiempo definido y el Ministerio no estableció una norma de seguimiento a tiempo, al menos dos de ellos perdieron su validez en 2017.

253 En la reforma sanitaria de 2013 se incluyó la decisión de introducir la medición de la calidad de resultados en el caso de los médicos que mantienen un gabinete privado. Desde entonces, no obstante, no se ha desarrollado ni se aplicado una medición normalizada de la calidad del tratamiento en el sector de la atención en régimen ambulatorio. Por consiguiente, sigue sin haber una plataforma federal independiente que facilite información al paciente sobre la calidad del tratamiento.

254 Por otro lado, la EFS austriaca señaló que el Gobierno Federal, las provincias y las instituciones de la Seguridad Social no habían introducido documentación normalizada sobre diagnóstico y rendimiento en la atención en régimen ambulatorio, a pesar de que era un aspecto acordado previamente en la reforma sanitaria de 2005 y de que en un proyecto piloto se había confirmado su viabilidad técnica.

255 Aunque las tareas de garantía de calidad eran de interés público, el Gobierno Federal encomendó dichas tareas al Colegio de Médicos de Austria, cuya principal finalidad es proteger los intereses profesionales, sociales y económicos de los médicos. En este contexto, la ÖQMed llevó a cabo en la práctica las tareas relacionadas con la garantía de calidad en nombre del Colegio de Médicos de Austria. No obstante, la ÖQMed formaba parte del Colegio y tenía estrechos vínculos organizativos y presupuestarios con este.

256 De conformidad con la Ley del personal médico, los facultativos debían evaluar cada cinco años la calidad de los servicios ofrecidos en su gabinete. Para ello, cumplimentaban los

cuestionarios de autoevaluación facilitados por la ÖQMed. Las respuestas a las preguntas se limitaban a «sí», «no» o «no se aplica». Su disposición y contenido propiciaba las respuestas positivas.

257 El 97 % de los médicos que rellenaron el cuestionario entre 2012 y 2016 afirmaron cumplir íntegramente los criterios por los que se preguntaba. Sin embargo, las comprobaciones de validez de la autoevaluación llevadas a cabo por la ÖQMed mediante inspecciones de las operaciones elegidas a través de una muestra aleatoria demostraron que aproximadamente el 18 % de las consultas no cumplía al menos un criterio. Sin embargo, la posibilidad de someterse a una inspección de la ÖQMed era de solo un 7 %; en términos estadísticos, una operación solo se incluía en la muestra cada setenta años.

Recomendaciones

258 La EFS austriaca formuló las siguientes observaciones:

Dirigidas al Ministerio Federal de Sanidad:

- Desarrollar normas de calidad con disposiciones o criterios vinculantes lo antes posible, y garantizar así la aplicación del objetivo establecido en la Ley de calidad sanitaria por el órgano legislador.
- Redactar normas de seguimiento de las directrices federales de calidad inválidas. En el futuro, en el momento de publicar normas de calidad, debería aclararse si tienen carácter vinculante o son meras recomendaciones.
- Proporcionar a la comisión de control de resultados una propuesta de resolución para priorizar y aplicar programas de atención de ámbito nacional adicionales, que deberían desarrollarse y ponerse en práctica rápidamente.
- Intentar aplicar la medición de la calidad de los resultados en la atención ambulatoria establecida en el Acuerdo sobre la organización y financiación del sistema sanitario, de conformidad conforme al artículo 15 *bis* de la Ley constitucional federal; esto debería basarse en el concepto acordado dentro del período de control de resultados 2017-2021.
- Establecer la documentación del diagnóstico en régimen de atención ambulatoria sobre una base jurídica lo antes posible.

- Desarrollar escenarios para establecer una institución de garantía de calidad independiente desde el punto de vista financiero y organizativo.
- En los futuros informes de calidad, el índice de incumplimiento de la autoevaluación de los médicos que mantienen un gabinete privado y de la verificación de validez de la institución responsable de la garantía de calidad deberían describirse por separado y compararse. Asimismo, deberían evaluarse las desviaciones y adoptarse medidas (por ejemplo, servicios de información y asesoría) para evitar declaraciones falsas en la autoevaluación.

Dirigidas al Ministerio Federal de Sanidad y al Colegio de Médicos de Austria:

- Redactar de manera neutra las opciones de respuesta de los cuestionarios de autoevaluación.
- Estudiar opciones para aumentar el número de verificaciones de validez. Para garantizar la calidad necesaria de las consultas y como servicio de asesoramiento para los médicos que abran un nuevo gabinete, la verificación de validez podría dotarse de carácter vinculante. Los costes adicionales podrían sufragarse con una tasa que grave a los interesados.

Publicación y seguimiento

259 El informe se envió al Parlamento austriaco, al Ministerio de Sanidad y al Canciller de este país en julio de 2018 y se publicó el mismo día en el sitio web del Tribunal de Cuentas austriaco. Se presentó ante la Comisión de Cuentas Públicas del Parlamento austriaco en noviembre de 2018 y se debatió en el Parlamento austriaco en enero de 2019. El Tribunal de Cuentas austriaco tiene como objetivo investigar el estado de aplicación de las recomendaciones en 2019 y publicará los resultados en su sitio web a final de 2019. En función de los resultados de la investigación, podría llevarse a cabo una auditoría de seguimiento con fiscalizaciones sobre el terreno y un informe independiente.

Impacto previsto

260 Se espera que la auditoría contribuya a la gestión de la calidad de los resultados examinando las actividades emprendidas y evaluando su eficacia. Desde un punto de vista temporal, los resultados de auditoría podrían incentivar cambios organizativos y procedimentales, y contribuir a que los fondos y recursos se orienten y prioricen de manera adecuada en tiempos de restricciones presupuestarias.



Dinamarca Rigsrevisionen

Informe sobre las diferencias en la calidad de la atención entre los hospitales daneses

Resumen

261 La auditoría de la EFS danesa tenía como objetivo evaluar las posibles diferencias en la calidad de la atención entre los hospitales daneses. La auditoría abarcó el período 2007-2016.

262 La Ley de sanidad danesa dispone que todos los pacientes han de tener un acceso fácil e igualitario a una atención de calidad. A través de diversas iniciativas, el Ministerio de Sanidad y las regiones se han centrado en las diferencias geográficas de la calidad de la atención. Desde 2012, los Registros Clínicos de Dinamarca (RKKP) han realizado un seguimiento de los datos sobre la calidad de la atención. Los RKKP velan por que los pacientes reciban una atención adecuada a las directrices sobre práctica clínica. Para ello, los RKKP recopilan información sobre la calidad de la atención prestada en las regiones y las posibles diferencias entre regiones y hospitales.

Desarrollo de la auditoría

263 La auditoría se centró en la calidad de la atención y en las diferencias respecto a cuatro enfermedades comunes: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ictus y fracturas de cadera. Se seleccionaron estas enfermedades para el estudio porque afectan a un gran número de pacientes y se tratan en la mayoría de hospitales del país. El propósito era responder a las siguientes preguntas:

- ¿Han establecido el Ministerio de Sanidad y las regiones los marcos que garanticen adecuadamente la igualdad de acceso de todos los pacientes a una atención hospitalaria de calidad y que permitan a las regiones y a los hospitales identificar las causas de posibles diferencias en la calidad de la atención entre hospitales y reducir las diferencias injustificadas?

- ¿Existen diferencias injustificadas en la medida en que la atención prestada en los hospitales a pacientes que padecen insuficiencia cardiaca, EPOC, ictus o fracturas de cadera es coherente con todos los correspondientes indicadores relativos al proceso (indicadores de calidad de la atención)?

264 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Sanidad de Dinamarca y las cinco regiones danesas. (Los servicios sanitarios son una de las competencias clave de las regiones danesas).

265 La auditoría se llevó a cabo a partir de exámenes documentales, entrevistas y análisis basados en registros.

Principales observaciones

266 El *Rigsrevisionen* formuló las siguientes observaciones:

- El análisis de la EFS demostró que un número considerable de pacientes que padecían de insuficiencia cardiaca, ictus o fractura de cadera no recibían el programa íntegro recomendado de atención médica. Asimismo, el análisis puso de manifiesto la ausencia de coherencia en la calidad de la atención en el ámbito de las cuatro enfermedades. Las diferencias no obedecían a decisiones profesionales conscientes tomadas en función de las circunstancias o las necesidades y deseos propios de los pacientes.
- El análisis demostró que las diferencias en la atención afectaban al riesgo posterior de reingreso hospitalario o fallecimiento del paciente. Por otro lado, el análisis basado en registros indicó que la mayoría de las diferencias relacionadas con el reingreso y el fallecimiento podían explicarse por factores ajenos al control de los hospitales.
- Dicho análisis demostró que la atención prestada a los pacientes con peores pronósticos era menos coherente con todos los correspondientes indicadores relativos al proceso (indicadores de calidad de la atención) que la asistencia prestada a los pacientes con mejor pronóstico. Esta situación se daba en el ámbito de las cuatro enfermedades.
- Así, el análisis basado en registros indicó que, en el caso de los pacientes con peor pronóstico en tres de las cuatro enfermedades, las diferencias de calidad en la atención podrían repercutir en el riesgo posterior de reingreso o fallecimiento.

- El estudio demostró que el Ministerio y las regiones realizaron un seguimiento de las diferencias regionales en la calidad de la atención prestada en los hospitales y sus causas. Sin embargo, la garantía de calidad no se había organizado ni supervisado haciendo hincapié en si los pacientes con necesidades de atención similares, pero circunstancias diferentes, habían recibido una asistencia de la misma calidad. Esto implicaba que el Ministerio y las regiones no disponían de datos sobre las diferencias en la calidad de la atención prestada a los pacientes en circunstancias diferentes ni conocían el efecto que las posibles diferencias podían tener en el riesgo de reingreso o fallecimiento de los pacientes.

Recomendaciones

267 El *Rigsrevisionen* recomendó que el Ministerio de Sanidad y las regiones evaluarán periódicamente si la falta de una asistencia prestada conforme a todos los indicadores de proceso pertinentes afectaba solo a pacientes con determinadas características. Esta información podría ofrecer la base de las medidas para mejorar la calidad de la atención en estos tipos de pacientes y apoyar así el objetivo del Ministerio y las regiones de prestar sistemáticamente una atención de calidad a todos los pacientes.

Publicación y seguimiento

268 El informe se presentó a la Comisión de Cuentas Públicas, que a su vez añadió sus propias observaciones antes de solicitar la respuesta del Ministerio de Sanidad.

269 El informe se puede consultar de manera gratuita en Internet y la Comisión de Cuentas Públicas se sometió a las preguntas de los periodistas.

270 Puesto que el informe es bastante reciente (enero de 2019), el *Rigsrevisionen* está a la espera de la respuesta del Ministerio y seguirá de cerca el informe hasta que se hayan aplicado medidas satisfactorias.

Impacto previsto

271 Resulta prematuro determinar el impacto del informe.



Irlanda **Office of the Comptroller and Auditor General**

Gestión de la cirugía ambulatoria programada

Resumen

272 La auditoría de la EFS irlandesa evaluó el progreso realizado en la sustitución de la prestación de tratamiento hospitalario por cirugía ambulatoria. La finalidad era identificar factores que facilitasen u obstaculizasen dicha sustitución y evaluar si existía margen para ampliar el recurso a la cirugía ambulatoria. El informe abarcaba la actividad quirúrgica ambulatoria en hospitales públicos de cuidados agudos de Irlanda durante el período 2006-2012.

Desarrollo de la auditoría

273 La fiscalización se centró en una pregunta principal: ¿Existe margen para reducir los casos de tratamiento hospitalario garantizando, cuando sea clínicamente adecuado, que tales casos se traten en régimen ambulatorio?

274 Atendiendo a esta pregunta principal, la auditoría examinó si:

- el Ejecutivo del Servicio de Salud (HSE) había analizado los motivos de las diferencias entre hospitales para identificar posibles mejoras;
- se habían identificado y abordado los obstáculos para mejorar los índices de cirugía ambulatoria;
- los procesos de los hospitales o el HSE facilitaban el intercambio de información para extraer ideas de cara a la elaboración de buenas prácticas.

Las principales entidades auditadas fueron el HSE y el Ministerio de Salud.

La evaluación se basó principalmente en la recopilación de datos sobre cirugía ambulatoria, entrevistas a miembros clave del personal y una encuesta distribuida entre todos los

hospitales públicos de cuidados agudos del HSE. Se llevó a cabo en cooperación con dos asesores médicos radicados en el Reino Unido (un anestesista y un neurocirujano).

Principales observaciones

275 La EFS irlandesa formuló las siguientes observaciones:

- o Entre 2006 y 2012 se había producido un incremento constante del porcentaje comunicado de intervenciones quirúrgicas programadas en régimen ambulatorio. El volumen de procedimientos quirúrgicos programados que se realizó en hospitales públicos de cuidados agudos aumentó un 26 %, mientras que el índice de casos ambulatorios para dichos procedimientos se incrementó del 55 % al 69 % durante el mismo período.
- o Existían diferencias considerables en el rendimiento de los hospitales, lo que indica que sigue habiendo un margen significativo para aumentar el índice de casos ambulatorios en algunos hospitales.
- o El volumen de intervenciones quirúrgicas programadas en régimen ambulatorio realizadas en hospitales de cuidados agudos y que estaban fuera del objetivo aumentó entre 2006 y 2012, sin que se registrase la correspondiente variación en el número de procedimientos hospitalarios al margen del objetivo. Esto podría implicar que cada vez se están realizando más procedimientos quirúrgicos menores sobre la base del ingreso hospitalario.
- o Los criterios aplicados por el personal clínico para decidir si un paciente se incluye en la lista de intervenciones quirúrgicas ambulatorias o de tratamiento hospitalario podrían no ser claros o coherentes como consecuencia de la falta de protocolos escritos y listas de verificación. Posiblemente, la dirección no puede evaluar por qué los pacientes no se han considerado aptos para la cirugía ambulatoria.
- o La ausencia de supervisión o revisión por parte de la alta dirección del número de pacientes que no se consideran aptos para la cirugía ambulatoria dificulta que los hospitales detecten los casos en que los índices bajos de intervenciones quirúrgicas ambulatorias se corresponden con un médico o una especialidad y se investiguen las razones.

- En un porcentaje significativo de hospitales no se realizan de manera rutinaria las valoraciones preoperatorias, a pesar de la importancia que revisten para identificar los factores por los que se desaconseja la cirugía ambulatoria en cada paciente. Menos de la mitad de los hospitales encuestados realizan un seguimiento de la tasa de cancelación de los tratamientos quirúrgicos ambulatorios programados.
- El personal de enfermería es responsable de solo el 50 % aproximadamente de las altas hospitalarias, aunque el uso de personal de enfermería convenientemente formado podría aliviar parcialmente la carga de los médicos. En el momento del alta, la información escrita que reciben los pacientes de cirugía ambulatoria es escasa.

Recomendaciones

276 La EFS irlandesa formuló las siguientes observaciones:

- El HSE debería realizar un seguimiento de los niveles de cirugía ambulatoria por hospital, procedimiento y especialidad para determinar los casos en que el nivel de intervenciones ambulatorias es bajo para los procedimientos de gran volumen, y centrar sus esfuerzos en mejorar el rendimiento en estos casos. Los hospitales deberían establecer objetivos específicos para los índices de intervenciones quirúrgicas ambulatorias para cada médico. El examen de las evaluaciones del rendimiento quirúrgico de los médicos debería incluir el estudio de los índices de realización de intervenciones quirúrgicas ambulatorias.
- Para optimizar los índices de cirugía ambulatoria de los procedimientos programados, el HSE debería establecer objetivos apropiados independientes para cada procedimiento quirúrgico. Los objetivos globales sobre régimen ambulatorio fijados para cada procedimiento deberían basarse en el rendimiento de los hospitales que obtienen los mejores resultados, y para este tipo de hospitales, podrían establecerse objetivos más ambiciosos.
- Para garantizar que los hospitales se centran en aumentar los índices de cirugía ambulatoria para todas las intervenciones programada, el HSE debería incrementar el número de procedimientos para los que establece objetivos sobre el índice de intervenciones ambulatorias.

- El HSE debería realizar un seguimiento de los casos actualmente clasificados como cirugía ambulatoria para garantizar que todos los hospitales orienten las intervenciones quirúrgicas al entorno más apropiado y económico de prestación.
- Todos los hospitales deberían establecer protocolos y listas de verificación acordados a nivel local en los que se fijen claramente los criterios que han de emplear los médicos en la selección de pacientes aptos para cirugía ambulatoria. El HSE debería supervisar este proceso para garantizar la coherencia en el planteamiento entre hospitales.
- Para identificar las áreas en que los índices de cirugía ambulatoria son bajos, la dirección hospitalaria debería realizar un seguimiento de los índices de cirugía ambulatoria de cada médico y especialidad. El HSE debería obtener la confirmación de los hospitales de que los índices bajos de cirugía ambulatoria son debatidos de manera rutinaria con los equipos clínicos pertinentes.
- Los hospitales deberían garantizar que se dispone de procedimientos de evaluación preoperatoria a fin de identificar los pacientes que no son aptos para la cirugía ambulatoria.
- Los hospitales deberían garantizar que se facilita información escrita apropiada a los pacientes ambulatorios en el momento de recibir el alta. Esta información escrita debería ser clara, completa y accesible en las correspondientes lenguas. El HSE debería asistir a los hospitales en el suministro de esta información.
- La evaluación de la idoneidad del paciente para recibir el alta debería ser realizada idealmente por el personal de enfermería a través de criterios establecidos.

Publicación y seguimiento

277 El informe se presentó en la Comisión de Cuentas Públicas del Dáil Éireann (el Parlamento irlandés). Se publicó en el sitio web de la *Office of the Comptroller and Auditor General* de Irlanda el 19 de agosto de 2014. La publicación se acompañó de una nota de prensa. El HSE se ha mostrado de acuerdo en aplicar las recomendaciones de la auditoría. Aún se desconoce su impacto en la eficiencia y el coste de la cirugía programada o en la calidad del servicio prestado a los pacientes.

Impacto previsto

278 Oportunidades para que el HSE genere eficiencia operativa y de costes en la prestación de cirugía ambulatoria programada.

PARTE III – Panorama general de los informes de las EFS

106

Nuevas tecnologías y sanidad electrónica



Bulgaria
Сметна палата на Република
България
Sanidad electrónica

Resumen

279 La auditoría de la EFS búlgara evaluó si la sanidad electrónica se había desarrollado con eficacia en Bulgaria. La auditoría abarcó el período comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 30 de junio de 2016.

280 Bulgaria inició en 2006 la introducción de la sanidad electrónica, que figura como una cuestión prioritaria en las estrategias y prioridades del Gobierno. En 2016, aún no se había establecido un sistema de información sanitaria adecuado que 1) facilitase la información necesaria para los procesos decisorios y 2) permitiese los intercambios transfronterizos de datos sanitarios.

Desarrollo de la auditoría

281 La pregunta de auditoría principal fue la siguiente: «¿se ha desarrollado eficazmente la sanidad electrónica en Bulgaria?».

282 Dentro de esta pregunta principal, la EFS examinó dos preguntas secundarias:

- ¿Se han establecido los requisitos previos para la introducción y el desarrollo de la sanidad electrónica?
- ¿Se han alcanzado los objetivos de creación y desarrollo de la sanidad electrónica?

283 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Sanidad, la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad (NHIF) y el Centro Nacional de Salud Pública y Análisis (NCPHA).

284 Para alcanzar los objetivos de auditoría se emplearon métodos normalizados de recopilación y análisis de datos, a saber, exámenes documentales, entrevistas con funcionarios del Ministerio de Sanidad, el NCPHA y el NHIF, y estudios de casos.

285 La precisión y la integridad de los historiales médicos electrónicos se evaluaron a través de la herramienta de «compra simulada». La EFS búlgara adoptó medidas especiales para preservar los datos privados de los participantes. Se midió la satisfacción y sensibilización de los ciudadanos a través de encuestas de opinión pública realizadas por una agencia especializada.

Principales observaciones

286 No se habían creado las condiciones previas necesarias para la aplicación eficaz de la sanidad electrónica:

- faltaba el marco reglamentario de la sanidad electrónica y sus componentes;
- existían insuficiencias en la planificación operativa y la distribución de los objetivos estratégicos, las medidas y las actividades en el Ministerio de Sanidad, el NCPHA y el NHIF;
- la sanidad electrónica se creó en el contexto de cambios estructurales y de personal muy frecuentes, tanto en alta dirección como de personal experto, lo que repercutía muy negativamente en la trazabilidad del proceso y la consecución de objetivos;
- el reparto de responsabilidades para la introducción de la sanidad electrónica no era suficientemente exhaustiva o adecuada;
- no se había establecido un sistema eficaz de coordinación y armonización de acciones, proyectos y contratación pública entre las instituciones, lo que provocaba un gasto poco eficiente de los fondos públicos y retrasos en la consecución de las prioridades estratégicas.

287 Durante el período auditado, se produjo un retraso en el establecimiento de la sanidad electrónica en Bulgaria y la actuación de las instituciones podría considerarse ineficaz por las siguientes razones:

- No había ningún concepto claro tras el desarrollo del sistema ni un plan respecto a los recursos financieros necesarios; duplicación de funcionalidades y proyectos de otras instituciones, etc.
- A fecha de 30 de junio de 2016, no se habían elaborado ni aprobado normas de información sanitaria o documentación médica a nivel nacional, lo que permitiría el tratamiento e intercambio electrónicos de información médica y sanitaria.
- Aún no se había establecido un sistema integrado y adecuado de información sanitaria.
- Los registros y sistemas de información sanitaria no estaban integrados y no se había puesto en marcha el intercambio de datos en tiempo real entre ellos.
- Casi diez años después de que se declarase como prioridad estratégica la necesidad de derivación electrónica, las recetas electrónicas y otro programa informático de intercambio de datos en tiempo real, estos no se habían desarrollado.
- A fecha de 30 de junio de 2016, no se había creado un historial médico electrónico completo que proporcionase a los ciudadanos y a los profesionales médicos la información necesaria para tomar decisiones adecuadas en el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Al final del período auditado, no había en funcionamiento un portal sanitario nacional que sirviese de punto único de acceso a los servicios de sanidad electrónica y facilitase información de relevancia sobre prevención y educación en materia de salud, etc.
- Los resultados de la encuesta nacional representativa que se llevó a cabo confirmaron la ineficacia de las medidas para implantar la sanidad electrónica.

Recomendaciones

288 Se formularon veinte recomendaciones dirigidas al Ministerio de Sanidad a fin de mejorar:

- el marco reglamentario y la regulación de responsabilidades;
- la organización global para la planificación y aplicación de medidas;
- el sistema para coordinar, supervisar y verificar la aplicación.

289 Se formularon siete recomendaciones dirigidas a la administración del NHIF en relación con el intercambio automático de datos en tiempo real y la mejora de los sistemas de información.

Publicación y seguimiento

290 El informe se presentó en la Comisión de Presupuesto y Finanzas del Parlamento búlgaro y en la Comisión de Atención Sanitaria. El informe se publicó en formato electrónico en el sitio web de la EFS el 28 de julio de 2017. La publicación se acompañó de una nota de prensa.

291 El informe de auditoría también se presentó de manera generalizada a través de diversos medios búlgaros: periódicos, los entes nacionales de radio y televisión de Bulgaria, agencias de prensa y medios electrónicos.

292 Como parte del procedimiento habitual, se llevará a cabo un seguimiento del informe una vez transcurrido el plazo para la aplicación de las recomendaciones.

Impacto previsto

293 La puesta en práctica de la sanidad electrónica es un proceso complejo y costoso. Teniendo en cuenta este punto, el impacto que se espera de la auditoría es el siguiente:

- o una mejora del marco regulador;
- o el desarrollo de un concepto claro para la creación de la sanidad electrónica, con la participación de todas las partes interesadas;
- o una mejora de la coordinación para eliminar los riesgos de gasto ineficiente de los fondos públicos;
- o acciones urgentes por parte de las instituciones correspondientes para aplicar medidas públicas clave, como los registros de la sanidad electrónica, las recetas electrónicas, la derivación electrónica, un portal nacional de salud y un sistema nacional de información sanitaria.



Estonia Riigikontroll

Actividades estatales en la aplicación del sistema de sanidad electrónica

Resumen

294 La auditoría de la EFS estonia evaluó la aplicación del sistema de información de la sanidad electrónica en todo el país.

295 Los primeros planes para la introducción de la sanidad electrónica en Estonia se elaboraron en 2004. En 2005, el Gobierno aprobó el Plan de Desarrollo del Sistema de Información Sanitaria de Estonia 2005-2008. En noviembre de 2005 se estableció la Fundación Estonia para la Sanidad Electrónica. Aunque el sistema de información sanitaria debería estar plenamente operativo desde 2013, el Registro Sanitario Electrónico (la base de datos centralizada de salud) se había puesto en marcha solo parcialmente, los proveedores de asistencia sanitaria (como usuarios principales de los servicios de la sanidad electrónica) no estaban satisfechos con el sistema y se gastó más dinero del inicialmente previsto.

296 El período auditado fue 2005-2012 y abarcó todas las actividades realizadas desde el establecimiento de la Fundación Estonia para la Sanidad Electrónica.

Desarrollo de la auditoría

297 Las preguntas de auditoría principales fueron las siguientes:

- 1) ¿Cumple sus objetivos el sistema de información de sanidad electrónica? ¿Su aplicación ha sido la prevista? En caso contrario, ¿qué razones explican este hecho?
- 2) ¿Permiten las condiciones previas del actual sistema de sanidad electrónica que este cumpla sus objetivos en el futuro?

298 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Asuntos Sociales, la Fundación Estonia para la Sanidad Electrónica, el Fondo de Seguro de Enfermedad de Estonia y la Autoridad del Sistema de Información de la República de Estonia (ISA).

299 La metodología de la auditoría incluyó el análisis de documentos e informes, una encuesta realizada entre aproximadamente 200 médicos, análisis de datos, observación de los sistemas de información de la sanidad electrónica (como, por ejemplo, su funcionalidad e interfaz de usuario para los médicos) en cooperación con proveedores de asistencia sanitaria, así como entrevistas con las entidades auditadas y proveedores de asistencia sanitaria.

Principales observaciones

300 La EFS de Estonia constató que los objetivos de la sanidad electrónica no se habían alcanzado por las siguientes razones:

- a pesar de los planes iniciales, los datos introducidos en el sistema de la sanidad electrónica no podían utilizarse a los fines de las estadísticas nacionales, el mantenimiento de registros o la supervisión, y los médicos no los utilizaban activamente para el tratamiento;
- la receta digital era la única solución electrónica creada por el Estado que se utilizaba activamente;
- el uso del Registro Sanitario Electrónico y la referencia a imágenes habían sido modestos y el Registro Digital (un sistema electrónico de reserva de citas) no había despegado cinco años después de su finalización;
- la sanidad electrónica carecía de un gestor estratégico que defendiera los intereses del Estado, lo que retrasó la implantación;
- el coste de la creación e implantación de la sanidad electrónica fue sensiblemente mayor de lo previsto y se desconocía la cantidad de dinero adicional que todavía se necesitaba;
- la sanidad electrónica no ayudaba a ahorrar dinero del seguro de enfermedad ni a optimizar el tiempo de trabajo de los médicos;

- o las instituciones estatales aún no se estaban beneficiando de los datos incluidos en el sistema de sanidad electrónica, ya que faltaban muchos datos o la calidad de estos era mala. Aunque los proveedores de servicios sanitarios deben enviar expedientes clínicos al sistema de sanidad electrónica, no se hacía de manera sistemática y muchos datos no se remitían en absoluto.

301 La EFS constató que la razón del débil lanzamiento de la sanidad electrónica era la ausencia de rumbo y la aleatoriedad de la actividad del Ministerio de Asuntos Sociales como gestor estratégico responsable del desarrollo e implantación de la sanidad electrónica. Se concluyó que el éxito de la sanidad electrónica dependía del fortalecimiento del papel de liderazgo del Ministerio de Asuntos Sociales.

Recomendaciones

302 La EFS de Estonia formuló una serie de recomendaciones. A continuación se enumeran las principales.

- o Determinar los intereses del Estado en la implantación de la sanidad electrónica y, posteriormente, establecer las tareas del Ministerio de Asuntos Sociales y la Fundación Estonia para la Sanidad Electrónica en la implantación de la sanidad electrónica.
- o Finalizar y ejecutar los proyectos ya iniciados de en materia de sanidad electrónica (sobre todo, el Registro Digital y el Registro Sanitario Electrónico) antes de intentar crear nuevos servicios.
- o Con efecto inmediato, los proveedores de servicios sanitarios deberían comenzar obligatoriamente a utilizar el sistema de información de la sanidad electrónica y, de ser necesario, vincular el pago de los servicios a su utilización.
- o Desarrollar la facilidad de uso de la sanidad electrónica en cooperación con la Fundación Estonia para la Sanidad Electrónica.

Publicación y seguimiento

303 El informe se presentó a las entidades auditadas, a la Comisión de Asuntos Sociales y a la Comisión Restringida de Control Presupuestario Estatal del Parlamento.

304 El informe se publicó en el sitio web de la EFS. La publicación se acompañó de una nota de prensa. Un día antes de la publicación, se celebró una rueda de prensa en la EFS.

305 El 10 de febrero de 2014, la Comisión Restringida de Control Presupuestario Estatal del Parlamento celebró una reunión pública a la que asistieron las principales partes interesadas del sistema de sanidad electrónica y la EFS. La reunión se emitió en directo en el sitio web del Parlamento y en uno de los principales portales de noticias. Asimismo, la EFS escribió un artículo publicado en un diario de referencia sobre las principales observaciones de auditoría.

306 Entre abril y septiembre de 2019 se llevó a cabo un seguimiento del informe. Se constató que se habían realizado avances significativos en el desarrollo del sistema de la sanidad electrónica en los últimos cinco años. Además de la receta digital, se ha implantado la imagen digital y el portal del paciente. Por otro lado, en agosto de 2019, se lanzó en todo el país el Registro Digital de citas médicas. Sin embargo, siguen existiendo importantes cuellos de botella. Por ejemplo, la facilidad de uso del Registro Sanitario Electrónico no ha mejorado hasta la fecha, de forma que los profesionales sanitarios no pueden acceder rápidamente a toda la información necesaria para prestar un servicio oportuno y de calidad al paciente. Asimismo, el sistema electrónico de ambulancias requiere mejoras para garantizar que la información se traslade con eficiencia entre ambulancias y hospitales, de forma que los pacientes puedan recibir el tratamiento más rápido posible. Por último, debe mejorarse la capacidad estadística y analítica del sistema de sanidad electrónica para evaluar la calidad de los servicios de atención sanitaria.

Impacto previsto

307 Se esperaba de la auditoría que incitase al Ministerio de Asuntos Sociales a cumplir su papel de líder estratégico del sistema de sanidad electrónica y definir los intereses del Estado en la implantación de la sanidad electrónica. Era importante que el Ministerio garantizase la integración de la planificación estratégica y financiera, ya que, en su momento, la auditoría demostró que no existía una visión general del coste que tendrían la finalización y ejecución de los proyectos en el ámbito de la sanidad electrónica. En líneas generales, se esperaba que el informe de auditoría contribuyese al desarrollo del sistema de sanidad electrónica de forma que los proveedores de asistencia sanitaria, los pacientes y el Estado aprovecharan plenamente su potencial.



Letonia Valsts Kontrole

¿Va por el buen camino el proyecto de
«sanidad electrónica en Letonia»?

Resumen

308 En la auditoría de la EFS de Letonia se evaluó si las actividades del Ministerio de Sanidad y el Servicio Nacional de Salud eran eficaces, productivas y estaban orientadas a la consecución de los objetivos de la introducción de la sanidad electrónica, y si las inversiones letonas realizadas en este ámbito se habían utilizado de manera económica y productiva. La auditoría abarcó el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 1 de abril de 2015.

309 El plazo para la implantación de la sanidad electrónica terminaba a final de 2015. Se habían invertido 14,5 millones de euros a lo largo de nueve años, pero los usuarios no disponían de servicios de sanidad electrónica. Mientras tanto, desde el 1 de enero de 2016, el sistema de información de la sanidad electrónica es obligatorio para todos los proveedores de servicios de asistencia sanitaria (tratamiento de pacientes en régimen hospitalario y ambulatorio, citas electrónicas, derivación electrónica para exámenes o tratamientos, recetas electrónicas y certificados electrónicos de baja por enfermedad).

Desarrollo de la auditoría

310 La pregunta de auditoría principal era la siguiente: ¿La sanidad electrónica se ha implantado de tal manera que alcance su objetivo de promover una asistencia sanitaria más eficiente?

311 Atendiendo a esta pregunta principal, la EFS examinó si:

- el sistema de sanidad electrónica sería capaz de resolver problemas y alcanzar objetivos;
- las actividades del Servicio Nacional de Salud destinadas a la introducción de la sanidad electrónica eran apropiadas para la consecución de los objetivos;

- o el sistema de información de la sanidad electrónica recién desarrollado garantizaba la seguridad de la información y la protección de los datos de carácter personal;
- o la supervisión y los controles del proyecto «sanidad electrónica en Letonia» se establecieron de manera eficiente.

312 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Sanidad y el Servicio Nacional de Salud, institución adscrita al anterior y responsable de la implantación de la sanidad electrónica.

313 En la metodología de la auditoría se introdujo el análisis de disposiciones legales y reglamentarias externas, la evaluación de la política aplicada por el Ministerio de Sanidad y una evaluación de la conformidad de la sanidad electrónica con los requisitos de seguridad de los datos y protección de datos personales (de los pacientes), así como encuestas, un examen documental y entrevistas con funcionarios del Ministerio de Sanidad y del Servicio Nacional de Salud.

Principales observaciones

314 El proyecto ejecutado por el Ministerio de Sanidad supone un paso en la dirección adecuada para mejorar la eficacia de la prestación de servicios sanitarios. Dará a los pacientes un control mayor sobre su salud al animarles a seguir un estilo de vida saludable y justificará en mayor medida la adopción de decisiones, agilizará los servicios del sector sanitario y garantizará la calidad y accesibilidad de la información.

315 Sin embargo, la política elaborada por el Ministerio de Sanidad en el ámbito de la sanidad electrónica no se había aplicado con el alcance esperado ni en el plazo previsto, por lo que el objetivo de mejorar la eficacia de la prestación de servicios sanitarios solo se había conseguido en parte.

316 Desde el inicio de la ejecución del proyecto de sanidad electrónica surgieron deficiencias (errores) sustanciales, a saber, no había expertos del sector implicados en el proyecto, se produjeron múltiples cambios en la institución encargada de su ejecución y se detectó una gestión ineficaz del proyecto; por último, no se había supervisado adecuadamente el proyecto.

- Aunque el Ministerio de Sanidad había elaborado un documento de planificación para la implantación de la sanidad electrónica durante nueve años (de 2007 en adelante), este no se había actualizado y no reflejaba la realidad.
- A pesar de haber transcurrido nueve años desde el inicio del proyecto de sanidad electrónica (desde 2007) y de que el Ministerio de Sanidad había invertido 14,5 millones de euros en el proyecto, a 1 de abril de 2015, los usuarios no podían acceder al sistema de información sanitaria ni a los servicios electrónicos previstos.
- Se corría el riesgo de que el sistema de sanidad electrónica no gozase de popularidad suficiente entre la población y los proveedores de servicios sanitarios, ya que el sistema era difícil de entender y no era accesible para todos los usuarios potenciales.
- El 1 de abril de 2015, el sistema de información de la sanidad electrónica no estaba listo en cuanto a la seguridad de los datos y la protección de datos de carácter personal.
- La supervisión y los controles de la implantación de la sanidad electrónica efectuados por el Ministerio de Sanidad no eran suficientemente eficaces.

Recomendaciones

317 La Oficina Fiscalizadora Estatal de Letonia formuló una serie de recomendaciones. La recomendación más importante dirigida al Ministerio de Sanidad fue que modificase la normativa sobre la fecha de inicio del uso obligatorio de los sistemas de información de la sanidad electrónica concediendo un plazo para subsanar las deficiencias detectadas y contemplando un período razonable —de al menos seis meses— para que las partes interesadas pudiesen unirse voluntariamente al sistema de información de la sanidad electrónica.

318 Para iniciar con éxito el funcionamiento del sistema de información de la sanidad electrónica, la EFS recomendó al Ministerio de Sanidad que realizara las siguientes actuaciones:

- o probar repetidamente todas las soluciones de la sanidad electrónica desarrolladas, de acuerdo con los requisitos de las especificaciones técnicas, para obtener garantías en cuanto al funcionamiento del sistema, su capacidad de interoperabilidad con otros sistemas y su compatibilidad semántica;
- o rectificar todas las deficiencias e imperfecciones relativas a la seguridad de los datos y la protección de los datos de las personas físicas;
- o desarrollar un plan destinado a las empresas en el que participen todos los proveedores de servicios sanitarios que utilicen el sistema de información de la sanidad electrónica, a fin de mejorar la eficacia de la atención sanitaria;
- o tras el lanzamiento del sistema de información de la sanidad electrónica y cuando los proveedores de servicios de asistencia sanitaria estén en condiciones de unirse voluntariamente al sistema de información de la sanidad electrónica, llevar a cabo una campaña de información específica para promocionarlo.

Publicación y seguimiento

319 El informe se presentó en la Comisión de Gasto Público y Auditoría del Parlamento y se publicó en el sitio web de la Oficina Fiscalizadora Estatal de Letonia el 8 de septiembre de 2015. La publicación se acompañó de una rueda de prensa y su correspondiente nota.

320 El Ministerio de Sanidad debe mantener a la Oficina Fiscalizadora Estatal de Letonia al tanto de la aplicación de las recomendaciones de acuerdo con el calendario de notificación acordado. Después de recibir esta información, la Oficina Fiscalizadora Estatal de Letonia evalúa los progresos realizados por el Ministerio de Sanidad. En 2019, el Ministerio de Sanidad había puesto en práctica el 70 % de las recomendaciones.

Impacto previsto

321 Puesto que la auditoría se llevó a cabo en un momento en el que el sistema de información de la sanidad electrónica aún no era obligatorio y todavía estaba en fase de implantación, se esperaba que todas las recomendaciones de la auditoría mejorasen el proceso de implantación de la sanidad electrónica y, en última instancia, garantizaran que todas las partes interesadas utilizaran satisfactoriamente el sistema de sanidad electrónica para mejorar la eficacia de la prestación de servicios sanitarios. Desde 2016, el sistema de información de la sanidad electrónica y los servicios electrónicos se han ido poniendo progresivamente a disposición de los usuarios. Según las estadísticas, los servicios de la sanidad electrónica más utilizados son el certificado electrónico de baja por enfermedad y las recetas electrónicas: en 2018, un millón de certificados de baja por enfermedad y 11,7 millones de recetas electrónicas fueron expedidos.

PARTE III – Panorama general de los informes de las EFS

121

Sostenibilidad presupuestaria y otros aspectos financieros



Chequia

Nejvyšší kontrolní úřad

Fondos gastados por hospitales seleccionados para el reembolso de los costes

Resumen

322 En la auditoría de la EFS checa se evaluó el cumplimiento por parte de los hospitales universitarios de la normativa sobre adquisición de materiales, bienes y servicios, y si los ministerios, como fundadores de los hospitales, observaban las obligaciones legales. La auditoría abarcó el período 2014-2016.

323 La EFS fiscalizó las adquisiciones de medicamentos y productos sanitarios en volúmenes significativos. Asimismo, los auditores examinaron la obligación de los hospitales universitarios de seleccionar proveedores mediante contratación pública y evaluaron si los ministerios respetaron las obligaciones aplicables a los fundadores conforme a la ley.

Desarrollo de la auditoría

324 Las principales preguntas formuladas por la auditoría fueron las siguientes:

- ¿La adquisición de materiales, bienes y servicios (en particular, de medicamentos y dispositivos sanitarios) por parte de los hospitales universitarios se ajusta a la normativa y es eficiente y rentable?
- ¿Existen diferencias significativas en el precio unitario de adquisición entre hospitales universitarios?
- ¿Cumplen el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Defensa su papel como fundadores de los hospitales universitarios?

325 Las principales entidades auditadas fueron los fundadores de los hospitales universitarios, es decir, el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Defensa, así como el

Hospital Universitario de Brno, el Hospital Universitario de Motol y el Hospital Militar Central (Hospital Universitario Militar de Praga).

326 La evaluación se llevó a cabo a partir del análisis de las pruebas recopiladas, el examen documental, entrevistas y comparaciones.

Principales observaciones

327 La EFS checa formuló las siguientes observaciones:

- La adquisición de materiales y bienes era oportuna, pero no siempre rentable o conforme con la legislación. La adquisición de servicios no siempre era rentable o conforme con la legislación. En ciertos casos, los ministerios no cumplían sus obligaciones como fundadores con arreglo a la ley.
- Los hospitales universitarios adquirían medicamentos a través de procedimientos de contratación pública o de compras directas a proveedores. Teniendo en cuenta la amplia cartera de medicamentos y dispositivos sanitarios utilizados, los esfuerzos por garantizar las funciones vitales de los pacientes, la existencia de un único fabricante en el mercado o un procedimiento de licitación infructuoso, los hospitales universitarios no siempre podían seleccionar un proveedor en función de los resultados del procedimiento de licitación. El porcentaje de suministros adquiridos al margen de procedimientos de licitación era considerable, aunque todos los hospitales universitarios adujeron razones para adquirir medicamentos y productos médicos (salvo el Hospital Universitario de Brno) sin un procedimiento de licitación.
- Los criterios establecidos para la evaluación de las ofertas no eran uniformes entre los hospitales universitarios.
- Una comparación de los precios unitarios de adquisición entre cada hospital universitario en una muestra de auditoría compuesta por los mismos medicamentos y dispositivos sanitarios reveló la existencia de diferencias significativas tanto en términos absolutos como porcentuales.
- Entre los hospitales universitarios, los precios unitarios de adquisición de una muestra seleccionada de medicamentos y dispositivos sanitarios diferían significativamente, a menudo incluso en compras realizadas a los mismos proveedores. Estas diferencias de precio se debían principalmente a descuentos aplicados por los proveedores, la

existencia de un único fabricante, escasez en el abastecimiento, adquisición sin un procedimiento de licitación, distribución directa por un único proveedor, cambios en el reembolso, o la introducción en el mercado de un medicamento genérico. La EFS estima que existe margen para reducir costes en estas diferencias considerables de precio.

- El sistema de primas sanitarias no contaba con normas claras para la adquisición de medicamentos y dispositivos sanitarios. El concepto de prima no aparecía definido en la ley, sino que se basaba en las condiciones de una relación contractual específica entre el hospital universitario y el proveedor. Los hospitales universitarios no seguían un procedimiento unificado para negociar las primas y utilizar los ingresos procedentes de estas. En general, los hospitales universitarios celebraban contratos para las primas al margen de la relación principal con el proveedor. Por lo que respecta a los secretos comerciales, los hospitales universitarios no divulgaban los contratos de las primas en el registro de contratos ni el valor de las primas contractuales.
- El Hospital Universitario de Brno había incumplido la disciplina presupuestaria al utilizar fondos injustificadamente para la adquisición de dispositivos sanitarios y servicios de eliminación de residuos.
- El Hospital Militar Central de Praga había utilizado sus activos de manera poco eficiente al no aportar pruebas concluyentes respecto a quince facturas por la asesoría jurídica prestada.

Recomendaciones

328 La EFS checa recomienda que:

- los hospitales universitarios adquieran medicamentos y dispositivos sanitarios mediante procedimientos de contratación pública, obligación legal y requisito previo para la gestión económica de fondos y la selección transparente de proveedores;
- los Ministerios de Sanidad y de Defensa establezcan claramente las normas aplicables a la recepción, notificación y tratamiento de primas de proveedores sanitarios;
- en los procedimientos de contratación pública, los hospitales universitarios establezcan como criterio no solo el precio, sino también, habida cuenta de la naturaleza y complejidad del objeto del contrato público, la prima, en caso de que deba aplicarse alguna;

- o el Ministerio de Sanidad se encargue de las estrategias de desarrollo y elabore su propio concepto del desarrollo de organizaciones directamente gestionadas;
- o el Ministerio de Sanidad y el Hospital Universitario de Brno examinen la utilidad y méritos del fondo de dotación del Hospital Universitario de Brno y estudien las razones para justificar su existencia;
- o el Ministerio de Defensa aborde el riesgo identificado en la asignación de fondos al Hospital Militar Central de Praga.

Publicación y seguimiento

329 El informe fue presentado al Gobierno el 8 de abril de 2019

330 y se publicó en el sitio web de la EFS el 3 de septiembre de 2018. La EFS publicó esta conclusión de auditoría en el Boletín de la EFS n.º 4/2018. La publicación se acompañó de una nota de prensa.

331 Todavía no se ha realizado un seguimiento del informe.

Impacto previsto

332 Se esperan cambios en los procedimientos de los hospitales universitarios, así como mejoras por parte de los ministerios en el cumplimiento de sus funciones, especialmente por lo que respecta a la adopción de normas para las primas, procedimientos de contratación pública y supervisión del funcionamiento práctico y económico de los hospitales universitarios de manera rentable.



Eslovaquia

Najvyšší kontrolný úrad

Slovenskej republiky

Finanzas públicas y propiedad de las instalaciones de asistencia sanitaria

Resumen

333 La auditoría de la EFS eslovaca evaluó la conformidad jurídica de las finanzas públicas y los bienes inmuebles de las instalaciones sanitarias.

334 La auditoría abarcó el período 2011-2015. Para evaluar de manera objetiva ciertos hechos fiscalizados, también se tuvieron en cuenta otros años.

Desarrollo de la auditoría

335 Las preguntas de auditoría principales fueron las siguientes:

- ¿Era realista el presupuesto de la entidad auditada?
- ¿Se ha seguido el principio de equilibrio presupuestario?
- ¿Cuál era la salud financiera de cada instalación médica?
- ¿Se ha liquidado el pasivo de las entidades auditadas?
- ¿Ha invertido la entidad auditada en la adquisición de nuevos equipos médicos? ¿Se elaboraron planes de inversión?
- ¿La contratación pública fue transparente y no discriminatoria? ¿Se observaron los principios de economía y de eficiencia?
- ¿Existen diferencias en los tipos de instalaciones sanitarias (desde la perspectiva de la titularidad) en cada uno de los ámbitos fiscalizados?

336 Las principales entidades auditadas fueron hospitales e instalaciones médicas, incluidos 22 públicos (14 entidades estatales y 8 autónomas), 10 que se habían transformado en otro tipo de entidades (sociedades anónimas, sociedades de responsabilidad limitada u organizaciones sin ánimo de lucro) y 6 entidades privadas.

337 En la metodología se introdujeron diversos análisis documentales, entrevistas, evaluaciones comparativas y análisis de datos estadísticos.

Principales observaciones

338 Muchas constataciones eran aplicables a todos los tipos de instalaciones sanitarias (estatales, autónomas, convertidas y privadas), pero en algunos ámbitos, los planteamientos aplicados a la gestión eran significativamente diferentes.

- El proceso de elaboración y aprobación de los presupuestos en las instalaciones estatales y autónomas no era realista, ya que en años anteriores el resultado económico había sido negativo. Los fundadores, responsables de aprobar y controlar los presupuestos, también son responsables en cierta medida de la calidad insuficiente de los presupuestos. Se ha constatado que en las instalaciones convertidas y especialmente en las privadas, el acceso a la gestión presupuestaria y la gestión de activos son mejores.
- Existía una relación directa entre el nivel de gestión, el control de los recursos presupuestarios y los resultados económicos alcanzados. La gestión de la mayor parte de las instalaciones sanitarias convertidas y los hospitales privados generaba beneficios (salvo en el caso de una entidad convertida y un hospital privado).
- Los costes de la asistencia sanitaria aumentaron pero no estaban cubiertos por los procedimientos. Las entidades auditadas informaron de importes significativos no pagados en concepto de asistencia sanitaria. La EFS de Eslovaquia considera que el impago de asistencia sanitaria reconocida por parte de las empresas de seguros de salud es una de las causas principales del endeudamiento hospitalario.
- Se registró un incremento interanual de los créditos hasta en un tercio del período auditado (2011-2015).

- Las inversiones en el ámbito de la tecnología médica eran reducidas en las instalaciones sanitarias públicas, lo que suponía un aumento de los costes de reparación y mantenimiento. Por otro lado, no había un plan de inversión.
- En el ámbito de la contratación pública, se detectaron deficiencias relacionadas con la discriminación de licitadores, información privilegiada de algunos de ellos, la vinculación de la contratación pública de equipos médicos con obras de construcción, sospechas de conspiración y de sobrevaloración. En las instalaciones privadas, el precio de los equipos médicos adquiridos era significativamente inferior al de las instalaciones con otra forma de titularidad.
- En las instalaciones sanitarias estatales y autónomas se celebraron varios contratos de servicios poco ventajosos.
- Los objetivos de sanidad electrónica y grupos relacionados con el diagnóstico no se alcanzaron plenamente.

Recomendaciones

339 Las recomendaciones propuestas por la EFS de Eslovaquia para subsanar las deficiencias identificadas y mejorar la gestión de las finanzas públicas y los activos de las instalaciones sanitarias se dirigían principalmente a la gestión y auditoría del gasto financiero y de materiales, la unificación de la presentación de informes y del registro para optimizar parámetros, y la opción de adquirir equipos médicos de manera centralizada.

Publicación y seguimiento

340 El informe se envió al presidente de la República Eslovaca, al presidente del Consejo Nacional de la República Eslovaca, a dos comisiones parlamentarias y al primer ministro de la República Eslovaca. Los resultados también se remitieron a la Oficina Antimonopolio de la República Eslovaca, a la Oficina de Supervisión de la Asistencia Sanitaria, a la Oficina de Contratación Pública, al Ministerio de Sanidad de la República Eslovaca, a la Fiscalía General de la República Eslovaca y a la Agencia Nacional de Lucha contra la Delincuencia. Los resultados de la auditoría se presentaron ante la prensa, la radio y la televisión.

341 De conformidad con la Ley sobre la EFS de Eslovaquia, los hospitales/instalaciones sanitarias auditados estaban obligados a adoptar medidas para subsanar las deficiencias detectadas e informar de ellas a la EFS en un plazo determinado. Las entidades auditadas han adoptado un total de 168 medidas, de las cuales 122 estaban relacionadas con las instalaciones sanitarias públicas, 41 con las convertidas y 5 con las privadas.

342 En cumplimiento de dicha Ley, las entidades auditadas presentaron a la EFS de Eslovaquia informes escritos sobre la situación de la ejecución de las medidas para subsanar las deficiencias detectadas. De acuerdo con los informes presentados, la EFS supervisó la aplicación de las medidas adoptadas y propuso procedimientos adicionales (por ejemplo, una supervisión más estrecha de la aplicación de las medidas, la auditoría de la aplicación de las medidas en una entidad auditada específica, etc.).

Impacto previsto

343 Los resultados de auditoría podrían traer los siguientes cambios:

- o cambios organizativos/procedimentales en el Ministerio de Sanidad de la República Eslovaca para la gestión de organizaciones subordinadas y el establecimiento y la aprobación de los presupuestos de instalaciones sanitarias estatales y su relación con las compañías de seguros de salud;
- o una revisión de la decisión de invertir en nuevos dispositivos sanitarios;
- o procedimientos para garantizar la contratación pública central de equipos médicos;
- o otros cambios sistémicos en la aplicación de la política sanitaria.



España

Tribunal de Cuentas

La gestión y el control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)

Resumen

344 La auditoría realizada por la EFS española evaluó la gestión y el control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE). El período fiscalizado fue el ejercicio 2015.

345 MUFACE cuenta con numerosos afiliados con derecho a percibir prestaciones farmacéuticas, realiza un número elevado de pagos por cuantías importantes y un gran número de empresas privadas participan en el proceso. Por otro lado, se habían detectado deficiencias y cantidades abonadas en exceso en las prestaciones farmacéuticas financiadas por otros organismos similares, cuya gestión había sido previamente analizada.

Desarrollo de la auditoría

346 El objetivo principal de la auditoría fue verificar si las prestaciones farmacéuticas concedidas a las oficinas de farmacia y a los centros hospitalarios se habían facturado y pagado con arreglo a la normativa en vigor y los principios de buena gestión financiera.

347 Los objetivos específicos consistieron en analizar los procedimientos implantados por MUFACE para la comprobación de la facturación y el pago de las prestaciones farmacéuticas a las oficinas de farmacia y centros hospitalarios con arreglo a la normativa y los principios referidos, y analizar si las recetas médicas financiadas por MUFACE se adecuaban a la normativa de aplicación y al concierto formalizado con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

348 La principal entidad auditada fue MUFACE, un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Política Territorial y Función Pública.

349 La auditoría se llevó a cabo combinando procedimientos de revisión documental, realización de entrevistas, muestreo y el análisis de datos durante el trabajo de campo. Se analizaron bases de datos y expedientes de pago de beneficiarios de servicios farmacéuticos y se llevaron a cabo comprobaciones y controles en la aplicación informática utilizada para la gestión de los ficheros de las prestaciones farmacéuticas.

Principales observaciones

350 La EFS española formuló las siguientes observaciones:

- Los límites de control de consumo de medicamentos psicotrópicos fijados por MUFACE eran comunes para todos los principios activos, independientemente de las dosis máximas recomendadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para cada tipo de medicamentos.
- El sistema de alertas establecido para limitar la entrega de talonarios a mutualistas con excesos en el consumo de medicamentos presentaba diversas deficiencias (falta de instrucciones, ausencia de alertas asociadas a mutualistas que ya estaban de baja en MUFACE o sin consumo o con la existencia de consumos excesivos de medicamentos).
- El procedimiento de pago de las prestaciones farmacéuticas descentralizadas no se correspondía con ninguno de los tres tipos previstos en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.
- Se detectaron facturas duplicadas por un importe de 55 998 euros.
- El importe que seguía pendiente de descontar a 31 de diciembre de 2016, por haber superado los techos máximos de gasto del año 2015 para determinados medicamentos, ascendía a 329 988 euros.
- En los expedientes de los medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C financiados por MUFACE constaba el precio abonado por esta, sin que los centros hospitalarios efectuasen, con carácter general, la deducción del 7,5 % prevista en el artículo 9 del Real Decreto-ley 8/2010.

Recomendaciones

351 La EFS española formuló las siguientes recomendaciones:

- Reforzar los controles, realizando contrastes periódicos de las bases de datos de MUFACE con la Agencia Estatal de Administración Tributaria (verificación del nivel de ingresos) y del Instituto Nacional de la Seguridad Social (verificación de afiliación correcta).
- Impulsar la implantación del sistema de receta médica electrónica, con objeto de posibilitar un mayor control sobre los médicos prescriptores de los medicamentos y demás condiciones de validez y dispensación de aquellas.
- Adoptar las medidas oportunas para una correcta gestión de los talonarios, su edición, distribución y control de existencias.
- Modificar la instrucción sobre el régimen de prestación farmacéutica para adecuarla al procedimiento real de tramitación de dichas prestaciones, subsanando las deficiencias existentes en el sistema de alertas sobre los consumos de medicamentos, mejorando y ampliando los controles establecidos a tales efectos, y fijando unos límites de consumo en función del principio activo que integra cada medicamento.
- Arbitrar las medidas necesarias para recuperar las cantidades abonadas en exceso a los centros hospitalarios por la financiación de los medicamentos de la hepatitis C y adoptar las medidas oportunas para que los centros hospitalarios apliquen la deducción del 7,5 % en la facturación de los medicamentos de dispensación hospitalaria.
- Modificar el procedimiento de gestión de pago de los medicamentos de dispensación hospitalaria que se realiza a través de las cuentas corrientes que mantiene MUFACE.

Publicación y seguimiento

352 El anteproyecto de informe se remitió a MUFACE en cumplimiento del trámite de alegaciones. El informe de auditoría definitivo se presentó a la comisión parlamentaria correspondiente el 16 de noviembre de 2017.

353 El informe de auditoría lleva disponible en el sitio web del Tribunal de Cuentas de España desde el 1 de octubre de 2017. El 16 de octubre de 2017 se publicó una nota de

prensa en la que se resumían las principales conclusiones y recomendaciones. La Resolución de la comisión parlamentaria correspondiente, con fecha de 23 de noviembre de 2017, se publicó en el Boletín Oficial del Estado el 26 de febrero de 2018.

354 Se llevará a cabo un seguimiento de las recomendaciones formuladas en el informe mediante un informe de seguimiento específico o cuando se lleven a cabo nuevos trabajos de auditoría relacionados con la entidad en cuestión. Hasta la fecha no se ha tomado ninguna medida de seguimiento, dado el escaso tiempo transcurrido desde la aprobación del informe.

Impacto previsto

355 El director general de MUFACE informó al Tribunal de Cuentas de España de la aplicación de varias modificaciones organizativas, procedimentales y reglamentarias el 27 de marzo de 2018:

- o modificación del concierto de asistencia sanitaria;
- o modificación de la Resolución sobre delegación de atribuciones, de 23 de mayo de 2012;
- o modificación de la Orden contable relativa a las normas sobre gastos, pagos, intervención y contabilidad en MUFACE;
- o refuerzo de los controles y realización de cruces periódicos entre las bases de datos de su colectivo, en particular en lo referente a los beneficiarios y titulares;
- o instauración en 2018 de una aplicación informática para la gestión de los pagos de medicamentos;
- o adopción de las medidas para recuperar las cantidades abonadas en exceso a los centros hospitalarios por la financiación de los medicamentos de la hepatitis C;
- o instauración del sistema de receta electrónica, refuerzo de los controles establecidos para la detección y prevención de consumos excesivos de medicamentos, adopción de las medidas oportunas para una correcta gestión de los talonarios de recetas.



Finlandia

Valtiontalouden Tarkastusvirasto

Proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social

Resumen

356 La auditoría de la EFS finlandesa (NAOF) evaluó la fiabilidad de las proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social. Estas proyecciones sirven de base para tomar decisiones políticas y realizar estimaciones de sostenibilidad económica.

357 La auditoría se centró en el uso del modelo macroeconómico para las proyecciones en el gasto de la seguridad social. El modelo se definió nuevamente durante el período 2007-2009 y la auditoría se concentró principalmente en el período posterior a 2010. Abarcó las proyecciones de tendencias a largo plazo para el gasto en seguridad social utilizadas como base para las decisiones de política social y sanitaria. Algunas de las proyecciones de tendencias fueron elaboradas en el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad con el modelo de análisis del gasto en seguridad social (modelo SOME).

Desarrollo de la auditoría

358 La pregunta de auditoría principal era la siguiente: ¿Cuál es el grado de fiabilidad de las proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social utilizadas como base para las decisiones políticas y las estimaciones de sostenibilidad económica?

359 Atendiendo a esta pregunta principal, la NAOF se preguntó lo siguiente:

- 1) ¿Qué tipo de previsiones o proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social se recopilan para la adopción de decisiones?
 - a) ¿Cuáles son las diferencias fundamentales entre ellas?
 - b) ¿Cómo se utilizan en los procesos decisorios?

- c) ¿Cuál es el papel de la previsión de población elaborada por la Oficina nacional de estadística de Finlandia en estas proyecciones?
- d) ¿Qué tipo de cooperación existe entre las autoridades que recopilan y utilizan las proyecciones?
- 2) ¿Tiene el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad la capacidad de desarrollar el modelo en función de la demanda?
 - a) ¿Cuál es el grado de flexibilidad del modelo respecto a su desarrollo?
 - b) ¿Dispone el Ministerio de recursos y conocimientos técnicos suficientes para desarrollar el modelo?
- 3) ¿Se basa la elaboración de políticas en métodos abiertos y transparentes por lo que respecta a las proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social?
 - a) ¿Cómo se documentan los modelos y las hipótesis subyacentes?
 - b) ¿Se llevan a cabo y se publican de manera sistemática análisis de sensibilidad basados en distintos supuestos?

360 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad y el Ministerio de Hacienda.

361 Las pruebas se obtuvieron a partir de una evaluación de la transparencia y la metodología de las proyecciones de tendencias en el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad, de entrevistas con expertos del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad y del Ministerio de Hacienda, así como en otras instituciones que elaboran proyecciones de tendencias [la Institución de Seguro Social de Finlandia (Kela) y el Centro Finlandés de Pensiones (ETK)], mediante evaluaciones comparativas y análisis de los métodos del modelo SOME utilizados en el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad con los métodos utilizados para la proyección de tendencias en la Kela y el ETK.

Principales observaciones

362 La NAOF formuló las siguientes observaciones:

- El modelo SOME resultó ser el más exhaustivo que se utiliza en la elaboración de proyecciones de tendencias a largo plazo en el gasto de la seguridad social. El marco contable estaba claramente estructurado y ofrecía un buen punto de partida para un desarrollo adicional.
- La descripción del modelo y el manual técnico eran exhaustivos y detallados. No obstante, la descripción no se había actualizado, a pesar de que desde su introducción se habían incorporado varios cambios en el modelo.
- Eran necesarias versiones más avanzadas del modelo. Por ejemplo, la reforma social y sanitaria (reforma SOTE) creó la necesidad de proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social en cada región SOTE.
- El modelo SOME desempeñaba un papel fundamental en las estimaciones del déficit de sostenibilidad del Ministerio de Hacienda, ya que servía de base para las estimaciones del gasto relacionado con la edad. Las proyecciones de tendencias para el gasto relacionado con la edad eran elaboradas de manera oficiosa conjuntamente por el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad y el Ministerio de Hacienda. La división de responsabilidades en este proceso de cooperación seguía siendo poco clara, a pesar de que la responsabilidad última de la estimación del déficit de sostenibilidad recaía en el Ministerio de Hacienda. La descripción de la metodología aplicada en la estimación del déficit de sostenibilidad para el gasto relacionado con la edad era de carácter general y se caracterizaba por una falta de transparencia.
- Los escenarios o análisis de sensibilidad elaborados con el modelo SOME no se publicaban regularmente. La publicación sistemática de las constataciones serviría de base para entablar un diálogo de expertos, dotar de mayor apertura y transparencia a la elaboración de políticas sociales y sanitarias y a las estimaciones del déficit de sostenibilidad elaboradas por el Ministerio de Hacienda, y simplificaría el desarrollo del modelo.
- Los recursos asignados al modelo SOME no eran necesariamente adecuados para su desarrollo de acuerdo con la demanda y de manera que permitiesen el análisis sistemático de las constataciones.

Recomendaciones

363 La NAOF formuló las siguientes recomendaciones:

- El Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad debería asegurarse de que se actualizase el manual técnico del modelo SOME. Los informes sobre los cálculos de escenarios elaborados con el modelo SOME y que incluyen análisis de sensibilidad también deberían publicarse regularmente.
- En el desarrollo del modelo SOME, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad debería tener en cuenta las nuevas necesidades de información surgidas con la reforma SOTE. El Ministerio debería asignar recursos adecuados al trabajo de desarrollo y el análisis periódico, y garantizar una cooperación suficiente a nivel de expertos con otras organizaciones que elaboren proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social y le suministren información.
- La cooperación entre el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad y el Ministerio de Hacienda en la elaboración de la estimación del déficit de sostenibilidad destinada a la producción del gasto relacionado con la edad debería describirse de manera transparente. El Ministerio de Hacienda debería elaborar una descripción exhaustiva y transparente de la metodología sobre la estimación del déficit de sostenibilidad y utilizar análisis de sensibilidad en la notificación periódica de la estimación del déficit de sostenibilidad, por ejemplo, en relación con las tendencias del gasto en seguridad social.
- El análisis basado en el modelo también podría utilizarse de manera más generalizada en la planificación política a corto plazo.

Publicación y seguimiento

364 El informe se presentó a las entidades auditadas y a la Comisión de Auditoría del Parlamento. El informe se publicó en el sitio web de la NAOF el 16 de enero de 2017. La publicación se acompañó de una nota de prensa.

365 El procedimiento de seguimiento se llevó a cabo en otoño de 2018, tal como estaba previsto. El seguimiento consistió en un cuestionario enviado a las entidades auditadas. El informe de seguimiento se ha publicado en el sitio web de la NAOF.

Impacto previsto

366 Se esperaba que el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad, responsable del modelo SOME, invirtiese esfuerzos en el desarrollo del modelo y en la documentación de la metodología y la publicación sistemática de los resultados de la proyección. También se esperaba que el Ministerio de Hacienda mejorase la transparencia de la metodología de las estimaciones sobre la sostenibilidad económica y la utilización del modelo SOME en ese contexto.



Grecia

Ελεγκτικό Συνέδριο

Auditoría temática horizontal de los pagos atrasados del Estado respecto a hospitales, la Organización Nacional de Prestación de Servicios Sanitarios (EOPYY) y una dirección regional de sanidad

Resumen

367 La EFS griega evaluó la acumulación de atrasos del Estado.

368 La auditoría abarcó el período comprendido entre el 31 de diciembre de 2016 y el 30 de septiembre de 2017.

Desarrollo de la auditoría

369 Las preguntas de auditoría principales fueron las siguientes:

- ¿Se ha utilizado la financiación del Mecanismo Europeo de Estabilidad destinada a la liquidación de los pagos atrasados para el fin previsto?
- ¿Por qué siguen acumulándose los pagos atrasados?

370 Las principales entidades auditadas fueron seis hospitales, la Organización Nacional de la Prestación de Servicios Sanitarios (EOPYY) y la Primera Dirección de Sanidad de la Región de Ática.

371 Las pruebas se obtuvieron principalmente a través de entrevistas, cartas aclaratorias a terceros (proveedores), controles sobre el terreno sin previo aviso de la entrega de bienes y la prestación de servicios, exámenes documentales, y la verificación de la legalidad y regularidad de los documentos y procedimientos.

Principales observaciones

Deudas vencidas: – pagos atrasados

372 La auditoría reveló:

- o la existencia de irregularidades en el vencimiento de los pagos atrasados y documentos justificativos o de pago incompletos respecto a suministros y servicios;
- o la ausencia de mecanismos para realizar un seguimiento del pago de intereses y sanciones económicas y de registros relativos a la situación de las causas judiciales;
- o que un número significativo de deudas no se había registrado o se había registrado erróneamente en el Registro de compromisos, o no aparecían contabilizadas en los sistemas informáticos;
- o que los sistemas informáticos no exportaban informes agregados y analíticos específicos sobre la compensación.

Programa de liquidación de pagos atrasados

373 La EFS griega detectó:

- o casos de incumplimiento de la norma FIFO y de los plazos para la liquidación de deudas, discrepancias entre los documentos examinados y deficiencias en el procedimiento de pago. Las constataciones respecto a la fiabilidad de los datos y sistemas de notificación afectaban principalmente a los sistemas de registro de deudas;
- o se detectaron discrepancias entre los sistemas de declaración.

374 La auditoría se centró asimismo en la identificación de fuentes de nuevos atrasos. Las constataciones fueron las siguientes:

- o Una falta de liquidez atribuida a presupuestos poco realistas, la imposición de techos de gasto por el Mecanismo Europeo de Estabilidad, retrasos en la aplicación de los mecanismos de descuento y reembolso, retrasos en la recaudación de ingresos y una reducción de las solicitudes pertinentes objeto de disposiciones específicas.
- o Dada la complejidad (y, en algunos casos, la vaguedad) del marco legislativo por el que se rigen los procedimientos de contratación pública, los procedimientos de licitación no

siempre se completaban (como consecuencia de la burocracia y el carácter restrictivo del marco legislativo que provocaban innumerables compromisos y retrasos en los reembolsos por cuestiones legales) y se requería un gran volumen de documentos justificativos para la liquidación de los pagos atrasados.

- o La evaluación de los resultados del programa de pago de atrasos reveló que el programa no era suficientemente maduro y que, en algunos casos, no se había respetado la norma de autofinanciación, a saber, el pago de las deudas propias de las entidades con sus propios recursos.

Recomendaciones

375 La EFS griega recomienda:

- o actualizar los sistemas informáticos y el apoyo que prestan a los presupuestos regulares;
- o utilizar estos sistemas para extraer todos los informes necesarios automáticamente;
- o actualizar el Registro de compromisos automáticamente; introducir cambios y mejoras específicos en él para garantizar la legalidad y regularidad del registro y el pago de deudas y atrasos;
- o aplicar el método de «primero en entrar, primero en salir» (FIFO) a la hora de pagar las deudas; y conciliar automáticamente los pagos con facturas antiguas;
- o posibilitar que el organismo nacional de adquisiciones centralizadas para el sector de la salud pública esté plenamente operativo;
- o establecer protocolos de producción por procedimiento médico, controles internos de la contratación pública administrativa y procedimientos de pago, una codificación y clasificación unificadas, especificaciones técnicas uniformes, registros y códigos de barras comunes para bienes fungibles, materiales y equipos médicos;
- o mejorar la gestión de las existencias;
- o acelerar la evaluación de las ofertas en los procedimientos de adjudicación de contratos;

- consolidar y adoptar un sistema informático común en todos los hospitales;
- aplicar indicadores, indicadores clave del rendimiento, valores de referencia, contabilidad de costes y un sistema contable de devengo;
- aplicar, de manera oportuna, el mecanismo de devolución de reembolsos a los proveedores de asistencia sanitaria;
- desarrollar presupuestos realistas;
- establecer reglamentos y controles internos de y por procedimiento y un manual de auditoría interna;
- mejorar el proceso de análisis de riesgos en los hospitales; mejorar la idoneidad y asignación del personal;
- agilizar los procedimientos de liquidación y pago;
- desembolsar las subvenciones gubernamentales mensualmente.

Publicación y seguimiento

376 Los ocho informes se presentaron al Parlamento en una reunión conjunta de las Comisiones Parlamentarias Permanentes de Economía y Asuntos Sociales en octubre de 2018. Los informes se publicaron en el sitio web del Tribunal de Cuentas de Grecia. La citada presentación se emitió por el canal de televisión del Parlamento.

377 Se programó la realización del seguimiento en el plazo de un año.

Impacto previsto

378 La auditoría horizontal aspiraba a identificar las causas de los atrasos gubernamentales generales y a ayudar al Gobierno a desarrollar estrategias para abordar este problema, así como a institucionalizar las reformas necesarias para evitar que vuelvan a surgir.



Hungría Állami Számvevőszék

Análisis de síntesis de la experiencia adquirida
a través de la fiscalización de hospitales

Resumen

379 El análisis de la Oficina Fiscalizadora Estatal de Hungría resumió la experiencia que había obtenido gracias a las auditorías realizadas en hospitales.

380 El análisis abarcó el período 2008-2016.

Desarrollo de la auditoría

381 El análisis se centró en los siguientes aspectos:

- o la ejecución de tareas de los órganos de gobierno;
- o el sistema de control interno de los hospitales;
- o la gestión financiera de los hospitales;
- o la gestión de activos de los hospitales;
- o la realización del enfoque de integridad.

382 Entre las principales entidades auditadas figuraban veintiún hospitales, el Ministerio de Capacidades Humanas y el Centro Nacional de Servicio Sanitario.

383 En la metodología se introdujeron diversos análisis documentales, evaluaciones comparativas y análisis de datos (estadísticos).

Principales observaciones

384 La Oficina Fiscalizadora Estatal de Hungría formuló las siguientes observaciones:

- Los órganos de gobierno fijaban los requisitos básicos de la gestión de los hospitales. Existían irregularidades vinculadas a las actividades del órgano de gobierno intermedio durante los procedimientos de contratación pública y aprobación. Sin embargo, las actividades de control de los órganos de gobierno no se traducían en una gestión adecuada de los hospitales.
- La dirección de los hospitales no se ocupó adecuadamente del establecimiento y funcionamiento de un sistema de control interno apropiado.
- Las irregularidades detectadas en la gestión financiera de los hospitales (asociadas a la planificación, la gestión de créditos y la contratación pública) ponían en peligro la transparencia y la rendición de cuentas de los fondos públicos.
- Los requisitos relativos a la legalidad y transparencia de la gestión de los activos estatales no se cumplían durante la adquisición, instalación, registro y amortización de activos, ni durante el ejercicio de balance de los activos y pasivos.
- Aunque se reforzó el enfoque de integridad en los hospitales, los controles de integridad no fueron totalmente eficaces y ocasionaron irregularidades en la gestión financiera.

Recomendaciones

385 Se formularon 441 recomendaciones en total: 16 dirigidas al Ministerio, 21 al órgano de gobierno intermedio y 404 a la dirección de los hospitales.

386 Los ámbitos objeto de las recomendaciones son:

- el sistema de control interno;
- la gestión financiera;
- la gestión de activos;
- la actividad de los órganos de gobierno.

Publicación y seguimiento

387 El análisis se presentó en una rueda de prensa celebrada en abril de 2019 y se publicó en el sitio web de la Oficina Fiscalizadora Estatal de Hungría.

Impacto previsto

388 Se espera un impacto por la identificación de los ámbitos de riesgo. El análisis podría derivar en una mayor consideración institucional del cumplimiento legal en la gestión y en la asistencia a otras instituciones del sector para lograr una buena gestión y un funcionamiento regular.



Italia

Corte dei conti

Ejecución del programa extraordinario para la reforma de edificios y la modernización tecnológica del patrimonio inmobiliario de las instituciones públicas de salud

Resumen

389 En la auditoría de la EFS italiana se evaluó el programa extraordinario para la reforma de edificios y la modernización tecnológica del patrimonio inmobiliario de las instituciones públicas de salud.

390 La auditoría abarcó el período 2012-2016.

391 El Programa para la reforma de edificios y la modernización tecnológica se adoptó mediante la Ley n.º 67/88, cuya primera fase concluyó en 1996. El *Corte dei conti* ya había llevado a cabo una auditoría y presentado un informe en mayo de 2011.

Desarrollo de la auditoría

392 La pregunta de auditoría principal era la siguiente:

- ¿Es posible conciliar el interés nacional en la estabilidad contable con las prioridades y necesidades en materia de sanidad y seguridad de las estructuras?

393 La principal entidad auditada fue el Ministerio de Sanidad.

394 La evaluación se llevó a cabo utilizando las pruebas obtenidas a través de solicitudes de información y documentación dirigidas al Ministerio de Sanidad (en particular, a la Dirección General de Planificación Sanitaria), responsable de la ejecución del programa de inversión en infraestructuras.

Principales observaciones

395 La EFS italiana formuló las siguientes observaciones:

- El Ministerio de Sanidad aún no había establecido el **documento de planificación plurianual** que contempla el Decreto legislativo n.º 228/2011.
- La denominada metodología «MEXA» no permitía una evaluación real de la eficacia de las intervenciones.
- El informe anual remitido por las regiones al Ministerio de Sanidad sobre el progreso de las obras no se consideraba adecuado para supervisar la ejecución de los proyectos. El documento relativo a la situación de las obras enviado por las regiones una vez al año no es adecuado, ya que no refleja convenientemente los avances reales.
- La asociación público-privada no se ha utilizado de manera eficiente y los recursos privados eran escasos.

Recomendaciones

396 La EFS italiana formuló las siguientes recomendaciones:

- el Ministerio de Sanidad debería adoptar el documento de planificación plurianual que establece el Decreto legislativo n.º 228/2011;
- la metodología MEXA debería permitir tanto el control estratégico como la auditoría de gestión. La evaluación de las inversiones públicas debería formar parte de un sistema de control de la gestión que incluya el establecimiento de objetivos y la valoración de los resultados alcanzados.

397 Por otro lado, debería desarrollarse una asociación público-privada que permita:

- establecer interrelaciones y conexiones entre el sector público y el privado;
- dotar de mayor visibilidad al proyecto para implicar totalmente al socio privado en el proceso decisorio;
- contar con una gestión más apropiada de los riesgos asociados a los proyectos.

398 Asimismo, el Ministerio debería favorecer a las empresas privadas orientadas a las inversiones a largo plazo y capaces de financiar proyectos en la fase inicial.

399 Es fundamental reorganizar y mejorar la recopilación de información administrativa y contable sobre los procesos de gestión que compone la ejecución del programa.

400 El Ministerio de Sanidad debería estar al corriente de cualquier iniciativa emprendida por las entidades locales en el ámbito de las infraestructuras sanitarias que se financie con fondos nacionales o europeos. Además, debería implantar una base de datos en la que se recoja la información necesaria para mejorar las actividades de planificación y se optimicen las inversiones.

Publicación y seguimiento

Presentación del informe:

401 El informe se presentó al Parlamento, al Ministerio de Economía y Hacienda, al Ministerio de Sanidad y a las regiones de Véneto, Emilia-Romaña y Calabria.

402 El informe se publicó en el sitio web de la *Corte dei conti* el 9 de abril de 2018.

Impacto previsto

403 La EFS italiana espera el siguiente impacto:

- Modificaciones legislativas que faciliten la renovación de edificios y la modernización tecnológica de los bienes inmuebles del sector de la sanidad pública.
- Una mejor evaluación de los asuntos críticos destacados por las entidades auditadas para desarrollar soluciones nuevas.
- Una especial atención a la seguridad de los edificios, en relación especialmente con los materiales antisísmicos y contra incendios.



Luxemburgo

Cour des comptes

Financiación pública de inversiones hospitalarias

Resumen

404 La EFS luxemburguesa evaluó la financiación pública de inversiones hospitalarias en el período 2011-2017.

Desarrollo de la auditoría

405 El objetivo de la auditoría era verificar si se habían cumplido los requisitos del Reglamento del Gran Ducado por el que se establecían normas detalladas para la participación estatal en las inversiones hospitalarias. Asimismo, la EFS analizó la eficacia y la coherencia de los mecanismos de inspección del Ministerio de Sanidad para validar las solicitudes de reembolso presentadas por los hospitales.

406 Las principales entidades auditadas fueron el Ministerio de Sanidad y una muestra de beneficiarios de la participación estatal.

407 En la metodología de la auditoría se introdujeron entrevistas con los organismos fiscalizados y un análisis de la documentación aportada.

Principales observaciones

Participación estatal para la financiación de la modernización, renovación o construcción de hospitales

408 El Ministerio de Sanidad no facilitó un estado financiero en el que se comparasen los costes de los proyectos autorizados por la ley y el coste real de las inversiones, incluidas las justificaciones de cualquier sobrecoste superior a los incrementos legales.

Disposiciones legales y reglamentarias

409 Aunque así lo exige la ley, no había ningún acuerdo respecto a la concesión de ayudas para algunos proyectos hospitalarios, como por ejemplo, la ampliación de un hospital y las obras en la instalación de esterilización central de otro. Asimismo, las obras de un proyecto se llevaron a cabo sin la autorización previa oficial del Ministerio de Sanidad.

410 Por otro lado, la legislación prevé que un Reglamento determine los procedimientos detallados aplicables a la ayuda financiera, por ejemplo, por lo que respecta a los plazos y procedimientos de examen de los expedientes, los documentos justificativos que han de aportarse y la conveniencia y alcance de un estudio de necesidades e impacto. Sin embargo, en el momento de la fiscalización no se había aprobado dicho Reglamento.

Seguimiento de los proyectos de construcción o modernización

411 En el caso de los cuatro proyectos de la muestra, los gestores de proyectos elaboraban regularmente informes de situación, pero no los enviaban sistemáticamente al Ministerio, como exige el Reglamento.

412 Asimismo, los auditores detectaron diversas incoherencias entre la programación plurianual del Fondo de Infraestructuras Hospitalarias que se había elaborado como parte del presupuesto estatal de ingresos y gastos y los cuadros de seguimiento de los proyectos subvencionados que el Ministerio de Sanidad había elaborado para cada hospital.

413 Por lo que respecta a los ajustes del presupuesto destinado a proyectos de inversión hospitalaria para tener en cuenta los cambios en el índice de precios de la construcción, los auditores observaron que el Ministerio de Sanidad no disponía de los medios necesarios para determinar con precisión el presupuesto disponible destinado a un proyecto en curso o comprobar los cálculos de los hospitales.

Solicitudes de reembolso

414 Los auditores constataron que 1) los proyectos eran autorizados y subvencionados por entidades diferentes, 2) faltaba contacto entre estas entidades y 3) un solo funcionario era responsable de comprobar las solicitudes de reembolso.

415 La legislación confiere al Inspector Hospitalario del Gobierno el control de la asignación de subvenciones públicas y las solicitudes de reembolso. A pesar de que sus competencias han sido reforzadas, los auditores concluyeron que no está en condiciones de ejercer plenamente sus funciones por la falta de recursos humanos.

416 Por otro lado, según la legislación, el Estado cubre el 80 % de los costes de las inversiones en bienes muebles e inmuebles en hospitales que han sido autorizados por el Ministerio de Sanidad. Sin embargo, los auditores observaron que el Ministerio de Sanidad había incumplido esta norma en varias ocasiones.

417 En relación con los ámbitos que no pueden ser subvencionados por el Ministerio de Sanidad, el Reglamento especifica que, en aquellas partes indivisibles del proyecto, los costes de las partes no subvencionadas se calcularán al final de las obras. No obstante, en el caso de uno de los proyectos de la muestra, los costes del estacionamiento subterráneo se volvieron no se evaluaron hasta el final del proyecto. En el caso de otro proyecto, los costes de los ámbitos no subvencionados sí se volvieron a evaluar, pero no quedó claro si esta separación era relevante, ya que no se habían facilitado varios detalles.

418 Aunque el Reglamento dispone que el ministro de Sanidad puede adoptar normas de admisibilidad uniformes para todos los hospitales, no ha sido el caso.

Recomendaciones

Participación estatal en la financiación de la modernización, renovación y construcción de hospitales

419 El Ministerio de Sanidad debería:

- informar periódicamente a la Cámara de Diputados del progreso de los proyectos de inversión hospitalaria de gran envergadura financiados con fondos públicos;
- seguir procedimientos similares a los aplicados por la Cámara de Diputados para los proyectos de infraestructuras ejecutados por el Estado, es decir, revisar cualquier modificación sustancial en los programas, presentar un nuevo proyecto de ley siempre que el gasto de un proyecto supere el 5 % del importe autorizado y presentar un desglose definitivo de gastos para cada proyecto autorizado por una ley de financiación.

Seguimiento de los proyectos de construcción o modernización

420 El Ministerio de Sanidad debería:

- especificar la información que necesita y exigir el envío periódico de los informes;
- revisar exhaustivamente los datos financieros de los proyectos y utilizar un instrumento de seguimiento único a tales efectos;
- establecer su propio mecanismo para calcular los ajustes presupuestarios y notificar periódicamente a los hospitales el presupuesto restante.

Solicitudes de reembolso

421 Las labores de autorización y financiación de proyectos de modernización o construcción deberían reunirse en una unidad especial nueva con expertos de la Administración de Edificios Públicos. El Ministerio debería elaborar una lista de costes de inversión que no pueden optar a subvención, fijar límites financieros para determinados tipos de gastos e incluir la lista en los futuros convenios de financiación. Todas las partes deberían evaluarse nuevamente al final del proyecto y debería facilitarse un desglose de los costes reales en los que se ha incurrido.

Publicación y seguimiento

422 Como parte de la fase contradictoria, las constataciones y recomendaciones se enviaron a la entidad auditada el 15 de noviembre de 2018. El informe especial se presentó en la Cámara de Diputados el 29 de abril de 2019 y posteriormente se publicó en el sitio web de la EFS junto con una nota de prensa.

423 Los informes especiales del Tribunal de Cuentas luxemburgués son objeto de seguimiento por parte de la Comisión de Ejecución Presupuestaria de la Cámara de Diputados, que elabora un informe sobre las medidas tomadas por las autoridades afectadas en respuesta a las recomendaciones del Tribunal.

Impacto previsto

424 Los efectos esperados son la optimización del proceso procedimental para subvencionar inversiones hospitalarias e informar periódicamente a la Cámara de Diputados del progreso de los proyectos de inversión hospitalaria de gran envergadura financiados con fondos públicos.

Trabajo de auditoría de las EFS de la UE participantes relacionado con la salud pública desde 2014

425 La presente lista expone un resumen del trabajo de auditoría de las EFS de la UE que tratan sobre la salud pública de manera total o parcial. Para más información sobre la auditoría correspondiente, puede consultarse a las EFS interesadas.

Alemania

- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (6. Mai 2019) [*Auditoría de la facturación por tratamientos hospitalarios por parte de compañías públicas de seguros de enfermedad – Informe para la Comisión de Auditoría de la Comisión Presupuestaria del Bundestag alemán con arreglo al artículo 88, apartado 2, del Código presupuestario federal alemán (6 de mayo de 2019)*]
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (18. Januar 2019) [*Introducción de la tarjeta de sanidad electrónica e infraestructura telemática – Informe para la Comisión Presupuestaria del Bundestag alemán con arreglo al artículo 88, apartado 2, del Código presupuestario federal alemán (18 de enero de 2019)*]
- Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. August 2018) [*Financiación para el suministro de aeronaves y vehículos de emergencia – Informe para la Comisión Presupuestaria del Bundestag alemán con arreglo al artículo 88, apartado 2, del Código presupuestario federal alemán (20 de agosto de 2018)*]
- Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen – Bemerkungen 2018 [*Compañías de seguros de enfermedad y hospitales alcanzan*

acuerdos millonarios en quitas ilícitas sobre facturas a tanto alzado y evitan inspecciones en la facturación – Observaciones de 2018]

- *Steuervorteile für Tabakindustrie abschaffen – Bemerkungen 2017 [Supresión de las ventajas fiscales para la industria del tabaco – Observaciones de 2017]*
- *Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden – Bemerkungen 2017 [Los beneficios del tratamiento ortodental deben finalmente ser objeto de investigación – Observaciones de 2017]*
- *Haftpflichtversicherung für kassenärztliche Behandlungsfehler gesetzlich sicherstellen – Bemerkungen 2017 [Obligar legalmente a la contratación de seguros de responsabilidad civil por errores médicos en el régimen común de seguro – Observaciones de 2017]*
- *Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. Juni 2016) [Prestación de asistencia médica por parte de compañías públicas de seguros de enfermedad – Informe para la Comisión Presupuestaria del Bundestag alemán con arreglo al artículo 88, apartado 2, del Código presupuestario federal alemán (20 de junio de 2016)]*
- *Erstattung von Reiseschutzimpfungen: Rechtsgrundlage noch zeitgemäß? – Bemerkungen 2015 [Reembolso de vacunas para viajes: ¿debe actualizarse el marco jurídico? – Observaciones de 2015]*

Austria

- *Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte [Garantía de calidad aplicable a los médicos] – Bund 2018/37 (2018)*

Bélgica

- *Vlaams preventief gezondheidsbeleid – Evaluatie van het uitvoeringslandschap [Política flamenca de prevención de la salud – evaluación de los resultados de las políticas]*

Bulgaria

- Ефективност на системата на психиатричното обслужване (одитът да бъде завършен и публикуван през 2020) [*Eficacia del sistema de atención psicológica (debe completarse y publicarse en 2020)*]
- Електронно здравеопазване (2017) [*Sanidad electrónica 2017*]
- Дейност на Центъра за асистирана репродукция (2017) [*Trabajo del Centro de Reproducción Asistida (2017)*]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Изпълнителна агенция по лекарствата за периода (2016) [*Auditoría de cumplimiento de la gestión financiera de la Agencia Ejecutiva de Medicamentos (2016)*]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Министерството на здравеопазването (2016) [*Auditoría de cumplimiento de la gestión financiera del Ministerio de Sanidad (2016)*]
- Ефективност на контрола върху дейностите по профилактика и диспансеризация на задължително здравноосигурените лица в РБ на възраст до 18 (2016) [*Eficacia de la supervisión de la prevención de la salud y seguimiento médico en el seguro de enfermedad reglamentario para menores en Bulgaria (2016)*]
- Дейност по оказване на спешна медицинска помощ (2015) [*Trabajo de los servicios de urgencias (2015)*]
- Механизъм за договаряне на изпълнението на болнична помощ (2014) [*Mecanismo de negociación para la prestación de cuidados hospitalarios (2014)*]
- Одит на изпълнението на проекти, реализирани от Министерството на здравеопазването по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” (2014) [*Auditoría de gestión de proyectos del Ministerio de Sanidad pertenecientes al PO de «Desarrollo de recursos humanos» (2014)*]

Chequia

- No 18/14 – Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky [*Fondos recaudados en virtud de la Ley para la prestación de la entidad gestora del seguro de enfermedad militar de Chequia*]
- No 18/13 – Závěrečný účet kapitoly státního rozpočtu Ministerstvo zdravotnictví za rok 2017, účetní závěrka Ministerstva zdravotnictví za rok 2017 a údaje předkládané Ministerstvem zdravotnictví pro hodnocení plnění státního rozpočtu za rok 2017 [*Cierre de las cuentas de los capítulos del presupuesto del Estado en relación con el Ministerio de Sanidad relativas a 2017, estados financieros del Ministerio de Sanidad relativos a 2017, y datos presentados al Ministerio de Sanidad para evaluar el cumplimiento del presupuesto del Estado relativo a 2017*]
- No 18/11 – Peněžní prostředky státu určené na podporu rozvoje a obnovy materiálně technické základny regionálního zdravotnictví [*Fondos del Estado destinados a apoyar el desarrollo y la renovación de la base material y técnica de la asistencia sanitaria regional*]
- No 17/19 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými fakultními nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Fondos empleados por hospitales seleccionados para el reembolso de gastos*]
- No 17/14 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví [*Patrimonio y fondos del Estado gestionados por la organización contribuyente del Instituto Nacional de Salud Mental*]
- No 17/13 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Státní zdravotní ústav [*Patrimonio y fondos del Estado gestionados por la organización contribuyente del Instituto Nacional de Salud*]
- No 17/03 – Zdravotnické informační systémy ve správě organizačních složek resortu zdravotnictví [*Sistemas de información sanitaria en la administración de las unidades organizativas del Ministerio de Sanidad*]
- No 16/28 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Fondos empleados por hospitales seleccionados para cubrir el coste de sus actividades*]

- No 16/18 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušný hospodařit Státní ústav pro kontrolu léčiv [*Patrimonio y fondos del Estado gestionados por el Instituto Nacional para el Control de Medicamentos*]

Dinamarca

- Beretning om lægemiddelanbefalinger (2019) [*Informe sobre recomendaciones de medicamentos (2019)*]
- Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene (2019) [*Informe sobre las diferencias en la calidad de la atención entre los hospitales daneses (2019)*]
- Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter (2018) [*Informe sobre el acceso de los pacientes de cáncer a servicios de oncología (2018)*]
- Beretning om forløbet for flygtninge med traumer (2018) [*Informe sobre los itinerarios asistenciales para refugiados con trauma (2018)*]
- Beretning om udredningsretten (2018) [*Informe sobre el derecho de los pacientes a una investigación rápida (2018)*]
- Beretning om Sundhedsplatformen (2018) [*Informe sobre plataformas sanitarias (2018)*]
- Beretning om salget af Statens Serum Instituts vaccineproduktion (2018) [*Informe sobre la venta de la producción de vacunas del Instituto Público Serum (2018)*]
- Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner (2017) [*Informe sobre la prevención de infecciones nosocomiales (2017)*]
- Beretning om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata (2017) [*Informe sobre la protección de los sistemas informáticos y de los datos sanitarios en tres regiones danesas (2017)*]
- Beretning om Region Hovedstadens akuttelefon 1813 (2017) [*Informe sobre el servicio de asistencia sanitaria telefónica 1813 puesto en marcha por la Región-Capital de Dinamarca (2017)*]
- Beretning om Beskæftigelsesministeriets data om ressourceforløb (2017) [*Informe sobre los datos del Ministerio de Empleo sobre programas de recursos (2017)*]

- Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade (2016) [*Informe sobre los esfuerzos dirigidos a los pacientes con lesiones cerebrales adquiridas (2016)*]
- Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse (2016) [*Informe sobre la doble actividad de los médicos de los hospitales (2016)*]
- Beretning om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser (2016) [*Informe sobre la gestión de las regiones danesas del tratamiento en régimen ambulatorio de pacientes adultos con enfermedades mentales (2016)*]
- Beretning om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser (2015) [*Informe sobre el trabajo del defensor del paciente con incidentes de seguridad de pacientes (2015)*]
- Beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA (2015) [*Informe sobre los esfuerzos realizados por el Ministerio de Alimentación para luchar contra el SARM asociado a la ganadería (2015)*]
- Beretning om hospitalernes brug af personaleresurser (2015) [*Informe sobre el uso de los recursos humanos en los hospitales daneses (2015)*]
- Beretning om forskningsmidler på hospitalerne (2015) [*Informe sobre el uso de fondos externos de investigación en los hospitales daneses (2015)*]
- Beretning om second opinion-ordningen (2014) [*Informe sobre el programa de una segunda opinión (2014)*]
- Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (2014) [*Informe sobre los problemas relacionados con el desarrollo y la implantación del registro de medicación compartido informatizado (2014)*]
- Beretning om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde (2014) [*Informe sobre los esfuerzos realizados para ayudar a volver al trabajo a las personas de baja por enfermedad (2014)*]
- Beretning om kvindekrisecentre (2014) [*Informe sobre centros de acogida de mujeres (2014)*]

- Beretning om regionernes præhospitale indsats (2014) [*Informe sobre la atención prehospitalaria prestada por las regiones (2014)*]

Eslovaquia

- Verejné financie a majetok zdravotníckych zariadení [*Finanzas públicas y propiedad de las instalaciones de asistencia sanitaria*] (2017)

Eslovenia

- Obvladovanje debelosti otrok [*Cómo abordar la obesidad infantil*] (2018)

España

- 1231.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 (28.9.2017)
- 1213.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico «Esperanza del Mar», ejercicio 2015 (29.3.2017)
- 1205.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015 (23.2.2017)
- 1200.- Fiscalización de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, ejercicio 2014 (26.1.2017)
- 1199.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico «Juan de la Cosa», ejercicio 2015 (26.1.2017)
- 1185.- Fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015 (19.12.2016)
- 1167.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General Judicial (22.7.2016)
- 1119.- Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos (26.11.2015)

Estonia

- E-tervise ülevaade (2019) [*Análisis de la sanidad electrónica (2019)*]
- Erakorraline meditsiin (2018) [*Medicina de urgencias (2018)*]
- Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel (2016) [*Acción estatal en el ámbito del tratamiento médico y la salud infantil (2016)*]
- Riigi tegevus tervishoiu järelevalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel (lõppes märgukirjaga) (2015) [*Actividades estatales en la organización de la vigilancia médica y la evaluación de la calidad (clausurado por un escrito de requerimiento) (2015)*]
- Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel (2015) [*Acción estatal en la organización de cuidados de enfermería independientes (2015)*]
- Riigi tegevus e-tervise rakendamisel (2014) [*Acción estatal en la implantación de la sanidad electrónica (2014)*]

Finlandia

- Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen [*Impacto de la dirección en el funcionamiento de los servicios médicos de urgencia*], auditoría de gestión de 2019
- Asiakkaan lasten huomioiminen aikuisten mielenterveyspalveluissa [*Consideración de los hijos menores de los clientes en los servicios de salud mental para adultos*], auditoría de gestión de 2018
- Sosiaalimenojen kehitysarviot [*Proyecciones de tendencias en el gasto de la seguridad social*], análisis de 2017
- Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa [*Prevención de los problemas de salud mental infantiles y apoyo de su bienestar a través de los servicios escolares de atención sanitaria*], análisis de 2017
- Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [*Usuarios frecuentes de servicios básicos de atención sanitaria*], auditoría de gestión de 2017

- Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [*Desarrollo del reparto del trabajo en los servicios sociales y la asistencia sanitaria*], auditoría de gestión de 2016
- Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa [*Uso de dispositivos técnicos asistenciales en los servicios para personas mayores prestados a domicilio*], auditoría de gestión de 2015
- Pienhiukkasten terveys- ja kustannusvaikutusten huomioonottaminen strategioiden valmistelussa [*Estudio de los efectos sanitarios y económicos de las partículas finas en la elaboración de estrategias*], auditoría de gestión de 2015

Francia

- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2019) [*Informe sobre la aplicación de las leyes de financiación de la seguridad social (2019)*]
- La politique de prévention des infections associées aux soins: une nouvelle étape à franchir (2019) [*Política de prevención de las enfermedades nosocomiales: siguientes pasos (2019)*]
- La politique de prévention et de prise en charge du VIH en France depuis 2010 (2019) [*Prevención del VIH y política de tratamiento en Francia desde 2010 (2019)*]
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires: une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins (2018) [*Informe sobre la aplicación de las leyes de financiación de la seguridad social, octubre de 2018, Capítulo VI La lucha contra las enfermedades cardioneurovasculares: se debe dar prioridad a la prevención y a la calidad de la atención (2018)*]
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VII Les soins visuels: une prise en charge à réorganiser (2018) [*Informe sobre la aplicación de las leyes de financiación de la seguridad social, octubre de 2018, Capítulo VII Cuidados oftalmológicos: una reestructuración necesaria (2018)*]
- Le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé (2018) [*El papel de los hospitales universitarios (CHU) en el sistema sanitario francés (2018)*]
- L'avenir de l'assurance maladie (2017) [*El futuro del seguro de enfermedad (2017)*]

- Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (2016) [*Políticas de lucha contra el consumo nocivo de alcohol (2016)*]

Grecia

- Οριζόντιος θεματικός έλεγχος στις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Κράτους και ειδικότερα, μεταξύ άλλων, έξι νοσοκομείων, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) και μίας περιφερειακής διοίκησης υγείας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής). [*Auditoría temática horizontal de los pagos atrasados del Estado respecto a hospitales, la Organización Nacional de Prestación de Servicios Sanitarios (EOPYY) y una dirección regional de sanidad*] (2018)

Hungría

- A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés (2019) [*Análisis de síntesis de la experiencia adquirida a través de la fiscalización de hospitales (2019)*]

Irlanda

- Managing elective day surgery [*Gestión de la cirugía ambulatoria programada*] (2014)

Italia

- L'attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico [*Ejecución del programa extraordinario para la reforma de edificios y la modernización tecnológica del patrimonio inmobiliario de las instituciones públicas de salud*] (2018)

Letonia

- Cilvēkresursi veselības aprūpē (2019) [*Los recursos humanos en la asistencia sanitaria (2019)*]
- Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa? (2019) [*¿La rehabilitación forma parte plenamente de los servicios sanitarios? (2019)*]
- Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? (2017) [*¿Se puede mejorar el sistema de asistencia sanitaria ambulatoria en Letonia? (2017)*]
- Vai ievēroti rezidentūras finansēšanas noteikumi? [*¿Se están respetando las normas para financiar la residencia hospitalaria?*] (2016)
- Vai projekts «E-veselība Latvijā» ir solis pareizajā virzienā? [*¿Va por el buen camino el proyecto de «sanidad electrónica en Letonia»? (2015)*]

Lituania

- Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra [*La asistencia sanitaria en oncología*] (2014)
- Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse [*Organización del refuerzo de la sanidad pública en los municipios*] (2015)
- Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas [*Garantizar la disponibilidad de medicamentos genéricos compensatorios*] (2016)
- Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas [*Gestión de los bienes públicos cuya propiedad ha sido transferida a establecimientos públicos de salud*] (2017)
- Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas [*Desarrollo de un sistema de sanidad electrónica*] (2017)
- Savižudybių prevencija ir postvencija [*Prevención del suicidio y apoyo a las personas que han perdido a seres queridos por suicidio*] (2017)

- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas (2018) [*Calidad de los servicios personales de asistencia sanitaria: seguridad y eficacia (2018)*]
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą (2018) [*La accesibilidad de los servicios de asistencia sanitaria y la orientación al paciente (2018)*]
- Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas [*Evaluación del sistema de asistencia sanitaria (análisis panorámico)*] (2019)

Luxemburgo

- Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers [*Financiación pública de inversiones hospitalarias*] (2019)

Malta

- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2018 [*Auditoría de seguimiento: informes de seguimiento de la National Audit Office en 2018*] (octubre de 2018)
 - General Practitioner Function – The Core of Primary Health Care [*El papel del médico de familia - El núcleo de la atención primaria*] (páginas 46 a 52 del informe)
 - An Analysis of the Pharmacy of Your Choice Scheme [*Análisis del programa «Pharmacy of Your Choice»*] (páginas 71 a 81 del informe)
- Performance Audit: A Strategic Overview of Mount Carmel Hospital [*Auditoría de gestión: visión estratégica general del hospital Mount Carmel*] (julio de 2018)
- An Investigation of the Mater Dei Hospital Project [*Auditoría de gestión: investigación del proyecto del hospital Mater Dei*] (mayo de 2018)
- Performance Audit: Outpatient Waiting at Mater Dei Hospital [*Auditoría de gestión: tiempos de espera de pacientes ambulatorios en el hospital Mater Dei*] (noviembre de 2017)

- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2017 [*Auditoría de seguimiento: informes de seguimiento de la National Audit Office en 2017*] (noviembre de 2017)
 - The Management of Elective Surgery Waiting Lists [*La gestión de las listas de espera de cirugía programada*] (páginas 69 a 77 del informe)
 - The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector [*La prestación de cuidados de larga duración residenciales a las personas de edad avanzada a través de acuerdos contractuales con el sector privado*] (páginas 78 a 87 del informe)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta [*Auditoría de gestión: acuerdos de servicios entre el Gobierno y la fundación Richmond de Malta*] (septiembre de 2016)
- Performance Audit: The General Practitioner Function – The core of primary health care [*Auditoría de gestión: El papel del médico de familia - El núcleo de la atención primaria*] (junio de 2016)
- Information Technology Audit: Mater Dei Hospital [*Auditoría de tecnologías de la información: hospital Mater Dei*] (mayo de 2016)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and INSPIRE Foundation [*Auditoría de gestión: acuerdos de servicios entre el Gobierno y la fundación INSPIRE*] (febrero de 2016)
- Performance Audit: Provision of residential long-term care for the elderly through contractual arrangements with the private sector [*Auditoría de gestión: prestación de cuidados de larga duración residenciales a las personas de edad avanzada a través de acuerdos contractuales con el sector privado*] (abril de 2015)

Polonia

- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (megainformacja) [*El sistema sanitario de Polonia: situación actual y cambios necesarios (informe de síntesis)*] (2019)
- Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania [*Disponibilidad y seguridad de los dispositivos médicos reembolsables en préstamo*] (2019)
- Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [*Funcionamiento del sistema de atención primaria en los hospitales*] (2019)
- Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach [*Garantizar la seguridad de los pacientes durante los tratamientos con antibióticos en hospitales*] (2019)
- Wsparcie osób z autyzmem i zespołem Aspergera w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania [*Apoyo a las personas con autismo y síndrome de Asperger en su preparación para la vida independiente*] (2019)
- Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej [*Prestación de cuidados paliativos*] (2019)
- Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi [*Centros comunitarios de autoayuda financiados por el Estado para personas con trastornos psiquiátricos*] (2019)
- Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych [*Aplicación de la normativa en materia de protección de datos por parte de los centros médicos*] (2019)
- Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków [*Prevención del alcoholismo y la toxicomanía*] (2019)
- Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży [*Acceso a tratamiento psiquiátrico para niños y jóvenes*] (2019)

- Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia [*Acciones llevadas a cabo por el gobernador provincial contra los centros que prestan atención sanitaria las 24 horas sin la autorización requerida*] (2019)
- Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie [*Sistema de información de sanidad electrónica de la provincia de Podlaquia*] (2018)
- Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 [*La prevención y el tratamiento de la diabetes de tipo 2*] (2018)
- Tworzenie map potrzeb zdrowotnych [*Catalogación de las necesidades sanitarias*] (2018)
- Żywienie pacjentów w szpitalach [*Nutrición de los pacientes en los hospitales*] (2018)
- Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej [*Funcionamiento de farmacias hospitalarias y unidades farmacéuticas en hospitales*] (2018)
- Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich [*Accesibilidad de servicios públicos de atención ginecológica y obstétrica en zonas rurales*] (2018)
- Zapobieganie i leczenie depresji [*Prevención y tratamiento de la depresión*] (2018)
- Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym [*Servicios sanitarios para niños en edad escolar y adolescentes*] (2018)
- Zakażenia w podmiotach leczniczych [*Infecciones nosocomiales*] (2018)
- Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach [*Protección de la privacidad y de la dignidad de los pacientes en los hospitales*] (2018)
- Bezpieczeństwo badań genetycznych [*Seguridad de las pruebas genéticas*] (2018)
- Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych [*Acción de las autoridades nacionales para garantizar la disponibilidad de medicamentos*] (2018)
- Realizacja strategicznego programu badań naukowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych» – STRATEGMED [*Implantación del programa estratégico de*

investigación «Prevención y tratamiento de las «enfermedades de la civilización»» — Strategmed] (2018)

- o Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku [*Resultados del Fondo de Salud Nacional en 2017*] (2018)
- o Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów [*Acuerdos extrajudiciales para pacientes*] (2018)
- o Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009-2016” w województwie kujawsko-pomorskim [*Financiación y ejecución del programa de inversión en la modernización y el desarrollo hospitalario 2009-2016 en la provincia de Cuyavia y Pomerania*] (2018)
- o Nadzór nad obrotem i stosowaniem produktów zawierających substancje anaboliczne, hormonalne, odurzające i psychotropowe w leczeniu zwierząt, w tym towarzyszących [*Supervisión de la comercialización y el uso de productos que contienen sustancias anabólicas, hormonales, narcóticas y psicotrópicas, y de sus productos asociados, en el tratamiento de animales*] (2018)
- o Wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym [*Uso de materias primas de productos farmacéuticos naturales en el tratamiento termal*] (2018)
- o Dostępność i efekty leczenia nowotworów [*Accesibilidad y resultados del tratamiento del cáncer*] (2017)
- o Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy [*Acción para luchar contra la venta de euforizantes legales*] (2017)
- o Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim [*Ejecución de programas para la detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino en la provincia de Lublin*] (2017)
- o Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia [*Tratamiento preventivo en el sistema sanitario*] (2017)
- o Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [*Resultados del programa nacional para la protección de la salud mental*] (2017)

- Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej [*Accesibilidad y financiación de diagnósticos de laboratorio*] (2017)
- Przygotowanie i wdrażanie pakietu onkologicznego [*Preparación y aplicación del paquete de oncología*] (2017)
- Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin [*Atención de pacientes con la enfermedad de Alzheimer y apoyo a sus familias*] (2017)
- Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim [*Tratamiento dental preventivo de niños y jóvenes en la provincia de Lublin*] (2017)
- Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [*Respeto de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza*] (2017)
- Dostępność terapii przeciwbólowej [*Accesibilidad de tratamientos para aliviar el dolor*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku [*Resultados del Fondo de Salud Nacional en 2016*] (2017)
- Realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych [*Actividades ligadas a la prestación de exámenes médicos preventivos a los trabajadores*] (2017)
- Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze [*Prestación de servicios de cardiología por parte de centros públicos y privados*] (2016)
- Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych [*Formación y desarrollo profesional del personal médico*] (2016)
- Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej [*Creación e intercambio de historiales médicos*] (2016)
- Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego [*Acceso a la prevención y al tratamiento de enfermedades respiratorias*] (2016)

- Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego [*Ejecución de programas de políticas de salud por parte de organismos públicos locales*] (2016)
- Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [*Asistencia perinatal en maternidades segregadas*] (2016)
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne [*Uso de servicios externos por parte de hospitales públicos*] (2016)
- Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu [*Preparación de los hospitales para el tratamiento de pacientes de ictus*] (2016)
- Badania prenatalne w Polsce [*Exámenes prenatales en Polonia*] (2016)
- System szczepień ochronnych dzieci [*El sistema de vacunación infantil*] (2016)
- Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych [*La reestructuración de centros sanitarios públicos independientes seleccionados*] (2016)
- Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne [*La función reglamentaria de la Inspección Farmacéutica Nacional en virtud de la Ley de medicamentos*] (2016)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r [*El rendimiento del Fondo de Salud Nacional en 2015*] (2016)

Portugal

- Auditoria orientada às dívidas ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. [*Auditoría sobre el endeudamiento del Instituto Portugués de Sangre y Transplantes, IP*] (2018)
- Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE [*Auditoría sobre las prácticas de gestión en el Centro Hospitalario Lisboa Norte, EPE y en el Centro Hospitalario de São João, EPE*] (2018)
- Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercícios de 2015 e 2016 [*Auditoría sobre las cuentas consolidadas del Ministerio de Sanidad correspondiente a los ejercicios 2015 y 2016*] (2017)
- Auditoria orientada à situação financeira da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE [*Auditoría orientada a la situación financiera de los servicios compartidos del Ministerio de Sanidad, EPE*] (2017)
- Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde [*Auditoría sobre el acceso a la asistencia sanitaria en el Servicio Nacional de Salud*] (2017)
- Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto [*Auditoría sobre los acuerdos celebrados entre la Administración Regional de Salud del Norte, IP y la Santa Casa da Misericórdia do Porto*] (2017)
- Auditoria à prestação de contas por entidades do Ministério da Saúde [*Auditoría sobre la rendición de cuentas de las entidades del Ministerio de Sanidad*] (2017)
- Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Exercício de 2014 [*Auditoría financiera en el Centro Hospitalario Lisboa Norte, EPE correspondiente al ejercicio 2014*] (2017)
- Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP). [*Auditoría sobre la ejecución del contrato de gestión del Hospital de Braga en asociación público-privada*] (2016)

- Auditoria orientada a procedimentos de contratação pública das unidades de saúde do setor empresarial do Estado. [*Auditoría sobre los procedimientos de contratación pública de las unidades de salud en el sector empresarial del Estado*] (2016)
- Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários [*Auditoría de seguimiento de las recomendaciones formuladas en el informe de auditoría sobre el desempeño de las unidades de atención primaria de salud*] (2016)
- Auditoria de resultados ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE [*Auditoría de gestión del servicio de urgencias del Centro Hospitalario de Algarve, EPE*] (2016)
- Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção) [*Auditoría de seguimiento de las recomendaciones formuladas en el informe de auditoría del sistema de protección social de los trabajadores en funciones públicas (informe n.º 12/2015 - segunda sección)*] (2016)

Rumanía

- Dezvoltarea infrastructurii de sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate [*Las infraestructuras sanitarias a escala nacional, regional y local para incrementar el acceso a los servicios de asistencia sanitaria*] (2017)

Tribunal de Cuentas Europeo

- Informe Especial n.º 7/2019: Medidas de la UE en el ámbito de la asistencia sanitaria transfronteriza: ambiciones importantes, pero se requiere una mejor gestión (2019)
- Informe Especial n.º 28/2016: El combate contra las amenazas transfronterizas graves para la salud en la UE: se han dado pasos importantes, pero hay que seguir avanzando (2016).

Siglas y acrónimos

ACA: Tribunal de Cuentas de Austria

ANSM: Agencia Nacional de Seguridad de los Medicamentos y de los Productos Sanitarios
(*Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé*)

ARS: Agencias Regionales de Salud (*agences régionales de santé*)

BNAO: Oficina Nacional de Auditoría de Bulgaria

CE: Comisión Europea

CMH: Hospital Militar Central de Praga

CNAM: Caja Nacional del Seguro de Enfermedad (*Caisse nationale d'assurance maladie*)

Código ATC: Código Anatómico Terapéutico Químico de Medicamentos

DG Salud y Seguridad Alimentaria: Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria

ECHI: Indicadores esenciales europeos de salud

EFS: Entidad Fiscalizadora Superior

EHF: Fundación Estonia de Sanidad Electrónica

EOPYY: Centro sanitario nacional griego

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

ETK: Centro nacional de pensiones de Finlandia

ETS: Evaluación de las tecnologías sanitarias

FEIE: Fondo Europeo para Inversiones Estratégicas

FSE+: Fondo Social Europeo Plus

HAS: Alta Autoridad Sanitaria (*Haute Autorité de santé*)

HSE: Administración de los servicios sanitarios (Irlanda)

IRM: Tomografía por resonancia magnética nuclear

ISA: Autoridad del Sistema de Información (Estonia)

ISSAI: Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores

IVA: Impuesto sobre el Valor Añadido

MF: Médico de familia

Modelo SOME: Modelo de Análisis de Gastos de la Seguridad Social

MUFACE: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado General

NAOF: Oficina Nacional de Auditoría de Finlandia

NCPHA: Centro Nacional de Salud Pública y Análisis (Bulgaria)

NHIF: Caja Nacional del Seguro de Enfermedad (Bulgaria)

NIK: Oficina Superior de Auditoría de Polonia (*Najwyższa Izba Kontroli w Polsce*)

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ÖQMed: Sociedad Austriaca para la Garantía de la Calidad y la Gestión de la Calidad en Medicina (*Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin*)

PGEU: Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea

PHCD: Departamento de Atención Primaria (Malta)

PIB: Producto Interior Bruto

PTD: Asociación Polaca contra la Diabetes

Reforma SOTE: Reforma social y sanitaria

RER: Red Europea de Referencia

RKKP: Registros Clínicos de Dinamarca

TC/TAC: Tomografía computarizada

TFUE: Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea

TIC: Tecnologías de la información y de las comunicaciones

VRIND: Indicadores Regionales flamencos

Glosario

Acceso universal a la asistencia sanitaria: Disponibilidad de servicios sanitarios en el momento y el lugar apropiados y a un precio adecuado.

Desarrollo sostenible: Según el Informe Brundtland de 1987 dirigido a la Asamblea General de las Naciones Unidas, el desarrollo sostenible es aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.

Directiva de la UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza: Directiva que tiene por objeto garantizar la atención médica segura y de alta calidad dentro y fuera de las fronteras en la UE, y disponer que el reembolso del tratamiento en el extranjero se realice en las mismas condiciones que en el país de residencia.

Evaluación de las tecnologías sanitarias (ETS): Enfoque científico para evaluar la eficacia de las tecnologías sanitarias.

Fondo Europeo para Inversiones Estratégicas (FEIE): Iniciativa puesta en marcha conjuntamente por el Grupo BEI (el Banco Europeo de Inversiones y el Fondo Europeo de Inversiones) y la Comisión Europea para ayudar a superar el actual déficit de inversión en la UE. El EFSI constituye uno de los tres pilares del Plan de Inversiones para Europa, cuyo objetivo es reactivar la inversión en proyectos estratégicos en el continente para garantizar que el dinero llega a la economía real.

Fondo Social Europeo Plus (FSE+) / Fondos Estructurales: Fondos de la UE compuestos por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) y el Fondo Social Europeo (FSE). Junto con el Fondo de Cohesión, el valor de sus actividades destinadas a potenciar el crecimiento regional y la creación de puestos de trabajo para el período de programación 2007-2013 asciende a 308 000 millones de euros (a precios de 2004).

Horizonte 2020: Instrumento financiero que aplica la «Unión por la innovación», una iniciativa emblemática de la Estrategia Europa 2020 destinada a garantizar la competitividad de Europa a escala mundial.

Indicadores esenciales europeos de salud (ECHI): Conjunto de indicadores para supervisar el estado de salud de los ciudadanos de la UE y los resultados de los sistemas sanitarios.

Infección asociada a la atención sanitaria: Infección que se produce durante el tratamiento de un paciente por un profesional sanitario, en asistencia ambulatoria, en un centro de asistencia sociosanitaria o en un centro sanitario.

Logos: Redes sanitarias locales (Bélgica).

Mercado Único Digital: Mercado en el que la libre circulación de personas, servicios y capitales está garantizada y en el que personas y empresas pueden acceder fácilmente a las actividades en línea y ejercerlas en condiciones de competencia leal, con un elevado nivel de protección de los datos personales y de los consumidores, cualquiera que sea su nacionalidad o lugar de residencia.

Modelo Beveridge: Sistema de seguro de enfermedad financiado a través de impuestos que suele proporcionar una cobertura universal y depende de la residencia o la ciudadanía.

Modelo mixto de seguro médico: Sistema de seguro de enfermedad basado en la financiación privada procedente de regímenes de seguros voluntarios o pagos directos.

Mortalidad prevenible: Muerte que podría evitarse a través de la salud pública y la prevención.

Mortalidad tratable: Muerte que podría haberse evitado a través de una asistencia sanitaria eficaz y oportuna.

Política de cohesión de la UE: Política que tiene por objeto fortalecer la cohesión económica y social en la Unión Europea reduciendo las diferencias de desarrollo entre sus regiones.

Receta electrónica: Generación, transmisión y cumplimentación por ordenador de recetas médicas.

Redes Europeas de Referencia (RER): Redes virtuales en las que participan prestadores de asistencia sanitaria de toda Europa con el fin de facilitar el debate sobre las enfermedades complejas o raras y las condiciones que requieren un tratamiento altamente especializado y una concentración de conocimientos y recursos.

Salud pública: Ciencia de prevención de enfermedades, prolongación de la vida y promoción de la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad.

Sanidad electrónica: Todas las herramientas y servicios que emplean tecnologías de la información y la comunicación para mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la vigilancia o la gestión de la salud.

Semestre Europeo: Marco para la coordinación de las políticas económicas en toda la Unión Europea que permite a los países de la UE debatir sus planes económicos y presupuestarios, y supervisar los avances en momentos específicos durante el año.

Sistema de Seguro Social de Salud (o modelo Bismarck): Sistema de seguro de enfermedad en el que la atención sanitaria se financia a través de contribuciones obligatorias a la seguridad social.

VRIND (Indicadores Regionales Flamencos): Instrumento de supervisión del Gobierno flamenco.

Ponerse en contacto con la Unión Europea

En persona

En la Unión Europea existen cientos de centros de información Europe Direct. Puede encontrar la dirección del centro más cercano en: https://europa.eu/european-union/contact_es

Por teléfono o por correo electrónico

Europe Direct es un servicio que responde a sus preguntas sobre la Unión Europea. Puede acceder a este servicio:

- marcando el número de teléfono gratuito: 00 800 6 7 8 9 10 11 (algunos operadores pueden cobrar por las llamadas);
- marcando el siguiente número de teléfono: +32 22999696; o
- por correo electrónico: https://europa.eu/european-union/contact_es

Buscar información sobre la Unión Europea

En línea

Puede encontrar información sobre la Unión Europea en todas las lenguas oficiales de la Unión en el sitio web Europa: https://europa.eu/european-union/index_es

Publicaciones de la Unión Europea

Puede descargar o solicitar publicaciones gratuitas y de pago de la Unión Europea en: <https://publications.europa.eu/es/publications>. Si desea obtener varios ejemplares de las publicaciones gratuitas, póngase en contacto con Europe Direct o su centro de información local (https://europa.eu/european-union/contact_es).

Derecho de la Unión y documentos conexos

Para acceder a la información jurídica de la Unión Europea, incluido todo el Derecho de la Unión desde 1952 en todas las versiones lingüísticas oficiales, puede consultar el sitio web EUR-Lex: <https://eur-lex.europa.eu>

Datos abiertos de la Unión Europea

El portal de datos abiertos de la Unión Europea (<http://data.europa.eu/euodp/es>) permite acceder a conjuntos de datos de la Unión. Los datos pueden descargarse y reutilizarse gratuitamente con fines comerciales o no comerciales.

