
INFORME DEFINITIVO DE FISCALIZACIÓN

SOBRE LOS CONCIERTOS SANITARIOS

EJERCICIO 2013



Sindicatura de Cuentas
del Principado de Asturias

El Consejo de la Sindicatura de Cuentas en ejercicio de su función fiscalizadora establecida en el artículo 6 de la Ley 3/2003, de 24 de marzo, de la Sindicatura de Cuentas del Principado de Asturias, ha aprobado en sesión de 24 de abril de 2015 el Informe Definitivo de Fiscalización sobre los Conciertos Sanitarios. Asimismo ha acordado su elevación a la Junta General para su tramitación parlamentaria y su remisión a las entidades objeto de fiscalización, según lo previsto en el artículo 15 de la Ley de la Sindicatura de Cuentas.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	7
I.1. Iniciativa de fiscalización	7
I.2. Ámbito.....	7
I.2.1. Ámbito Subjetivo	7
I.2.2. Ámbito Temporal.....	7
I.3. Objetivos y Alcance.....	7
I.4. Marco normativo.....	8
I.5. Limitaciones al alcance	8
I.6. Incertidumbre.....	9
I.7. Trámite de alegaciones	9
II. CONCLUSIONES	11
III. RECOMENDACIONES	14
IV. FORMAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	15
IV.1. Legislación sanitaria	15
IV.2. Legislación contractual	17
IV.3. Naturaleza jurídica del convenio singular	18
V. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	20
VI. CONCIERTOS SANITARIOS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS	22
VI.1. Vinculación de los centros sanitarios privados	22
VI.2. Formas de colaboración entre los centros de la RHP	23
VI.3. Vinculación efectiva de los cuatro centros hospitalarios.....	25
VI.4. Clasificación de los centros	26
VI.5. Proceso de derivación.....	27
VI.5.1. Solicitud de derivación	27
VI.5.2. Registro y autorización.....	28
VI.5.3. Confirmación de la realización de las asistencias y control de situación de casos derivados	29
VI.5.4. Procedimiento de facturación.....	30
VI.6. Financiación	31
VI.6.1. Tarifas singulares.....	32
VII. EJECUCIÓN DE LOS CONVENIOS	33
VII.1. Ejecución presupuestaria	33
VII.2. Fundación Hospital de Jove	34
VII.2.1. Prestaciones realizadas bajo el convenio singular	35
VII.2.2. Prestaciones realizadas con contratos menores.....	37
VII.3. Hospital Cruz Roja Española de Gijón	39
VII.4. Fundación Hospital de Avilés.....	41
VII.5. Fundación Sanatorio Adaro.....	43
VII.6. Conectividad. Proyecto SIAI	44

VII.7. Vigencia y modificación	45
VII.8. Control de los convenios por el SESPA	46
VII.8.1. Comisión de evaluación y seguimiento	46
VII.8.2. Informes de auditoría, inspección o verificación	46
VIII. HECHOS POSTERIORES.....	47
VIII.1. Legislación de contratos.....	47
ANEXOS	48

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AP/AAPP	Administración Pública /Administraciones Públicas
Art.	Artículo
CA/CCAA	Comunidad Autónoma/ Comunidades Autónomas
Cdto. Def.	Crédito definitivo
CE	Constitución Española
CPD	Centro de Proceso de Datos
CRE	Cruz Roja Española de Gijón
EAPA	Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias
ERA	Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias
FHA	Fundación Hospital Avilés
FHJ	Fundación Hospital de Jove
FSA	Fundación Sanatorio Adaro
GIT	Gestión de Infraestructuras Públicas de Telecomunicaciones del Principado de Asturias, SA
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
LCSP	Ley de Contratos del Sector Público
LGP	Ley General Presupuestaria
LGSa	Ley General de Sanidad
LRJPAC	Ley Régimen Jurídico y del Procedimiento Administrativo Común
LSC	Ley de la Sindicatura de Cuentas del Principado de Asturias
LSESPA	Ley del Servicio de Salud del Principado de Asturias
N/A	No aplica
Núm.	Número
ORN	Obligaciones reconocidas netas
PA	Principado de Asturias
Ppto.	Presupuesto
RD	Real Decreto
RHP	Red hospitalaria pública
RSUP	Red sanitaria de utilidad pública
S/D	Sin datos
SC	Sindicatura de Cuentas del Principado de Asturias
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SIAl	Sistema de Información Asistencial Integrado
SNS	Sistema Nacional de Salud

TFUE	Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea
TRLCSP	Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público
UE	Unión Europea

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Iniciativa de fiscalización

A la SC en el ejercicio de su función fiscalizadora y de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la LSC, le incumbe el examen, comprobación y fiscalización de las cuentas de los demás sujetos integrantes del Sector Público Autonómico.

El Consejo de la SC, en su reunión de 19 de diciembre de 2013, acordó aprobar el Programa Anual de Fiscalizaciones para el año 2014 que incluye, entre otros, el Informe de Fiscalización de los Conciertos Sanitarios.

I.2. Ámbito

I.2.1. Ámbito Subjetivo

Según lo que resulta del Programa de Fiscalización para el ejercicio 2014, el ámbito subjetivo de la presente fiscalización está compuesto por el SESPA.

El alcance de la fiscalización se extiende a los conciertos sanitarios vigentes entre el SESPA y las siguientes entidades privadas: Fundación Hospital de Jove, Hospital Cruz Roja Española de Gijón, Fundación Hospital de Avilés y Fundación Sanatorio Adaro.

I.2.2. Ámbito Temporal

La fiscalización realizada se refiere al ejercicio 2013, sin perjuicio de que cuando se haya considerado necesario puedan haber sido objeto de análisis transacciones acaecidas con anterioridad o posterioridad a dicho ejercicio, a fin de delimitar los antecedentes que dieron lugar a transacciones u operaciones vigentes en el ejercicio de la fiscalización, o, en su caso, comprobar el desenlace de las mismas ocurrido en ejercicios posteriores.

Asimismo, de conformidad con lo establecido en las Normas de Auditoría del Sector Público, también podrán haber sido objeto de análisis las operaciones acontecidas hasta la fecha de finalización de los trabajos y emisión del Informe Provisional, enmarcando dichas actuaciones en el análisis de hechos posteriores.

I.3. Objetivos y Alcance

Los objetivos generales de la fiscalización han sido los siguientes:

- Determinar el proceso de integración en la RSUP y verificar la adecuación a la legalidad de los procedimientos celebrados en el ámbito de los convenios singulares de vinculación.
- Realizar un análisis de la facturación realizada durante el 2013.
- Evaluar el control realizado por el SESPA de los convenios singulares firmados en el PA.

Este trabajo constituye una auditoría de legalidad no constituyendo por tanto el objetivo de la presente fiscalización la realización de una auditoría financiera ni de una auditoría operativa.

Para la realización del mismo, se han seguido las Normas de Auditoría del Sector Público y se han aplicado todas las pruebas de auditoría que se han considerado necesarias.

Todos los importes numéricos que figuran en el presente informe están expresados en euros sin decimales y por lo tanto las sumas de los sumandos de cada columna pudiera no coincidir exactamente con el total reflejado consecuencia de desprestigiar visualmente las fracciones decimales.

I.4. Marco normativo

La normativa aplicable a esta fiscalización está constituida, fundamentalmente, por las siguientes disposiciones:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Ley 2/1995, de 13 de marzo, de Régimen Jurídico de la Administración del Principado de Asturias.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.
- Decreto 71/2002, de 30 de mayo, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, por el que se regulan la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública.
- Resolución de 7 de abril de 2003, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios por la que se clasifican los Centros Hospitalarios del Principado de Asturias.
- Directiva 2014/23/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de febrero de 2014, relativa a la adjudicación de contratos de concesión.

I.5. Limitaciones al alcance

1. Los convenios, excepto el de la Fundación Hospital de Jove, no identifican dentro de cada una de las actividades qué procesos médicos incluyen, lo que dificulta el control.

2. Excepto el Hospital Cruz Roja de Gijón, los demás centros no indican en la facturación de procedimientos sujetos a tarifas singularizadas a qué servicio pertenece dentro del hospital por lo que no se ha podido verificar el anexo de actividad y financiación en su totalidad.
3. La Fundación Sanatorio Adaro remite al SESPA facturas, por importe de 1.818.617 euros, cuyo objeto es "importe de los servicios prestados y valorados según concierto" sin más detalle, lo que impide saber qué se está facturando y por ende su control.

I.6. Incertidumbre

Durante el trámite de alegaciones el SESPA ha remitido una relación de facturas distinta a la aportada en septiembre de 2014 y que fue utilizada en el trabajo de fiscalización. En esta nueva relación, respecto a la FHA se eliminan once facturas que en realidad corresponden a actividades realizadas en el marco del convenio del ejercicio 2012, por importe de 311.474 euros y se incluyen diez nuevas facturas correspondientes a actividades realizadas en el marco del convenio del ejercicio 2013 por importe de 100.907 euros, contabilizadas estas últimas el 4 de febrero de 2013 según dicho listado.

En el caso de la FHJ, se incluye una liquidación contabilizada el 3 de marzo de 2014, por importe de 480.766 euros y una factura contabilizada el 4 de julio de 2014, por importe de 259.963 euros, que tampoco constaba en la relación que sirvió de base para la realización del trabajo.

Como consecuencia, los resultados mostrados en el Informe en relación a ambos centros sanitarios podrían variar de realizarse de nuevo el trabajo, aspecto no contemplado en las normas técnicas de auditoría. Esta incertidumbre, surgida en el trámite de alegaciones, podría haberse evitado si la SC hubiera tenido acceso directo a la contabilidad del ejercicio en tiempo real.

I.7. Trámite de alegaciones

En cumplimiento de lo establecido en los artículos 13 de la LSC y 23.4 de los Estatutos de Organización y Funcionamiento de la SC, se puso en conocimiento de los responsables de la Consejería de Sanidad, del Servicio de Salud del Principado de Asturias y de las gerencias de la Fundación Hospital de Jove, del Hospital Cruz Roja de Gijón, de la Fundación Sanatorio Adaro y de la Fundación Hospital de Avilés el Informe Provisional sobre la fiscalización de los Conciertos Sanitarios, para que formularan cuantas alegaciones estimasen oportunas y aportasen documentos que entendiesen pertinentes en relación con la fiscalización realizada o, en su caso, para que expusiesen las medidas que hubieran adoptado o tuvieran previsto adoptar respecto a las recomendaciones formuladas en dicho Informe Provisional por esta Sindicatura de Cuentas.

Todas las alegaciones formuladas han sido examinadas y valoradas suprimiéndose o modificándose el texto en aquellos casos en que se comparte lo indicado en las mismas. En otras ocasiones, el texto inicial no se ha alterado por entender que las alegaciones remitidas son meras explicaciones que confirman la situación descrita en el Informe, porque no se comparte la exposición o los juicios en ellas vertidos o porque

no se justifican documentalmente las afirmaciones mantenidas. En todo caso, el resultado definitivo de la fiscalización es el expresado en los posteriores apartados de este Informe, con independencia de las consideraciones que pudieran haberse manifestado en las alegaciones.

II. CONCLUSIONES

Tras el trabajo de fiscalización realizado, se han alcanzado las conclusiones que se exponen a continuación:

A) *Sobre el proceso de integración en la red sanitaria pública*

1. La integración de los centros sanitarios privados en la red sanitaria de utilidad pública se produjo por el Instituto Nacional de Salud. En el Servicio de Salud no obra documentación al respecto ni les consta que ésta haya sido aportada con la transferencia de las funciones y servicios a la Comunidad Autónoma.
2. La celebración de convenios de vinculación adjudicados directamente a una entidad concreta sin mediar publicidad alguna, si bien admitidos por la Ley General de Sanidad, no puede entenderse conforme a los principios comunitarios derivados del Derecho de la Unión Europea referentes a la igualdad de trato, no discriminación, transparencia y libre circulación.

B) *Sobre la ejecución de los convenios en 2013*

1. Como resultado de la fiscalización se evidencia ausencia de control tanto sobre la facturación de los convenios como sobre la aplicación al margen del mismo de tarifas y actividades.
2. Los convenios se firmaron en mayo de 2013 con efectos retroactivos al 1 de enero. Sin embargo, hasta que ambas partes no manifestaron expresamente su consentimiento, el convenio carecería de toda eficacia y no produciría efectos, no pudiendo por ello aplicarse retroactivamente. Como consecuencia de lo anterior, los procesos realizados desde el 1 de enero hasta el 8 de mayo carecen de soporte legal.
3. El SESPA se reserva en el texto de los convenios el derecho a revisar la facturación realizada en los cinco años anteriores y aplicar en el ejercicio corriente las regularizaciones que procedan. Este plazo de revisión contradice el artículo 16 del TRREPPA según el cual prescribirá a los cuatro años el derecho de la Hacienda del Principado, salvo que se establezca un plazo distinto en las Leyes reguladoras de los diferentes recursos.
4. Ninguno de los convenios fue modificado durante el ejercicio conforme a la normativa contractual, como era preceptivo en caso de no cumplir lo contenido en los mismos en cuanto al importe que figura en cada uno de ellos.
5. Se impone a los centros sanitarios privados la obligación de contratar el servicio de conectividad con un tercero determinado, trasladando de este modo a los centros privados una obligación propia del Servicio de Salud.
6. En todos los casos se ha facturado un importe superior al autorizado en los distintos convenios:

Descripción	FHJ	CRE	FHA	FSA	Total
Importe convenio	32.051.055	16.375.645	6.245.849	4.685.733	59.358.282
Importe facturado	34.938.918	17.462.983	6.631.914	4.745.733	63.779.548
Importe excedido	2.887.863	1.087.338	386.065	60.000	4.421.266
% exceso	9,01%	6,64%	6,18%	1,28%	7,45%

Para el importe excedido, no consta la existencia de contrato, convenio o concierto alguno que avale el reconocimiento de tales obligaciones.

7. La facturación emitida por los centros privados por la ejecución de los convenios, excepto en el caso del Hospital Cruz Roja de Gijón, no incluyen los códigos especificados en los respectivos convenios para cada proceso médico realizado, lo que dificulta el control de la facturación.
8. La Fundación Hospital de Jove ha facturado 163.621 procedimientos médicos por un total de 34.362.956 euros. Además, se han formalizado durante el ejercicio contratos menores entre el Servicio de Salud y dicho Hospital para la realización de 3.102 procesos médicos por un valor total de 575.962 euros lo que supone fraccionamiento del contrato y por tanto el incumplimiento de los principios de publicidad y concurrencia.
9. El Hospital Cruz Roja de Gijón ha facturado 94.741 procesos médicos por importe total de 17.462.983 euros. Dicho hospital distingue en sus facturas si la prestación es realizada por un médico propio o del Servicio de Salud pero no se aplican siempre los códigos establecidos en el anexo IV del convenio o los aplicados no coinciden con los fijados en dicho anexo.
10. En el Hospital Cruz Roja de Gijón, se facturaron 2.105 procesos médicos por importe de 5.361.654 euros que están bien fuera de convenio (medicina interna) o bien fueron realizados por médicos del Servicio de Salud cuando según el convenio debieron realizarse por médicos del propio centro (dermatología, cirugía oral y maxilofacial y urología).
11. La Fundación Hospital de Avilés ha facturado 18.452 procesos médicos por importe de 6.631.914 euros entre los que se encontraban 565 procedimientos, por importe de 35.720 euros, no incluidos en los anexos de actividad y de tarifas.
12. En el marco de la comprobación de las tarifas singularizadas en el caso de la Fundación Hospital de Avilés, de los 5.940 procesos facturados, un 98,25 % no se ajustaron a la tarifa fijada en el convenio. En los que se refiere al anexo de actividad y financiación, se han realizado al menos 737 procedimientos clínicos más de los convenidos previamente, lo que supone un exceso sobre el importe del convenio de 313.420 euros.
13. La Fundación Sanatorio Adaro ha recibido 27.000 euros como financiación de la reposición del equipo de mamografía sin que dicha reposición forme parte del objeto del convenio.

C) Sobre el control realizado por el Servicio de Salud

1. No existe un sistema informático que permita la gestión integrada del procedimiento de derivación de pacientes con los centros de origen y destino así como respecto de la continuidad entre el procedimiento de gestión de la asistencia sanitaria y el procedimiento de gestión de la facturación.
2. Pese a lo dispuesto en el texto de los convenios, no se han constituido comisiones trimestrales de evaluación y seguimiento de la ejecución de los convenios, como exigen estos, por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias en todo el ejercicio fiscalizado.
3. Durante el ejercicio 2013 no se han realizado informes de auditoría, inspección o verificación específicos por parte del Servicio de Salud del Principado de Asturias en los centros sanitarios vinculados.

III. RECOMENDACIONES

A la vista de lo expuesto en el cuerpo de este Informe, esta Sindicatura de Cuentas formula las siguientes recomendaciones:

A) Sobre el proceso de integración en la red sanitaria pública

En el supuesto de que se procediera a integrar un nuevo hospital privado en la Red Hospitalaria Pública sería deseable la utilización de la vía del concierto, contemplado en la Ley General de Sanidad y regulado en la legislación contractual.

B) Sobre la facturación realizada en 2013

El Servicio de Salud debe conformar las facturas sólo en el caso de que éstas identifiquen claramente, de acuerdo con el convenio aplicable, los procedimientos facturados en ellas y de que se pueda constatar la efectiva prestación, de acuerdo con los procedimientos previamente establecidos.

C) Sobre el control realizado por el Servicio de Salud del Principado de Asturias

1. Debería establecerse un sistema informático que permita la gestión integrada del procedimiento de derivación de pacientes así como la continuidad entre el procedimiento de gestión de la asistencia sanitaria y el procedimiento de gestión de la facturación.
2. Sería aconsejable modificar los convenios para que éstos identifiquen qué procesos se incluyen dentro de cada uno de los objetos del anexo de actividad y financiación lo que aumentaría el control de la realización de la actividad del ejercicio.
3. Sería recomendable que los convenios singulares se publicaran en el Boletín Oficial del Principado, como medida adicional de control.

IV. FORMAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La prestación de la asistencia sanitaria se ha llevado tradicionalmente y en su mayor parte con medios y recursos propios del sistema sanitario público pero, debido a la insuficiencia de los mismos para hacer frente a toda la demanda existente en la población, se recurrió a la asistencia sanitaria con medios ajenos.

El marco normativo regulador de la gestión de los servicios sanitarios se encuentra en la LGSa, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud que establece que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho y el TRLCSP.

IV.1. Legislación sanitaria

La LGSa de 1986 parte del reconocimiento del derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la CE y de la libertad de empresa en el sector sanitario, conforme al artículo 38 de la CE. De esta forma se garantiza que los profesionales del sector puedan ejercer su actividad en concurrencia con los públicos.

También se establece en ella la obligación para las CCAA de crear sus servicios de salud dentro tanto de su marco regulatorio como del establecido en los respectivos Estatutos de Autonomía. Igualmente, de acuerdo con la concepción integral del sistema sanitario, se establece el principio de gestión unitaria de todos los centros y servicios sanitarios de una CA a través de áreas de salud. Esta gestión unitaria integra tanto a los centros públicos como a los privados, estos últimos vinculados a la red pública a través de convenios o de conciertos.

La LGSa regula la posibilidad de colaboración de sujetos privados en la prestación del servicio sanitario público a través de la vinculación de centros privados a la red sanitaria pública por una doble vía:

- Concierto (artículo 90 LGSa)

Las AAPP Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, pueden establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas. A tales efectos, las distintas AAPP deben tener en cuenta con carácter previo la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios y dar prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo. Dichas AAPP sanitarias no pueden concertar con terceros la prestación de atenciones sanitarias cuando ello pueda contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

Son las AAPP las que deben fijar los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a los conciertos. Las condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración.

Los centros sanitarios susceptibles de ser concertados deben ser previamente homologados, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente.

En cada concierto que se establezca, además de los derechos y obligaciones recíprocas de las partes, quedará asegurado que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios afectados por el concierto será la misma para todos sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza propia de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la AP concertante.

- Convenio singular (artículos 66 y 67 LGSa)

Como parte de la política sanitaria de todas las AAPP, debe crearse una red integrada de hospitales del sector público. Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al SNS, de acuerdo con un protocolo definido objeto de revisión periódica, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten. El sector privado vinculado mantendrá la titularidad de centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios. Dicha vinculación se realizará mediante convenios singulares.

El convenio establecerá los derechos y obligaciones recíprocas en cuanto a duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones de prestación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con las disposiciones reglamentarias. El régimen de jornada de los hospitales será el mismo que el de los hospitales públicos de análoga naturaleza en el correspondiente ámbito territorial.

En cada convenio quedará asegurado que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del Sistema Sanitario, se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo. El cobro de cualquier cantidad a los enfermos en concepto de atenciones no sanitarias, cualquiera que sea la naturaleza de éstas, podrá ser establecido si previamente son autorizados por la Administración Sanitaria correspondiente el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar.

Se establecen como causas de denuncia del convenio, por parte de la Administración Sanitaria competente, prestar atención sanitaria objeto de convenio contraviniendo el principio de gratuidad, establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas, infringir las normas relativas a la jornada y al horario del personal del hospital, infringir con carácter grave la legislación laboral de la Seguridad Social o fiscal, lesionar los derechos establecidos en los artículos 16, 18, 20 y 22 de la CE cuando así se determine por sentencia u otras que se deriven de las obligaciones establecidas en la LGSa.

Los hospitales privados vinculados con el SNS estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados.

Si bien el objetivo básico del convenio es la realización de tareas asistenciales, los centros privados se obligan también a la promoción de la salud, prevención de enfermedades e investigación y docencia, todo ello de acuerdo con los programas del área de salud al que estén adscritos. Lo más característico es el sometimiento del centro privado al mismo régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales públicos. Es decir el hospital, sin dejar de ser privado, se somete al régimen público excepto en lo referido a la titularidad dominical del centro y a las relaciones laborales, que siguen siendo privadas.

La diferencia principal entre ambas vías, convenio singular y concierto, estriba en que el primero supone la plena integración del centro privado en la RHP y sometido por tanto a un régimen sustancialmente idéntico al de los centros públicos aunque manteniendo las entidades respectivas la titularidad privada de dichos centros e instituciones así como la naturaleza y la dependencia de las relaciones de trabajo de su personal. El segundo caso supone una vinculación limitada a determinadas prestaciones, erigiéndose en instrumento de colaboración con el sistema sanitario público para completar puntual o coyunturalmente su oferta asistencial. El centro concertado es previamente homologado pero no forma parte de la RHP.

IV.2. Legislación contractual

La Directiva 2004/18/CE, de 31 de marzo de 2004, vigente en 2013, sobre coordinación de los procedimientos de adjudicación de los contratos públicos de obras, de suministro y de servicios, incluye los "servicios sociales y de salud" entre los contratos de servicios de su anexo II B, que tienen un régimen de sujeción al derecho comunitario de contratos mucho más laxo que el resto de contratos de servicios ya que, de acuerdo con el artículo 21 de la misma Directiva, su adjudicación sólo está sujeta a las normas relativas a las especificaciones técnicas (artículo 23) y al deber de publicación del anuncio sobre el resultado del procedimiento de adjudicación (artículo 35.4).

La transposición de este régimen diferenciado para determinados servicios se ha llevado a término en nuestro derecho interno con el establecimiento en la LCSP primero y en el TRLCSP después de un régimen para estos contratos –previstos en las categorías 17 a 27 de su anexo II– igual que el del resto de contratos de servicios, cuando su valor estimado sea inferior al umbral comunitario (200.000 euros) y con algunas especificidades cuando su valor estimado supere este umbral¹, básicamente respecto a la sujeción de las normas para el establecimiento de las prescripciones técnicas y a su inclusión en el ámbito de aplicación de las cuestiones de nulidad y del recurso especial en materia de contratación.

Las AAPP pueden gestionar los servicios que son de su competencia de forma directa o indirecta es decir, a través de sus propios órganos o entidades, con o sin personalidad jurídica, o por mediación de otras entidades que no tengan el concepto de AP, siendo precisamente esta última forma de gestión regulada en el TRLCSP bajo el concepto de contrato de gestión de servicios públicos.

¹ Si bien estos contratos no tienen nunca el carácter de contratos sujetos a regulación armonizada

Los contratos de gestión de servicios públicos son aquellos mediante los cuales la administración gestiona indirectamente, mediante contrato, los servicios de su competencia, siempre que sean susceptibles de explotación por particulares. En ningún caso podrán prestarse por gestión indirecta los servicios que impliquen ejercicio de autoridad inherente a los poderes públicos.

La prestación del servicio sanitario se encomienda a una persona jurídica privada, colaborador de la Administración para el desarrollo de actividades que son competencia y responsabilidad de ésta, en virtud de un contrato de gestión de servicios públicos que puede ser articulado a través bien de una concesión, por la que el empresario gestionará el servicio a su propio riesgo y ventura; de la gestión interesada, en cuya virtud la Administración y el empresario participarán en los resultados de la explotación del servicio en la proporción que se establezca en el contrato; de un concierto con persona natural o jurídica que venga realizando prestaciones análogas a las que constituyen el servicio público de que se trate o bien mediante una sociedad de economía mixta en la que la Administración participe, por sí o por medio de una entidad pública, en concurrencia con personas naturales o jurídicas.

Los servicios que son susceptibles de contratación mediante concierto hay que señalar que son, de acuerdo con lo que disponen los artículos 8.1, 132 y 275 del TRLCSP, los servicios cuya prestación ha sido asumida como propia de su competencia por la Administración, siempre que sean susceptibles de explotación por particulares y que no impliquen ejercicio de la autoridad inherente a los poderes públicos y respecto de los cuales se haya establecido el régimen jurídico que declare expresamente que la actividad de que se trata queda asumida por la administración respectiva como propia; atribuya las competencias administrativas; determine el alcance de las prestaciones a favor de los administrados y regule los aspectos de carácter jurídico, económico y administrativo relativos a la prestación del servicio.

IV.3. Naturaleza jurídica del convenio singular

En el PA los centros sanitarios privados están incorporados a la RHP a través del convenio singular regulado en la LGSa.

Ambos, convenios y conciertos, son instrumentos de colaboración, no obstante y por lo que se refiere a la naturaleza jurídica de los mismos, si bien en el caso del concierto previsto en la LGSa se trata de aquella modalidad de contrato administrativo de gestión de servicio público, definida en la legislación sobre contratación administrativa, dicha claridad no es tal respecto a la figura del convenio prevista en dicha ley.

A priori podrían definirse éstos como convenios de colaboración entre administraciones y personas jurídicas sujetas a derecho privado, convenios estos que la propia ley de contratos excluye expresamente de su ámbito de aplicación en el artículo 4.1.d) del vigente TRLCSP, siendo dicho precepto de carácter básico.

No obstante, tanto ahora el mencionado artículo 4.1.d), como antes el artículo 3.1.d) de la LCAP, excluyen de su ámbito de aplicación los referidos convenios siempre y cuando su objeto no esté comprendido en el de los contratos regulados en dicha ley o en normas administrativas especiales. A estos convenios desde el principio se les ha

aplicado un régimen más severo que a los que se dan entre AAPP, sujetándolos a las normas de contratación pública cuando su objeto sea un contrato oneroso, relativo a una actividad que forma parte del tráfico mercantil, regulado en la propia ley de contratos o en normas administrativas especiales. Así las cosas, no parece tan claro que los convenios singulares de continua referencia puedan quedar excluidos de la ley de contratos y por tanto de los principios que han de regir la contratación pública, puesto que su objeto no es otro que el propio de un contrato de servicio, esto es la gestión y provisión de servicios sanitarios públicos con algunas particularidades propias de este servicio esencial que no difieren en suma de las existentes en otros ámbitos como puede ser el de la educación.

Así se produciría una eventual colisión entre la LGSa y el TRLCSP, siendo importante reseñar que la LGSa es del año 1986 y que la normativa sobre contratación pública ha sufrido numerosos cambios a lo largo de estos últimos años a la luz del derecho comunitario, tratando en la mayoría de los casos de evitar que se orille la ley y en el caso concreto de los convenios, limitando con precisión la posibilidad de formalizar éstos con personas sujetas tanto a derecho público como privado al margen de la aplicación de la normativa contractual.

Por todo ello, no resulta coherente ni conforme al derecho comunitario la coexistencia de contratos de gestión de servicios públicos licitados y adjudicados acorde a la normativa de contratos públicos, con otras formas de vinculación de centros privados a la RHP al margen de estas normas. La celebración de convenios de vinculación adjudicados directamente a una entidad concreta, sin mediar publicidad alguna, no puede entenderse conforme a los principios comunitarios de igualdad de trato, no discriminación, transparencia y libre circulación.

V. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En virtud de las competencias que sobre sanidad atribuye a las CCAA el artículo 148.1.21 de la CE y de las previsiones contenidas en el artículo 11 del EAPA, a las estructuras administrativas ordinarias, esto es, a la respectiva consejería en materia de sanidad, le corresponde llevar a cabo las funciones llamadas de «autoridad sanitaria». En rigor, la autoridad sanitaria no es una función, sino un conjunto de atribuciones que deben corresponder necesariamente a la Administración y que no pueden encomendarse a particulares. Bajo esta expresión se pueden incluir funciones como la de regular, marcar la dirección de la política sanitaria, asignar los recursos a los diferentes programas y demarcaciones territoriales, además de las labores de control e inspección de los órganos, organismos o entidades encargados de las labores de prestación, todo ello dentro del marco de los criterios, directrices y prioridades de la política de la salud y de asistencia sanitaria, así como el ejercicio de la potestad reglamentaria y la planificación básica en esta materia, que se atribuye al Consejo de Gobierno de la CA. En definitiva, todo lo asociado a las potestades superiores de organización y dirección de un servicio, o sea, lo propiamente público, así como la actividad relacionada con el acceso, administración y régimen de las prestaciones sanitarias individuales. Estas actividades son actividades de naturaleza jurídico-pública que deben estar en manos de una instancia administrativa.

En cuanto a la determinación de cuáles han de ser las formas de gestión a través de las que llevar a cabo la prestación de los servicios sanitarios, se suele atribuir al Consejo de Gobierno autonómico la competencia para autorizar a la consejería respectiva la formación de consorcios u otras fórmulas de gestión compartida con otras entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, así como la constitución de entidades de Derecho público. También se atribuye al Consejo de Gobierno el ejercicio de la potestad sancionadora y la competencia para aprobar la estructura del Servicio de Salud, así como el nombramiento y cese de su Director Gerente y de su Consejo de Dirección.

El SESPA se crea, adscrito a la Consejería de Sanidad, en virtud de la LSESPA, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

El artículo 19 de la LSESPA ordena el sistema sanitario de la CA en demarcaciones territoriales, denominadas áreas de salud, que constituyen, a su vez, las unidades funcionales y de gestión fundamentales del SESPA y que se delimitan atendiendo a factores geográficos, demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, culturales y de vías y medios de comunicación.

Las áreas de salud deben contar con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria, de atención especializada y de salud pública suficientes y adecuados para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio, sin perjuicio de la existencia de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o de utilización pública que, en razón a su alto nivel de especialización, tengan asignado un ámbito de influencia en dos o más áreas.

Las áreas de salud se estructuran en órganos descentralizados para la gestión del sistema sanitario público, responsabilizándose de la organización y dirección de los centros y establecimientos del SESPA en su ámbito territorial, así como de la

administración de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos, según las funciones atribuidas como propias o que se les deleguen.

Cada área de salud cuenta con una cabecera de área donde se ubica el centro de referencia para la atención especializada. En el PA, son las siguientes:



Asimismo, el Decreto 163/2012, de 11 de julio, estableció una organización periférica del SESPA con una gerencia única por cada área sanitaria. Las novedades de este Decreto son la creación en cada área de una Dirección de Atención Sanitaria y Salud pública, una Dirección de Enfermería y una Dirección de Gestión. También en cada área se creó un servicio de atención al usuario y programación asistencial. Asimismo, se estableció una comisión central de compras y una comisión de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

VI. CONCIERTOS SANITARIOS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En virtud de la LSESPA, los centros hospitalarios y no hospitalarios del sector privado pueden vincularse a la RSUP mediante concierto, convenio u otras fórmulas de gestión integrada o compartida con el SESPA.

Los niveles que correspondan a cada uno de los centros integrados en la RSUP, atendiendo a su grado de especialización y al tipo de prestaciones sanitarias que deben cubrir, se determinan por el Decreto 71/2002 de regulación de la RHP y de la RSUP.

La incorporación o adscripción a la red de utilización pública conlleva el desarrollo, además de tareas estrictamente asistenciales, de funciones de promoción de la salud y educación sanitaria de la población, medicina preventiva, investigación clínica y epidemiológica, y docencia, de acuerdo con los programas del SESPA.

En el caso de Asturias la firma de los convenios singulares se realiza por el INSALUD antes de las transferencias sanitarias razón por la cual, según el SESPA, la estructura de los convenios y una parte significativa tanto del texto como de los elementos que integran los anexos a cada convenio se mantienen y van siendo objeto de modificaciones parciales en función de las necesidades puntuales de adaptación.

VI.1. Vinculación de los centros sanitarios privados

El Decreto 71/2002 establece que los hospitales que conforman la RHP cuya titularidad no sea del PA se vincularán a la Red mediante la formalización de un convenio singular. Las instituciones o fundaciones sin ánimo de lucro titulares de centros vinculados mantendrán la titularidad de los centros y establecimientos dependientes de los mismos así como la de las relaciones laborales de su personal.

Todos los hospitales que conforman la RHP están en condiciones homogéneas, dentro del nivel al que se hayan asignado, en cuanto a los criterios de autorización, acreditación, establecimiento de cartera de servicios, financiación y posibilidades de colaboración y cooperación entre sí o con la atención primaria.

De esta manera se pretende garantizar en todo momento una prestación de servicios de similar calidad en cualquier hospital de la Red, en el marco de la planificación de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma y de conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, por el que se establece, ordena y sistematiza la atención y prestaciones sanitarias y la regulación de la CA en la materia.

Los centros privados podrán vincularse a la RSUP mediante la formalización de conciertos o convenios para determinadas actividades o procesos concretos, por un tiempo limitado y previa constatación de la necesidad de ampliar la provisión de servicios de la RHP, al amparo de los principios de subsidiariedad y complementariedad.

VI.2. Formas de colaboración entre los centros de la RHP

En las condiciones que determina el art. 30.5 de la LSESPA y a los efectos de lo que en el mismo se establece, la colaboración entre los centros que conforman la RHP se realizará de acuerdo con las directrices emanadas del SESPA.

La incorporación a la RHP implicará la aceptación y la participación, en situación de igualdad, de las condiciones y ventajas derivadas de las medidas de organización y gestión orientadas a asegurar a los ciudadanos los mejores niveles de calidad en los servicios y la máxima efectividad, eficiencia y homogeneidad para el conjunto de la RHP. A este respecto, el SESPA debe facilitarles:

a) Asesoramiento y suministro de servicios comunes que se puedan acordar en relación a las funciones de programación de los servicios sanitarios en los centros, sistemas de información y comunicación, estadística para fines de interés general y publicaciones.

b) El establecimiento conjunto de políticas y sistemas de gestión de compras, suministros y, en general, de logística sanitaria al objeto de asegurar los mejores grados en economía de escala.

c) La adopción de mutuo acuerdo de medidas que, respetando la normativa que sea aplicable, tiendan a facilitar la atención sanitaria mediante el desplazamiento temporal de profesionales entre los centros de la RHP por motivos de necesidad asistencial o de formación continuada.

d) La participación en programas comunes de formación continuada, investigación y, en general, de las políticas para el desarrollo del conocimiento y la atención basada en la evidencia.

e) La participación en los programas de desarrollo de nuevas tecnologías así como la facilidad de acceso a la utilización de medios diagnósticos y terapéuticos en el conjunto de la Red.

f) La participación en los programas de mejora de infraestructuras de comunicación orientados a asegurar la calidad y homogeneidad en los sistemas de registro e información así como la incorporación de todos los centros a la sociedad de la información.

Las diferentes formas de colaboración deben concretarse en el convenio singular, en los contratos-programa de cada centro o a través de convenios o acuerdos entre dos o más centros con la autorización de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud expresando con claridad el ámbito y condiciones de la cooperación, sea ésta de carácter asistencial o comprendida en cualquiera de las vertientes autorizadas por el decreto.

No obstante, en situaciones de carácter excepcional o urgente, motivada por necesidades asistenciales, la decisión corresponderá a los respectivos órganos ejecutivos de los centros hospitalarios participantes de la colaboración, debiendo formalizarse en un período máximo de 7 días si se prevé una duración mayor de las necesidades que motivaron la urgencia.

Los centros hospitalarios privados que pertenezcan a instituciones o fundaciones sin ánimo de lucro podrán ser, además, vinculados a la RHP mediante la formalización de un convenio singular. En este supuesto, y siempre que dichos centros fueran definidos como cabecera de área de salud o de distrito en el mapa sanitario del PA, el órgano directivo unipersonal del centro podrá formar parte del Consejo de Dirección del área.

Las instituciones o fundaciones titulares de centros vinculados al SESPA mantendrán la plena titularidad de los centros y establecimientos dependientes de las mismas, así como la de las relaciones laborales de su personal, sin perjuicio de que pueda colaborar, en la forma que reglamentariamente se determine, en tales instituciones personal sanitario dependiente del Servicio de Salud.

Para la celebración de conciertos² con el SESPA, las entidades e instituciones deberán reunir necesariamente una serie de requisitos como:

- a) Haber obtenido el certificado de acreditación del centro o servicio objeto de concertación.
- b) Adecuar sus contabilidades a las normas de planificación contable específicas vigentes en cada momento.
- c) Cumplir la normativa vigente en materia fiscal, laboral y de Seguridad Social.
- d) Adecuarse a cuantas disposiciones y ordenanzas afecten a las actividades objeto de concierto.

Por otra parte, los conciertos deben recoger necesariamente los siguientes aspectos:

- a) Los servicios, recursos y prestaciones objeto del concierto, señalándose los objetivos cuantificados que se pretenden alcanzar.
- b) La duración, causas de finalización y sistema de renovación del concierto.
- c) La periodicidad del abono de las aportaciones económicas.
- d) El régimen de acceso de los usuarios con derecho a la asistencia sanitaria pública, quedando asegurada la asistencia en condiciones de gratuidad.
- e) El régimen de inspección de los centros y servicios objeto de concierto, quedando obligados la entidad, centro y servicios concertados a los controles a inspecciones periódicas y esporádicas que convengan para verificar el cumplimiento de las normas de carácter sanitario, administrativo, económico-contable y de estructura, que sean de aplicación.
- f) El sistema de evaluación técnica y administrativa.

² Se utiliza la denominación de "concierto" por ser la empleada en la LSESPA

g) Los plazos de presentación de una memoria anual de actividades y de una memoria justificativa de la ejecución del presupuesto por el centro o servicio concertado y de la adecuación de los costes de los servicios prestados.

h) Las formalidades a adoptar por las partes suscribientes del concierto antes de su denuncia o rescisión.

i) La previsión del coste de los servicios a concertar, realizados en colaboración con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

La duración fijada en la ley para los conciertos está entre un mínimo de un año y un máximo de cuatro años, debiendo ser objeto de revisión al final de cada ejercicio económico a fin de adecuar las condiciones económicas y las prestaciones asistenciales a las necesidades reales o de coyuntura económica.

Como causas de extinción de los conciertos se establecen:

a) El cumplimiento del plazo.

b) El mutuo acuerdo entre el Servicio de Salud del Principado de Asturias y la entidad o institución concertada.

c) Prestar la atención sanitaria objeto del concierto contraviniendo el principio de gratuidad.

d) Incurrir en infracción que, de acuerdo con la legislación fiscal, laboral o de Seguridad Social, esté calificada como grave.

e) Conculcar cualquiera de los derechos reconocidos a los usuarios de los servicios sanitarios en virtud de las disposiciones contenidas en el art. 10 de la LGSa y en la LSESPA.

f) Incumplir las normas de acreditación vigentes en cada momento.

g) Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas.

h) Aquellas que se establezcan expresamente en el concierto y, en general, cualquier incumplimiento de las cláusulas del mismo no previstas en los párrafos precedentes.

VI.3. Vinculación efectiva de los cuatro centros hospitalarios

Para la adscripción a la RSUP los centros y servicios deben cumplir las normas aprobadas por el Consejo de Gobierno del PA que habrán de comprender necesariamente los requisitos, condiciones y procedimiento para la inclusión y exclusión de los centros y establecimientos en la RSUP, así como los diferentes niveles en que los mismos se clasifican, atendiendo a su cargo de especialización y al tipo de prestaciones sanitarias que deben cubrir.

Según el Decreto 71/2002, corresponde a la Dirección General de Ordenación de los Servicios Sanitarios el inicio de oficio del procedimiento administrativo necesario para la clasificación de un centro, regido por la LRJPAC, aunque puede iniciarse igualmente

a petición de parte, correspondiendo a dicha Dirección General la tramitación del mismo.

El expediente administrativo debe reunir toda la documentación e información que se considere necesaria y relevante, a los efectos de elevar la propuesta motivada pertinente de clasificación a la decisión del titular de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. La decisión debe adoptarse y notificarse en el plazo máximo de seis meses, contando los certificados de acreditación con una vigencia máxima de cuatro años, quedando sujetos a las verificaciones que se consideren oportunas en dicho período.

Los cuatro centros sanitarios, junto con otros en Asturias, ya formaban parte de la red hospitalaria pública mediante vinculación realizada por el INSALUD con anterioridad a la transferencia de las competencias en materia sanitaria al PA, siendo el marco legal de vinculación el basado en los artículos 66 y siguientes de la LGSa.

El PA entonces asumió la obligación de reconocimiento de dicha RHP subrogándose en esa relación jurídica por mandato del RD 1471/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. Así se recoge en el relación anexa al decreto donde se citan los centros hospitalarios privados que prestan servicios concertados con el INSALUD en el PA y cuyos vínculos jurídicos se traspasan.

Se requirió al SESPA el expediente de incorporación a la RSUP de los cuatro centros sanitarios, ello en referencia a lo establecido en el apartado 3 del artículo 3 del Decreto 71/2002. No obstante estos no han sido remitidos justificando que de haberse tramitado expedientes específicos en la primera ocasión en que estos hospitales pasaron a prestar asistencia sanitaria por cuenta de la Administración, se habrían gestionado por el INSALUD. En el SESPA no obra documentación al respecto, ni consta que les haya sido aportada con la transferencia.

Con posterioridad al Decreto 71/2002 y en desarrollo de este, la prestación de los servicios y la vinculación de los centros deriva exclusivamente de la suscripción de los correspondientes convenios singulares, tal como se recoge en el propio decreto y en la LGSa.

VI.4. Clasificación de los centros

Por Resolución de 7 de abril de 2003 de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, se clasifican los centros hospitalarios del PA en la siguiente manera:

Hospitales de área o distrito	Hospitales de agudos asociados	Centro de convalecencia
Fundación Hospital de Jove(1)	Fundación Hospital de Avilés (2)	Fundación Sanatorio Adaro (4)
-	Hospital de Gijón-Cruz Roja Española (3)	-

(1) Área V, Distrito 1

(2) Asociado al Hospital "San Agustín" de Avilés (Área III)

(3) Asociado al Hospital de Cabueñes de Gijón (Área V)

(4) Área VIII

Debe señalarse que en el convenio formalizado con la Cruz Roja Española de Gijón se incluye al Centro de hemodiálisis de la Cruz Roja de Oviedo.

Un hospital de área o distrito es aquél cuya finalidad sea la prestación de atención especializada médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los enfermos remitidos desde la atención primaria o atendidos en los servicios de urgencia y que reúna los servicios considerados suficientes para dar respuesta a las necesidades de la población de un área o distrito de los establecidos en el mapa sanitario del PA.

Un hospital de agudos asociado es aquél que tenga como finalidad la atención especializada médica, quirúrgica o médico-quirúrgica de carácter general o específico, y que se caracteriza por no necesitar de equipamiento de alta tecnología para llevar a cabo sus objetivos asistenciales, precisando estar asociado a un hospital de área o distrito para ciertos procesos diagnósticos o terapéuticos complejos.

Se considera como centro de convalecencia aquél que tiene como actividad principal la provisión de cuidados de carácter sanitario, con frecuencia de forma prolongada y predominantemente institucionalizada, a pacientes en procesos terminales o en estado de convalecencia, que requieran cuidados complejos y con una gran carga sanitaria.

VI.5. Proceso de derivación

El procedimiento se realiza a través de la Coordinación de Gestión Asistencial y Prestaciones y tiene por objeto la tramitación de las solicitudes de asistencia con medios ajenos para intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, consultas y tratamientos.

El proceso de gestión correspondiente al ámbito de la Dirección de Servicio Sanitarios se inicia con la recepción de las solicitudes de derivación asistencial, procedentes de centros y servicios pertenecientes al SESPA (centros de origen) y finaliza cuando se da la conformidad a la factura emitida por los centros concertados (centros de destino) por la propia Dirección de Servicios Sanitarios.

A partir de ese momento, el procedimiento de facturación pasa a la Dirección de Gestión Económico-Financiera.

Todo el procedimiento se realiza apoyado en aplicaciones específicas, no existiendo un sistema informático que permita la gestión integrada con los centros de origen y destino así como respecto de la continuidad entre el procedimiento de gestión de la asistencia sanitaria y el procedimiento de gestión de la facturación.

A continuación se detalla el procedimiento seguido según el SESPA:

VI.5.1. Solicitud de derivación

El proceso se inicia con la recepción de las solicitudes de derivación asistencial que los centros de origen remiten a la Coordinación de Gestión Asistencial y Prestaciones. Las solicitudes se realizan de forma continua según se produce la demanda desde los centros de origen mediante bien un fichero mecanizado que se deposita y captura diariamente desde un repositorio creado al efecto en el sistema informático corporativo bien mediante listados en papel de las solicitudes acompañadas en general de los correspondientes formularios de petición (volantes) emitidos por los facultativos en cada centro de origen. Este último procedimiento se utiliza para

prestaciones en las que hasta el momento no existe un medio mecanizado de solicitud desde los centros de origen.

Este proceso general tiene las siguientes peculiaridades:

a) La derivación de pacientes de geriatría a las unidades especializadas de los hospitales de Cruz Roja para el área sanitaria V; de la Fundación Hospital de Avilés para el área sanitaria III; y del Sanatorio Adaro para las áreas sanitarias VII y VIII. En todos los casos es el centro de origen el que emite el documento de derivación y la autorización de la asistencia.

b) Mujeres incluidas en el programa de cribado de cáncer de mama o en cribado de cáncer de cérvix, por la propia naturaleza del programa (la demanda se produce por respuesta a cita realizada a determinado grupo de mujeres).

c) Algunos programas para los que existe autorización de derivación directa desde atención primaria como, por ejemplo, determinación de la agudeza visual, control de personas sometidas a anticoagulación oral, detección precoz de hipertrofia prostática y otros. En estos casos se mantiene el volante de derivación del centro de origen y el procedimiento se iguala paulatinamente al del resto de las derivaciones. El centro de destino registra y emite la relación mensual de pacientes para el SESPA.

d) Personas y pacientes que ingresan en el Sanatorio Adaro a través del acuerdo de cofinanciación con el ERA.

e) Interrupción voluntaria del embarazo por razones del sistema específico de acceso voluntario, registro y confidencialidad. Se dispone de una relación con número de identificación que permitiría, en su caso, la inspección de los historiales clínicos.

f) otros que por diferentes circunstancias clínicas, tecnológicas y organizativas y de funcionamiento del SESPA, necesitan una gestión puntual e individualizada de asistencia con centros privados no concertados, la cual está sometida a un procedimiento específico de justificación y autorización previa.

VI.5.2. Registro y autorización

Con independencia del sistema de recepción, en fichero o en listado sobre papel, el SESPA informa a esta SC de la realización de un control unitario tanto para proceder al registro individualizado de cada solicitud como para la comprobación de los datos identificativos y gestionar las incidencias correspondientes a prevención de duplicidades, derecho a la asistencia, adecuación de la prestación solicitada a los procedimientos y técnicas concertados, etc.

Una vez registradas las solicitudes se clasifican y, de acuerdo al centro de origen y al tipo de prestación solicitada, se procede a la asignación de centro de destino y a la remisión de los listados resultantes.

Entonces éstos se remiten al centro de origen para recibir la conformidad/autorización a la solicitud realizada y la información/confirmación del centro de destino y a este último para obtener la autorización para realizar las intervenciones, consultas, pruebas o tratamientos indicados así como para que procedan a citar a las personas para la realización de las mismas.

En general, los listados de derivación se autorizan por la persona responsable de la unidad de gestión específica (Jefatura de Sección).

Las variaciones a esta descripción se presentan cuando se trata de solicitudes correspondientes a prestaciones no incluidas en el convenio. Entonces, según el SESPA, se requiere una autorización previa específica (de la Coordinación de Gestión Asistencial y Prestaciones) que incluye, asimismo, la autorización de la tarifa singular de aplicación a cada caso.

Cuando el centro de destino considera la necesidad de realizar una intervención, prueba o tratamiento diferente al solicitado debe requerirse una nueva autorización por los Servicios Centrales del SESPA, salvo cuando el cambio de procedimiento se produce en situaciones en las que prima la decisión clínica. En este último caso la autorización puede producirse con posterioridad al cambio. En cualquier caso, existe registro de cada incidencia.

En determinadas ocasiones, como consecuencia de reclamaciones, agotamiento de plazos de espera o circunstancias asistenciales extraordinarias, los Servicios Centrales también pueden emitir órdenes de asistencia con medios ajenos para una persona determinada.

Finalmente, como forma de proceder alternativa cuando el número de solicitudes para determinadas técnicas o procedimientos es muy elevado, se convenia previamente con el centro de origen el centro de destino al que deben ir las derivaciones. Esto mismo se produce de manera general cuando se trata de derivaciones a centros de destino cuyo papel de apoyo y los mecanismos de coordinación en cada área sanitaria lo permiten.

VI.5.3. Confirmación de la realización de las asistencias y control de situación de casos derivados

El centro de destino, una vez realizada la intervención, tratamiento, prueba o consulta, informa tanto a los Servicios Centrales del SESPA, con periodicidad semanal o quincenal dependiendo del tipo de prestación, a través de un listado o fichero de personas atendidas y prestación realizada, como al centro de origen, de forma continua a través de listado de personas atendidas y prestación realizada, tanto con vistas a la gestión de pacientes y listas de espera como a la información relativa al resultado clínico de la prestación (informe y, en su caso, soporte material de las pruebas realizadas).

Si la prestación no llegara a realizarse, el centro de destino debe emitir igualmente un informe acerca de la incidencia y las causas de la misma, rechazo o aplazamiento, causas que son informadas y registradas.

Periódicamente el SESPA solicita informe de situación de las personas que han sido derivadas y están pendientes de la realización de la prestación; en particular y especialmente, respecto de las pruebas, intervenciones o tratamientos sujetos a plazos máximos de espera.

Los servicios centrales del SESPA, tras la recepción de la confirmación de la realización de la prestación, comprueban que estas se han hecho efectivamente a personas

previamente derivadas y que, asimismo, la prestación realizada coincide con la solicitada.

VI.5.4. Procedimiento de facturación

El mismo servicio de la Dirección de Servicios Sanitarios que ha realizado la derivación, una vez confirmada la realización de la prestación a cada persona, y según se van recibiendo las comunicaciones desde los centros de destino elabora una relación, "listado de asistencias prestadas", en la cual se incluyen para cada prestación, los datos de identificación y la descripción del procedimiento practicado a cada persona.

Este documento, una vez firmado por la persona responsable de la Sección o del Servicio, es remitido al centro de destino a modo de conformidad con las asistencias realizadas sirviendo, a su vez, como base para la elaboración y emisión por parte del centro de destino de la factura correspondiente.

Con la factura emitida y registrada en el Registro General del SESPA, es obligatorio que se adjunte el original de los anexos correspondientes a las facturas presentadas.

Según el SESPA todas las facturas son contrastadas con los listados de asistencias prestadas al objeto de comprobar que la factura coincide con la cantidad, la descripción, el código y la tarifa autorizada para cada procedimiento realizado, verificación manual y directa realizada por el personal de la unidad de gestión.

En paralelo, las facturas son registradas, línea a línea, en una aplicación específica que solamente sirve a efectos de control interno y sistema de información dentro de la propia Dirección de Servicios Sanitarios, no integrada con el proceso de facturación que seguirá en el departamento económico-financiero.

No obstante, en el caso particular del Hospital de Jove, al ser centro con carácter de sustitutorio, se emite un documento mensual por importe de la doceava parte del 97 % de la facturación prevista para todo el ejercicio. Cada mes, además de registrar el documento correspondiente a la mensualidad, se recibe un resumen de la actividad y del importe total de la actividad realizada en el mes así como el detalle del importe para todos los procedimientos realizados y personas atendidas.

El procedimiento de registro de cada línea de actividad es idéntico que para el resto de facturas.

Posteriormente, cada factura es objeto de supervisión por la Jefatura de Sección y del Servicio, elaborándose un informe resumen de cada bloque de facturas que pasarán, finalmente a la Dirección de Servicios Sanitarios para conformación de las facturas y firma del informe resumen.

Por lo tanto, para la actividad concertada en el ámbito orgánico de la Dirección de Servicios Sanitarios se realiza la gestión y el control sobre las solicitudes de asistencia con medios ajenos y sobre la actividad derivada, realizada y facturada.

Una vez que las facturas han sido conformadas e informadas se remiten, junto con el resto de documentos que la acompañan, a la Unidad de Gestión de Conciertos para su tramitación y abono.

VI.6. Financiación

La financiación de estos convenios se realiza con cargo a la partida presupuestaria 412B/262050 del SESPA que en el ejercicio 2013 ascendía a 59.358.281 euros.

Se muestra a continuación la actividad y financiación presupuestada en los convenios para el ejercicio 2013:

Actividad y financiación 2013	Importe	% sobre total
Fundación Hospital de Jove	32.051.055	54,00%
Hospital Cruz Roja de Gijón	16.375.645	27,59%
Fundación Hospital de Avilés	6.245.849	10,52%
Fundación Sanatorio Adaro	4.685.733	7,89%
Total	59.358.281	100,00%

En el caso de la Fundación Hospital de Jove, el abono de los servicios se debe realizar según el convenio mensualmente por importe del 97 % de la doceava parte del presupuesto máximo anual, regularizándose las cantidades a final de ejercicio. El hospital debe presentar una factura por la cuantía del abono a cuenta previsto para el mes. Dicha factura deberá presentarse en los primeros días del mes siguiente al que corresponda e irá acompañada de un documento resumen firmado y sellado y con la documentación detallada en el texto del convenio.

La facturación, además de incluir los requisitos establecidos en los respectivos convenios, debe incorporar un listado, en soporte papel y magnético, con el desglose de la asistencia sanitaria, sin incluir hemodiálisis³, conteniendo un desglose de la información a tal efecto señalada en los convenios.

Asimismo debe adjuntarse la documentación soporte de la facturación efectuada que estará compuesta por el documento, individual o agrupado, que para cada paciente y modalidad de asistencia acredite que la misma se encuentra acogida a la contrato y que ha sido efectivamente realizada.

En estos convenios no se especifica el plazo para el pago de las facturas salvo en el convenio formalizado con la Cruz Roja que dispone que serán abonadas en los dos meses siguientes a la fecha de expedición.

El SESPA podrá aplicar ajustes y penalizaciones por claro incumplimiento de los objetivos asistenciales realizándose la liquidación final en los dos primeros meses del ejercicio 2014, comparando la cantidad abonada a cuenta con la financiación máxima prevista, tras los ajustes y penalizaciones, en el caso de la Fundación Hospital de Jove.

El SESPA se reserva el derecho a revisar la facturación realizada en los cinco años anteriores y aplicar en el ejercicio corriente las regularizaciones que procedan.

³ La hemodiálisis se incluye sólo en el convenio con la Cruz Roja

Este plazo de revisión contradice el artículo 16 del TRREPPA según el cual prescribirá a los cuatro años el derecho de la Hacienda del Principado, salvo que se establezca un plazo distinto en las Leyes reguladoras de los diferentes recursos.

Se ha solicitado por esta SC el estudio de costes del que resulten las tarifas aplicadas en cada centro hospitalario. Como respuesta se ha confirmado que estas proceden, en el caso de tarifas de procedimientos quirúrgicos y pruebas diagnósticas, de la configuración de las tarifas iniciales, para cada técnica y procedimiento, de referencias de tarifas del INSALUD.

Asimismo, cuando se precisa incorporar algún nuevo procedimiento, las referencias buscadas están en otros conciertos o en las aplicadas por el Ministerio de Sanidad. Es decir, para este tipo de tarifas no se parte de experiencias o investigaciones propias de análisis de costes.

Por otro lado, ejercicio a ejercicio, las actualizaciones de tarifas se realizan previo acuerdo con los centros atendiendo a razones diversas como puede ser la necesidad de ajustar los presupuestos a una situación más restrictiva o el incremento del IVA de los productos sanitarios.

Las diferentes tarifas para, en apariencia, un mismo procedimiento se explican por el SESPA porque bajo la misma denominación, se puede estar haciendo referencia a una diversidad de procedimientos en función de diversas variables relacionadas con aspectos tanto clínicos como organizativos. La diferente tarifa para una misma prueba diagnóstica que por circunstancias asistenciales o de realización de programas preventivos obligatoriamente financiados o de equidad territorial, el Servicio de Salud fija para un centro concreto debe de ser, necesariamente, diferente a la de otro en el cual la cantidad de unidades producidas así como la propia finalidad clínica de la prueba puede objetivamente reducir los costes unitarios.

A modo de ejemplo se puede citar la diferencia entre una mamografía diagnóstica o una mamografía de cribado y, dentro de estas las que se realizan en las denominadas "primeras rondas" respecto de las realizadas en las "segundas rondas".

VI.6.1. Tarifas singulares

Es el caso del coste proceso para los ingresos de medicina interna o geriatría en los tres centros en los que se producen, Fundación Hospital de Avilés, Hospital de Cruz Roja de Gijón y Sanatorio Adaro.

El coste por proceso fue introducido con posterioridad a las transferencias sanitarias y se estimó inicialmente sobre la base del coste de la estancia hospitalaria (pernoctación). Con el cambio se pretendía asegurar, para cada año, un mínimo de altas precoces (evitar ingresos innecesarios) para los hospitales de referencia (complejos estructuralmente) que serían absorbidos por los hospitales de apoyo (de menor complejidad estructural pero especializados para esta función).

Posteriormente, la evolución de cada uno de los hospitales fue condicionando pequeñas modificaciones sobre la primera tarifa sobre la base de incentivar el incremento del número de ingresos para la misma estructura posibilitando, de esa forma, la reducción de costes unitarios.

VII. EJECUCIÓN DE LOS CONVENIOS

En todos los convenios se incluyen anexos que describen la estructura y equipamiento, los recursos humanos del centro, la cartera de especialidades y servicios, los compromisos, la actividad y financiación objeto de convenio y las tarifas singularizadas⁴. El dedicado a la actividad y financiación, excepto en el caso de la Fundación Hospital de Jove, recoge actividades generales como cirugía, traumatología, urología, etc.

También se incluye en todos los convenios, excepto en el caso de la Fundación Sanatorio Adaro, un anexo con tarifas singularizadas para procedimientos médicos específicos.

El Hospital de Jove cumple la función de "sustitución" de un hospital general, de agudos, de distrito o comarcal y por tanto debe dar respuesta a toda la demanda de asistencia hospitalaria que se produce en su distrito a la vez que puede complementar otras necesidades no cubiertas por el resto de hospitales públicos.

Los hospitales de Cruz Roja, Avilés y Sanatorio Adaro, cumplen la función de apoyo, cuidados intermedios y subagudos con diferencias organizativas y de oferta de servicios significativas.

VII.1. Ejecución presupuestaria

El artículo 26 del presupuesto del SESPA refleja el importe destinado a la asistencia sanitaria prestada con medios ajenos. Tras eliminar del análisis de dicho artículo los importes referentes a la conectividad (ver epígrafe VII.6), para determinar el importe del convenio con los centros sanitarios privados la ejecución presupuestaria a 31 de diciembre de 2013 es la siguiente:

	2013		2012		Var %	
	Cdto. Def.	ORN	Cdto. Def.	ORN	Cdto. Def.	ORN
Cap. 2	442.192.390	439.244.499	728.784.332	726.710.890	(39,32%)	(39,56%)
Art. 26	97.347.103	97.334.287	107.196.295	107.193.648	(9,19%)	(9,20%)
% Art s/ Cap 2	22,01%	22,16%	14,71%	14,75%	49,67%	50,23%

Pese a disminuir el importe global del capítulo 2 del presupuesto de gastos, aumenta respecto a 2012 el peso relativo de la asistencia sanitaria prestada con medios ajenos.

⁴ La Fundación Sanatorio Adaro carece de anexo de tarifas singularizadas.

Según se desprende de la contabilidad del PA según el sistema Asturcón XXI, la ejecución a nivel de concepto es la siguiente⁵:

Concepto presupuestario	Descripción	FHJ	CRE	Centro diálisis CRE	FHA	FSA	Importe Total	%
262	Conciertos con instituciones de atención especializada	32.553.897	13.767.895	-	6.209.319	4.849.382	57.380.493	93,97%
263	Conciertos para programas especiales de hemodiálisis	-	1.368.985	2.308.756	-	-	3.677.740	6,02%
264	Conciertos con centros de serv. o diagnóstico, tratamiento y terapias	4.242	-	-	-	-	4.242	0,01%
Importe total por centro		32.558.139	15.136.880	2.308.756	6.209.319	4.849.382	61.062.475	100,00%
% cada centro sanitario sobre el total		53,32%	24,79%	3,78%	10,17%	7,94%	100,00%	

La información detallada correspondiente a cada centro suministrada por el SESPA se muestra a continuación:

Concepto presupuestario	Descripción	FHJ	CRE	Centro diálisis CRE	FHA	FSA	Importe total	%
262	Conciertos con instituciones de atención especializada	31.665.485	13.496.058	2.480.385	6.631.914	4.745.733	59.019.574	97,54%
263	Conciertos para programas especiales de hemodiálisis	-	1.486.540	-	-	-	1.486.540	2,46%
Importe total por centro		31.665.485	14.982.598	2.480.385	6.631.914	4.745.733	60.506.114	100,00%
% cada centro sanitario sobre el total		52,33%	24,76%	4,10%	10,96%	7,84%	100,00%	

Nota: Se han imputado al presupuesto de 2014 facturas por importe de 629.859 euros correspondientes al Hospital Cruz Roja de Gijón

Se ha comparado el importe de las facturas emitidas por los distintos centros sanitarios durante el ejercicio con los importes registrados en la contabilidad:

Descripción	FHJ	CRE	Centro diálisis CRE	FHA	FSA	Importe total
Datos obtenidos de Asturcón	32.558.139	15.136.880	2.308.756	6.209.319	4.849.382	61.062.475
Datos de la contabilidad facilitados por el SESPA	31.665.485	14.982.598	2.480.385	6.631.914	4.745.733	60.506.114
Total importe facturado	34.938.918	14.982.598	2.480.385	6.631.914	4.745.733	63.779.547
Diferencias facturas- SESPA	(3.273.433)	-	-	-	-	(3.273.433)
Diferencias facturas- Asturcón	(2.380.779)	154.282	(171.629)	(422.595)	103.649	(2.717.072)
Diferencias Asturcón-SESPA	892.654	154.282	(171.629)	(422.595)	103.649	556.361

VII.2. Fundación Hospital de Jove

En principio, el cuerpo principal de la actividad y de la financiación consecuente del Hospital de Jove debería estar contenido en los ingresos y la actividad ambulatoria general del hospital pero, por razones organizativas y de desarrollo de servicios para el Área Sanitaria V, en el convenio se fueron recogiendo componentes específicos.

⁵ Se han analizado los conceptos 262, 263 y 264 por ser los que afectan directamente a los centros privados con convenio singular sin incluirse los datos correspondientes a los conceptos 265 y 268

Este es el origen de la desagregación por procedimientos de determinados procesos quirúrgicos que tenían especial significación en la lista de espera quirúrgica y que o bien estaban siendo tratados en ambulatorios (evitar ingresos) o bien debían ser incentivados especialmente. Este grupo de procesos requerían un tratamiento especial, ser objeto de un seguimiento especial y el hospital vendría obligado a cumplir, como mínimo, con las cifras estipuladas para esos procesos.

Posteriormente, bajo la denominación de "otras unidades de valoración singular" o "adenda de radioterapia", se trataron de recoger nuevos componentes estructurales y de actividad (en radioterapia o cardiología) como consecuencia del cambio de normas específicas sobre prestaciones (nueva medicación de uso exclusivo hospitalario).

La revisión de la facturación emitida por la fundación Hospital de Jove al SESPA durante el ejercicio 2013 se resume a continuación:

VII.2.1. Prestaciones realizadas bajo el convenio singular

En concepto de pago del convenio singular se emitieron por el SESPA doce anticipos a cuenta. De los 246 procesos con tarifa singularizada recogidos en el anexo III y los 30 procesos incluidos en el anexo V de actividad, se han facturado 29 procedimientos médicos a lo largo del ejercicio 2013.

Los procesos realizados durante el ejercicio son los siguientes:

Proceso	Núm. de procesos	Importe	Precio medio proceso
Antirretroviral	115	80.270	698
Arteriovenostomía	34	32.052	943
Artroscopia de rodilla	75	89.506	1.193
Catarata + LIO	608	664.154	1.092
Cirugía menor ambulatoria	1.215	192.776	159
Colelitiasis	101	204.373	2.023
Consultas primeras	37.937	3.236.089	85
Consultas sucesivas	87.449	4.466.760	51
Dupuytren	41	30.801	751
Fimosis	70	26.461	378
Fisura anal	23	17.115	744
Fármacos de uso hospitalario	8	444.334	55.542
Fistula anal	16	11.950	747
H.P.-Prostatectomía suprapúbica	130	316.494	2.435
Hemorroides	29	28.176	972
Hernia	281	311.490	1.109
Hidrocele	6	4.320	720
Ingreso	7.311	18.384.034	2.515
Liberación túnel carpiano	128	96.500	754
Ligadura de trompas	8	3.736	467
Marcapasos	61	127.279	2.087
Prótesis total de cadera	52	388.943	7.480
Prótesis total de rodilla	48	381.925	7.957
Radioterapia	12	2.332.837	194.403
Rebetol	26	16.952	652

Proceso	Núm. de procesos	Importe	Precio medio proceso
Rehabilitación (sesiones)	7.334	30.846	4
Urgencia no ingresada	20.161	2.089.408	104
Varices	301	337.758	1.122
Vasectomía	41	15.617	381
Total	163.621	34.362.956	

Se ha verificado la concordancia entre los procesos facturados y la lista de tarifas del anexo III del convenio. De los procesos médicos incluidos en las facturas están contenidos en el anexo III del convenio las consultas primeras y sucesivas aunque no se aplica la tarifa estipulada en dicho anexo, facturándose 249.600 euros más de lo que habría resultado de aplicar el convenio:

Proceso	Facturación			convenio		Diferencias	
	Núm. procesos	Tarifa aplicada	Importe	Código	Tarifa	En tarifa	En importe
Consultas primeras	20.340	83,27	1.693.712	89,0	82,43	0,84	17.086
Consultas primeras	17.597	87,65	1.542.377	89,0	82,43	5,22	91.856
Consultas sucesivas	36.857	52,60	1.938.678	89,02	49,47	3,13	115.362
Consultas sucesivas	50.592	49,97	2.528.082	89,02	49,47	0,50	25.296
Total	125.386		7.702.849	-			249.600

Los demás procesos médicos incluidos en el anexo de otras tarifas no llegan a facturarse. Para todos los procesos facturados se muestra la comprobación de las tarifas en el Anexo I.2

Debido a la no concordancia entre procesos realizados y tarifas del anexo III, se procedió a verificar si los procesos médicos efectivamente ejecutados encontraban su amparo en el anexo V de actividad y financiación. No se halló tal correspondencia tampoco en los procesos siguientes:

Facturación			
Proceso	Núm. procesos	Precio medio proceso	Importe
Antirretroviral	115	698	80.270
Hernia	281	1.109	311.490
Ingreso	7.311	2.515	18.384.034
Radioterapia	12	194.403	2.332.837
Rebetol	26	652	16.952
Total	7.745	199.376	21.125.583

En el caso de las hernias, ingresos y radioterapia no se puede efectuar el control de la actividad porque en las facturas no especifican más detalle.

El detalle de la comprobación realizada entre la facturación correspondiente a los anticipos a cuenta y el anexo V del convenio se muestra en el Anexo I.1.

Por último se verificó su contabilización así como las facturas que se aportaron como justificantes de esos anticipos detectándose una discrepancia de 3.273.433 euros entre las facturas aportadas como justificantes de los anticipos y estos últimos. Las diferencias se producen en los anticipos a cuenta emitidos en todos los meses del año:

Referencia	Mes	expediente	Núm. de procesos	Importe factura	Importe en contabilidad	Diferencia factura-contabilidad
2013-01	Enero	9700000476	13.510	2.903.524	2.559.262	344.262
2013-02	Febrero	9700005742	12.835	2.675.913	2.559.262	116.651
2013-03	Marzo	9700018666	13.361	2.802.774	2.559.262	243.512
2013-04	Abril	9700035367	15.736	3.147.444	2.559.262	588.182
2013-05	Mayo	9700056667	14.978	3.167.530	2.559.262	608.268
2013-06	Junio	9700072506	13.785	3.054.912	2.670.921	383.991
2013-07	Julio	9700084517	13.209	2.797.980	2.510.666	287.314
2013-08	Agosto	9700097740	11.454	2.449.197	2.590.794	(141.597)
2013-09	Septiembre	9700102762	13.027	2.655.843	2.590.794	65.049
2013-10	Octubre	9700113470	15.760	3.157.070	2.590.794	566.277
2013-11	Noviembre	9700126090	13.994	2.992.581	2.590.794	401.788
2013-12	Diciembre	9700148313	11.972	2.558.189	2.590.794	(32.604)
Regularización de tarifas		9700083847	-	-	157.658	(157.658)
Total			163.621	34.362.956	31.089.523	3.273.433

VII.2.2. Prestaciones realizadas con contratos menores

Además de las facturas emitidas por la FHJ por los procesos realizados al amparo del convenio, el SESPA durante el ejercicio firmó contratos menores con dicho centro sanitario.

En alegaciones el SESPA niega que se trate de contratos menores. Pues bien, todas las facturas incluidas en el análisis de este apartado se corresponden con pedidos realizados según las condiciones detalladas en los mismos, y no conforme a lo establecido en el convenio, y cuyo gasto figura autorizado por el Director-Gerente del SESPA conforme al artículo 111 del TRLCSP relativo al expediente de contratación en contratos menores.

En virtud de dichos contratos se realizaron los siguientes procesos sanitarios:

Proceso	Num. de procesos	% sobre procesos totales	Precio medio proceso	Importe	% sobre importe
(CPR) Prótesis metálica	10	0,32%	1.635	16.345	2,84%
(CPR) Prótesis plástica	18	0,58%	162	2.913	0,51%
Arteriovenostomía	22	0,71%	935	20.581	3,57%
Artroscopia de rodilla	3	0,10%	1.175	3.525	0,61%
CPR	120	3,87%	1.200	144.000	25,00%
Entero resonancia	1	0,03%	272	272	0,05%
Escisión de lesión de vaina de tendón de mano	1	0,03%	498	498	0,09%
Extracción de material de osteosíntesis	2	0,06%	720	1.440	0,25%
Liberación túnel carpiano	2	0,06%	734	1.469	0,25%
Pletismografía	206	6,64%	37	7.538	1,31%
RM-Estudio doble	565	18,21%	136	76.840	13,34%
RM-Estudio simple	2.086	67,25%	107	223.202	38,75%
RMN Entero	54	1,74%	272	14.688	2,55%
Sustitución total de cadera	3	0,10%	7.480	22.440	3,90%
Sustitución total rodilla	5	0,16%	7.957	39.784	6,91%
TAC	4	0,13%	107	429	0,07%
Total	3.102	100,00%		575.962	100,00%

CPR: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Se ha comprobado si los procesos realizados están o no incluidos en el anexo III de las tarifas del convenio o en el anexo V de actividad y financiación, aunque fueran formalizados como contratos menores y por tanto al margen del mismo.

Excepto la sustitución total de cadera, al que se aplicó la tarifa fijada en el anexo III del convenio, ninguno de los procesos contratados se encuentran dentro de las tarifas singularizadas fijadas. Tres de esos procesos se encuentran dentro del anexo V del convenio aplicándose en dos de ellos la tarifa fijada en dicho anexo. El detalle es el siguiente:

Factura	Proceso	Núm. procesos	Precio unitario	Importe facturado	Tarifa convenio	Diferencia importe
1301741	Arteriovenostomía	1	916	916	916	-
1300871	Arteriovenostomía	1	916	916	916	-
1300731	Arteriovenostomía	1	964	964	916	48
1300361	Arteriovenostomía	1	964	964	916	48
1301731	Arteriovenostomía	2	916	1.832	916	-
1300421	Arteriovenostomía	3	964	2.892	916	145
1301181	Arteriovenostomía	3	916	2.747	916	-
1300161	Arteriovenostomía	4	964	3.856	916	193
1301361	Arteriovenostomía	6	916	5.495	916	-
1301371	Artroscopia de rodilla	1	1.175	1.175	1.175	-
1301171	Artroscopia de rodilla	2	1.175	2.350	1.175	-
1300851	Liberación túnel carpiano	2	734	1.469	734	-
Total		27	-	25.574	-	434

El detalle completo de los contratos celebrados y su comparación con el convenio se encuentra en el Anexo I.3.

En cualquier caso se han formalizado durante el ejercicio contratos menores entre el SESPA y la FHJ para la realización de 3.102 procesos médicos por un valor total de 575.962 euros.

Esto supone un fraccionamiento de los contratos al superarse el límite establecido en la normativa. Se trata de prestaciones que orientadas a la consecución de una misma finalidad se han satisfecho en contratos separados, con la consiguiente disminución del importe de adjudicación, eludiendo los requisitos de publicidad y del procedimiento de adjudicación que le hubiera correspondido.

VII.3. Hospital Cruz Roja Española de Gijón

Dentro de la parte del anexo IV que resume el componente quirúrgico del hospital Cruz Roja de Gijón, se refleja, por cada especialidad quirúrgica, el coste promedio para cada procedimiento y especialidad sobre una previsión global, dado un volumen global y una determinada estructura de la actividad.

En el anexo V se muestran dos tarifas para una misma especialidad, en función de si la actividad es realizada por personal del propio hospital o si son profesionales del SESPA los que se desplazan desde el Hospital de Cabueñes y realizan el proceso en cuestión en las instalaciones de la Cruz Roja.

Por lo demás, el Hospital de Cruz Roja participa en el desarrollo de programas preventivos como el cribado poblacional de cáncer de mama y la detección precoz de cáncer de cuello de útero. Asimismo, colabora en el control ambulatorio de las personas sometidas a anti coagulación oral realizando las analíticas y los ajustes en la medicación a las personas derivadas directamente desde el nivel de atención primaria, esto es, cualquier centro de salud del área sanitaria.

Durante el ejercicio 2013 el Hospital Cruz Roja emitió facturas por importe total de 17.460.983 euros correspondientes a 94.741 procesos realizados. El total facturado supone un 6,63 % más que lo estipulado en el convenio.

Los procesos realizados durante el año fueron llevados a cabo en las instalaciones del Hospital Cruz Roja tanto por médicos del centro como por médicos del SESPA. En el primer caso, se realizaron 92.332 procesos 32.213 de los cuales lo que supone un 34,88 %, no se facturaron de acuerdo con la correspondiente tarifa. El importe total facturado, tras las rectificaciones, asciende a 15.005.204 euros. Además, en las instalaciones del Hospital Cruz Roja los médicos del SESPA realizaron 2.409 procesos en el ejercicio 2013 de los cuales 840 lo que supone un 34,87 %, fueron rectificadas⁶ por no facturarse de acuerdo con la tarifa que le correspondía según el convenio. El importe total facturado por el Hospital por los procesos realizados por médicos del SESPA en sus instalaciones asciende a 2.455.779 euros.

No han necesitado rectificación de sus facturas en el ejercicio las consultas sucesivas de alergia, el programa de voluntariado, el programa socio sanitario de inmigrantes y

⁶ Según manifiesta la CRE en alegaciones, desde el inicio del ejercicio 2013 hasta la firma del convenio el 9 de mayo de 2013, se facturó la actividad realizada de acuerdo con el convenio vigente en 2012. Posteriormente se rectificaron las facturas, ya abonadas, a petición del SESPA para adecuarse a las tarifas vigentes en el nuevo convenio.

los talleres de salud mental. En el resto se emitieron facturas de abono al no haber sido aplicada correctamente en un primer momento la tarifa fijada en el convenio.

Objeto	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado inicialmente	Núm. procesos rectificadas	Importe rectificado	Importe definitivo	% de rectificaciones en procesos
Alergia. Consultas sucesivas	N	981	27.213	-	-	27.213	0,00%
Alergia. Primeras consultas	N	2.428	88.446	772	(2.810)	85.636	31,80%
Anatomía patológica	N	16.720	168.966	6.290	(3.271)	165.695	37,62%
Cirugía general	S	420	396.045	153	(7.269)	388.777	36,43%
Cirugía plástica	N	2.641	1.032.871	836	(18.896)	1.013.975	31,65%
Cirugía vascular	N	777	504.877	260	(10.301)	494.576	33,46%
Dermatología	S	94	86.879	26	(1.355)	85.524	27,66%
Hemodiálisis	N	9.320	1.510.244	3.123	(23.704)	1.486.540	33,51%
Hemodiálisis oviado	N	15.551	2.519.602	5.167	(39.218)	2.480.385	33,23%
Maxilofacial	S	226	100.611	102	(2.340)	98.271	45,13%
Medicina interna	N	1.497	5.031.175	514	(80.102)	4.951.073	34,34%
Oftalmología	N	1.356	1.424.794	630	(34.056)	1.390.738	46,46%
Oftalmología	S	837	743.263	236	(10.817)	732.446	28,20%
Otorrinolaringología	S	229	203.676	82	(3.441)	200.235	35,81%
Programa de voluntariado	N	1	6.000	-	-	6.000	0,00%
Programa sociosanitario inmigrantes	N	1	14.052	-	-	14.052	0,00%
Screening de mama. Mamografía	N	1.667	43.303	568	(761)	42.542	34,07%
Screening de mama. Mamografía sucesiva	N	15.195	474.516	5.742	(9.245)	465.271	37,79%
Sintrom	N	22.873	230.745	7.834	(4.074)	226.671	34,25%
Talleres de salud mental	N	1	18.378	-	-	18.378	0,00%
Traumatología	N	1.132	2.098.682	412	(35.139)	2.063.542	36,40%
Traumatología	S	315	736.316	105	(12.575)	723.740	33,33%
Urología	N	191	74.029	65	(1.112)	72.917	34,03%
Urología	S	288	230.906	136	(4.120)	226.787	47,22%
Total	-	94.741	17.765.586	33.053	(304.603)	17.460.983	34,89%

N: Proceso realizado por médico del Hospital Cruz roja

S: Proceso realizado por médico del SESPA en las instalaciones de la Cruz Roja

A lo largo del ejercicio 2013, en lo que se refiere a número de procesos e importe de las distintas acciones incluidas en el anexo IV del convenio, de actividad y financiación, se han facturado de acuerdo con el mismo dos actividades de las veintiséis incluidas en dicho anexo, el programa de voluntariado y el programa socio sanitario de inmigrantes.

Respecto a los incumplimientos del convenio en lo referente al mencionado anexo IV, se ha verificado la no emisión de facturas que incluyan procesos de cirugía general, plástica o vascular cuando estaban previstos 2.481 procesos de esos tres tipos de cirugía. Respecto a la dermatología, el convenio preveía en el anexo IV su realización únicamente por médicos de la Cruz Roja y sin embargo los procesos facturados fueron realizados por médicos del SESPA en las instalaciones de dicho Hospital, procesos, por otra parte, acordes al anexo V de tarifas singularizadas.

No se ha facturado la actividad de geriatría cuando se incluyeron en convenio 1.500 procesos por 4.960.995 euros. Sin embargo se han facturado 1.497 procesos de medicina interna por valor de 4.951.073 euros cuando ésta no se incluye en el convenio dentro de la cartera de especialidades y servicios del centro.

Se facturaron 226 procesos de cirugía maxilofacial por 98.271 euros, realizados por médicos del SESPA en las instalaciones de la Cruz Roja, cuando el anexo IV del convenio establecía que en este caso los procesos debían realizarse por médicos del propio centro y no externos. Lo mismo sucede en el caso de urología habiéndose realizado en este caso 288 procesos por 226.787 euros.

En el caso de las facturas de maxilofacial, el proceso facturado "extracción quirúrgica de cordales y otras piezas" en las tarifas singularizadas del convenio tiene tarifa para el caso de ser realizado por un médico propio o por un médico del SESPA. Lo mismo sucede con las facturas de las otras especialidades.

Parece una contradicción del propio convenio que por una parte (anexo IV) no se permita que ciertas especialidades se practiquen por médicos del SESPA y sin embargo por otra (anexo V) se estipule una tarifa singularizada para el supuesto de que sean médicos ajenos al centro quienes la realicen.

Se muestran en el cuadro del Anexo II.1 las diferencias entre lo estipulado en el convenio y lo efectivamente realizado, detectadas tanto en las actividades como en el número de procesos y en los importes facturados.

Tras el estudio individual de las tarifas aplicadas en el ejercicio se ha verificado que ocho tarifas no fueron aplicadas de acuerdo con lo establecido en el convenio y se ha facturado una prótesis por 2.000 euros no incluida en el convenio. El detalle se muestra en el siguiente cuadro:

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm procesos	Precio medio proceso	Importe facturado	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Desviación importe
49.12	Fistulectomía anal	S	19	584	11.090	572,55	-	211
80.21	Artroscopia de hombro	N	19	1.452	27.588	1.724,26	(272)	(5.173)
81.51	Sustitución total de cadera (sin prótesis)	S	136	3.358	456.657	6.270,86	(3.274)	(396.180)
81.51	Sustitución total de cadera (sin prótesis)	N	52	7.555	392.872	7.555,24	-	-
81.54	Sustitución total de rodilla (sin prótesis)	S	29	4.630	134.275	6.670,83	(3.481)	(59.179)
81.82	Reparación de luxación frecuente de hombro	N	9	2.128	19.155	2.394,40	(266)	(2.394)
81.83	Otra reparación de hombro	N	35	1.706	59.717	2.059,20	(353)	(12.355)
81.83	Otra reparación de hombro	S	4	855	3.418	1.709,12	(855)	(3.418)
-	Prótesis		1	2.000	2.000		-	2.000
Total			304		1.106.772		(8.501)	(476.489)

El detalle de la aplicación de las tarifas por proceso se muestra en el Anexo II.2.

Por último, se ha verificado la contabilidad de la facturación emitida por el hospital con los datos facilitados por el SESPA sin que se detectaran incidencias.

VII.4. Fundación Hospital de Avilés

La diversidad de procedimientos de actividad quirúrgica es más baja en el Hospital de Avilés que en la Cruz Roja lo que introduce menor probabilidad de variación en los precios medios.

El hospital realiza las mamografías correspondientes al programa de prevención del cáncer de mama al igual que otros centros. Los costes unitarios de estas pruebas para

cada centro están condicionados por elementos organizativos tales como el sistema de lectura de las pruebas o de citación de las mujeres y por elementos poblacionales que determinan el volumen de pruebas a realizar.

Asimismo, el Hospital de Avilés participa mediante el apoyo diagnóstico con pruebas específicas en programas de prevención secundaria con atención primaria, razón por la cual se van incorporando algunos procedimientos.

De la fiscalización realizada se desprende que el Hospital facturó durante 2013 un total de 18.452 procesos por un importe de 6.631.913 euros, lo que supone un 6,18 % más que el presupuesto fijado en el convenio. Se necesitaron rectificaciones en el precio unitario facturado en un primer momento para el caso de las alergias, cirugía plástica, cirugía vascular, urología, geriatría, oftalmología y screening de mama.

El convenio autoriza a la Dirección Gerencia del SESPA a aumentar el coste total previsto hasta en un 5 % si como consecuencia de nuevas necesidades asistenciales se produjera un aumento de la actividad prevista y siempre previo acuerdo con el hospital. Como se mencionará posteriormente, el convenio no fue modificado durante el ejercicio 2013, previo acuerdo de las partes, ateniéndose a las normas estipuladas en el TRLCSP como indica la cláusula undécima.

Entre los procesos facturados se han detectado los siguientes que no se encontraban previstos en el convenio:

Proceso	Núm. procesos	Importe	Núm. facturas
Ecografías abdominales	279	13.445	3
Electromiografías	102	6.630	2
Electromiografías cortas	117	7.605	5
Electromiografías largas	67	8.040	5
Total	565	35.720	15

Del resto, se ha verificado la concordancia entre los procesos facturados y la lista de tarifas del anexo V del convenio. Se facturaron en conjunto 52 tipos de procedimientos clínicos distintos de los 235 previstos en las tarifas singularizadas del convenio. Un 98,25 % de los 5.940 procesos facturados no se ajustaron a la tarifa fijada:

	Núm. tipos procedimiento	Núm. procesos	Importe
Procedimientos clínicos ajustados a tarifa	21	104	90.538
Procedimientos clínicos no ajustados a tarifa	31	5.836	4.944.037
total	52	5.940	5.034.575

Para todos los procesos facturados se muestra la comprobación de las tarifas en el Anexo III.2

Por otra parte y debido a la limitación al alcance número 2, ver epígrafe I.5, se ha verificado únicamente la concordancia con el anexo IV de actividad y financiación de aquéllos procedimientos cuyo servicio se recogía en las facturas.

La ejecución no se ha ajustado a lo estipulado ya que se han realizado un número de procedimiento clínicos superior o inferior al fijado. Se han realizado al menos 737

procedimientos clínicos más de los convenidos previamente, lo que supone un exceso sobre el importe del convenio de 315.420 euros:

Proceso	Facturación		Convenio			Diferencias	
	Núm. procesos	Importe	Núm. procesos	Tarifa	Importe	En procesos	En importe
Altas en consulta	131	4.715	150	35	5.291	(19)	(670)
Cataratas	1.170	1.227.488	1.085	1.031	1.118.982	85	87.662
Consulta cirugía vascular	804	28.835	900	35	31.743	(96)	(3.386)
Geriatría	1.304	3.819.410	1.260	2.867	3.611.954	44	126.132
Intervenciones cirugía vascular	546	588.381	460	1.054	484.679	86	90.614
Mamog diag. y screening (est. habituales)	1.000	23.577	1.090	23	25.484	(90)	(2.104)
Mamog diag. Y screening. (est.ampliados)	6.813	195.420	6.446	28	180.810	367	10.294
Primeras consultas	1.558	55.992	1.500	35	52.905	58	2.046
Prueba agudeza visual	2.215	45.420	2.000	20	40.180	215	4.319
Reconstrucción mamaria (1º tiempo)	3	4.600	5	1.507	7.534	(2)	(3.014)
Serv. Alergología . Revisiones	1.089	19.034	1.000	17	17.150	89	1.526
Total	16.633	6.012.873	15.896	-	5.576.712	737	315.420

Para los procesos facturados se muestra la comprobación de la actividad y financiación en el Anexo III.1

Por último, se ha verificado la contabilidad de la facturación emitida por el hospital con los datos facilitados por el SESPA sin que se detectaran incidencias.

VII.5. Fundación Sanatorio Adaro

El rasgo diferencial de mayor impacto económico en la FSA es la ausencia de actividad quirúrgica, lo cual condiciona de modo global la estructura de la financiación por actividad asistencial.

Hay dos factores que distorsionan la estructura de las tarifas de hospitalización con relación a los otros dos centros de apoyo. Una, el alojamiento y asistencia a personas mayores, financiado principalmente por el ERA y parcialmente por el SESPA y otra, la unidad de convalecencia financiada por el SESPA exclusivamente.

La dispensación de medicamentos en la unidad de larga estancia se facilita mediante la estimación del coste hospitalario real de la medicación como medio de evitar el que sean objeto de receta médica y dispensación en oficinas de farmacia, dadas las condiciones de las personas institucionalizadas. Por otro lado, la Fundación también participa en el cribado de cáncer de mama y realiza la mayor parte de las determinaciones de agudeza visual (tarifa ajustada al coste real de la actividad según información facilitada por el SESPA).

Por último, la FSA sirve de apoyo a los servicios de salud mental del área sanitaria cubriendo el papel que en otras áreas ofrecen las comunidades terapéuticas en cuanto al alojamiento de larga duración de personas con trastorno mental severo.

La revisión de la facturación emitida por la FSA al SESPA durante el ejercicio 2013 se resume a continuación:

Objeto	Convenio		Real	
	Núm. de procesos	Importe	Núm. de procesos	Total facturado
Alojamiento y asistencia a personas mayores	S/D	1.688.765	S/D	S/D
Atención hospitalaria	445	2.396.712	S/D	2.321.310
Alojamiento y atención psicosocial	8	241.335	S/D	241.335
Mamografías habitual	1.562	48.828	646	20.194
Mamografías ampliado	3.191	119.694	4.088	153.341
Dispensación farmacéutica	S/D	165.085	S/D	165.085
Oftalmología	1.025	25.236	1.050	25.851
Servicios prestados según convenio	-	-	-	1.818.617
Total	6.231	4.685.655	5.784	4.745.733

Hay 12 facturas por importe total de 1.818.617 euros en cuyo objeto consta "servicios prestados según concierto" por lo que no se especifica qué servicios concretos se están remunerando y en consecuencia no se puede comprobar su adecuación.

En atención hospitalaria no se supera el límite cuantitativo del convenio. No obstante las facturas no especifican el número de procesos ni la tarifa aplicada como viene estipulado en el convenio.

En las mamografías no se supera el límite del convenio a nivel global pero sí en lo referente a los estudios ampliados. Este exceso queda compensado por el menor número de estudios habituales realizados sobre los previstos.

En oftalmología se han realizado veinticinco procesos más que los fijados en convenio, ampliándose el importe fijado en 615 euros.

En conjunto se facturó un 1,28 % más del importe que figuraba en el convenio. Éste establecía la posibilidad de aumentar el coste total hasta en un 5 %, previo acuerdo con el centro sanitario. Dicho acuerdo no consta a esta SC.

Por otro lado, el convenio establece que el SESPA abonará al sanatorio la cantidad de 27.000 euros al objeto de subvenir los costes de reposición del equipo de mamografía. La justificación en el convenio es el avance en el programa de cribado poblacional para la detección precoz del cáncer de mama y el marco de la colaboración existente entre ambas Instituciones.

La reposición de este equipo o cualquier otro, no forma parte del objeto del convenio, constituida por la prestación de servicios sanitarios para los cuales el sanatorio debe contar con los medios necesarios ya que recibe una prestación por ello. El hecho de que el SESPA asuma cantidad dineraria alguna por la reposición de los equipos supone una financiación de los mismos a una entidad privada que debe realizarse al amparo de la normativa de subvenciones cumpliendo los requisitos para ello.

Por último, se ha verificado la contabilidad de la facturación emitida por el hospital con los datos facilitados por el SESPA sin que se detectaran incidencias.

VII.6. Conectividad. Proyecto SIAI

El proyecto SIAI es la solución tecnológica para la prestación de los servicios basados en la separación en capas para proporcionar por un lado la conectividad a las sedes

del PA y posteriormente proporcionar cada uno de los servicios requeridos. Se precisa para ello la instalación de una red de fibra óptica de muy alta capacidad y disponibilidad sobre la que se establecen los enlaces de comunicaciones que garanticen la homogeneidad en todo el ámbito del Servicio de Salud y centros sanitarios de la RHP, imprescindible para el desarrollo y mantenimiento de la Historia Clínica Electrónica.

Además de las cantidades presupuestadas individualmente en los convenios (ver epígrafe VI.6), cada uno de los centros privados objeto de convenio recibió en el ejercicio 2013 la cantidad de 56.813 euros, 227.250 euros en total, como compensación por la contratación con GIT del servicio de conectividad entre cada centro hospitalario y el CPD del ASTURCON en el marco del Proyecto SIAI:

Entidad	Firma Convenio SESPA	Firma Contrato GIT	1ª Adenda GIT
Hospital de Jove	09/05/2013	03/01/2011	14/03/2013
Fundación Sanatorio Adaro	09/05/2013	03/01/2011	14/03/2013
Hospital Fundación de Avilés	09/05/2013	08/06/2011	14/03/2013
Hospital de la Cruz Roja	09/05/2013	18/03/2011	14/03/2013

En relación a la obligación de los hospitales privados de contratar con GIT, si lo que el SESPA pretendía era conectar a todos los hospitales que pertenecen a la RHP, debería haber modificado el objeto de la encomienda que el PA tiene con la mencionada empresa. De este modo se conseguiría el objetivo pretendido y daría cumplimiento al compromiso asumido en virtud del artículo 7.2 f) del Decreto 71/2002 a través de un ente instrumental con quien mantiene una relación jurídica de la que son ajenos los centros sanitarios privados.

Por ende a través de un negocio jurídico, en este caso un convenio singular, se pueden establecer obligaciones específicas, necesarias para la ejecución del convenio, pero no imponer la obligación de contratar con un tercero determinado. Además en este caso se trasladaba la obligación del PA al centro privado aun considerando que sea el SESPA quién abone el coste del servicio en último término.

VII.7. Vigencia y modificación

La vigencia de los cuatro convenios es de un año, con efectos desde el 1 de enero de 2013, pese a que su firma se produjo en mayo de dicho ejercicio con efectos retroactivos.

Al respecto cabe señalar que todo negocio jurídico precisa de la concurrencia de los siguientes elementos: el consentimiento de los contratantes; el objeto cierto que sea materia del negocio en cuestión y la causa de la obligación que se establezca. En tanto en cuanto ese consentimiento no se manifieste expresamente, el convenio carecerá de toda eficacia y no producirá efectos entre las partes no pudiendo por ello aplicarse retroactivamente.

Asimismo se establece en el convenio la posibilidad de prórroga de forma expresa, por un año adicional, con un mes de antelación a la finalización del plazo inicial.

Por otra parte, conforme al texto de los propios convenios, éstos pueden ser modificados de acuerdo con lo previsto en el TRLCSP ostentando el SESPA la potestad

de interpretar y resolver las dudas que sobre el mismo pudieran plantearse. Los convenios facultan a la Dirección Gerencia del SESPA para aumentar el coste total previsto en cada convenio hasta en un 5 % si como consecuencia de nuevas necesidades asistenciales se produjera un aumento de la actividad prevista y siempre previo acuerdo con el respectivo hospital.

No obstante, se ha verificado que el texto de los convenios no sufrió modificación alguna durante el ejercicio 2013. Pese a ello, en la práctica estos convenios se alteraron prescindiendo total y absolutamente del procedimiento legalmente establecido en la normativa contractual vigente, a la que las partes voluntariamente se sometieron.

VII.8. Control de los convenios por el SESPA

VII.8.1. Comisión de evaluación y seguimiento

En los cuatro convenios debe constituirse, según el texto del convenio, una comisión mixta integrada por representantes del hospital, del SESPA y de la Consejería de Sanidad. Con carácter general, la Comisión de Evaluación y Seguimiento debe reunirse con carácter trimestral sin perjuicio de su convocatoria con carácter extraordinario a petición de alguna de las partes.

Esta comisión es responsable de analizar la evolución tanto de la actividad asistencial como de los aspectos económico-financieros previstos en los respectivos convenios.

Durante 2013 no se han constituido formalmente Comisiones de Evaluación y Seguimiento de los convenios singulares suscritos en ningún caso. Se informa a esta SC de la celebración de reuniones trimestrales de seguimiento y evaluación de la ejecución de los convenios, entre representantes de los servicios centrales del SESPA y personal de los centros vinculados. No obstante, no existe evidencia documental de la celebración de las mismas ni de sus resultados.

VII.8.2. Informes de auditoría, inspección o verificación

Según el texto de los convenios el SESPA está facultado para efectuar cuantas inspecciones, verificaciones y auditorías de carácter técnico-sanitario o económico estime necesarias, debiendo el Hospital prestar su plena colaboración y los medios auxiliares precisos.

Durante el ejercicio 2013 no se han realizado informes de auditoría, inspección o verificación específicos por parte del SESPA en los centros sanitarios vinculados.

VIII. HECHOS POSTERIORES

VIII.1. Legislación de contratos

Conforme a la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de febrero de 2014 sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE, vigente a partir del 16 de abril de 2016, debe establecerse un régimen específico para los contratos públicos relativos a los servicios sociales, sanitarios y educativos.

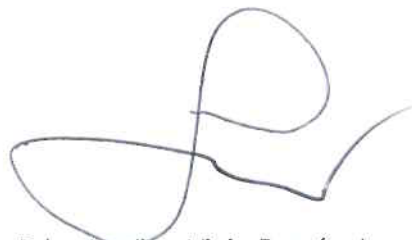
Los contratos de servicios a las personas, cuyo valor esté situado por encima de un determinado umbral deben estar sujetos a normas de transparencia en toda la Unión. Teniendo en cuenta la importancia del contexto cultural y el carácter delicado de estos servicios, se ofrece a los Estados miembros un amplio margen de maniobra para organizar la elección de los proveedores de los servicios del modo que consideren más oportuno. Las normas de la presente Directiva tienen en cuenta este imperativo al imponer solo la observancia de los principios fundamentales de transparencia e igualdad de trato y al asegurar que los poderes adjudicadores puedan aplicar, para la elección de los proveedores de servicios, criterios de calidad específicos. Al determinar los procedimientos que hayan de utilizarse para la adjudicación de contratos de servicios a las personas, los Estados miembros deben tener en cuenta el artículo 14 del TFUE y el Protocolo Núm. 26.

Los Estados miembros y los poderes públicos siguen teniendo libertad para prestar por sí mismos esos servicios u organizar los servicios sociales de manera que no sea necesario celebrar contratos públicos, por ejemplo, mediante la simple financiación de estos servicios o la concesión de licencias o autorizaciones a todos los operadores económicos que cumplan las condiciones previamente fijadas por el poder adjudicador, sin límites ni cuotas, siempre que dicho sistema garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación.

El Título III, dedicado a los regímenes de contratación particulares, regula en el capítulo I los servicios sociales y otros servicios específicos. Estos son los enumerados en el anexo XIV, entre los que se incluyen los servicios de salud y servicios conexos.

Oviedo, 24 de abril de 2015

EL SÍNIDICO MAYOR,



Fdo. Avellino Viejo Fernández

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I HOSPITAL JOVE	50
Anexo I.1 Comprobación de la actividad	50
Anexo I.2 Comprobación de tarifas anticipos	52
Anexo I.3 Comprobación de las tarifas contratadas.....	53
ANEXO II CRUZ ROJA	61
Anexo II.1 Comprobación de actividad	61
Anexo II.2 Comparación de tarifas	63
ANEXO III FUNDACIÓN HOSPITAL DE AVILÉS	72
Anexo III.1 Comprobación de la actividad	72
Anexo III.2 Comprobación de las tarifas	78

Anexo I Hospital Jove

Anexo I.1 Comprobación de la actividad

Facturación				Convenio				Diferencias	
Proceso	Núm. Procesos	Importe	Precio medio proceso	Proceso	Núm. ingresos	Est Media/ precio unit	Importe	Procesos	Importe
Antirretroviral	115	80.270	698		-	-	-	115	80.270
Arteriovenostomía	34	32.052	943	Arteriovenostomía	50	916	45.788	(16)	916
Artroscopia de rodilla	75	89.506	1.193	Artroscopia de rodilla	265	1.175	311.339	(190)	1.391
Catarata + lio	608	664.154	1.092	Catarata + lio	700	1.038	747.314	(92)	33.299
Cirugía menor ambulatoria	1.215	192.776	159	Cirugía menor ambulatoria	1.725	155	267.030	(510)	4.694
Colelitiasis	101	204.373	2.023	Colelitiasis	45	1.962	88.290	56	6.211
Consultas primeras	37.937	3.236.089	85	Consultas primeras	30.720	83	2.558.054	7.217	77.075
Consultas sucesivas	87.449	4.466.760	51	Consultas sucesivas	68.125	50	3.404.206	19.324	96.934
Dupuytren	41	30.801	751	Dupuytren	35	734	25.700	6	695
Fimosis	70	26.461	378	Fimosis	31	375	11.614	39	237
Fisura anal	23	17.115	744	Fisura anal	22	732	16.113	1	270
Fármacos de uso hospitalario	8	444.334	55.542	Fármacos de uso hospitalario	-	-	543.858	8	444.334
Fistula anal	16	11.950	747	Fistula anal	22	732	16.113	(6)	231
H.p.-prostatectomía suprapúbica	130	316.494	2.435	H.p.-prostatectomía suprapúbica	30	2.390	71.702	100	5.786
Hemorroides	29	28.176	972	Hemorroides	90	954	85.883	(61)	502
Hernia	281	311.490	1.109		-	-	-	281	311.490
	-	-	-	Herniorrafia unilateral	215	1.084	233.004	(215)	-
Hidrocele	6	4.320	720	Hidrocele	10	708	12.738	(4)	74
Ingreso	7.311	18.384.034	2.515		-	-	-	7.311	18.384.034
Liberación tunel carpiano	128	96.500	754	Liberación tunel carpiano	70	734	51.400	58	2.512
Ligadura de trompas	8	3.736	467	Ligadura de trompas	25	458	11.448	(17)	72
Marcapasos	61	127.279	2.087	Marcapasos	40	2.280	91.185	21	(11.778)
	-	-	-	Medicas	3.253	9	27.651	(3.253)	-
Prótesis total de cadera	52	388.943	7.480	Prótesis total de cadera	20	7.480	149.594	32	-
Prótesis total de rodilla	48	381.925	7.957	Prótesis total de rodilla	18	7.957	143.222	30	-
	-	-	-	Psiquiátricas	714	11	7.854	(714)	-
	-	-	-	Quirúrgicas	3.344	8	26.752	(3.344)	-

Facturación				Convenio				Diferencias	
Radioterapia	12	2.332.837	194.403		-	-	-	12	2.332.837
Rebetol	26	16.952	652		-	-	-	26	16.952
Rehabilitación (sesiones)	7.334	30.846	4	Rehabilitación (sesiones)	8.036	4	33.132	(702)	630
	-	-	-	Tratamiento radical	635	3.226	2.048.203	(635)	-
	-	-	-	Tratamiento sustitutorio	212	1.345	285.215	(212)	-
Urgencia no ingresada	20.161	2.089.408	104	Urgencia no ingresada	20.700	101	2.099.394	(539)	44.680
Varices	301	337.758	1.122	Varices	520	1.096	570.046	(219)	7.790
Vasectomía	41	15.617	381	Vasectomía	44	375	16.484	(3)	256

Anexo I.2 Comprobación de tarifas de anticipos a cuenta

Facturación				Convenio			Diferencias	
Proceso	Núm. procesos	Importe	Tarifa	Cod proceso	Proceso	Tarifa	Tarifa	Importe
Consultas primeras	2.156	179.530	83,27	89.0	Consultas primeras	82,43	0,84	1.811
Consultas primeras	2.395	199.432	83,27	89.0	Consultas primeras	82,43	0,84	2.012
Consultas primeras	2.598	216.335	83,27	89.0	Consultas primeras	82,43	0,84	2.182
Consultas primeras	2.815	234.405	83,27	89.0	Consultas primeras	82,43	0,84	2.365
Consultas primeras	3.152	262.467	83,27	89.0	Consultas primeras	82,43	0,84	2.648
Consultas primeras	3.303	275.041	83,27	89.0	Consultas primeras	82,43	0,84	2.775
Consultas primeras	3.186	279.253	87,65	89.0	Consultas primeras	82,43	5,22	16.631
Consultas primeras	3.186	279.253	87,65	89.0	Consultas primeras	82,43	5,22	16.631
Consultas primeras	3.218	282.058	87,65	89.0	Consultas primeras	82,43	5,22	16.798
Consultas primeras	3.921	326.502	83,27	89.0	Consultas primeras	82,43	0,84	3.294
Consultas primeras	3.926	344.114	87,65	89.0	Consultas primeras	82,43	5,22	20.494
Consultas primeras	4.081	357.700	87,65	89.0	Consultas primeras	82,43	5,22	21.303
Consultas sucesivas	6.286	314.111	49,97	89.02	Consultas sucesivas	49,97	0,50	3.143
Consultas sucesivas	6.460	322.806	49,97	89.02	Consultas sucesivas	49,97	0,50	3.230
Consultas sucesivas	6.526	343.268	52,60	89.02	Consultas sucesivas	49,97	3,13	20.426
Consultas sucesivas	7.117	355.636	49,97	89.02	Consultas sucesivas	49,97	0,50	3.559
Consultas sucesivas	6.837	359.626	52,60	89.02	Consultas sucesivas	49,97	3,13	21.400
Consultas sucesivas	6.943	365.202	52,60	89.02	Consultas sucesivas	49,97	3,13	21.732
Consultas sucesivas	7.387	369.128	49,97	89.02	Consultas sucesivas	49,97	0,50	3.694
Consultas sucesivas	7.436	371.577	49,97	89.02	Consultas sucesivas	49,97	0,50	3.718
Consultas sucesivas	7.463	372.926	49,97	89.02	Consultas sucesivas	49,97	0,50	3.732
Consultas sucesivas	8.443	421.897	49,97	89.02	Consultas sucesivas	49,97	0,50	4.222
Consultas sucesivas	8.265	434.739	52,60	89.02	Consultas sucesivas	49,97	3,13	25.869
Consultas sucesivas	8.286	435.844	52,60	89.02	Consultas sucesivas	49,97	3,13	25.935

Anexo I.3 Comprobación de las tarifas contratadas

Convenio				Facturación						Diferencias Tarifas
Proceso en convenio	Importe en convenio	Núm. Ingresos	Estancia media precio unitario	Clave	Factura	Proceso	Núm. procesos	Precio unitario	Importe facturado	
				FHJ-99	1302391	(CPR) Prótesis metálica	1	1.586,66	1.587	1.587
				FHJ-99	1302121	(CPR) Prótesis metálica	1	478,50	479	479
				FHJ-99	1302121	(CPR) Prótesis metálica	1	1.586,66	1.587	1.587
				FHJ-99	1301841	(CPR) Prótesis metálica	1	1.586,66	1.587	1.587
				FHJ-99	1301711	(CPR) Prótesis metálica	1	1.586,66	1.587	1.587
				FHJ-99	1301521	(CPR) Prótesis metálica	1	1.586,66	1.587	1.587
				FHJ-99	1301341	(CPR) Prótesis metálica	1	1.586,66	1.587	1.587
				FHJ-99	1301141	(CPR) Prótesis metálica	1	1.586,66	1.587	1.587
				FHJ-99	1300531	(CPR) Prótesis metálica	1	3.173,32	3.173	3.173
				FHJ-99	1300141	(CPR) Prótesis metálica	1	1.586,66	1.587	1.587
				FHJ-68	1302391	(CPR) Prótesis metálica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1302251	(CPR) Prótesis metálica	1	201,64	202	202
				FHJ-68	1302151	(CPR) Prótesis metálica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1301841	(CPR) prótesis plástica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1301831	(CPR) prótesis plástica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1300971	(CPR) prótesis plástica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1301151	(CPR) prótesis plástica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1300921	(CPR) prótesis plástica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1300711	(CPR) prótesis plástica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1300701	(CPR) prótesis plástica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1300521	(CPR) prótesis plástica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1300141	(CPR) prótesis plástica	1	159,50	160	160
				FHJ-68	1301701	(CPR) prótesis plástica	2	159,50	319	160
				FHJ-68	1301281	(CPR) prótesis plástica	2	159,50	319	160
				FHJ-68	1300531	(CPR) prótesis plástica	2	159,50	319	160
Arteriovenostomia	45.788	50	916	FHJ-33	1301741	Arteriovenostomia	1	915,76	916	-
Arteriovenostomia	45.788	50	916	FHJ-33	1300871	Arteriovenostomia	1	915,76	916	-
Arteriovenostomia	45.788	50	916	FHJ-33	1300731	Arteriovenostomia	1	963,96	964	48

Convenio				Facturación						Diferencias
Arteriovenostomia	45.788	50	916	FHJ-33	1300361	Arteriovenostomia	1	963,96	964	48
Arteriovenostomia	45.788	50	916	FHJ-33	1301731	Arteriovenostomia	2	915,76	1.832	-
Arteriovenostomia	45.788	50	916	FHJ-33	1300421	Arteriovenostomia	3	963,96	2.892	48
Arteriovenostomia	45.788	50	916	FHJ-33	1301181	Arteriovenostomia	3	915,76	2.747	-
Arteriovenostomia	45.788	50	916	FHJ-33	1300161	Arteriovenostomia	4	963,96	3.856	48
Arteriovenostomia	45.788	50	916	FHJ-33	1301361	Arteriovenostomia	6	915,76	5.495	-
Artroscopia de rodilla	311.339	265	1.175	FHJ-48	1301371	Artroscopia de rodilla	1	1.174,87	1.175	-
Artroscopia de rodilla	311.339	265	1.175	FHJ-48	1301171	Artroscopia de rodilla	2	1.174,87	2.350	-
Cataratas + UO	747.314	700	1.038							(1.038)
Cirugia menor ambulatoria	267.030	1.725	155							(155)
Colelitiasis	88.290	45	1.962							(1.962)
Consultas primeras	2.558.054	30.720	83							(83)
Consultas sucesivas	3.404.206	68.125	50							(50)
				FHJ-67	1302241	CPR	1	1.200,00	1.200	1.200
				FHJ-67	1301131	CPR	1	1.200,00	1.200	1.200
				FHJ-67	1300151	CPR	1	1.200,00	1.200	1.200
				FHJ-67	1302391	CPR	2	1.200,00	2.400	1.200
				FHJ-67	1300971	CPR	2	1.200,00	2.400	1.200
				FHJ-67	1300921	CPR	2	1.200,00	2.400	1.200
				FHJ-67	1300541	CPR	2	1.200,00	2.400	1.200
				FHJ-67	1300111	CPR	2	1.200,00	2.400	1.200
				FHJ-67	1300311	CPR	2	1.200,00	2.400	1.200
				FHJ-67	1301721	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1301541	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1301531	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1301281	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1301151	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1300931	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1300721	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1300711	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1300141	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200

Convenio				Facturación					Diferencias	
				FHJ-67	1300331	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1300321	CPR	3	1.200,00	3.600	1.200
				FHJ-67	1302251	CPR	4	1.200,00	4.800	1.200
				FHJ-67	1302141	CPR	4	1.200,00	4.800	1.200
				FHJ-67	1301831	CPR	4	1.200,00	4.800	1.200
				FHJ-67	1301341	CPR	4	1.200,00	4.800	1.200
				FHJ-67	1300521	CPR	4	1.200,00	4.800	1.200
				FHJ-67	1300531	CPR	5	1.200,00	6.000	1.200
				FHJ-67	1302121	CPR	6	1.200,00	7.200	1.200
				FHJ-67	1301841	CPR	6	1.200,00	7.200	1.200
				FHJ-67	1301711	CPR	6	1.200,00	7.200	1.200
				FHJ-67	1301521	CPR	6	1.200,00	7.200	1.200
				FHJ-67	1301141	CPR	6	1.200,00	7.200	1.200
				FHJ-67	1300701	CPR	8	1.200,00	9.600	1.200
				FHJ-67	1301701	CPR	9	1.200,00	10.800	1.200
				FHJ-97	1302091	Entero resonancia	1	272,00	272	272
				FHJ-822	1300851	Escisión de lesión de vaina de tendón de mano	1	498,11	498	498
				FHJ-786	1301171	Extracción de material de osteosíntesis	2	720,00	1.440	720
Liberación túnel carpiano	51.400	70	734	FHJ-29	1300851	Liberación túnel carpiano	2	734,28	1.469	-
				FHJ-65	1302341	Pletismografía	44	36,59	1.610	37
				FHJ-65	1302041	Pletismografía	162	36,59	5.928	37
				FHJ-97	1300101	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1302211	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1301891	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1301501	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1301091	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1301191	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1300911	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1300901	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1300661	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1300481	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136

Convenio				Facturación						Diferencias
				FHJ-97	1300471	RM-Estudio doble	2	136,00	272	136
				FHJ-97	1300291	RM-Estudio doble	1	136,00	136	136
				FHJ-97	1302221	RM-Estudio doble	2	136,00	272	136
				FHJ-97	1302061	RM-Estudio doble	2	136,00	272	136
				FHJ-97	1301671	RM-Estudio doble	2	136,00	272	136
				FHJ-97	1301661	RM-Estudio doble	2	136,00	272	136
				FHJ-97	1301081	RM-Estudio doble	2	136,00	272	136
				FHJ-97	1300671	RM-Estudio doble	2	136,00	272	136
				FHJ-97	1302111	RM-Estudio doble	3	136,00	408	136
				FHJ-97	1300281	RM-Estudio doble	2	136,00	272	136
				FHJ-97	1302361	RM-Estudio doble	4	136,00	544	136
				FHJ-97	1300501	RM-Estudio doble	4	136,00	544	136
				FHJ-97	1301291	RM-Estudio doble	5	136,00	680	136
				FHJ-97	1301481	RM-Estudio doble	6	136,00	816	136
				FHJ-97	1302171	RM-Estudio doble	6	136,00	816	136
				FHJ-97	1302071	RM-Estudio doble	9	136,00	1.224	136
				FHJ-97	1302381	RM-Estudio doble	12	136,00	1.632	136
				FHJ-97	1301641	RM-Estudio doble	14	136,00	1.904	136
				FHJ-97	1301111	RM-Estudio doble	14	136,00	1.904	136
				FHJ-97	1301511	RM-Estudio doble	15	136,00	2.040	136
				FHJ-97	1301861	RM-Estudio doble	16	136,00	2.176	136
				FHJ-97	1300301	RM-Estudio doble	16	136,00	2.176	136
				FHJ-97	1301471	RM-Estudio doble	18	136,00	2.448	136
				FHJ-97	1301331	RM-Estudio doble	18	136,00	2.448	136
				FHJ-97	1300491	RM-Estudio doble	19	136,00	2.584	136
				FHJ-97	1300691	RM-Estudio doble	20	136,00	2.720	136
				FHJ-97	1300941	RM-Estudio doble	21	136,00	2.856	136
				FHJ-97	1300171	RM-Estudio doble	21	136,00	2.856	136
				FHJ-97	1301651	RM-Estudio doble	22	136,00	2.992	136
				FHJ-97	1300681	RM-Estudio doble	22	136,00	2.992	136
				FHJ-97	1300511	RM-Estudio doble	22	136,00	2.992	136

Convenio				Facturación					Diferencias	
				FHJ-97	1300131	RM-Estudio doble	3	136,00	408	136
				FHJ-97	1300961	RM-Estudio doble	24	136,00	3.264	136
				FHJ-97	1301911	RM-Estudio doble	24	136,00	3.264	136
				FHJ-97	1300351	RM-Estudio doble	28	136,00	3.808	136
				FHJ-97	1301161	RM-Estudio doble	30	136,00	4.080	136
				FHJ-97	1302191	RM-Estudio doble	31	136,00	4.216	136
				FHJ-97	1301321	RM-Estudio doble	32	136,00	4.352	136
				FHJ-97	1302101	RM-Estudio doble	37	136,00	5.032	136
				FHJ-97	1300121	RM-Estudio doble	22	136,00	2.992	136
				FHJ-69	1301881	RM-Estudio simple	1	107,00	107	107
				FHJ-69	1301301	RM-Estudio simple	1	107,00	107	107
				FHJ-69	1300271	RM-Estudio simple	1	107,00	107	107
				FHJ-69	1302081	RM-Estudio simple	1	107,00	107	107
				FHJ-69	1302351	RM-Estudio simple	2	107,00	214	107
				FHJ-69	1302361	RM-Estudio simple	3	107,00	321	107
				FHJ-69	1301481	RM-Estudio simple	4	107,00	428	107
				FHJ-69	1301191	RM-Estudio simple	5	107,00	535	107
				FHJ-69	1301871	RM-Estudio simple	6	107,00	642	107
				FHJ-69	1300661	RM-Estudio simple	7	107,00	749	107
				FHJ-69	1300911	RM-Estudio simple	9	107,00	963	107
				FHJ-69	1302381	RM-Estudio simple	10	107,00	1.070	107
				FHJ-69	1300671	RM-Estudio simple	10	107,00	1.070	107
				FHJ-69	1302221	RM-Estudio simple	12	107,00	1.284	107
				FHJ-69	1302371	RM-Estudio simple	13	107,00	1.391	107
				FHJ-69	1302211	RM-Estudio simple	13	107,00	1.391	107
				FHJ-69	1301501	RM-Estudio simple	14	107,00	1.498	107
				FHJ-69	1300291	RM-Estudio simple	14	107,00	1.498	107
				FHJ-69	1300471	RM-Estudio simple	15	107,00	1.605	107
				FHJ-69	1300131	RM-Estudio simple	16	107,00	1.712	107
				FHJ-69	1301291	RM-Estudio simple	16	107,00	1.712	107
				FHJ-69	1301311	RM-Estudio simple	18	107,00	1.926	107

Convenio				Facturación					Diferencias	
				FHJ-69	1301081	RM-Estudio simple	18	107,00	1.926	107
				FHJ-69	1302111	RM-Estudio simple	19	107,00	2.033	107
				FHJ-69	1302061	RM-Estudio simple	19	107,00	2.033	107
				FHJ-69	1300281	RM-Estudio simple	19	107,00	2.033	107
				FHJ-69	1301891	RM-Estudio simple	20	107,00	2.140	107
				FHJ-69	1300681	RM-Estudio simple	22	107,00	2.354	107
				FHJ-69	1301121	RM-Estudio simple	22	107,00	2.354	107
				FHJ-69	1300961	RM-Estudio simple	25	107,00	2.675	107
				FHJ-69	1301661	RM-Estudio simple	26	107,00	2.782	107
				FHJ-69	1301651	RM-Estudio simple	26	107,00	2.782	107
				FHJ-69	1301111	RM-Estudio simple	26	107,00	2.782	107
				FHJ-69	1300501	RM-Estudio simple	26	107,00	2.782	107
				FHJ-69	1300301	RM-Estudio simple	26	107,00	2.782	107
				FHJ-69	1302191	RM-Estudio simple	28	107,00	2.996	107
				FHJ-69	1300511	RM-Estudio simple	31	107,00	3.317	107
				FHJ-69	1301911	RM-Estudio simple	35	107,00	3.745	107
				FHJ-69	1302101	RM-Estudio simple	35	107,00	3.745	107
				FHJ-69	1301511	RM-Estudio simple	37	107,00	3.959	107
				FHJ-69	1300121	RM-Estudio simple	37	107,00	3.959	107
				FHJ-69	1301321	RM-Estudio simple	41	107,00	4.387	107
				FHJ-69	1302171	RM-Estudio simple	45	107,00	4.815	107
				FHJ-69	1301641	RM-Estudio simple	82	107,00	8.774	107
				FHJ-69	1302071	RM-Estudio simple	89	107,00	9.523	107
				FHJ-69	1301861	RM-Estudio simple	90	107,00	9.630	107
				FHJ-69	1300491	RM-Estudio simple	90	107,00	9.630	107
				FHJ-69	1300941	RM-Estudio simple	97	107,00	10.379	107
				FHJ-69	1300171	RM-Estudio simple	113	107,00	12.091	107
				FHJ-69	1300691	RM-Estudio simple	120	107,00	12.840	107
				FHJ-69	1300351	RM-Estudio simple	126	107,00	13.482	107
				FHJ-69	1301331	RM-Estudio simple	137	107,00	14.659	107
				FHJ-69	1301161	RM-Estudio simple	173	107,00	18.511	107

Convenio				Facturación					Diferencias	
				FHJ-69	1301471	RM-Estudio simple	176	107,00	18.832	107
				FHJ-69	1300101	RM-Estudio simple	19	107,00	2.033	107
				FHJ-98	1302161	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1302191	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1302171	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1302101	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1301901	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1301881	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1301861	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1301851	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1301681	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1301641	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1301491	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1301461	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1300511	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1302231	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1302071	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1301911	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1301691	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1301071	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1300941	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1300901	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1300741	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1300691	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1300651	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1300271	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1302051	RMN Entero	2	272,00	544	272
				FHJ-98	1300491	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1300341	RMN Entero	1	272,00	272	272
				FHJ-98	1302091	RMN Entero	3	272,00	816	272
				FHJ-98	1301111	RMN Entero	3	272,00	816	272

Convenio				Facturación						Diferencias
				FHJ-98	1301651	RMN Entero	4	272,00	1.088	272
				FHJ-98	1301511	RMN Entero	4	272,00	1.088	272
				FHJ-49	1301171	Sustitución total de cadera	3	7.479,88	22.440	7.480
				FHJ-815	1301171	Sustitución total rodilla	5	7.956,77	39.784	7.957
				FHJ-53	1301921	TAC	1	107,30	107	107
				FHJ-53	1301551	TAC	1	107,30	107	107
				FHJ-53	1301351	TAC	2	107,30	215	107

Anexo II Cruz Roja

Anexo II.1 Comprobación de actividad

Convenio					Facturación				Diferencias	
Objeto en convenio	Cupo	Tarifa	Núm. procesos en convenio	Importe de convenio	Objeto facturado	Cupo C	Importe facturado	Núm. procesos facturados	Núm. procesos	Importe
Alergia. Consultas sucesivas	N	27,74	1.300	36.062	Alergia. Consultas sucesivas	N	27.213	981	(319)	(8.849)
Alergia. Primeras consultas	N	35,27	1.500	52.905	Alergia. Primeras consultas	N	85.636	2.428	928	32.731
Anatomía patológica	N	9,91	17.500	173.425	Anatomía patológica	N	165.695	16.720	(780)	(7.730)
Cirugía general	N	1.015,93	496	503.901			-	-	(496)	(503.901)
Cirugía plástica	N	607,39	1.400	850.346			-	-	(1.400)	(850.346)
Cirugía vascular	N	1.062,02	585	621.282			-	-	(585)	(621.282)
Cirugía general	S	831,25	140	116.375	Cirugía general	S	388.777	420	280	272.402
Primeras consultas C plástica	N	35,27	750	26.453	Cirugía plástica	N	1.013.975	2.641	1.891	987.522
Primeras consultas C vascular	N	35,27	350	12.345	Cirugía vascular	N	494.576	777	427	482.232
Dermatología	N	938,34	180	168.901			-	-	(180)	(168.901)
		-	-	-	Dermatología	S	85.524	94	94	85.524
Geriatría	N	3.307,33	1.500	4.960.995			-	-	(1.500)	(4.960.995)
Hemodiálisis	N	159,50	9.100	1.451.450	Hemodiálisis	N	1.486.540	9.320	220	35.090
Hemodiálisis Oviedo	N	159,50	15.500	2.472.250	Hemodiálisis Oviedo	N	2.480.385	15.551	51	8.135
Cirugía oral y maxilofacial	N	435,89	300	130.767			-	-	(300)	(130.767)
		-	-	-	Cirugía oral y maxilofacial	S	98.271	226	226	98.271
		-	-	-	Medicina interna	N	4.951.073	1.497	1.497	4.951.073
Oftalmología	N	1.031,99	1.740	1.795.663	Oftalmología	N	1.390.738	1.356	(384)	(404.925)
Oftalmología	S	895,00	720	644.400	Oftalmología	S	732.446	837	117	88.046
Otorrinolaringología	S	938,15	124	116.331	Otorrinolaringología	S	200.235	229	105	83.904
Programa de voluntariado	N	-	-	6.000	Programa de voluntariado	N	6.000	1	1	-
Programa sociosanitario inmigrantes	N	-	-	180.000	Programa sociosanitario inmigrantes	N	14.052	1	1	(165.948)
Screening de mama. Mamografía	N	25,52	1.700	43.384	Screening de mama. Mamografía	N	42.542	1.667	(33)	(842)
Screening de mama. Mamografía sucesiva	N	30,62	13.500	413.370	Screening de mama. Mamografía sucesiva	N	465.271	15.195	1.695	51.901

Convenio					Facturación				Diferencias	
Sintrom	N	9,91	25.000	247.750	Sintrom	N	226.671	22.873	(2.127)	(21.079)
Talleres de salud mental	N	-	-	18.378	Talleres de salud mental	N	18.378	1	1	-
Cirugía ortopédico traumatológica	N	956,54	150	143.481	Traumatología	N	2.063.542	1.132	982	1.920.061
Cirugía ortopédico traumatológica	S	855,69	1.035	885.639	Traumatología	S	723.740	315	(720)	(161.899)
Urología	N	639,75	475	303.881	Urología	N	72.917	191	(284)	(230.964)
		-	-	-	Urología	S	226.787	288	288	226.787
Total			95.045	16.375.733	-		17.460.983	94.741	(304,	1.085.250

Anexo II.2 Comparación de tarifas

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado	Núm. procesos abonados	Importe abonado	Total importe facturado	Precio medio proceso	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Total importe según convenio	Desviación importe
02	Consultas primeras	N	253	8.923	-	-	8.923	35,27	35,27	-	8.923	-
03	Consultas sucesivas	N	109	3.024	-	-	3.024	27,74	27,74	-	3.024	-
10	Control de Sintrom	N	22.873	230.745	7.834	(4.074)	226.671	9,91	9,91	-	226.671	-
11.32	Escisión de pterigion con injerto corneal	N	1	360	-	-	360	360,00	360,00	-	360	-
11.32	Escisión de pterigion con injerto corneal	S	1	326	1	(16)	309	309,44	309,44	-	309	-
11.39	Otra escisión de pterigion	N	11	3.452	6	(96)	3.356	305,10	305,10	-	3.356	-
11.39	Otra escisión de pterigion	S	17	4.701	5	(72)	4.629	272,30	272,30	-	4.629	-
12.13	Escisión de iris prolapsado	S	1	587	-	-	587	586,98	586,98	-	587	-
12.64	Trabeculectomia desde el exterior	N	4	3.070	1	(40)	3.030	757,60	757,60	-	3.030	-
12.64	Trabeculectomia desde el exterior	S	7	4.453	1	(33)	4.419	631,33	631,33	-	4.419	-
12.67	(12.67) Facoesclerectomia (catarata con LIO+TRA)	S	1	1.209	-	-	1.209	1.208,78	1.208,78	-	1.209	-
12.68	(12.68) Facoesclerectomia (con LIO+SK-GEL)	N	15	25.157	10	(853)	24.304	1.620,29	1.620,29	-	24.304	-
12.68	(12.68) Facoesclerectomia (con LIO+SK-GEL)	S	12	17.846	3	(232)	17.614	1.467,84	1.467,84	-	17.614	-
12.79	Esclerectomia (con LIO+SK-GEL)	N	1	1.271	-	-	1.271	1.271,22	1.271,22	-	1.271	-
12.79	Esclerectomia (con LIO+SK-GEL)	S	1	1.149	-	-	1.149	1.148,97	1.148,97	-	1.149	-
13.41	Facoemulsificacion y aspiración de catarata	S	6	3.701	2	(64)	3.637	606,16	606,16	-	3.637	-
13.65	Capsulotomia laser yAG	N	41	30.627	21	(804)	29.823	727,40	727,40	-	29.823	-
13.71	Ins.Prótesis Crist.Intraoc.Momento Extrac.Catara	N	1.276	1.358.677	589	(32.224)	1.326.453	1.039,54	1.039,54	-	1.326.453	-
13.71	Ins.Prótesis Crist.Intraoc.Momento Extrac.Catara	S	710	680.877	199	(9.898)	670.978	945,04	945,04	-	670.978	-
18.79	Otra reparación plástica de oido externo	N	5	4.126	-	-	4.126	825,20	825,20	-	4.126	-
18.79	Otra reparación plástica de oido externo	S	1	685	-	-	685	685,47	685,47	-	685	-

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado	Núm. procesos abonados	Importe abonado	Total importe facturado	Precio medio proceso	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Total importe según convenio	Desviación importe
18.9	Otras operaciones sobre el oído externo	S	2	619	-	-	619	309,44	309,44	-	619	-
19.4	Miringoplastia	S	16	8.984	5	-	8.984	561,51	561,51	-	8.984	-
19.5	Otra timpanoplastia	S	1	1.085	1	-	1.085	1.084,51	1.084,51	-	1.085	-
19.52	Timpanoplastia tipo I	S	1	907	1	-	907	906,51	906,51	-	907	-
20.00	Otra miringotomía	S	1	344	1	-	344	343,72	343,72	-	344	-
21.3	Escisión o extirpación de lesión de nariz, N. E. O. M.	N	2	1.199	-	-	1.199	599,65	599,65	-	1.199	-
21.84	Rinoplastia secundaria	S	28	29.362	7	(381)	28.981	1.035,03	1.035,03	-	28.981	-
21.88	Otra septoplastia	S	86	91.028	37	(2.015)	89.013	1.035,03	1.035,03	-	89.013	-
22.19	Otros procedimientos de cma sobre senos nasales	S	1	762	-	-	762	761,88	761,88	-	762	-
23.19	Extracción quirúrgica de cordales y otras piezas	S	222	99.107	102	(2.340)	96.768	435,89	435,89	-	96.768	-
24.4	Escisión de lesión maxilar de origen dentario	S	1	436	-	-	436	435,89	435,89	-	436	-
24.4	Escisión de lesión maxilar de origen dentario	S	2	872	-	-	872	435,89	435,89	-	872	-
28.2	Amigdalectomía sin adenoidectomía	S	24	9.142	9	(177)	8.965	373,53	373,53	-	8.965	-
28.3	Amigdalectomía con adenoidectomía	S	1	374	-	-	374	373,53	373,53	-	374	-
30.09	Otra extirpación o destrucción de lesión o tejido	S	37	43.311	8	(487)	42.823	1.157,39	1.157,39	-	42.823	-
38.59	Ligadura y extirpación de varices V.de miembros IN	N	455	493.225	179	(10.006)	483.219	1.062,02	1.062,02	-	483.219	-
39.95	Hemodiálisis	N	24.871	4.029.846	8.290	(62.921)	3.966.925	159,50	159,50	-	3.966.925	-
4.07	Otras escisiones o evulsiones de nervios craneal	N	18	19.198	3	(167)	19.031	1.057,27	1.057,27	-	19.031	-
4.07	Otras escisiones o evulsiones de nervios craneal	S	1	927	1	(46)	881	881,07	881,07	-	881	-
4.43	Liberación de túnel carpiano	N	369	256.611	212	(7.532)	249.079	675,01	675,01	-	249.079	-
4.45	(04.45) Otra descomp. o lisis de adherenc. de varios	N	3	2.523	-	-	2.523	840,90	840,90	-	2.523	-
4.49	Otra decomp. o lisis de adherenc. de nervio o GAN	N	1	675	-	-	675	675,02	675,02	-	675	-

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado	Núm. procesos abonados	Importe abonado	Total importe facturado	Precio medio proceso	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Total importe según convenio	Desviación importe
4.5	Injerto de nervio craneal o periférico	N	10	10.757	-	-	10.757	1.075,71	1.075,71	-	10.757	-
4.7	Otras neoplastias periféricas (STC+DEDO RESOR)	N	3	2.655	-	-	2.655	885,00	885,00	-	2.655	-
4.79	Otras neoplastias	N	2	2.115	-	-	2.115	1.057,27	1.057,27	-	2.115	-
40.29	Escisión simple de otra estructura linfática	N	2	1.237	-	-	1.237	618,56	618,56	-	1.237	-
48.69	Otra resección de recto ncoc	S	2	1.595	1	(41)	1.554	777,03	777,03	-	1.554	-
49.12	Flstulectomía anal	S	19	11.090	7	(211)	10.879	572,56	572,55	0,01	10.878	-
49.39	Otra escisión local o destrucción de lesión 0 Teji	S	8	3.917	4	(100)	3.817	477,12	477,12	-	3.817	-
49.46	Escisión de hemorroides	S	61	48.667	31	(1.268)	47.399	777,03	777,03	-	47.399	-
51.22	Colecistectomía (por laparotomía)	S	1	1.454	-	-	1.454	1.453,60	1.453,60	-	1.454	-
51.23	Colecistectomía laparoscópica	S	42	74.476	12	(1.103)	73.372	1.746,96	1.746,96	-	73.372	-
53.0	Rep. Unilat. Hernia inguinal, N. E. O. M.	S	7	5.016	2	(74)	4.942	705,98	705,98	-	4.942	-
53.05	Reparación unilateral de hernia inguinal con malla	S	173	163.487	59	(2.883)	160.605	928,35	928,35	-	160.605	-
53.1	Reparación bilateral de hernia inguinal, N. E. O. M.	S	1	893	1	(45)	848	848,22	848,22	-	848	-
53.15	Repar. Bilat. de hernia inguinal con malla	S	17	20.168	5	(307)	19.860	1.168,24	1.168,24	-	19.860	-
53.29	Otra herniorrafia crural unilateral	S	3	2.389	1	(41)	2.348	782,53	782,53	-	2.348	-
53.40	(53.40) Otra herniorrafia crural bilateral con mal	S	1	1.168	-	-	1.168	1.168,24	1.168,24	-	1.168	-
53.49	Otra herniorrafia umbilical	S	19	18.894	6	(309)	18.585	978,17	978,17	-	18.585	-
53.51	Reparación de hernia incisional (eventración)	S	4	5.184	3	(197)	4.987	1.246,84	1.246,84	-	4.987	-
53.59	Reparación de otra hernia de la pared abdominal	S	7	6.950	2	(103)	6.847	978,17	978,17	-	6.847	-
53.69	Repar. de otra hernia de la pared abdominal	S	1	1.407	-	-	1.407	1.406,78	1.406,78	-	1.407	-
56.2	Ureterotomía (vía endoscópica)	N	3	5.247	-	-	5.247	1.748,97	1.748,97	-	5.247	-
57.0	Destrucción calculo vejiga (vía endoscópica)	S	1	1.467	-	-	1.467	1.467,46	1.467,46	-	1.467	-

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado	Núm. procesos abonados	Importe abonado	Total importe facturado	Precio medio proceso	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Total importe según convenio	Desviación importe
57.49	OTRA EXC.O Destruc. transuretral de lesión 0 Tej.	N	1	1.320	-	-	1.320	1.320,32	1.320,32	-	1.320	-
57.49	Otra exc.o destruc. transuretral de lesión 0 tej.	S	68	75.673	20	(1.154)	74.519	1.095,87	1.095,87	-	74.519	-
58.5	Liberación de estenosis uretral	S	2	2.108	2	(105)	2.003	1.001,49	1.001,49	-	2.003	-
59.79	Otra reparación de continencia urinaria de esfuerzo NCOC	S	11	13.736	11	-	13.736	1.248,70	1.248,70	-	13.736	-
59.8	Cateterismo ureteral	S	1	470	-	-	470	469,59	469,59	-	470	-
60.2	Prostatectomía transuretral	N	2	3.264	-	-	3.264	1.631,85	1.631,85	-	3.264	-
60.2	Prostatectomía transuretral	S	37	52.438	16	(1.167)	51.271	1.385,70	1.385,70	-	51.271	-
60.4	Prostatectomía retropubica	S	8	14.527	6	(552)	13.976	1.746,96	1.746,96	-	13.976	-
63.1	Escisión de varicocele e hidrocele de cordón ESP	N	6	3.992	-	-	3.992	665,26	665,26	-	3.992	-
63.1	Escisión de varicocele e hidrocele de cordón ESP	S	28	17.096	7	(222)	16.874	602,63	602,63	-	16.874	-
63.3	Escisión otra lesión o tejido de cordón espermati	N	1	760	-	-	760	760,30	760,30	-	760	-
63.3	Escisión otra lesión o tejido de cordón espermati	S	5	3.480	1	(36)	3.444	688,72	688,72	-	3.444	-
63.73	Vasectomía	N	113	39.853	37	(675)	39.178	346,71	346,71	-	39.178	-
63.73	Vasectomía	S	76	23.033	41	(636)	22.397	294,70	294,70	-	22.397	-
64.0	Circuncisión	N	60	18.278	27	(423)	17.855	297,58	297,58	-	17.855	-
64.0	Circuncisión	S	34	8.679	19	(248)	8.431	247,98	247,98	-	8.431	-
77.20	Osteotomía en cuña	N	7	13.782	3	(304)	13.478	1.925,47	1.925,47	-	13.478	-
77.28	Osteotomía en cuña de tarsianos y metatarsianos	N	14	14.624	2	(109)	14.515	1.036,79	1.036,79	-	14.515	-
77.3	Osteoartrotomía sitio no especificado	N	12	16.785	3	(218)	16.567	1.380,55	1.380,55	-	16.567	-
77.3	Osteoartrotomía sitio no especificado	S	1	1.150	-	-	1.150	1.150,46	1.150,46	-	1.150	-
77.38	Osteoartrotomía de tarsianos y metatarsianos	N	17	15.279	13	(591)	14.688	863,99	863,99	-	14.688	-
77.38	Osteoartrotomía de tarsianos y metatarsianos	S	4	3.231	4	(162)	3.069	767,30	767,30	-	3.069	-
77.50	(77.50) Escisión de Hallux-Valgus por vía percutánea	N	103	133.261	43	(2.865)	130.396	1.265,98	1.265,98	-	130.396	-

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado	Núm. procesos abonados	Importe abonado	Total importe facturado	Precio medio proceso	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Total importe según convenio	Desviación importe
77.50	(77.50) Escisión de hallux-Valgus por vía percutánea	S	12	14.235	12	(712)	13.523	1.126,94	1.126,94	-	13.523	-
77.54	Escisión de hallux-Valgus (juanete)	N	3	2.717	-	-	2.717	905,57	905,57	-	2.717	-
77.54	Escisión de hallux-Valgus (juanete)	S	3	2.374	3	(119)	2.255	751,63	751,63	-	2.255	-
77.55	(77.55) Escisión de hallux-Valgus Por vía percutánea	N	303	305.377	137	(7.098)	298.279	984,42	984,42	-	298.279	-
77.55	(77.55) Escisión de hallux-Valgus por vía percutánea	S	15	13.882	14	(650)	13.232	882,11	882,11	-	13.232	-
77.56	Reparación de dedo del pie en martillo	N	127	92.558	46	(1.731)	90.827	715,17	715,17	-	90.827	-
77.56	Reparación de dedo del pie en martillo	S	4	2.470	3	(94)	2.377	594,15	594,15	-	2.377	-
77.57	Reparación de dedo del pie en garra	N	11	8.130	7	(263)	7.867	715,17	715,17	-	7.867	-
77.6	Escs. local de lesión o tej.hueso sitio no especificado	N	9	6.523	5	(185)	6.338	704,17	704,17	-	6.338	-
77.67	Escisión local de lesión o tej. hueso de tibia y per	N	1	509	1	(25)	484	483,83	483,83	-	484	-
77.68	Escisión local de lesión o tej. hueso tarsianos y m	N	2	1.140	-	-	1.140	570,23	570,23	-	1.140	-
77.69	Escisión local de lesión o tej. otro hueso NCOC	N	1	896	-	-	896	896,42	896,42	-	896	-
77.88	Otra osteotomía parcial de tarsianos y metatarsi	N	2	1.728	-	-	1.728	863,99	863,99	-	1.728	-
78.6	Extra.Disp.Int. Sitio no especificado	N	1	727	-	-	727	727,27	727,27	-	727	-
78.6	Extra.Disp.Int. Sitio no especificado	S	2	1.208	-	-	1.208	604,05	604,05	-	1.208	-
78.63	Extra.Disp.Int. de radio y cubito	S	2	1.208	-	-	1.208	604,05	604,05	-	1.208	-
78.67	Extra.Disp Sint. de tibia y perone	S	2	1.208	-	-	1.208	604,05	604,05	-	1.208	-
8.21	Escisión de chalacion	S	10	2.236	4	(46)	2.190	218,96	218,96	-	2.190	-
8.22	Escisión de otra lesión menor de parpado	N	16	3.501	4	(45)	3.456	216,00	216,00	-	3.456	-
8.22	Escisión de otra lesión menor de parpado	S	15	2.945	1	(10)	2.934	195,62	195,62	-	2.934	-
8.49	Otra reparación de entropion o ectropion	N	2	693	-	-	693	346,71	346,71	-	693	-

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado	Núm. procesos abonados	Importe abonado	Total importe facturado	Precio medio proceso	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Total importe según convenio	Desviación importe
8.49	Otra reparación de entropion o ectropion	S	18	5.635	4	(65)	5.570	309,44	309,44	-	5.570	-
8.7	Reconstrucción de parpado, N. E. O. M.	N	13	6.821	3	(82)	6.739	518,38	518,38	-	6.739	-
8.7	Reconstrucción de parpado, N. E. O. M.	S	35	16.806	15	(371)	16.435	469,58	469,58	-	16.435	-
80.21	Artroscopia de hombro	N	19	27.588	-	-	27.588	1.452,01	1.724,26	(272,25)	32.761	(5.173)
80.26	Artroscopia de rodilla	N	204	209.994	98	(5.178)	204.816	1.004,00	1.004,00	-	204.816	-
80.26	Artroscopia de rodilla	S	92	78.095	33	(1.447)	76.648	833,13	833,13	-	76.648	-
80.27	Artroscopia de tobillo	N	1	1.540	-	-	1.540	1.540,37	1.540,37	-	1.540	-
80.73	Sinovectomía de muñeca	N	10	5.217	7	(185)	5.031	503,14	503,14	-	5.031	-
80.74	Sinovectomía de mano y dedo de mano	N	32	14.801	18	(426)	14.376	449,24	449,24	-	14.376	-
80.78	Sinovectomía de pie y dedo de pie	N	7	3.239	4	(95)	3.145	449,24	449,24	-	3.145	-
80.8	Otra escisión local o destrucción de lesión de AR	N	1	1.037	-	-	1.037	1.036,78	1.036,78	-	1.037	-
81.27	Artrodesis metacarpofalangica	N	2	4.332	2	(217)	4.115	2.057,49	2.057,49	-	4.115	-
81.45	Otra reparación de los ligamentos cruzados	N	4	12.415	-	-	12.415	3.103,78	3.103,78	-	12.415	-
81.51	Sustitución total de cadera	N	52	401.223	21	(8.350)	392.872	7.555,24	7.555,24	-	392.872	-
81.51	Sustitución total de cadera	S	15	99.014	15	(4.951)	94.063	6.270,86	6.270,86	-	94.063	-
81.51	Sustitución total de cadera (sin prótesis)	S	121	367.545	15	(4.951)	362.594	2.996,65	6.270,86	(3.274,21)	758.774	(396.180)
81.54	Sustitución total de rodilla	N	39	321.063	18	(7.614)	313.448	8.037,14	8.037,14	-	313.448	-
81.54	Sustitución total de rodilla (sin prótesis)	N	88	380.382	18	(7.614)	372.768	4.236,00	8.037,14	(3.801,14)	707.268	(334.500)
81.54	Sustitución total de rodilla	S	12	84.263	12	(4.213)	80.050	6.670,83	6.670,83	-	80.050	-
81.54	Sustitución total de rodilla (sin prótesis)	S	17	58.438	12	(4.213)	54.225	3.189,69	6.670,83	(3.481,14)	113.404	(59.179)
81.59	Manipulación de prótesis	S	1	808	1	(40)	767	767,30	767,30	-	767	-
81.82	Reparación de luxación frecuente de hombro	N	9	19.155	-	-	19.155	2.128,36	2.394,40	(266,04)	21.550	(2.394)
81.83	Otra reparación de hombro	N	35	59.717	-	-	59.717	1.706,19	2.059,20	(353,01)	72.072	(12.355)
81.83	Otra reparación de hombro	S	4	3.418	-	-	3.418	854,56	1.709,12	(854,56)	6.836	(3.418)

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado	Núm. procesos abonados	Importe abonado	Total importe facturado	Precio medio proceso	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Total importe según convenio	Desviación importe
82.21	Escisión de lesión de vaina de tendón de mano	N	26	13.082	-	-	13.082	503,14	503,14	-	13.082	-
82.29	Escisión de otra lesión de tejido blando de mano	N	7	4.172	6	(180)	3.992	570,23	570,23	-	3.992	-
82.29	Escisión de otra lesión de tejido blando de mano	S	1	544	1	(27)	517	516,55	516,55	-	517	-
82.35	Otra fasciectomy de mano	N	92	89.237	36	(1.801)	87.436	950,39	950,39	-	87.436	-
82.37	(82.37) Otra fasciectomy de mano + dedo en resort	N	2	2.233	-	-	2.233	1.116,27	1.116,27	-	2.233	-
82.43	Sutura retardada de otro tendón de mano	N	1	455	1	(23)	432	431,99	431,99	-	432	-
83.13	Otra tenotomía	N	3	6.811	1	(117)	6.694	2.231,33	2.231,33	-	6.694	-
83.31	Escisión de lesión de vaina de tendón	N	6	5.647	1	(49)	5.598	933,01	933,01	-	5.598	-
83.39	Escisión de lesión de otro tejido blando	N	3	2.799	-	-	2.799	933,01	933,01	-	2.799	-
83.39	Escisión de lesión de otro tejido blando	S	1	815	1	(41)	775	774,59	774,59	-	775	-
83.4	Otra escisión de musculo, tendón y fascia	N	3	2.897	2	(98)	2.799	933,01	933,01	-	2.799	-
83.42	Otra tenonectomía (dedo martillo)	N	131	44.562	63	(1.100)	43.462	331,77	331,77	-	43.462	-
83.5	Bursectomía	N	11	5.757	2	(55)	5.702	518,39	518,39	-	5.702	-
83.5	Bursectomía	S	1	494	1	(25)	470	469,59	469,59	-	470	-
83.62	Sutura retardada de tendón	N	2	1.472	1	(38)	1.434	717,14	717,14	-	1.434	-
83.64	Otra sutura de tendón	N	2	1.901	-	-	1.901	950,38	950,38	-	1.901	-
83.81	Injerto de tendón	N	2	3.456	-	-	3.456	1.727,96	1.727,96	-	3.456	-
83.81	Injerto de tendón	N	2	3.456	-	-	3.456	1.727,96	1.727,96	-	3.456	-
84.01	Amputación y desarticulación de dedo de mano	N	1	1.851	-	-	1.851	1.850,65	1.850,65	-	1.851	-
84.3	Revisión de muñón de amputación	N	3	2.608	-	-	2.608	869,21	869,21	-	2.608	-
85.21	Escisión local de lesión de mama	N	1	864	-	-	864	863,98	863,98	-	864	-
85.31	Mamoplastia de reducción unilateral	N	7	16.539	3	(365)	16.174	2.310,56	2.310,56	-	16.174	-
85.32	Mamoplastia de reducción bilateral	N	8	19.508	4	(500)	19.008	2.375,95	2.375,95	-	19.008	-
85.7	Reconstrucción total de mama	N	33	104.616	10	(1.642)	102.973	3.120,40	3.120,40	-	102.973	-

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado	Núm. procesos abonados	Importe abonado	Total importe facturado	Precio medio proceso	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Total importe según convenio	Desviación importe
85.87	Otra reparación o reconstrucción de pezón	N	9	6.403	5	(182)	6.221	691,19	691,19	-	6.221	-
85.94	Extracción de implante de mama	N	3	2.637	1	(45)	2.592	863,98	863,98	-	2.592	-
86.04	Otra incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo	N	6	4.220	2	(73)	4.147	691,19	691,19	-	4.147	-
86.04	Otra incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo	S	1	614	-	-	614	613,84	613,84	-	614	-
86.05	Incisión con extracc. de cuerpo extraño de piel y tejido	N	4	887	2	(23)	864	216,00	216,00	-	864	-
86.11	Biopsia de piel y tejido subcutáneo	N	253	67.637	151	(2.060)	65.578	259,20	259,20	-	65.578	-
86.11	Biopsia de piel y tejido subcutáneo	S	8	1.940	5	(62)	1.878	234,79	234,79	-	1.878	-
86.2	Otra exc.loc.o dest.lesión t.piel subc.	N	611	197.958	-	-	197.958	323,99	323,99	-	197.958	-
86.2	Otra exc.loc.o dest.lesión t.piel subc.	S	1	3.228	-	-	3.228	293,47	293,47	-	3.228	-
86.21	Escisión de quiste o seno pilonidal	S	36	23.660	14	(475)	23.185	644,03	644,03	-	23.185	-
86.23	Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña	N	10	2.171	1	(11)	2.160	216,00	216,00	-	2.160	-
86.28	Desbridamiento no escisional de herida, infección	N	40	13.267	18	(307)	12.960	323,99	323,99	-	12.960	-
86.3	Otra excis.local o destr. lesión 0 tejido de piel y t.subc	N	6	1.210	1	(11)	1.200	199,98	199,98	-	1.200	-
86.3	Otra excis.local o destr. lesión 0 tejido de piel y t.subc	S	7	1.292	2	(19)	1.273	181,80	181,80	-	1.273	-
86.4	Escisión radical de lesión cutánea	N	48	29.162	12	(379)	28.783	599,65	599,65	-	28.783	-
86.4	Escisión radical de lesión cutánea	S	65	37.450	19	(567)	36.883	567,43	567,43	-	36.883	-
86.6	Injerto cutáneo libre. N. E. O. M.	N	7	17.007	3	(375)	16.632	2.375,95	2.375,95	-	16.632	-
86.6	Injerto cutáneo libre. N. E. O. M.	S	2	4.418	1	(113)	4.304	2.152,22	2.152,22	-	4.304	-
86.69	Otro injerto cutáneo a otros sitios	N	7	7.312	1	(55)	7.257	1.036,78	1.036,78	-	7.257	-
86.69	Otro injerto cutáneo a otros sitios	S	10	9.590	4	(198)	9.392	939,20	939,20	-	9.392	-
86.7	injerto de pediculo o colgajo, N. E. O. M.	N	1	2.376	-	-	2.376	2.375,95	2.375,95	-	2.376	-
86.7	Injerto de pediculo o colgajo, N. E. O. M.	S	14	30.698	5	(566)	30.131	2.152,23	2.152,23	-	30.131	-
86.74	Fijación de injerto de pediculo 0 colgajo a otros	N	3	7.128	-	-	7.128	2.375,95	2.375,95	-	7.128	-

Código según convenio	Proceso	Cupo	Núm. procesos facturados	Importe facturado	Núm. procesos abonados	Importe abonado	Total importe facturado	Precio medio proceso	Tarifa en convenio	Desviación tarifa	Total importe según convenio	Desviación importe
86.74	Fijación de injerto de pedicelo o colgajo a otros	N	2	4.752	-	-	4.752	2.375,95	2.375,95	-	4.752	-
86.74	Fijación de injerto de pedicelo o colgajo a	S	3	6.457	-	-	6.457	2.152,23	2.152,23	-	6.457	-
86.81	Reparación de debilidad facial	N	1	864	-	-	864	863,99	863,99	-	864	-
86.83	Operación plástica de reducción de tamaño	N	3	5.030	2	(171)	4.860	1.619,96	1.619,96	-	4.860	-
86.84	Relajación de cicatriz o de contractura reticula	N	9	7.326	4	(167)	7.159	795,42	795,42	-	7.159	-
86.89	Otra reparación y reconstrucción de piel y tejido	N	2	3.240	-	-	3.240	1.619,96	1.619,96	-	3.240	-
86.99	Otra operación sobre piel y tejido subcutáneo NC	N	2	1.728	-	-	1.728	863,99	863,99	-	1.728	-
87.37	Mamografía	N	1.667	43.303	568	(761)	42.542	25,52	25,52	-	42.542	-
89.00	Consultas primeras	N	3.347	122.133	1.122	(4.084)	118.049	35,27	35,27	-	118.049	-
89.02	Consultas sucesivas	N	872	24.189	-	-	24.189	27,74	27,74	-	24.189	-
9.43	Exploración de conducto nasolagrimal	S	2	505	-	-	505	252,60	252,60	-	505	-
9.81	Dacriocistorinostomia	S	28	15.940	13	(380)	15.560	555,70	555,70	-	15.560	-
91.9	Citologías	N	16.720	168.966	6.290	(3.271)	165.695	9,91	9,91	-	165.695	-
96.49	Otra instilación genitourinaria	S	16	17.632	13	-	17.632	1.102,00	1.102,00	-	17.632	-

Anexo III Fundación Hospital de Avilés
Anexo III.1 Comprobación de la actividad

Facturación					Convenio					Diferencias
Núm. Factura	Proceso	Núm. procesos	Tarifa	Importe	Objeto	Descripción	Núm. procesos	Tarifa activ	Importe	Importe
13001038	Altas en consulta	4	37,13	149	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	7
13001082	Altas en consulta	5	37,13	186	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	9
13001110	Altas en consulta	13	37,13	483	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	24
13001139	Altas en consulta	10	37,13	371	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	19
13001154	Altas en consulta	19	37,13	705	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	35
13001171	Altas en consulta	15	35,27	529	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	-
13001191	Altas en consulta	8	35,27	282	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	-
13001212	Altas en consulta	14	35,27	494	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	-
13001233	Altas en consulta	10	35,27	353	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	-
13001265	Altas en consulta	3	35,27	106	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	-
13001290	Altas en consulta	10	35,27	353	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	-
13001325	Altas en consulta	13	35,27	459	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	-
13001342	Altas en consulta	7	35,27	247	Consultas plástica	Altas en consulta	150	35,27	5.291	-
13001031	Cataratas	40	1.085,60	43.424	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	2.171
13001074	Cataratas	77	1.085,60	83.591	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	4.180
13001102	Cataratas	63	1.085,60	68.393	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	3.420
13001131	Cataratas	94	1.085,60	102.046	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	5.102
13001146	Cataratas	110	1.085,60	119.416	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	5.971
13001163	Cataratas	112	1.031,32	115.508	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	-
13001183	Cataratas	111	1.031,32	114.477	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	-
13001204	Cataratas	108	1.031,32	111.383	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	-
13001226	Cataratas	48	1.031,32	49.503	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	-
13001256	Cataratas	126	1.031,32	129.946	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	-
13001281	Cataratas	95	1.031,32	97.975	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	-
13001316	Cataratas	91	1.031,32	93.850	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	-
13001333	Cataratas	95	1.031,32	97.975	Oftalmología	Cataratas	1.085	1.031,32	1.118.982	-

Facturación					Convenio					Diferencias
13001037	Consulta cirugía vascular	54	37,13	2.005	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	100
13001081	Consulta cirugía vascular	95	37,13	3.527	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	177
13001109	Consulta cirugía vascular	22	37,13	817	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	41
13001138	Consulta cirugía vascular	75	37,13	2.785	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	140
13001153	Consulta cirugía vascular	11	37,13	408	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	20
13001170	Consulta cirugía vascular	61	35,27	2.151	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	-
13001190	Consulta cirugía vascular	85	35,27	2.998	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	-
13001211	Consulta cirugía vascular	73	35,27	2.575	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	-
13001232	Consulta cirugía vascular	143	35,27	5.044	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	-
13001264	Consulta cirugía vascular	30	35,27	1.058	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	-
13001289	Consulta cirugía vascular	41	35,27	1.446	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	-
13001324	Consulta cirugía vascular	29	35,27	1.023	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	-
13001341	Consulta cirugía vascular	85	35,27	2.998	Consultas vascular	Consulta cirugía vascular	900	35,27	31.743	-
13001030	Geriatría	64	3.017,51	193.121	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	9.656
13001073	Geriatría	127	3.017,51	383.224	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	19.162
13001101	Geriatría	121	3.017,51	365.119	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	18.256
13001130	Geriatría	108	3.017,51	325.891	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	16.295
13001145	Geriatría	119	3.017,51	359.084	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	17.955
13001162	Geriatría	121	2.866,63	346.862	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	-
13001182	Geriatría	104	2.866,63	298.130	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	-
13001203	Geriatría	88	2.866,63	252.263	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	-
13001225	Geriatría	72	2.866,63	206.397	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	-
13001255	Geriatría	65	2.866,63	186.331	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	-
13001280	Geriatría	115	2.866,63	329.662	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	-
13001315	Geriatría	114	2.866,63	326.796	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	-
13001332	Geriatría	86	2.866,63	246.530	Geriatría	Geriatría	1.260	2.866,63	3.611.954	-
13001032	Intervenciones cirugía vascular	39	1.109,11	43.255	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	2.163
13001075	Intervenciones cirugía vascular	59	1.109,11	65.437	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	3.272
13001103	Intervenciones cirugía vascular	49	1.109,11	54.346	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	2.718
13001132	Intervenciones cirugía vascular	39	1.109,11	43.255	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	2.163
13001147	Intervenciones cirugía vascular	50	1.109,11	55.456	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	2.773

Facturación					Convenio					Diferencias
13001164	Intervenciones cirugía vascular	49	1.053,65	51.629	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	-
13001184	Intervenciones cirugía vascular	48	1.053,65	50.575	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	-
13001205	Intervenciones cirugía vascular	60	1.053,65	63.219	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	-
13001257	Intervenciones cirugía vascular	35	1.053,65	36.878	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	-
13001282	Intervenciones cirugía vascular	68	1.053,65	71.648	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	-
13001317	Intervenciones cirugía vascular	20	1.053,65	21.073	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	-
13001334	Intervenciones cirugía vascular	30	1.053,65	31.610	Cirugía vascular	Intervenciones cirugía vascular	460	1.053,65	484.679	-
13001040	Mamog diag. Y scree. (est. Habituales)	75	24,61	1.846	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	92
13001084	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	27	24,61	664	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	33
13001112	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	11	24,61	271	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	14
13001141	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	19	24,61	468	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	23
13001156	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	28	24,61	689	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	34
13001173	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	72	23,38	1.683	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	-
13001193	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	80	23,38	1.870	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	-
13001214	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	28	23,38	655	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	-
13001235	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	56	23,38	1.309	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	-
13001267	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	149	23,38	3.484	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	-
13001292	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	163	23,38	3.811	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	-
13001327	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	167	23,38	3.904	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	-
13001344	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	125	23,38	2.923	Screening mama	Mamografía diag. Y screening (est. habituales)	1.090	23,38	25.484	-
13001040	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	288	29,53	8.505	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	426

Facturación					Convenio					Diferencias
13001084	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	775	29,53	22.886	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	1.147
13001112	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	639	29,53	18.870	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	946
13001141	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	627	29,53	18.515	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	928
13001156	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	587	29,53	17.334	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	869
13001173	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	571	28,05	16.017	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	-
13001193	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	218	28,05	6.115	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	-
13001214	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	460	28,05	12.903	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	-
13001235	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	203	28,05	5.694	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	-
13001267	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	599	28,05	16.802	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	-
13001292	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	757	28,05	21.234	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	-
13001327	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	683	28,05	19.158	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	-
13001344	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	406	28,05	11.388	Screening mama	Mamografía diag.y screening (est.ampliados)	6.446	28,05	180.810	-
13001035	Primeras consultas	76	37,13	2.822	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	141
13001079	Primeras consultas	103	37,13	3.824	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	192
13001107	Primeras consultas	123	37,13	4.567	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	229
13001136	Primeras consultas	118	37,13	4.381	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	219
13001151	Primeras consultas	140	37,13	5.198	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	260
13001168	Primeras consultas	119	35,27	4.197	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	-
13001188	Primeras consultas	101	35,27	3.562	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	-
13001209	Primeras consultas	133	35,27	4.691	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	-
13001230	Primeras consultas	67	35,27	2.363	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	-
13001262	Primeras consultas	101	35,27	3.562	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	-
13001287	Primeras consultas	159	35,27	5.608	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	-

Facturación					Convenio					Diferencias
13001322	Primeras consultas	200	35,27	7.054	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	-
13001339	Primeras consultas	118	35,27	4.162	Alergias	Primeras consultas	1.500	35,27	52.905	-
13001039	Prueba agudeza visual	178	21,15	3.765	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	189
13001083	Prueba agudeza visual	126	21,15	2.665	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	134
13001111	Prueba agudeza visual	195	21,15	4.124	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	207
13001140	Prueba agudeza visual	165	21,15	3.490	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	175
13001155	Prueba agudeza visual	205	21,15	4.336	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	217
13001172	Prueba agudeza visual	227	20,09	4.560	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	-
13001192	Prueba agudeza visual	159	20,09	3.194	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	-
13001213	Prueba agudeza visual	207	20,09	4.159	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	-
13001234	Prueba agudeza visual	87	20,09	1.748	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	-
13001266	Prueba agudeza visual	89	20,09	1.788	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	-
13001291	Prueba agudeza visual	203	20,09	4.078	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	-
13001326	Prueba agudeza visual	188	20,09	3.777	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	-
13001343	Prueba agudeza visual	186	20,09	3.737	Oftalmología	Prueba agudeza visual	2.000	20,09	40.180	-
13001106	Reconstrucción mamaria (1º tiempo)	1	1.586,20	1.586	Plastia reconstrucción de mamas	Reconstruccion mamaria (1º tiempo)	5	1.506,89	7.534	79
13001229	Reconstrucción mamaria (1º tiempo)	1	1.506,89	1.507	Plastia reconstrucción de mamas	Reconstruccion mamaria (1º tiempo)	5	1.506,89	7.534	-
13001337	Reconstrucción mamaria (1º tiempo)	1	1.506,89	1.507	Plastia reconstrucción de mamas	Reconstruccion mamaria (1º tiempo)	5	1.506,89	7.534	-
13001036	Serv. Alergolog. Revisiones	89	18,05	1.606	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	80
13001080	Serv. Alergolog. Revisiones	77	18,05	1.390	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	69
13001108	Serv. Alergolog. Revisiones	77	18,05	1.390	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	69
13001137	Serv. Alergolog. Revisiones	77	18,05	1.390	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	69
13001152	Serv. Alergolog. Revisiones	77	18,05	1.390	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	69
13001169	Serv. Alergolog. Revisiones	77	17,15	1.321	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	-
13001189	Serv. Alergolog. Revisiones	77	17,15	1.321	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	-
13001210	Serv. Alergolog. Revisiones	77	17,15	1.321	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	-
13001231	Serv. Alergolog. Revisiones	92	17,15	1.578	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	-
13001263	Serv. Alergolog. Revisiones	92	17,15	1.578	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	-
13001288	Serv. Alergolog. Revisiones	92	17,15	1.578	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	-

Facturación					Convenio					Diferencias
13001323	Serv. Alergolog. Revisiones	92	17,15	1.578	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	-
13001340	Serv. Alergolog. Revisiones	93	17,15	1.595	Alergias	Serv. Alergolog. Revisiones	1.000	17,15	17.150	-

Anexo III.2 Comprobación de las tarifas

Procedimientos clínicos	Núm. procesos	Importe facturado	Tarifa factura	Tarifa convenio	Diferencia tarifas	Diferencia importe
Artrodesis inierfalangica	1	469	469,14	445,68	23	23
Artroscopia de rodilla	160	143.976	936,13	889,32	234	1.685
Bursectomia	4	2.605	676,71	642,87	34	34
Circuncisión	18	4.618	269,28	255,82	13	13
Desbridamiento no exicional de herida, infección o quemadura	18	6.023	338,35	321,43	85	237
Escisión de varicocele e hidrocele de cordón espermático	4	3.000	750,02	750,02	-	-
Excs.local de lesión o tej hueso sitio no especificado	3	1.308	451,15	428,59	23	23
Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña	1	226	225,57	214,29	11	11
Incisión con extracc. De cuerpo extraño de piel y tejido sub	2	451	225,57	214,29	23	23
Ins.prótesis crist. Lntaoc momento extrac catarata una etapa	1.170	1.227.488	1.085,60	1.031,32	271	20.844
Liberación de túnel carpiano	92	62.635	704,95	669,70	247	1.022
Ligadura y extirpación de varices v de miembros inferiores	546	588.381	1.109,11	1.053,65	277	13.089
Mastectomia simple unilateral	1	857	857,16	857,16	-	-
Otra tenotomia	4	4.286	1.071,46	1.071,46	-	-
Otra decompr o lisis de adherenc. De nervio o ganglio perif.	4	2.714	704,95	669,70	35	35
Otra escisión local o destrucción de lesión de articulación	1	902	902,27	857,16	45	45
Otra exc. Local o destr. Lesión o tejido de piel y t.subcut.	45	9.065	208,86	198,42	52	136
Otra exc.loc.o dest.lesion t.piel sube.	217	70.985	338,35	321,43	85	1.235
Otra Escisión, fusión y reparación de dedos de los pies (prot.)	2	857	428,59	428,59	-	-
Otra fasciectomia de mano	48	32.886	704,95	669,70	212	740
Otra herniorrafia umbilical	4	4.286	1.071,45	1.071,45	-	-
Otra incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo	2	1.714	857,16	857,16	-	-
Otra incisión de piel y tejido subcutáneo	19	4.094	225,57	214,29	11	23
Otra operación de la región abdominal ncoc	1	1.071	1.071,45	1.071,45	-	-
Otra reparación plástica de oído externo	7	4.164	594,91	594,91	-	-
Otra reparación y reconstrucción de piel y tejido subcutáneo	2	3.214	1.607,15	1.607,15	-	-
Otra tenotomia (dedo martillo)	24	7.917	338,35	321,43	68	203
Otra tenodesis de mano	9	7.714	857,16	857,16	-	-
Otra escisión de músculo, tendón y fascia (dedo resorte)	20	13.027	676,71	642,87	68	169

Procedimientos clínicos	Núm. procesos	Importe facturado	Tarifa factura	Tarifa convenio	Diferencia tarifas	Diferencia importe
Otras Escisiones o eclusiones de nervios craneales o periféricos	2	643	321,43	321,43	-	-
Otras operaciones sobre músculo, tendón y fascia de mano	1	429	428,59	428,69	(0)	(0)
Otras operaciones sobre piel y tejido subcutáneo	13	4.246	338,35	321,43	51	68
Otras operaciones plásticas sobre mano	1	857	857,16	857,16	-	-
Otro injerto cutáneo a otros sitios	1	451	451,15	428,59	23	23
Reconstrucción total de mama	1	2.580	2.579,80	2.579,80	-	-
Reconstrucción de parpado, n. E. O. M	3	964	321,43	321,43	-	-
Relajación de cicatriz o de contractura reticulada de piel	1	429	428,59	428,59	-	-
Reparación unilateral de hernia inguinal, n e. O. M	28	29.536	1.054,84	1.054,84	-	-
Reparación de dedo del pie en garra	2	660	338,35	321,43	17	17
Ritidectomia de parpado inferior	2	857	428,59	428,59	-	-
Sutura retardada de otro tendón de mano	1	429	428,59	428,59	-	-
Vasectomía	116	40.643	362,07	343,97	72	742
Escisión local de lesión o tej. Hueso tarsianos y metatarsianos	1	643	642,87	642,87	-	-
Escisión otra lesión o tejido de cordón espermático y epidid	1	902	902,27	857,16	45	45
Escisión radical de lesión cutánea	193	117.604	626,22	594,91	157	2.787
Escisión simple de otra estructura linfática	2	440	225,57	214,29	11	11
Escisión de hallux-valgus (juanete)	66	58.333	909,33	863,86	182	1.319
Escisión de lesión de otro tejido blando	14	12.000	857,16	857,16	-	-
Escisión de lesión de vaina de tendón ce mano	17	7.717	469,14	445,68	94	141
Escisión de otra lesión de tejido blando de mano	6	3.891	676,71	642,87	34	34
Escisión de otra lesión menor de parpado	56	12.090	225,57	214,29	45	90
Escisión de quiste o seno pilonidal	13	10.008	769,81	769,81	-	-