



SUMARIO

(Continuación del fascículo 1 de 2)

3. Otras disposiciones

PÁGINA

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

Resolución de 15 de octubre de 2009, por la que se ordena la publicación del Informe de fiscalización sobre el análisis comparativo de la gestión desarrollada por los hospitales comarcales de Riotinto y Montilla, correspondiente al ejercicio 2007. 114

Resolución de 15 de octubre de 2009, por la que se ordena la publicación del Informe de Fiscalización Integral del Distrito de Atención Primaria Jaén Norte, correspondiente al ejercicio 2006. 169

Número formado por dos fascículos

Lunes, 9 de noviembre de 2009

Año XXXI

Número 218 (2 de 2)

Edita: Servicio de Publicaciones y BOJA
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA
Secretaría General Técnica.
Dirección: Apartado Oficial Sucursal núm. 11. Bellavista.
41014 SEVILLA
Talleres: Servicio de Publicaciones y BOJA



Teléfono: 95 503 48 00*
Fax: 95 503 48 05
Depósito Legal: SE 410 - 1979
ISSN: 0212 - 5803
Formato: UNE A4

3. Otras disposiciones

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

RESOLUCIÓN de 15 de octubre de 2009, por la que se ordena la publicación del Informe de fiscalización sobre el análisis comparativo de la gestión desarrollada por los hospitales comarcales de Riotinto y Montilla, correspondiente al ejercicio 2007.

En virtud de las facultades que me vienen atribuidas por el artículo 21 de la Ley 1/1988, de 17 de marzo, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y del acuerdo adoptado por el Pleno de esta Institución, en la sesión celebrada el 27 de mayo de 2009,

R E S U E L V O

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de fiscalización sobre el análisis comparativo de la gestión desarrollada por los hospitales comarcales de Riotinto y Montilla, correspondiente al ejercicio 2007.

Sevilla, 15 de octubre de 2009.- El Consejero Mayor, Rafael Navas Vázquez.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA GESTIÓN DESARROLLADA POR LOS HOSPITALES COMARCALES DE RIOTINTO Y MONTILLA

2007

(OE 08/2008)

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 27 de mayo de 2009, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de fiscalización sobre el análisis comparativo de la gestión desarrollada por los hospitales comarcales de Riotinto y Montilla, correspondiente al ejercicio 2007.

Í N D I C E

I. INTRODUCCIÓN

II. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO

III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

III.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS HOSPITALES

III.2. FIJACIÓN DE OBJETIVOS

III.2.1. Objetivos estratégicos firmados en el marco del contrato programa

III.2.2. Objetivos específicos por áreas

III.3. EFICACIA Y EFICIENCIA

III.3.1. Indicadores de actividad en hospitalización y consultas

III.3.1.1. Actividad de hospitalización

III.3.1.2. Actividad de consultas

III.3.2. Indicadores relativos a la actividad de urgencias

III.3.3. Indicadores relativos a la actividad quirúrgica

III.4. ANÁLISIS DE INDICADORES ECONÓMICOS

III.4.1. Modelos de financiación y estructura financiera

III.4.2. Consumo de material sanitario

III.4.3. Otros indicadores económicos

III.5. PLANES DE INVERSIÓN: INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

III.6. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. ANEXOS

VI. ALEGACIONES

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

AGD	Aplicación para la Gestión de la Demanda Quirúrgica.
BOJA	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.
CA	Consultorio Auxiliar.
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CL	Consultorio Local.
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria.
CmA	Cirugía menor Ambulatoria.
CMBD	Conjunto Mínimo de Datos Básicos.
CRP	Complemento del Rendimiento Profesional.
CS	Centro de Salud.
€	Euros.
EDP	Evaluación del Desempeño Profesional.
EPHAG	Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.
GPP	Gestión por Procesos.
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico.
H	Hospital.
HARE	Hospital de Alta Resolución.
HDM	Hospital de Día Médico.
HDQ	Hospital de Día Quirúrgico.
IESA	Instituto de Estudios Sociales de Andalucía.
INFHOS	Sistema de Información de Consultas Hospitalarias.
INIHOS	Sistema de Información Interhospitalaria.
IUE	Índice Utilización de Estancias.
LGHP	Ley General de Hacienda Pública
LPA	Línea de Proceso Asistencial.
PGC	Plan General de Contabilidad.
SAS	Servicio Andaluz de Salud.
S/D	Sin datos.
SICPRO	Sistema de Información Seguimiento del Contrato Programa.
SSCC	Servicios Centrales.
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.

I. INTRODUCCIÓN

1. La Cámara de Cuentas de Andalucía de acuerdo con las funciones atribuidas por la Ley 1/1988, de 17 de marzo, incluyó en el Plan de Actuaciones para 2008, un informe de fiscalización sobre el análisis comparativo de la gestión desarrollada en el ejercicio 2007 por los hospitales comarcales de Montilla (Córdoba), integrado en la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir y el Hospital de Riotinto (Huelva), dependiente del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

2. El artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas de las prestaciones y servicios necesarios.

3. Por su parte, el Estatuto de Autonomía para Andalucía en su artículo 55, confiere a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), de conformidad con lo establecido en el artículo 45.1 de la Ley de Salud de Andalucía, está compuesto por los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud o adscritos al mismo, así como por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas (agencias públicas empresariales) o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, adscritas a la administración sanitaria de la Junta de Andalucía, y por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

5. La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar se crea adscrita a la Consejería de Salud, por la Ley 11/1999 de 30 de noviembre.

6. La constitución efectiva de la empresa tiene lugar con la aprobación de sus Estatutos por el decreto 48/2000, de 7 de febrero, como Entidad de Derecho Público de las previstas en el artículo 6.1.b de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía (LGHP).

7. Su objeto, definido en su norma de creación y en sus Estatutos, modificados por la disposición final tercera del decreto 190/2006, de 31 de octubre, consiste en *“llevar a cabo la gestión del Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén); la gestión del Hospital de Montilla (Córdoba); la gestión de los centros hospitalarios de alta resolución que se establezcan en las provincias de Córdoba y Jaén; la prestación de asistencia sanitaria a las personas incluidas en el ámbito geográfico y poblacional que se asigne; así como aquellas funciones que por razón de su objeto se le encomienden.”*

8. La empresa goza de personalidad jurídica propia, de plena capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento de sus fines y de patrimonio propio. Su personal se rige por el derecho laboral, las relaciones patrimoniales por el Derecho privado, y el régimen de contratación se ajusta a las previsiones de la legislación de contratos de las Administraciones Públicas.

9. El régimen presupuestario, económico financiero, de contabilidad, intervención y de control financiero de la empresa es el establecido en la LGHP. Las cuentas anuales se presentan cumpliendo lo establecido en la Resolución de 4 de marzo de 2002 de la Intervención General de la Junta de Andalucía por la que se aprueba el PGC aplicable a las empresas de la Junta de Andalucía.

10. El hospital de Montilla (Córdoba) se adscribe a la empresa por la Orden de la Consejería de Salud de fecha 13 de noviembre de 2003 (BOJA de 19 de noviembre de 2003). Junto con el de Andujar (Jaén), son los dos hospitales comarcales que integran la EPHAG, el resto de los centros sanitarios integrados se califican como “Centros Hospitalarios de Alta Resolución”. El hospital de Montilla da cobertura sanitaria a 62.700 habitantes de la comarca, siendo su área de influencia las poblaciones de

Aguilar de la Frontera, Fernán Núñez, Montalbán, Montemayor, Montilla y La Rambla.¹

11. El centro cuenta con 70 camas y es atendido por un total de 374 profesionales (310 personal sanitario y 64 personal no sanitario).

12. Todos los centros integrados en la EPHAG tienen la misma estructura organizativa, y comparten los puestos de dirección gerencia, dirección de sistemas de información e informática, dirección de recursos humanos y dirección económico financiera. Los puestos directivos exclusivos del hospital son la dirección de procesos asistenciales (homólogo de dirección médica en los hospitales del SAS) y la dirección de cuidados de enfermería.

13. El hospital comarcal de Riotinto está incluido en la red de centros de atención especializada del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Se crea en 1984 y en la actualidad dispone de 113 camas. La plantilla presupuestaria del hospital es de 480 personas (329 personal sanitario y 151 personal no sanitario). La población de cobertura atendida por el hospital es de 68.341 habitantes (comarcas de la Cuenca Minera, Sierra de Huelva y El Andévalo).²

14. En cuanto a su estructura directiva responde al modelo clásico de los hospitales del SAS, y cuenta con los puestos de dirección gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y dirección y subdirección económica y de servicios generales.

15. El régimen jurídico del personal del hospital es el estatutario, regulado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre que aprueba el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

II. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO

16. El objetivo que se plantea en el presente trabajo de fiscalización es el análisis comparati-

vo de la gestión desarrollada en el ejercicio 2007 por dos centros hospitalarios públicos (hospital de Montilla y hospital de Riotinto), integrantes ambos del SSPA, con el fin de determinar si la diferencia de régimen jurídico y dependencia funcional, refleja diferencias en términos de eficacia, eficiencia, economía, equidad y calidad de las prestaciones sanitarias.

La comprensión adecuada del presente informe requiere una lectura global del mismo. Cualquier conclusión sobre un párrafo o epígrafe pudiera no tener sentido aisladamente considerada.³

17. El trabajo ha consistido en realizar un análisis comparativo de la gestión integral de ambos centros sanitarios, desde el punto de vista de la actividad asistencial, actividad quirúrgica, gestión de las listas de espera, calidad de la atención hospitalaria y gestión económica de los recursos.

18. El análisis se ha realizado utilizando los sistemas de información e indicadores definidos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud. Para la selección de los indicadores se han aplicado criterios de validez, relevancia, comparabilidad y “mínimo número-máxima información”.

19. El trabajo de campo se ha llevado a cabo en los dos centros hospitalarios y en los servicios centrales del SAS, validando las fuentes de datos de los sistemas de información.

20. Se han analizado los niveles de fijación de objetivos y su grado de integración, tanto los incluidos en los contratos programa de los dos centros hospitalarios, como los objetivos internos fijados por las direcciones de los centros.

21. Por otra parte, se ha comprobado en ambos hospitales el cumplimiento del decreto de garantías de tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas (Decreto 209/2001, de 18 de septiembre).

¹ Punto 10 modificado por la alegación presentada.

² Punto 13 modificado por la alegación presentada.

³ Punto modificado por la alegación presentada.

III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

III.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS HOSPITALES

22. Aunque ambos centros hospitalarios pertenecen al SSPA, se diferencian significativamente en la estructura organizativa y en la forma de abordar la atención sanitaria prestada al ciudadano.

23. El hospital de Montilla, como se expone en el epígrafe de introducción, nace en el año 2003. Su creación relativamente reciente le permite incorporar en su organización el enfoque de “Gestión por Procesos (GPP)”, frente al enfoque tradicional por servicios y especialidades al que responden la mayor parte de los hospitales del SAS, y en concreto el hospital comarcal de Ríotinto.

24. La GPP se estableció como uno de los objetivos del III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) y en el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud. Se propone como una alternativa a la gestión y organización tradicional de la asistencia sanitaria. Es una herramienta que tiene como objetivos mejorar la “calidad total” y los resultados asistenciales en términos de efectividad clínica, satisfacción de los pacientes y de los profesionales y el uso adecuado de los recursos.

25. El proceso asistencial integrado se define como “El conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios”. La GPP exige la interconexión entre distintos niveles de la atención sanitaria: atención primaria, atención especializada y hospitalaria. Consiste en establecer un continuo asistencial para cada proceso o síntoma concreto, de forma que, con independencia del recurso elegido por el ciudadano, la asistencia prestada responda a los parámetros de eficiencia y calidad esperados por los usuarios.

26. En definitiva y simplificando la multiplicidad de conceptos, esta forma de organización de la asistencia está orientada a los problemas de salud que presenta el paciente, más que a las áreas de conocimiento o especialidades.

27. Atendiendo a esta filosofía de organización de la atención sanitaria, el hospital de Montilla (EPHAG), se estructura en las siguientes Líneas de Procesos Asistenciales:

- Línea de Procesos Críticos y Urgentes: medicina intensiva, urgencias y observación.

- Línea de Procesos Médicos Generales del Adulto: medicina interna, cardiología, aparato digestivo y neumología.

- Línea de Procesos Quirúrgicos Generales del Adulto: cirugía general, urología, otorrinolaringología, dermatología y oftalmología.

- Línea de Procesos Materno-Infantiles y Ginecológicos: ginecología y obstetricia y pediatría.

- Línea de Procesos Traumatológicos: traumatología y rehabilitación.

Como apoyo a las líneas de procesos asistenciales se definen las siguientes áreas instrumentales especializadas: Área de diagnóstico por la imagen, área de anestesiología y bloque quirúrgico, área de biotecnología y área de farmacia.

28. Orgánicamente tanto las líneas como las áreas instrumentales tienen el mismo nivel jerárquico, dependientes del director de procesos asistenciales, puesto asimilable al director médico en los hospitales del SAS. En el organigrama se representan de forma transversal a las líneas de procesos. Todos los centros que integran la EPHAG responden al mismo modelo de organización, compartiendo la dirección gerencia y las direcciones de recursos humanos, económico-financiera y de sistemas de información e informática (Organigrama en Anexo I).

29. La dirección del hospital comarcal de Ríotinto se organiza según lo establecido en el Decreto 105/1986, modificado por el Decreto 462/1996, sobre ordenación de asistencia sani-

taria especializada y órganos de dirección de los hospitales.

30. Según el citado decreto, la dirección unipersonal del hospital recae en el director gerente del que dependen: dirección médica, dirección de enfermería y direcciones económico-administrativa y de servicios generales (unificadas éstas últimas en una única dirección en el hospital de Riotinto). En la plantilla del hospital aparece ocupado el cargo de subdirector médico, no obstante su titular, aunque recibe sus retribuciones desde el hospital, presta sus servicios en los SSCC del SAS.

31. Respecto a la parte asistencial, el hospital comarcal de Riotinto responde a una estructura convencional de organización de los servicios por especialidades, con un total de 9 jefaturas según la cartera de servicios de un centro de su nivel: traumatología, medicina interna, anestesiología, cirugía, UCI urgencias, pediatría, ginecología, análisis clínicos y radiología. (Organograma en Anexo II).

32. En el cuadro siguiente se exponen los datos de interés general, desde el punto de vista de organización, correspondiente a ambos hospitales:

HOSPITALES	RIOTINTO	MONTILLA
Población	68.341	62.700
Plantilla presupuestaria ⁴	480	374
Puestos directivos	5	6 (*)
Direcciones/Jefaturas asistenciales	9	9
Nº camas hospitaliz.	113	70

Cuadro nº 1

(*) 4 directivos compartidos con el resto de centros de la empresa.

III.2 FIJACIÓN DE OBJETIVOS

33. En cada uno de los hospitales se distinguen los siguientes niveles de fijación de objetivos:

III.2.1 Objetivos estratégicos firmados en el marco del contrato programa

34. Desde hace más de una década, cada año se han aprobado los distintos contratos programas

como instrumentos de relación entre la Consejería de Salud y los diferentes proveedores sanitarios, donde se establecen las prioridades y actuaciones y los distintos objetivos a alcanzar durante su vigencia por parte de las distintas instituciones y centros que prestan servicios de salud de modo directo.

35. Las líneas estratégicas se encuentran definidas en el III Plan Andaluz de Salud y en el II Plan de Calidad, ambos con vigencia hasta el 2008. En el ejercicio 2005 se aprueba el contrato programa que recogía el enfoque estratégico y objetivos globales para los cuatro años siguientes y en cada uno de los ejercicios, desde entonces, se presentan y fijan los objetivos específicos encaminados a conseguir los objetivos generales.

36. En el caso de los hospitales que tienen forma jurídica de empresa pública, el contrato programa se compromete y firma por la Consejera de Salud y la dirección gerencia del hospital.

37. A partir de este primer nivel de compromiso, los objetivos a cumplir se establecen en cascada entre el director gerente y las distintas direcciones de la empresa y estas a su vez, con las direcciones de línea de ellas dependientes.⁵

38. En el caso de los hospitales dependientes del SAS, es el gerente del organismo el que compromete los objetivos a cumplir por los centros hospitalarios de su competencia con la Consejera de Salud.

39. El contrato programa es el instrumento del que se dota a la dirección gerencia del SAS para establecer las actividades a realizar por sus centros y los recursos de los que éstos dispondrán. Estos objetivos se individualizan posteriormente con cada uno de los gerentes de los hospitales que a su vez, siguiendo el proceso en cascada, negociarán con los niveles siguientes de las líneas jerárquicas de su centro hospitalario.

40. En ambos modelos de gestión, el cumplimiento de los objetivos marcados en el contrato programa está vinculado al complemento retributivo de productividad.

⁴ Cuadro modificado por la alegación presentada.

⁵ Punto 37 modificado por la alegación presentada.

III.2.2 Objetivos específicos por áreas

- Hospital de Montilla (EPHAG)

41. Para la fijación y evaluación de los objetivos generales y específicos la empresa cuenta con un cuadro de mando integral en el que se describen todos los niveles de objetivos, los indicadores para su medición, los resultados obtenidos y el grado de consecución, todo ello a partir de las directrices del contrato programa.

42. El cuadro de mando permite un seguimiento y evaluación continua de la gestión realizada por todas y cada una de las áreas, por lo que las posibles desviaciones se analizan y corrigen con carácter inmediato.

43. La consecución de los objetivos marcados se vincula a sus correspondientes conceptos retributivos de carácter variable.

44. En el hospital de Montilla, las retribuciones del personal, a excepción del personal directivo, se rigen por lo acordado en el convenio colectivo de la EPHAG, actualmente con vigencia 2005/2008. El artículo 38 del convenio colectivo define la estructura retributiva de todos los centros dependientes de la empresa, incluyendo entre sus incentivos variables el denominado "incentivo A".

	Cumplimiento 120%	Cumplimiento 80%
Personal regulado por convenio		
% descendentes según clasificación profesional	32%-12%	22%- 6%
Direcciones LPA	34%	-
Dirección procesos y dirección de enfermería	38%	-
Dirección Gerencia EPHAG	40%	-

Cuadro nº 2

- Hospital de Riotinto

50. Para estimular las actuaciones afines a los objetivos establecidos por la organización, se establece un sistema retributivo que incentiva a los profesionales que prestan servicio en los centros sanitarios integrantes del SAS.

51. La Resolución 2215/07 de 20 de agosto, de la dirección gerencia del SAS, modificada por la Resolución 2514/07 de 14 de diciembre, establece el complemento de productividad factor variable, vinculado al rendimiento profesional por la consecución de resultados.

45. Se trata de un concepto salarial variable, no consolidable. Está vinculado a la evaluación del cumplimiento de los objetivos marcados por el área correspondiente.

46. Para cada individuo se establecen dos vinculaciones, una a los objetivos de la unidad a la que pertenece y otra a objetivos personales para la contribución a los fines comunes.

47. Para devengar el incentivo A, es preciso alcanzar, al menos, un determinado nivel de consecución. El nivel mínimo se establece en un 80% del cumplimiento fijado. Frente a éste, el nivel máximo de consecución de un objetivo se fija en el 120%.

48. Al final del primer cuatrimestre del año siguiente, se evalúan los objetivos alcanzados por cada persona en cada área para abonar el incentivo correspondiente al ejercicio cerrado.

49. Las cuantías del incentivo de productividad se establecen en porcentajes aplicados sobre la suma del salario base más el complemento funcional que el trabajador tenga en ese momento (concepto retributivo equivalente al complemento específico en los hospitales del SAS):

52. En la misma resolución se establecen las cuantías a percibir por las distintas categorías profesionales, vinculando el 60% al cumplimiento de objetivos generales y el 40% restante al cumplimiento de objetivos específicos de cada área o servicio.

53. Los objetivos, cuyo número será reducido, deben ser pactados y alcanzables por el equipo, adecuándose a las características de cada unidad, servicio o centro. El documento donde se definen y pactan los objetivos se denomina "acuerdo de objetivos", donde se especifica la

relación nominal de los miembros del equipo, categoría y vinculación laboral, así como todos los objetivos, tanto comunes como específicos y sus fichas de evaluación correspondiente.

54. El complemento variable por productividad se compone de dos partes:

- Complemento del rendimiento profesional (CRP): se refiere a la consecución de los objetivos definidos para una unidad o servicio. Supone hasta un 80% del complemento de productividad.

- Evaluación del desempeño profesional (EDP): se refiere a la valoración individual del individuo y su contribución a los fines establecidos (20% del complemento de productividad).

55. El sistema establece un reparto de remanentes entre las unidades de un mismo centro que cumplan al menos el 60% de los objetivos marcados, por lo que serán susceptibles de recibir cantidades adicionales por los remanentes de aquellas otras que estén por debajo de dicho punto de corte.

56. En el análisis realizado se ha podido comprobar que las áreas asistenciales tienen definidos objetivos generales y específicos, pero las no asistenciales no disponen de nivel de desarrollo, estableciéndose exclusivamente objetivos de carácter general.

57. El hospital no cuenta con un cuadro de mando que permita una evaluación continuada de la consecución de los objetivos. La valoración, según la información aportada por el hospital, se realiza en los servicios centrales del SAS al final del ejercicio económico, y las cuantías se abonan en el primer cuatrimestre del ejercicio siguiente.

58. Los profesionales del hospital manifiestan desconocimiento de las cuantías que van a percibir en el caso de consecución de los fines propuestos, ya que el cálculo se realiza de forma centralizada.

59. La valoración del equipo directivo también se realiza de forma centralizada, y no se dispone

de información documental en la que se pueda contrastar la consecución de los objetivos asignados a la dirección del hospital y su correspondencia con los importes recibidos en concepto de productividad.

60. Se ha podido comprobar que en ambos sistemas de gestión por objetivos los profesionales se sienten implicados en su consecución, no obstante, la evaluación continuada y un desglose más pormenorizado de los niveles de objetivos en el caso del hospital de Montilla, así como un cálculo más simplificado de los porcentajes de objetivos alcanzados y de las cantidades a percibir, permiten al personal de este hospital una mayor implicación que la observada en el hospital de Riotinto, y por ende un mayor porcentaje de consecución.

61. En ambos hospitales se ha comprobado la correcta cumplimentación de la documentación que integra el establecimiento y evaluación de los objetivos, tanto los de carácter general como específicos.

62. En los epígrafes siguientes se definen y evalúan los indicadores establecidos por el sistema para la consecución de los objetivos en cumplimiento de los criterios de eficacia, eficiencia, calidad y equidad en las prestaciones sanitarias.

III.3 EFICACIA Y EFICIENCIA

63. Para medir de la eficacia, eficiencia y calidad asistencial alcanzada por los hospitales objeto de análisis, se han utilizado los indicadores que la Consejería de Salud tiene definidos como instrumento de información y gestión, y que permiten, desde el ejercicio 1984, disponer de una información comparada de la actividad desarrollada por los hospitales integrantes del SSPA.

64. Los sistemas de información que han sido consultados durante el trabajo de campo para el cálculo de indicadores han sido los siguientes:

- INIHOS: El “Sistema de Información Interhospitalaria”, es un modelo estadístico de evaluación comparativa de la actividad asistencial hospitalaria de los distintos servicios o unidades de especialización.

Con periodicidad mensual se obtienen un conjunto de indicadores referente a la utilización de recursos, productividad y rendimiento asistencial en las áreas de hospitalización, consultas externas, quirófanos, obstetricia, urgencias y servicios centrales.

La recogida de datos de entrada se establece a partir de los registros existentes en los hospitales que integran el sistema, de acuerdo con un conjunto de definiciones únicas. El sistema está diseñado para integrar la totalidad de los hospitales andaluces: la red del Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud.

- **CMBD:** Este sistema de información es el denominado “Conjunto Mínimo de Datos Básicos” y es utilizado para el cálculo de indicadores sanitarios. A diferencia del INIHOS, este sistema recoge información personalizada de cada uno de los usuarios del centro sanitario (identificación del paciente y procedencia) y de la asistencia sanitaria que recibe durante su estancia en el hospital (diagnósticos y procedimientos sanitarios realizados para la obtención del diagnóstico clínico), además de datos de carácter administrativos (fecha de ingreso, alta, intervención, etc.). La información se obtiene de la historia clínica de cada paciente. Los diagnósticos y procedimientos se codifican siguiendo la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC), publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La explotación de los datos se realiza y presenta mediante GRD “Grupos Relacionados por el Diagnóstico”. Consiste en un sistema de clasificación de pacientes en el que los episodios asistenciales presentan cierto nivel de homogeneidad clínica y un consumo esperado de recursos similar. Cada clase o grupo de GRD lleva asociado un peso relativo (puntos GRD) como expresión del coste relativo de dicho grupo.

La información se analiza y valida en los SSCC del SAS. Anualmente se publica la explotación de los datos del CMBD de todos los hospitales del sistema sanitario público, lo que permite la comparación de los resultados obtenidos.

- **INFHOS:** Sistema de información de consultas especializadas del sistema sanitario público de Andalucía (SSPA).

- **SICPRO:** Sistema de información para el seguimiento de los indicadores propuestos en el contrato programa.

- **AGD:** Aplicación para la gestión de la demanda quirúrgica.

COANH: Sistema de contabilidad de gestión hospitalaria (sólo aporta datos de los hospitales integrados en el SAS).

65. La definición de los indicadores que a continuación se exponen se ha obtenido del manual de INIHOS, no obstante los cálculos, en todos los casos en los que ha sido posible, se han efectuado tomando como base los datos aportados por el CMBD publicado por la Consejería de Salud y referente a la actividad desarrollada por los hospitales en el ejercicio 2007.

66. La documentación soporte de la información codificada ha sido objeto de comprobación por el equipo de fiscalización mediante procedimientos de auditoría, con el fin de garantizar su integridad y fiabilidad.

III.3.1 Indicadores de actividad en hospitalización y consultas

III.3.1.1 Actividad de hospitalización

67. En este epígrafe se analizarán los indicadores definidos por los sistemas de información sanitaria para evaluar, en ambos centros, la actividad de hospitalización y la eficiencia en la utilización de los recursos de los que disponen.

68. Algunos de los indicadores seleccionados han sido definidos por la Consejería de Salud para medir la consecución de los objetivos propuestos en el contrato programa (eficacia), otros indicadores relacionan input/output de forma que permiten valorar la eficiencia de cada hospital en la actividad desarrollada.

69. Todos los indicadores obtenidos de los datos CMBD se calculan a partir del número de

altas y los obtenidos del INIHOS se obtienen a partir del número de ingresos. Aunque las definiciones de los distintos indicadores puedan ser similares se han detectado diferencias en los datos aportados por los dos sistemas de información. Las justificaciones de estas diferencias son las siguientes:

En el INIHOS pueden existir duplicidades de registro que difícilmente pueden ser detectadas al no disponer de datos identificativos del paciente.

El dato de “nº de altas” aportados por CMBD no contabiliza los episodios con cero días de estancias. El ingreso en este sistema de información se entiende como la ocupación de una cama hospitalaria durante una estancia superior o igual a un día. No se incluyen las estancias en observación.

70. No obstante, utilizando el dato “ingreso/alta” según ambos sistemas de información, se puede observar las siguientes diferencias:

Indicador	H. Riotinto	H. Montilla
POBLACIÓN	68.341	62.700
INGRESOS INIHOS	4.346	4.103
ALTAS INIHOS	4.343	3.881
ALTAS/ CMBD sin 0 días estancias	4.143	3.506
ALTAS/ CMBD con 0 días estancias	4.207	3.853

Cuadro nº 3

Fuente: Subdirección de Atención Especializada. Servicio de Producto Sanitario.

71. Las diferencias pueden deberse a estancias en observación o a duplicidades no detectadas en INIHOS. En la subdirección de atención especializada no se realiza conciliación entre las informaciones obtenidas por los dos sistemas, ambos se procesan, explotan y gestionan con total independencia.

72. En el contrato programa se establecen indicadores de actividad que obtienen datos de ambos sistemas sin tener en cuenta las diferencias observadas en el número de registros contabilizados, por lo que los resultados de los indicadores pueden no ser homogéneos.

73. La ventaja del sistema INIHOS es la inmediatez con la que el hospital dispone de la información (mensual), frente al CMBD en el que los datos se tramitan con periodicidad trimestral, siendo objeto de comprobaciones y validación en los SSCC, por lo que la información obtenida no tiene la necesaria inmediatez que la dirección del hospital necesita para la gestión.

74. La selección de dos hospitales clasificados en un mismo nivel (comarcal), y con poblaciones de cobertura muy similares, determina que la actividad esperada en relación al número de ingresos y por tanto, el índice de frecuentación hospitalaria (nº de ingresos por cada 10.000 habitantes) resulten muy similares. Las diferencias aparecen cuando los datos se toman de los distintos sistemas de información.

75. Para el seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa los datos se obtienen del INIHOS:

Indicador	H. Riotinto		H. Montilla	
	Objetivo	Actv.	Objetivo	Activ.
Nº Ingresos	4.500	4.346	3.900	4.103
Frecuentación hospitalaria	658	635	622	654

Cuadro nº 4

Fuente: Subdirección de Atención Especializada. Servicio de Producto Sanitario.

76. Los datos relacionados en el cuadro anterior no aportan información para analizar la eficiencia de la actividad desarrollada por los hospitales, pero sirven de base para ubicarnos en sus respectivos entornos de actividad y para el cálculo de otros indicadores más representativos de la gestión.

77. En el siguiente cuadro se exponen algunos de los indicadores seleccionados para evaluar la actividad de los hospitales, relacionando los recursos con los que cuentan y los resultados obtenidos:

Indicador	H. Riotinto Población 68.341	H. Montilla Población 62.700
Nº de Facultativos	76 ⁶	73
Nº camas hospitalización	113	70
Nº ingresos	4.346	4.103
Nº altas	4.143	3.506
Altas con cero días de estancia	4.207	3.853
Nº de estancias	25.705	14.769
Porcentaje de ocupación	61	57,8 (*)
Índice de sustitución	3,59	0,96
Rotación enfermo/cama	3,05	4,88
Estancia media	6,20	4,22
Índice de utilización de estancias (IUE2)	1,02	0,67

Cuadro nº 5

Fuente: Publicación CMBD 2007. Subdirección de Atención Especializada. Servicio de Producto Sanitario.

(*) según el hospital el porcentaje de ocupación asciende a 81,4 % (§ 81).

⁶ Cantidad modificada por la alegación presentada.

78. Estancia hospitalaria (CMBD). Se refiere al concepto cama ocupada a la hora censal (00:00 horas). Como concepto general es el conjunto de pernoctas y tiempo que corresponde al suministro de al menos una comida principal en el hospital.

79. Estancia media (CMBD). Es la relación entre las estancias hospitalarias y los ingresos. Representa la media de días que un paciente permanece ingresado en el hospital (estancias totales/ ingresos totales).

Este es uno de los indicadores en el que los dos hospitales presentan mayor diferencia. La estancia media resulta un 47% superior en el hospital de Riotinto respecto de Montilla. Este resultado afecta de forma negativa al resto de indicadores (rotación, índice de utilización de estancias, coste de explotación por ingresos, por altas, etc.)

80. El sistema define también el indicador **estancia media esperada**, que es la que se calcula para el estándar de los hospitales de Andalucía (en nuestro caso aplicamos la calculada para el grupo IV, hospitales comarcales) en relación a un GRD determinado. Es decir, es el consumo de estancias que como media y para un GRD concreto presentan los hospitales del SSPA.

81. Porcentaje de ocupación. Representa el nivel de utilización del recurso cama. Su cálculo es el siguiente:

$$\frac{\text{estancias totales} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de camas} \times \text{días naturales}}$$

82. Debemos señalar que el porcentaje de ocupación en el hospital de Motilla está condicionado por el denominado “compromiso de privacidad”, definido en el “Libro Blanco de Atención Especializada”, en el que se determina la preferencia en la asignación de habitaciones de uso individual a determinados pacientes (niños, enfermos terminales, etc.). Teniendo en cuenta el cumplimiento del requisito de privacidad, el cálculo del porcentaje de ocupación asciende al 81,4%.

83. Rotación enfermo-cama (INIHOS). Representa el número de pacientes que por término medio pasa por cada cama en el periodo estudiado (N° ingresos/ n° de camas). El resultado obtenido indica que el hospital de Montilla tiene una rotación mayor en un 60% a la que presenta Riotinto. Este elevado índice de rotación compensa la diferencia de camas entre los dos hospitales (62%).

84. Intervalo o índice de sustitución (INIHOS). Este indicador relaciona la ocupación con la estancia media. Representa el tiempo medio que una cama permanece desocupada entre un alta y un nuevo ingreso durante el periodo en estudio. Su cálculo es:

$$\frac{\text{estancia media} \times (100 - \% \text{ ocupación})}{\% \text{ ocupación}}$$

85. El resultado de este indicador vuelve a ser claramente favorable en el hospital de Montilla, que realiza un uso más eficiente del recurso cama.

86. Índice de utilización de estancias (CMBD). Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística (estancia media esperada §79). Se presentan dos procesos de estandarización: respecto del total de altas del conjunto de hospitales (IUE1) y respecto al conjunto de hospitales de su nivel, en nuestro caso hospitales comarcales o de nivel IV (IUE2).⁷

87. Puede observarse que el índice de utilización de estancias (IUE2) del hospital de Riotinto supera la unidad, es decir, el consumo de estancias totales es superior a la media de consumo de los hospitales de su nivel.

88. Un análisis del índice de utilización de estancias por grupo relacionado de diagnóstico permite observar el comportamiento en la gestión de los dos centros sanitarios en los diagnósticos que representan el mayor número de altas (GRD más frecuentes):

⁷ Punto 86 modificado por la alegación presentada.

GRD	Nº altas		Estancia media y Estancia media esperada		Índice de utilización de estancias (IUE2)	
	H. Riotinto	H Montilla	H. Riotinto	H Montilla	H. Riotinto	H Montilla
373 Parto vaginal sin complicaciones	287	289	<u>2,64</u> – 2,44	1,78 – 2,44	1,08	0,73
372 Parto vaginal con complicaciones	121	132	<u>3,07</u> – 2,79	2,12 – 2,79	1,10	0,76
209 Sustitución articulación mayor	102	63	<u>6,51</u> – 6,38	4,87 – 6,38	1,02	0,76
371 Cesárea sin complicaciones	101	67	<u>5,05</u> – 4,67	3,30 – 4,67	1,08	0,71
014 Ictus con infarto	43	80	<u>8,88</u> – 8,29	4,03 – 8,29	1,07	0,48
494 Colectomía laparoscópica	35	72	2,94 – 3,34	2,85 – 3,34	0,88	0,85
070 Otitis media / ITRS < 18	63	42	2,60 – 2,70	<u>2,98</u> – 2,70	0,96	1,10
089 Neumonía simple y pleuritis > 17 con cc	39	21	<u>10,54</u> – 9	3,28 – 9	1,17	0,36.
370 Cesárea con complicaciones	31	19	<u>6,58</u> – 5,48	3,31- 5,48	1,20	0,60
629 Neonato peso al nacer > 2,5 Kg ⁸ .	46	37	<u>2,28</u> – 2,25	<u>3,84</u> – 2,25	1,01	1,70
359 Proc. sobre útero	42	38	<u>5,57</u> – 4,51	2,13 – 4,51	1,38	0,53

Cuadro nº 6

⁸ Modificado por la alegación presentada.

89. En el cuadro anterior puede observarse que el IUE2 para el hospital de Riotinto supera la unidad en el 82% de los grupos relacionados de diagnósticos que han sido seleccionados de los 30 más frecuentes, lo que concuerda con el resultado expuesto en el cuadro nº 5 en el que el IUE2 para el total de altas supera la unidad.

90. Si el hospital disminuyera la estancia media en los GRD con mayor número de altas (por ejemplo los cuatro primeros del cuadro nº 6) obtendría una importante ganancia (ganancia potencial) que redundaría en un IUE2 por debajo del estándar.

91. Debemos completar el análisis anterior con un indicador de calidad como es el porcentaje de reingresos. Se entiende que se produce un reingreso no programado cuando un paciente ingresa en el hospital antes de que hayan transcurrido 31 días desde el alta y por una misma categoría diagnóstica mayor.

92. Incluimos en el comparativo el “índice casuístico” (índice Casemix). Este indicador muestra la complejidad de la casuística del hospital. Se obtiene multiplicando el número de

altas de cada GRD en el hospital por su correspondiente peso relativo (puntos GRD o estimación de consumo de recursos) y dividido por el total de altas del hospital.

Indicador	H. Riotinto	H. Montilla
IUE2	1,02	0,67
% Reingresos	0,89	0,02
Puntos GRD	5.924,49	5.556,51
Índice casuístico	1,43	1,44

Cuadro nº 7

93. Puede observarse que la casuística o la complejidad de los episodios de hospitalización en ambos hospitales son prácticamente iguales (cuadro nº 7).⁹

94. Observamos como un IUE2 menor no implica resultados negativos en la calidad de la asistencia prestada, ni menos complejidad de los episodios de hospitalización, resultando favorable el indicador de calidad al hospital con menores estancias.

95. El mismo análisis realizado por servicios asistenciales, según la cartera de ambos hospitales, aporta los siguientes resultados:

⁹ Punto 93 modificado por la alegación presentada.

SERVICIOS	H. Riotinto			H. Montilla		
	Altas	IUE2	Índice Casuístico	Altas	IUE2	Índice Casuístico
Cirugía general y digestiva	625	1,04	1,63	523	0,71	1,63
Cirugía ortopédica y traumatología	629	0,99	2,16	404	1,01	2,16
Ginecología	122	1,18	1,32	88	0,64	1,15
Medicina Interna	1001	1,03	1,84	1064	0,53	2,08
Obstetricia	845	1,06	0,61	642	0,74	0,62
Oftalmología	11	0,82	0,80	14	0,78	0,79
Otorrino	82	0,99	1,39	24	0,81	0,71
Pediatría	516	0,91	0,64	370	1,15	0,74
Urología	23	0,98	1,27	200	0,75	1,04

Cuadro nº 8

96. Un factor que puede tener incidencia en las mayores estancias es la extensión y dispersión geográfica de la zona de cobertura, considerablemente mayor en el caso de Riotinto (3.656 km² y 597 km²) y que presenta además unas infraestructuras en carreteras, medios de transporte y sanitaria, más desfavorecida (centros de atención primaria y/o atención de urgencias. Anexo III). La población más lejana de la zona de cobertura de Riotinto se encuentra situada a una distancia de 88 Km, con una crona hasta el hospital de 73 minutos. En el caso de Montilla la población más lejana se encuentra situada a 15 Km.

III.3.1. 2 Actividad de consultas

97. Los indicadores para medir la actividad realizada por los hospitales en el área de consultas se obtienen de los sistemas de información INFHOS e INIHOS, a partir de los cuales se realiza el seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa sobre esta actividad hospitalaria, pendiente de desarrollo y explotación en el sistema de información CMBD.

Los datos obtenidos sobre la actividad de consulta desarrollada durante el ejercicio 2007 por los hospitales fiscalizados son los siguientes:

Indicador	H. Riotinto		H. Montilla	
	Objetivo	Resultado	Objetivo	Resultado
Salas de Consultas Ext.	-	20	-	24
T. Consultas externas	-	96.730	105.000	105.734
T. Consultas sucesivas	-	66.376	45.000	50.150
% Consultas sucesivas	-	68%	<45%	47%
Interconsultas	-	-	-	9.432
Consultas de acto único	-	-	-	28.872
%Consulta única/primeras	-	-	>68%	74%

Cuadro nº 9

98. Se define **consulta externa** como el acto asistencial ambulatorio realizado para la obtención de un diagnóstico, para la instauración de un tratamiento o para el seguimiento del proceso de un paciente con base en la exploración física o en la revisión de datos clínicos (anamnesis). Las pruebas diagnósticas no tienen consideración de consulta.

Este acto asistencial puede realizarse en primera consulta, consulta sucesiva, interconsulta o consulta de acto único.

99 La **Consulta en acto único** es el acto asistencial ambulatorio asociado a una primera visita en que queda establecido un diagnóstico al menos de presunción junto con su correspondiente tratamiento, tras la realización en su

caso, de las exploraciones complementarias o interconsultas precisas, quedando todo reflejado en un informe clínico, siendo realizada estas actividades en una sola jornada. Estas consultas pueden tener pruebas diagnósticas asociadas que se realizan en el acto único.

100. Se define **Interconsulta** como el acto asistencial ambulatorio y programado, que se realiza por primera vez a un paciente, derivado de una consulta de atención especializada o urgencias y que tiene como destino una primera consulta de una especialidad distinta.

101. Tanto las consultas en “acto único” como las interconsultas suponen un avance en la calidad de la prestación sanitaria, facilitando la accesibilidad del ciudadano a los servicios sanitarios y recibiendo toda la atención necesaria en el menor tiempo posible. El contrato programa de los hospitales para el ejercicio 2007 plantea potenciar en todos los centros las consultas de acto único.

102. Para que estos actos asistenciales puedan realizarse, los hospitales deben reunir determinadas condiciones de organización y distribución de recursos: técnicos, personales, espacios, etc., puesto que al paciente se le realizan, en una misma jornada, todos los procedimientos, exploraciones e interconsultas necesarios para llegar a un juicio clínico.

103. El hospital de Montilla, de reciente creación y puesta en marcha, dispone de los medios que le permiten las actividades en acto único e interconsulta. El hospital de Riotinto dispone de menos medios para poner en marcha este objetivo. Según nos informa la dirección del hospital, en el ejercicio 2007 se han llevado a cabo consultas en acto único, pero no dispone de datos sobre la actividad realizada.

104. El objetivo marcado desde la Consejería de Salud es minimizar el número de consultas sucesivas de forma que se simplifiquen los trámites y se consiga el alta del paciente lo antes posible, cumpliendo siempre los requisitos de calidad de la prestación.

105. El hospital de Montilla con una actividad de consultas mayor, consigue un menor porcentaje de consultas sucesivas, según las directrices dictadas por la Consejería de Salud.

III.3.2 Indicadores relativos a la actividad de urgencias

106. La actividad de los hospitales analizados respecto al área de urgencias ha sido la siguiente:

Indicador	H. Riotinto		H. Montilla	
	Objetivo	Actividad	Objetivo	Actividad
Nº urgencias atendidas	-	24.067	44.000	43.648
Frecuentación urgencias	-	352 ¹⁰		696 ¹¹
Nº urgencias ingresadas	-	3.091		3.099
Traslados desde urgencias a otros centros	-	174	-	371
%Urgencias no ingresadas	-	87%	> 90%	93%
Nº ingresos hospitalización		4.346		4.103
Presión de urgencias		71%	-	75%

Cuadro nº 10

¹⁰ Cantidad modificada por la alegación presentada.

¹¹ Cantidad modificada por la alegación presentada.

107. Según el cuadro anterior, el número de urgencias atendidas en el hospital de Montilla resulta significativamente superior al de Riotinto, aunque las urgencias ingresadas son prácticamente las mismas. La explicación consiste en que Montilla absorbe las urgencias del Centro de atención primaria de la zona, el cual permanece cerrado desde las 20,30h de un día hasta las 8,00h del siguiente y todos los fines de semana.

108. La presión que las urgencias ejercen en la actividad del hospital se calcula relacionando las urgencias ingresadas con el total de ingresos en hospitalización. El resultado es muy similar en ambos hospitales ya que ambos tienen un número muy similar de urgencias ingresadas.

109. El elevado número de urgencias atendidas en el hospital de Montilla da lugar a demoras en la prestación de asistencia. Como consecuencia, este servicio se ha visto afectado por la presentación de un elevado número de reclamaciones interpuestas por los usuarios (el 52% de las reclamaciones del hospital en 2007 son al servicio de urgencias, de las cuales un 68% argumentan demoras).

Indicador	H. Riotinto	H. Montilla
T. Reclamaciones	66	103
Urgencias	15	54
Demoras	8	35

Cuadro nº 11

110. En un informe emitido por el responsable del servicio en el hospital de Montilla se expone que todas las reclamaciones por demoras en la

atención corresponden a una clasificación de urgencias nivel 4 (en la clasificación por triage es la de menor prioridad) y sólo en un caso la asistencia se prestó fuera del rango de espera indicado para su prioridad.

III.3.3 Indicadores relativos a la actividad quirúrgica

111. El análisis de la actividad quirúrgica de los hospitales se realiza distinguiendo entre la cirugía con ingreso (programada y urgente) y la cirugía ambulatoria, distinguiendo a su vez entre CMA (cirugía mayor ambulatoria) y CmA (cirugía menor ambulatoria). La cirugía ambulatoria se realiza en el área de actividad denominado hospital de día quirúrgico (HDQ)

112. Los recursos con los que cuentan los hospitales para la actividad de cirugía, tanto con ingreso como ambulatoria son:

Indicador	H. Riotinto	H. Montilla
Nº camas hospitalización	113	70
Nº camas HDQ	-	10(*)
Nº quirófanos	4	3

Cuadro nº 12

(*) 5 camas y 5 sillones. El hospital de Riotinto no dispone de camas para el HDQ utilizando para esta actividad las camas de hospitalización.

113. La actividad quirúrgica desarrollada por los dos centros hospitalarios durante el ejercicio 2007 se expone en el siguiente cuadro:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	H. RIOTINTO	H. MONTILLA
Estancia media preoperatoria	0,64	0,23
Programadas totales	3.784	2.983
Cirugía con Ingreso	713	660
CMA	2.202	1.174
CmA	869	1.149
Urgentes totales	1.028	589
Cirugía U. con Ingreso	820	581
Cirugía U. sin Ingreso	208	8
% Reintervenciones	s/d	0,06%
% Intervenciones Suspendidas		
% Causas hospitalarias	2,83%(1)	2,21%
% Incomparencias	- (2)	2,73%
% Resolución de CMA	82%	68% (3)
% Ingresos tras CMA	1,31%	s/d
% Infecciones nosocomiales ¹²	3,7%	5,1%

Cuadro nº 13

(1) Dato aportado por el Servicio de Producto Sanitario el hospital contabiliza un 2,40%

(2) Riotinto no dispone de información sobre las suspensiones por incomparencia del paciente

(3) El hospital calcula un índice de resolución del 76,6%

¹² Modificado por la alegación presentada.

114. En el concepto de **reintervención**, configurado como indicador de calidad, se contabilizan las intervenciones quirúrgicas sucesivas no programadas ni previstas, fruto de una complicación en el proceso quirúrgico. El porcentaje de reintervenciones se calcula sobre el total de intervenciones quirúrgicas, tanto programadas como urgentes.

115. Índice de resolución de CMA se obtienen seleccionando del total de procedimientos susceptibles de cirugía ambulatoria, los que se han realizado efectivamente por CMA, es decir sin hospitalización.

116. Puede observarse que la actividad quirúrgica es superior en el hospital de Riotinto, el cual dispone de cuatro quirófanos aunque uno de ellos sólo se utiliza para cirugía menor. La mayor actividad quirúrgica está relacionada con el porcentaje de indicaciones de cirugía que es superior en este hospital respecto al de Montilla:

	H. Riotinto	H. Montilla
Nº indicaciones	2.348	1.873
% por 100.000 Hb.	3,4	2,9

Cuadro nº 14

117. El índice de resolución de cirugía mayor ambulatoria resulta más elevado en el hospital de Riotinto, por lo que este centro realiza una utilización más eficiente de este recurso.

118. En el anexo IV se expone la pirámide poblacional de cada uno de los hospitales. Puede observarse que la población de Riotinto es su-

perior en los tramos de edad 45 a 65 años y mayor de 65, circunstancia directamente relacionada con la mayor indicación quirúrgica, especialmente de procesos de cirugía ambulatoria.

119. El indicador de calidad representado por la proporción de infecciones nosocomiales es más favorable en el hospital de Riotinto, con un porcentaje menor de la incidencia de este tipo de infecciones adquiridas en los centros hospitalarios.¹³

120. En el ámbito de la equidad y la accesibilidad a los servicios sanitarios se propone el análisis de los **tiempos medios de respuesta quirúrgica**. Estos plazos deben ajustarse al decreto 209/ 2001, del 18 de septiembre de la Consejería de Salud, que establece un tiempo máximo de espera de 180 días para un total de 700 técnicas quirúrgicas, reducido a 120 días para 11 procesos comunes, por la Orden de 20 de diciembre de 2006.

121. En el caso que el tiempo de espera supere los plazos garantizados, el usuario puede ser intervenido en un centro privado sin que ello le suponga coste alguno.

122. El seguimiento del efectivo cumplimiento por los hospitales del SSPA, de los plazos de garantía quirúrgica se lleva a cabo por el sistema de información de gestión de la demanda (AGD). Los datos obtenidos para los hospitales objeto de análisis han sido los siguientes referidos a 31 de diciembre de 2007:

¹³ Punto 119 modificado por la alegación presentada.

	H. Riotinto	H. Montilla
Nº total pacientes en lista de espera quirúrgica decreto 209/2001	601	355
Nº total pacientes en lista de espera quirúrgica orden 20/12/2006	403	182
Tiempo medio de demora quirúrgica decreto 209/2001	62	57
Tiempo medio de demora quirúrgica orden 20/12/2006	60	47
Tiempo máximo de espera	155	171
Total altas cirugía	1.294	927

Cuadro nº 15

123. Durante el trabajo de fiscalización se ha comprobado que ambos hospitales cumplen con los decretos de garantía publicados por la Consejería de Salud.

124. La demanda de cirugía resulta mayor en el hospital de Riotinto, donde también resulta más elevado el número de altas.

125. Se han comprobado los registros contabilizados por los hospitales, verificando la correcta inclusión de los pacientes en la fecha de indicación por el facultativo del procedimiento quirúrgico.

126. Los tiempos máximos de espera se deben a motivos clínicos que no aconsejan la intervención quirúrgica de los pacientes en la fecha prevista (valoraciones clínicas que recomiendan tratamiento previo a la intervención).

III.4 ANÁLISIS DE INDICADORES ECONÓMICOS

III.4.1 Modelos de financiación y estructura financiera

127. Cada uno de los hospitales responde a un modelo de financiación de su presupuesto distinto y rinden la información contable en función de las normas que le son de aplicación.

128. El hospital de Riotinto, dada su forma jurídica de organismo autónomo, realiza la liquidación presupuestaria de sus estados de gas-

tos (contabilidad presupuestaria). El hospital de Montilla, presenta una cuenta de pérdidas y ganancias que posteriormente se integra en las cuentas anuales de la EPHAG (normativa contable mercantil).

129. En relación a los ingresos debemos indicar que la financiación de los hospitales responde también a dos modelos distintos.

130. En el hospital de Riotinto, el Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud establece entre sus objetivos desarrollar un modelo de financiación para los hospitales del SAS de carácter prospectivo con base en la población.

131. Desde el año 2003, el modelo de financiación que se aplica a los centros del Servicio Andaluz de Salud es un modelo "capitativo" ajustado a cada centro en función del tipo de población y servicios que realmente presta, considerando las características propias de cada centro ligadas a su gasto histórico y la asignación de población en función de la actividad realizada.

132. El modelo financiero de distribución interna del SAS a los hospitales, distritos de atención primaria y áreas de gestión sanitaria, se estructura mediante el ajuste de una tarifa a rembolsar a cada centro proveedor sobre una base capitativa.

133. Los pilares fundamentales del modelo son, por tanto, la población a financiar y la tarifa

básica prospectiva ajustada. Ambas variables se obtienen a partir del análisis de los sistemas de información de costes y actividad y de la organización y estructura de los servicios.

134. Basado en dichas variables, el modelo establece y fija un máximo de autorización de gastos a cada centro con el objeto de promover la utilización de servicios coste-efectivo.

135. Por su parte, la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, y tal y como se establece en la Ley 5/1983 de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, deberá presentar antes del 1 de julio de cada año, el programa de actuación, inversión y financiación correspondiente al ejercicio siguiente, complementado con una memoria explicativa del contenido del programa y de las principales modificaciones que presente en relación con el que se halle en vigor,

además las empresas deberán presentar un presupuesto de explotación y otro de capital en los que se detallarán los recursos y dotaciones anuales correspondientes.

136. Una vez aprobado el presupuesto de la Comunidad Autónoma de cada ejercicio, las empresas procederán, en su caso, a ajustar los presupuestos de explotación y de capital así como los programas.

137. El presupuesto de explotación y de capital de la EPHAG correspondiente al ejercicio 2007, fue publicado en el BOJA nº 31 de 12 de febrero de 2007.¹⁴

138. Partiendo de los dos sistemas de financiación expuestos, analizamos el resultado económico de la gestión y la situación financiera correspondiente al ejercicio 2007 para ambos hospitales.

¹⁴ Punto 137 modificado por la alegación presentada.

CONCEPTO DE GASTOS	RIOTINTO	MONTILLA
Consumo de productos farmacéuticos	1.514.051 (1)	598.553
Fungible sanitario	2.544.898	971.800
Radiodiagnóstico	80.408	29.262
Osteosíntesis	309.289	255.928
Prótesis oftalmológicas	82.271	107.528
Prótesis	997.772	230.346
Material de laboratorio (biotecnología)	1.381.173	555.719
Análisis laboratorio externo	118.740	225.674
Resonancias magnéticas	352.278	313.920
Oxigenoterapia	350.323	327.913
Ortoprótesis	479.886	561.999
TOTAL CONSUMO MATERIAL SANITARIO	8.211.089	4.178.642
TRANSPORTE SANITARIO	1.012.409 (2)	324.680
OTROS GASTOS DE EXPLOTACIÓN	4.675.600	3.311.081
PERSONAL	20.632.357	16.996.698
TOTAL GASTOS DE EXPLOTACIÓN	34.531.455	24.811.101
Amortizaciones		1.114.441
Gastos Financieros		23.790
Variación de las Provisiones de tráfico		5.480
Gastos Extraordinarios		7.179
TOTAL DEBE	34.531.455	25.961.991

Cuadro nº 16

- (1) No incluye en este epígrafe el consumo de la unidad de día de oncología por importe de 197.629 € para poder comparar con el hospital de Montilla que no incluye esta prestación en su cartera de servicios
- (2) No incluye el transporte sanitario imputable a atención primaria.

139. El hospital de Riotinto presenta una situación deficitaria acumulada, ascendiendo el total de gastos pendiente de imputación a presupuestos al cierre del ejercicio 2007 a un importe total de 4.311.491 €. Este déficit se concentra exclusivamente en el capítulo II del presupuesto de gastos, y en concreto en los conceptos de productos farmacéuticos, material sanitario para consumo y prótesis de implante quirúrgico.

140. La liquidación del presupuesto de gastos del hospital de Montilla presenta un déficit en el periodo de 2007 por importe de 527.601 €, cantidad que se compensa al cierre del ejercicio con una mayor aplicación de transferencias de financiación.

141. Analizado la situación financiera de la empresa pública Hospital Alto Guadalquivir, observamos que presenta un presupuesto equilibrado desde 2004, aplicando las transferencias de financiación recibidas para la compensación de la cuenta de pérdidas y ganancias.

142. Para poder analizar de forma homogénea la información económica de ambos centros sanitarios, se han agrupado los gastos por natu-

raleza, con independencia de los grupos de cuentas que les correspondan según el modelo contable. (cuadro nº 16)

143. Los indicadores de eficiencia económica se han calculado sobre gastos, al carecer el hospital de Montilla de contabilidad analítica que permita el cálculo de los costes incurridos.

144. El ajuste y adecuación de los datos económicos se han realizado según conceptos de gastos por naturaleza, a partir de los cuales se calculan los indicadores para el análisis de la eficiencia económica (cuadro nº 16).

III.4.2 Consumo de material sanitario

145. En este epígrafe se analizan los consumos de mayor incidencia en el gasto por material sanitario: consumo de productos farmacéuticos, consumo de fungible sanitario y gastos en prótesis.

- Consumo de producto farmacéutico / Estancias hospitalarias

146. El consumo de farmacia durante las estancias hospitalarias es uno de los gastos corrientes

más importantes en la actividad del hospital. En los puntos anteriores de este informe se han puesto de manifiesto que los indicadores de estancia resultan desfavorables en el hospital de Riotinto, por lo que el consumo total también resulta mayor.

En términos relativos, y relacionando el gasto por estancia, los resultados también resultan desfavorables para el mismo hospital.

147. Otro indicador calculado es la relación del gasto farmacéutico con los puntos GRD de cada hospital, es decir, con la complejidad de los diagnósticos y procedimientos atendidos en el centro sanitario:

Concepto/indicador	H. Riotinto	H. Montilla
Consumo farmacia (€)	1.514.051	598.553
Nº estancias	25.705	14.769
Consumo/estancias (€)	59	40,5
Puntos GRD	5.924,49	5.556,51
Consumo/puntos GRD	255,55	107,72

Cuadro nº 17

148. Se puede observar que el consumo en términos relativos es muy superior en el hospital de Riotinto sobre el de Montilla, un 45% en gasto por estancias y más del doble en función de los puntos GRD.

- Consumo de fungible sanitario

149. Realizando el comparativo de gasto en fungible sanitario por estancias, obtenemos que el hospital de Riotinto tienen un consumo de fungible sanitario un 50% mayor que el de Montilla:

Concepto/indicador	H. Riotinto	H. Montilla
Consumo fungible (€)	2.544.898	971.800
Nº estancias	25.705	14.769
Consumo/estancias(€)	99	65,80

Cuadro nº 18

Indicadores	H. Riotinto	H. Montilla	Δ (1)/(2)
Gastos de consumo sanitario/población cobertura	120	67	79%
Gastos de consumo sanitario /ingresos *	1.889	1.018	86%
Gastos de consumo sanitario /altas *	1.891	1.077	76%
Gasto de personal/población cobertura	302	271	11%
Gasto de personal/ingresos *	4.747	4.142	15%
Gasto de personal/altas*	4.751	4.379	8%
Total gastos de explotación/ población cobertura	505	396	28%
Total gastos de explotación / ingresos *	7.946	6.047	31%
Total gastos de explotación / altas*	7.951	6.393	24%

(*) Datos obtenidos sistema INIHOS

Cuadro nº 21

- Consumo en material de prótesis no oftalmológicas

150. El desglose de gasto por tipo de prótesis es el siguiente:

Tipos de prótesis	H. Riotinto	H. Montilla
Urológicas	12.032	
Osteoarticulares	678.204	230.346
Reparadoras	119.624	
Otorrino y respiratorio	38.565	
Cardiológicas	149.347	
Total	997.772	230.346

Cuadro nº 19

151. El único concepto común en ambos hospitales es el de prótesis osteoarticulares. Para analizar el consumo se ha relacionado el gasto contabilizado por cada hospital con el número de episodios clínicos que están relacionados con la implantación de este tipo de material (GRD que llevan asociados procesos de implantación de prótesis, total o parcial, según información CMBD 2007):

Concepto/indicador	H. Riotinto	H. Montilla
Consumo prótesis	678.204	230.346
Osteoarticulares (€)		
Altas GRD (prótesis)	249	141
Consumo/GRD (€)	2.724	1.634

Cuadro nº 20

152. En este comparativo obtenemos de nuevo una diferencia porcentual importante entre los dos hospitales, resultando el consumo de Riotinto un 67% superior al de Montilla.

III.4.3 Otros indicadores económicos

153. Para concluir el análisis económico se calculan indicadores genéricos (respecto a población de cobertura, ingresos en hospitalización y altas) relacionándolos con las partidas más representativas de los restantes conceptos que conforman la liquidación de gastos de explotación en ambos hospitales.

154. En el cuadro anterior se observa que en todas las agrupaciones de gastos y con independencia de la variable con la que se relacione, población, altas o ingresos, el hospital de Riotinto supera significativamente los importes de gasto del hospital de Montilla, llegando casi a duplicarse en los gastos de consumo sanitario. El resultado obtenido es acorde, aunque más acentuado, con las diferencias resultantes de los comparativos realizados por estancias y GRD sobre los consumos de productos farmacéuticos, material sanitario y prótesis.

155. No se han podido concretar argumentos que justifiquen y expliquen la importante diferencia en consumos y gastos entre los dos hospitales.

III.5 PLANES DE INVERSIÓN: INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

156. Es posible afirmar que contar con adecuadas instalaciones y medios técnicos permitan llevar a cabo una gestión más eficiente de los recursos.

Por esta razón se han analizado los planes de inversiones realizados en los dos hospitales durante los últimos ejercicios.

157. Inicialmente debemos recordar las mejores dotaciones en infraestructura hospitalaria con las que cuenta el hospital de Montilla, debido principalmente a la menor antigüedad de las instalaciones a su disposición, 5 años, frente a las del hospital Riotinto, con 25 años de prestación de servicios.

158. En el cuadro siguiente se exponen las cantidades recibidas por ambos hospitales como dotación del plan de inversiones para la renovación de su estructura fija.

159. En el caso del hospital de Montilla los fondos se reciben como transferencias de financiación de capital y en el hospital de Riotinto como créditos del capítulo VI del presupuesto “inversiones reales”:

€		
Ejercicios	H. Riotinto	H. Montilla
2004	275.332	2.007.247
Subtotal	275.332	2.007.247
2005	334.073	533.815
2006	637.554	411.441
2007	723.967	1.158.590
Subtotal	1.695.594	2.103.846
TOTAL	1.970.926	4.111.093

Cuadro nº 22

160. En el ejercicio 2004 las transferencias recibidas por el Hospital de Montilla se destinan a las infraestructuras necesarias para la puesta en marcha del centro, por lo que puede entenderse la diferencia de dotación entre este hospital y el de Riotinto. No obstante, en los ejercicios siguientes la dotación continua siendo mayor en el hospital de la EPHAG llegando a duplicar los fondos destinados a inversiones.

III.6 ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

161. Una vez analizada la actividad de ambos hospitales desde el punto de vista de la eficacia, la eficiencia y la economía, se propone analizar la percepción de la calidad de la asistencia sanitaria por parte del usuario, destinatario de las prestaciones hospitalarias.

162. Los indicadores de calidad obtenidos en los epígrafes anteriores, aportan una visión de esta variable desde un punto técnico (reingresos, enfermedades nosocomiales, traslados a otros centros,...). Para conocer los que los usuarios perciben y el nivel de satisfacción que les aporta la asistencia prestada es necesario conocer los resultados obtenidos a partir de las encuestas de satisfacción.

163. Anualmente, el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA) y el Servicio Andaluz de Salud (SAS), en el marco de un convenio de colaboración, realizan encuestas de satisfacción a usuarios entre los pacientes con ingreso hospitalario en los centros pertenecientes al SSPA.

164. En las encuestas realizadas aparecen todos los hospitales del SAS y las empresas públicas hospitalarias dependientes de la Consejería de Salud. Según nos indica la EPHAG, los datos

publicados referentes a la misma corresponden exclusivamente a los usuarios del hospital de Andujar, no incluyendo opiniones de usuarios del resto de centros de la empresa.

165. Las 42 preguntas de las que consta la encuesta se dividen en tres bloques de indicadores:

Indicadores de satisfacción general respecto al hospital: limpieza, confidencialidad, información, calidad de la comida, etc.

Indicadores de uso y demanda, referidos a la percepción por el usuario de la prestación recibida: días de hospitalización, realización de pruebas médicas, etc.

Bloque específico de parto

166. Si comparamos los resultados del hospital de Riotinto respecto al resultado medio de los hospitales de Andalucía, la posición del centro sanitario es la siguiente:

Indicadores	H. Riotinto Nº Indicadores
Satisfacción	
>	24
=	3
<	0
Uso y Demanda	
>	2
=	4
<	1
Específico partos	
>	2
=	5
<	1

Cuadro nº 23

(>)/(<)/= N° de indicadores en los que el hospital está significativamente por encima/debajo/=, respectivamente, que la media de Andalucía en esos indicadores.

167. De la lectura del cuadro anterior se puede concluir que, en general, el grado de satisfacción de los usuarios del hospital está por encima de la media de los hospitales del SSPA, sobre todo en el bloque relativo a indicadores de satisfacción.

168. Para conocer la opinión y las expectativas de los ciudadanos que utilizan sus servicios sanitarios (no incluidas en las encuestas realizadas por el IESA) la EPHAG realizó unas encuestas en cada uno de sus centros sobre diferentes aspectos que van desde la calidad técnica a aspectos organizativos, de accesibilidad, confort o de

trato personal. La valoración de los usuarios del hospital de Montilla fue la siguiente:

	Promedio
Atención sanitaria recibida	1,47
Calificación del hospital para recomendarlo	1,63
Confort habitación	1,98
Limpieza	1,67
Comida	2,00
Régimen visita	1,75
Información sanitaria	1,51
Identificación personal	1,59
Personal facultativo ¹⁵	1,47
Personal de enfermería	1,35
Auxiliares de enfermería	1,40
Admtvos/Celadores	1,56
Respeto, amabilidad	1,45

Cuadro nº 24

Valoración: 1.muy buena, 2.buena, 3.ni buena ni mala, 4 mala, 5.muy mala, 6.n/c

169. Como puede observarse para ambos hospitales, la calidad de la atención percibida por los usuarios del sistema se sitúa en niveles altos de satisfacción.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

170. Las conclusiones más relevantes del trabajo realizado son las siguientes:

Estructura organizativa

171. La estructura organizativa de la EPHAG es la misma para todos los centros sanitarios que la integran, compartiendo así los puestos de dirección gerencia, dirección de sistemas de información e informática, dirección de recursos humanos y dirección económico financiera. Los puestos directivos exclusivos del hospital de Montilla son la dirección de procesos asistenciales (homólogo de dirección médica en los hospitales del SAS) y la dirección de cuidados de enfermería. (§ 28)

172. El hospital comarcal de Riotinto está incluido en la red de centros de atención especializada del Servicio Andaluz de Salud (SAS). La dirección se organiza según lo establecido en el decreto 105/1986, modificado por el decreto 462/1996, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales. (§29)

¹⁵ Cuadro modificado por la alegación presentada.

173. En el hospital de Montilla la asistencia está orientada a los problemas de salud que presenta el paciente, gestión por procesos, más que a las áreas de conocimiento o especialidades. Su reciente creación le permite incorporar “gestión por procesos”, definida y potenciada desde la Consejería de Salud, frente a la organización tradicional por servicios y especialidades del hospital de Riotinto. (§23)

174. El personal del hospital de Montilla tiene una relación contractual laboral frente a la relación estatutaria del hospital de Riotinto. (§8 y 15)

Fijación de objetivos

175. Las retribuciones del personal directivo y directores de líneas de procesos del hospital de Montilla se encuentran fuertemente ligadas a la consecución de los objetivos marcados en el contrato programa (40% director gerente, 38% director de procesos y dirección de enfermería y 34% direcciones de líneas de proceso) (§49).

176. Los dos hospitales tienen definidos sus objetivos en el contrato programa, y en ambos sistemas de gestión los profesionales se sienten implicados en su consecución. No obstante, la evaluación, seguimiento y valoración a través del cuadro de mando del que dispone el hospital de Montilla, permite el seguimiento permanente por parte de los responsables y una comunicación actualizada y directa con los profesionales. El cuadro de mando facilita la corrección de desviaciones y una mayor implicación de todos los niveles de la organización en la consecución de los fines propuestos. (§60)

Eficacia y eficiencia

177. Para la medición de la eficacia y la eficiencia, la Consejería de Salud y el SAS utilizan una importante batería de indicadores obtenidos a partir de múltiples sistemas de información, con objetivos y prestaciones distintas para sus usuarios (CMBD, INIHOS, SICPRO,...) (§§63 y siguientes)

Deben analizarse desde los Servicios Centrales del SAS y la Consejería de Salud las prestaciones de los distintos sistemas, eliminando los procesos de información dupli-

cados con el objeto de simplificar la solicitud y tramitación de los datos que se solicitan a los hospitales y que en muchos casos resultan distintas dependiendo de la fuente de información.

178. Se han analizado indicadores relacionados con la actividad de hospitalización, urgencias, consultas, actividad quirúrgica, accesibilidad y calidad de la atención sanitaria prestada a los usuarios del sistema.

Los indicadores de hospitalización, resultan favorables al hospital de Montilla, principalmente en cuanto al índice de utilización de estancias, en el que el hospital de Riotinto se encuentra por encima de la media andaluza en el 82% de los GRD seleccionados. El incremento de las estancias no supone una mejora de los indicadores de calidad de la prestación, ni una mayor complejidad de los procesos atendidos. (§89)

Si el hospital disminuyera la estancia media en los GRD con mayor número de altas obtendría una importante reducción del índice de utilización de estancias.

179. En relación a consultas, el objetivo marcado por la Consejería de Salud es minimizar el número de consultas sucesivas de forma que se simplifiquen los trámites y se consiga el alta del paciente lo antes posible, cumpliendo siempre los requisitos de calidad de la prestación. El hospital de Montilla, con una actividad de consulta mayor consigue un menor porcentaje de consultas sucesivas. Este hecho se debe en parte a que las instalaciones del hospital, considerablemente más modernas y con mejor distribución de los recursos técnicos, permiten realizar mayor actividad de consultas de acto único e interconsultas. (§§104 y siguientes)

Para que el hospital de Riotinto mantenga su capacidad de producción asistencial son necesarias inversiones en infraestructuras, tanto del edificio como de medios de información e informática y recursos técnicos asistenciales. El plan de inversiones en este hospital es considerablemente inferior que en el de Montilla.

180. En relación a la actividad quirúrgica de los dos centros sanitarios, se ha distinguido entre la cirugía ambulatoria y la cirugía con hospitalización.

El índice de resolución de cirugía mayor ambulatoria resulta más elevado en el hospital de Riotinto, por lo que este centro realiza una utilización más eficiente de este recurso. (§116)

181. Analizadas las listas de espera, se puede concluir que ambos centros se ajustan al cumplimiento de los plazos establecidos en el decreto de garantía. (§123)

Economía

182. En todos los indicadores de carácter económico que han sido analizados, el hospital de Riotinto aporta resultados negativos respecto al hospital de Montilla. Los gastos de consumo sanitario, gastos de personal y por ende los gastos totales, con independencia de la variable con la que se relacionen (población, ingresos, altas), resultan hasta un 86% más elevado. (§§145 y siguientes)

183. El hospital de Montilla dispone de instalaciones recientes y planes de inversión permanente que le permiten mantener los medios técnicos actualizados. (§§157 y siguientes)

184. La situación financiera de la empresa pública permanece saneada, sin que se acumulen pérdidas de ejercicios anteriores. Anualmente se aplican transferencias de financiación para compensar la cuenta de pérdidas y ganancias. En el ejercicio 2007 las pérdidas de explotación compensadas han ascendido a 527.601 €. (§§140 y 141)

185. El hospital de Riotinto presenta una situación deficitaria acumulada, ascendiendo el total de gastos pendiente de imputación a presupuestos al cierre del ejercicio 2007 a un importe total de 4.311.491 €. (§139)

186. En relación a la satisfacción de los usuarios, medida a partir de encuestas, se observa un alto nivel de satisfacción en ambos hospitales públicos. (§169)

187. Como resultado de los análisis realizados y las conclusiones expuestas en los puntos anteriores, se puede concluir que el hospital de Montilla alcanza mejores niveles de eficacia, economía y eficiencia que el hospital de Riotinto, pudiéndose señalar las siguientes causas:

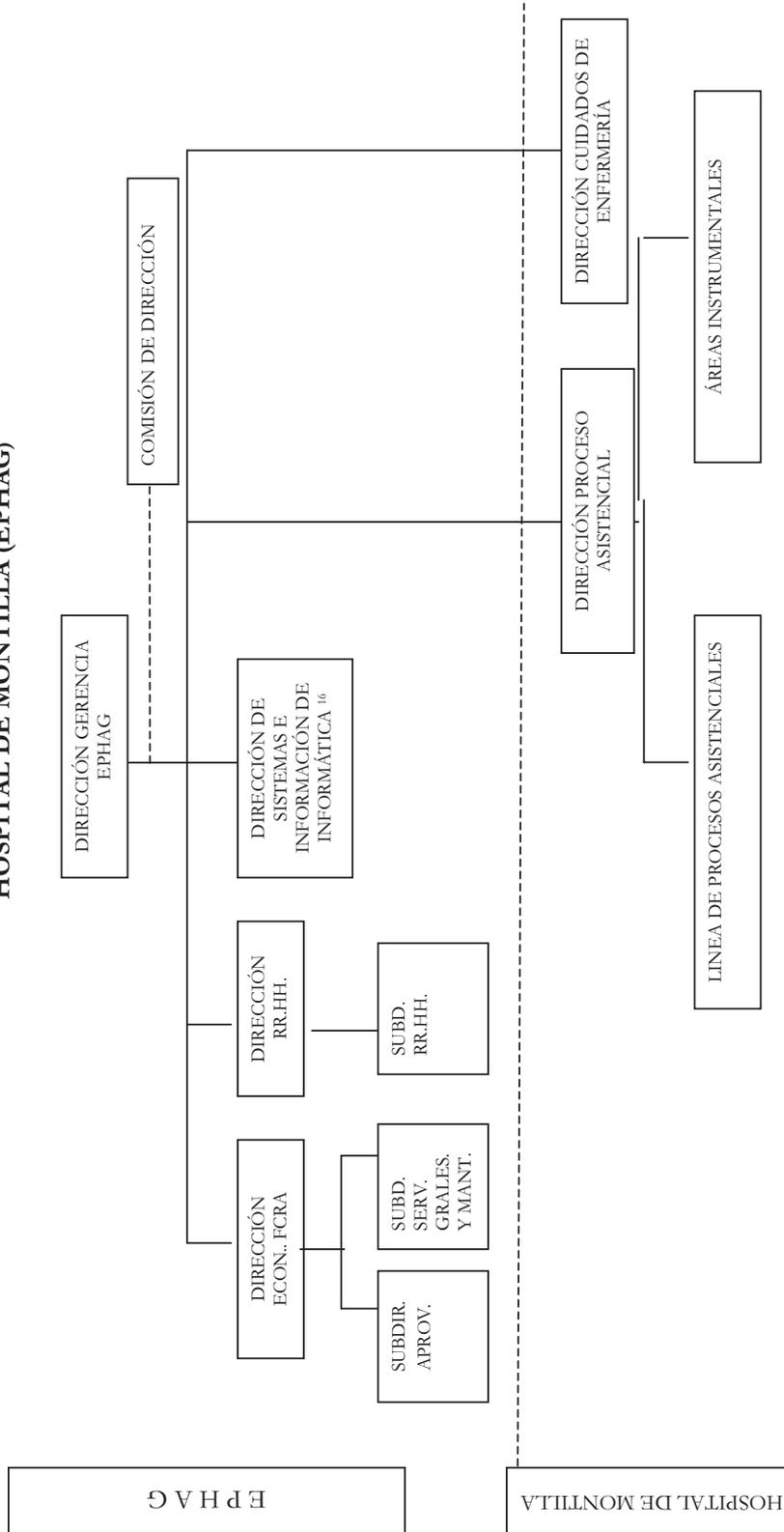
- Organización funcional más acorde a los nuevos modelos de gestión promovidos desde la Consejería de Salud.
- El hospital de Montilla es un centro de reciente creación en relación con el de Riotinto (5 años / 25 años). Su personal, en general, está más integrado en la organización e implicado en la consecución de los objetivos.
- La dirección gerencia del hospital de Montilla dispone de la competencia y capacidad de selección de los profesionales que entran a formar parte de la organización. La estructura del hospital de Riotinto le viene impuesta a su dirección (relación laboral/relación estatutaria).
- Medios técnicos e instalaciones modernas y actualizadas que les permiten mejorar la eficiencia a través del seguimiento permanente de las desviaciones.
- Posibilidad de gestión económica y financiera más flexible e independiente, sin encorsetamientos presupuestarios, que permiten visualizar la capacidad de gestión del propio hospital.

188. La calidad de la asistencia prestada en los dos hospitales se encuentra por encima de la media de los hospitales andaluces de su nivel, siendo alta en los dos centros sanitarios que cumplen los requisitos de accesibilidad exigidos por la Consejería de Salud.

V. ANEXOS

ANEXO I

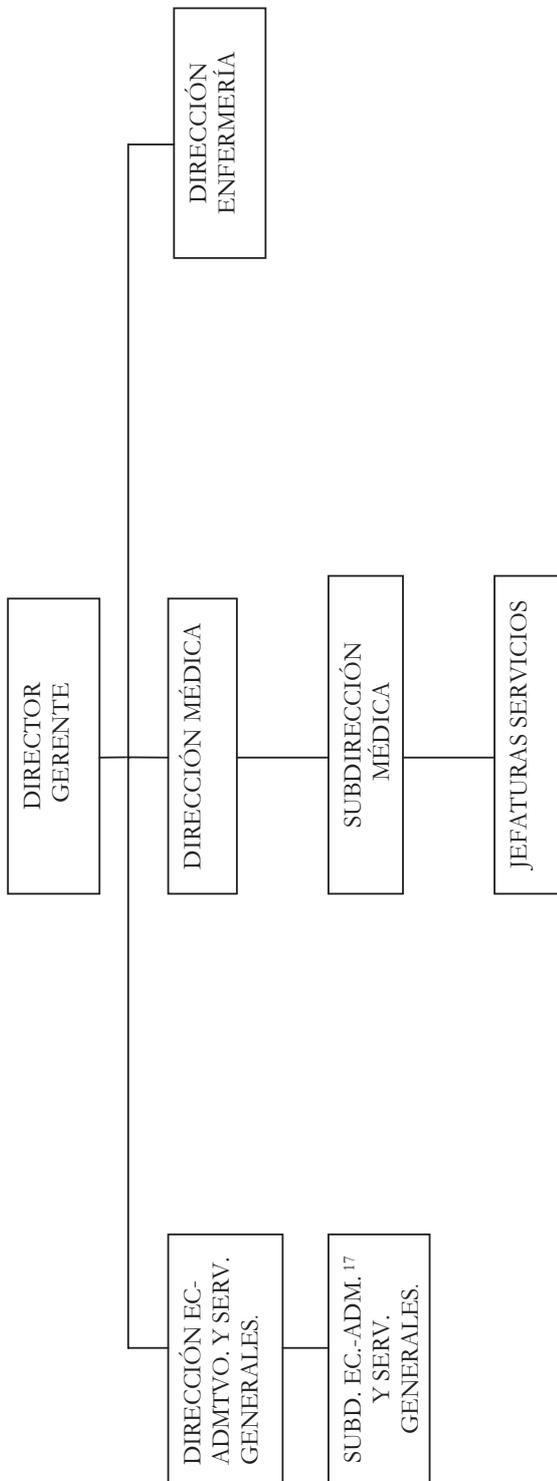
HOSPITAL DE MONTILLA (EPHAG)



¹⁶ Modificado por la alegación presentada.

ANEXO II

HOSPITAL DE RIOTINTO



17 Modificado por la alegación presentada.

ANEXO III

CENTROS SANITARIOS	HUELVA	CÓRDOBA
Hospitales	H. Infanta Elena H. Juan Ramón Jiménez H. Riotinto	H. Infanta Margarita H. Reina Sofía H. Valle de los Pedroches H. Montilla (EPHAG)
Hosp. de Alta Resolución	-	H.A.R.E. Puente Genil (EPHAG)
Centros de Especialidades	C.P.E. Virgen de la Cinta H. Vázquez Díaz	C.P.E. Avda. América de Córdoba C.P.E. Sector Sur de Córdoba H. Los Morales ¹⁸ H. Materno-Infantil Reina Sofía H. Provincial de Córdoba
Centros de Salud y Consultorios	Aracena: 1 CS, 10 CL y 4 CA Calañas: 1 CS, 2 CL y 3 CA Cortegana: 1 CS, 7 CL y 8 CA C. Mayores: 1 CS, 4 CL y 1 CA Valverde del C.: 1 CS M. de Riotinto: 1 CS, 5 CL, 10 CA	Montilla: 1 CS F. Núñez: 1 CS y 1 CL (Montemayor) Aguilar: 1 CS La Rambla: 1 CS y 4 CL (1 en Montalbán)

CS: Centro de Salud, CL: Consultorio Local y CA: Consultorio Auxiliar

¹⁸ Anexo modificado por alegación presentada.

ANEXO IV

PIRÁMIDE POBLACIONAL HOSPITALES DE RIOTINTO Y MONTILLA

HOSPITAL DE RIOTINTO

Tramos edad	Sexo desconocido	Hombre	Mujeres	Total
De 0 a 14 años	68	4.828	4.642	9.538
De 15 a 44 años	457	14.115	13.261	27.833
De 45 a 65 años	218	8.612	7.972	16.802
> 65 años	167	5.758	8.243	14.168
Total	910	33.313	34.118	68.341

HOSPITAL DE MONTILLA

Tramos edad	Sexo desconocido	Hombre	Mujeres	Total
De 0 a 14 años	9	4.999	4.499	9.507
De 15 a 44 años	39	14.799	12.059	26.897
De 45 a 65 años	10	8.259	6.068	14.337
> 65 años	13	5.418	5.528	10.959
Total	71	33.475	28.154	61.700

Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria. Programa DIRAYA

VI. ALEGACIONES

VI.1 ALEGACIONES DE EPHAG

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 10)

10. El hospital de Montilla (Córdoba) se adscribe a la empresa por la Orden de la Consejería de Salud de fecha 13 de noviembre de 2003 (BOJA de 19 de noviembre de 2003). Junto con el de Andujar (Jaén), son los dos hospitales comarcales que integran la EPHAG, el resto de los centros sanitarios integrados se califican como “centros de alta resolución”. El hospital de Montilla da cobertura sanitaria a 62.700 habitantes de la comarca, siendo su área de influencia las poblaciones de Aguilar de la Frontera, Fernán Núñez, Montalbán, Montemayor, Montilla y La Rambla.

ALEGACIÓN Nº 1

El censo de población 2007 exactamente de Montilla en 2007 es de 62.932 habitantes y no 62.700.

CUESTIÓN OBSERVADA (Varios puntos 10, 37, 86, cuadro nº 6, 93, cuadro nº 10, punto 137, anexo I,II, y III)

ALEGACIÓN Nº 2

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 47)

47. Para devengar el incentivo A, es preciso alcanzar, al menos, un determinado nivel de consecución. El nivel mínimo se establece en un 80% del cumplimiento fijado. Frente a éste, el nivel máximo de consecución de un objetivo se fija en el 120%.

ALEGACIÓN Nº 3

En lo que respecta a la evaluación de objetivos no se refiere nada a la EDP (Evaluación del desempeño) en el Hospital de Montilla, sólo objetivos de referidos en su totalidad al incentivo A, del cual el 85% corresponde a evaluación de objetivos y el 15% a la Evaluación del Desempeño.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 64)

64. COANH: Sistema de contabilidad de gestión hospitalaria (sólo aporta datos de los hospitales integrados en el SAS).

ALEGACIÓN Nº 4

Se indica que “(Sólo aporta datos de hospitales del SAS)”, efectivamente en el sistema de datos de SAS sólo son recogidos estos, aunque en la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir también está implantada esta aplicación.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 106 cuadro 10)

Indicador	H. Riotinto		H. Montilla	
	Objetivo	Actividad	Objetivo	Actividad
Nº urgencias atendidas	-	24.067	44.000	43.648
Frecuentación urgencias	-	352		696
Nº urgencias ingresadas	-	3.091		3.099
Traslados desde urgencias a otros centros	-	174	-	371
%Urgencias no ingresadas	-	87%	> 90%	93%
Nº ingresos hospitalización		4.346		4.103
Presión de urgencias		71%	-	75%

Cuadro nº 10

ALEGACIÓN N° 5

Es llamativo la diferencia existente en el ítem “traslados desde urgencias a otros centros” (174 H Riotinto vs. 371 H Montilla). Debe reseñarse en algún sitio del informe que el Hospital de Montilla carece de facultativos especialistas de guardia localizados en oftalmología y otorrinolaringología, elemento diferenciador con el Hospital de Riotinto. Adjuntamos informe detallado de los

traslados producidos en los últimos 4 meses en los que se objetiva que más de un 30% de estos traslados se producen a estas especialidades y que el resto corresponde a patología que no está incluida en nuestra cartera de servicios (urgencias psiquiátricas, cirugía infantil, traumatología infantil, etc.)

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 113 cuadro 13)

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	H. RIOTINTO	H. MONTILLA
Estancia media preoperatoria	0,64	0,23
Programadas totales	3.784	2.983
Cirugía con Ingreso	713	660
CMA	2.202	1.174
CmA	869	1.149
Urgentes totales	1.028	589
Cirugía U. con Ingreso	820	581
Cirugía U. sin Ingreso	208	8
% Reintervenciones	s/d	0,06%
% Intervenciones Suspendidas		
% Causas hospitalarias	2,83%(1)	2,21%
% Incomparecencias	- (2)	2,73%
% Resolución de CMA	82%	68% (3)
% Ingresos tras CMA	1,31%	s/d
% Enfermedades nosocomiales	3,7%	5,1%

Cuadro n° 13

ALEGACIÓN N° 6

No se ajusta el dato calculado de índice de resolución de CMA al 68% que aparece en el informe, desconociendo como se ha obtenido el mismo. El porcentaje de resolución de CMA del total de procedimientos definidos para el SSPA para el hospital de Montilla es del 76,6%, dato constatado por la Consejería de Salud. Los datos que reflejan ambos centros están muy por encima de la media del SSPA que se sitúa en el 60%, considerando por tanto que es un excelente resultado en ambos casos. Por tanto, pensamos que la afirmación del punto 117 debe ser replanteada, ya que la “utilización de este recurso” es eficiente en ambos casos. En cualquier caso se debería estudiar de forma más exhaustiva

estos datos por cuanto esta pequeña diferencia puede estar influenciada por los criterios de alta a los pacientes cuando su lugar de residencia está alejado del centro sanitario, con el consiguiente temor por parte de los profesionales a no tener controlados a los pacientes las primeras horas después de la intervención.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 119 cuadro 13)

119. El indicador de calidad representado por la proporción de enfermedades nosocomiales es más favorable en el hospital de Riotinto, con un porcentaje menor de la incidencia de este tipo de infecciones adquiridas en los centros hospitalarios.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	H. RIOTINTO	H. MONTILLA
Estancia media preoperatoria	0,64	0,23
Programadas totales	3.784	2.983
Cirugía con Ingreso	713	660
CMA	2.202	1.174
CmA	869	1.149
Urgentes totales	1.028	589
Cirugía U. con Ingreso	820	581
Cirugía U. sin Ingreso	208	8
% Reintervenciones	s/d	0,06%
% Intervenciones Suspensas		
% Causas hospitalarias	2,83%(1)	2,21%
% Incomparecencias	- (2)	2,73%
% Resolución de CMA	82%	68% (3)
% Ingresos tras CMA	1,31%	s/d
% Enfermedades nosocomiales	3,7%	5,1%

Cuadro nº 13

ALEGACIÓN Nº 7**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE****CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 168
cuadro 24)**

	Promedio
Atención sanitaria recibida	1,47
Calificación del hospital para recomendarlo	1,63
Confort habitación	1,98
Limpieza	1,67
Comida	2,00
Régimen visita	1,75
Información sanitaria	1,51
Identificación personal	1,59
Actitud de los profesionales	1,47
Personal de enfermería	1,35
Auxiliares de enfermería	1,40
Admtvos/Celadores	1,56
Respeto, amabilidad	1,45

Cuadro nº 24

Valoración: 1.muy buena, 2.buena, 3.ni buena ni mala, 4 mala, 5.muy mala, 6.n/c

ALEGACIÓN Nº 8**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE****CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 184)**

184. La situación financiera de la empresa pública permanece saneada, sin que se acumulen pérdidas de ejercicios anteriores. Anualmente se aplican transferencias de financiación para compensar la cuenta de pérdidas y ganancias. En el ejercicio 2007 las pérdidas de explotación

compensadas han ascendido a 527.601 €. (§§140 y 141)

ALEGACIÓN Nº 9

Propuesta de redacción, teniendo en cuenta que no va referido a transferencia adicional para compensar pérdidas, que no hay, entendiendo que procede:

Desde el año 2004, la situación económica de la Empresa Pública permanece saneada. Esto implica que anualmente, tanto para el año analizado (2007) como para los anteriores, las transferencias de financiación de explotación aprobadas para la EPHAG han sido suficientes para equilibrar la Cuenta de Pérdidas y Ganancias, sin generar en ningún año excedentes de cuantía significativa, ni pérdidas en ninguno de los ejercicios. Esto ha sido posible entre otras causas, merced a la gestión y a la estructura presupuestaria de la EPHAG que permite la permeabilidad entre los distintos conceptos de gasto y hospitales que gestiona. Así, en el caso concreto del hospital de Montilla, en el ejercicio 2007 se realizaron reasignaciones del presupuesto de explotación entre los distintos centros de la Empresa, que supuso un incremento de 527.601 euros sobre la cantidad inicialmente prevista para dar respuesta al incremento de la actividad asistencial.

CUESTIÓN OBSERVADA (Anexo III)

ANEXO III

CENTROS SANITARIOS	HUELVA	CÓRDOBA
Hospitales	H. Infanta Elena	H. Infanta Margarita
	H. Juan Ramón Jiménez	H. Reina Sofía
	H. Riotinto	H. Valle de los Pedroches
		H. Montilla (EPHAG)
Hosp. de Alta Resolución	-	H.A.R.E. Puente Genil (EPHAG)
Centros de Especialidades	C.P.E. Virgen de la Cinta	C.P.E. Avda. América de Córdoba
	H. Vázquez Díaz	C.P.E. Sector Sur de Córdoba
		H. Los Morares
		H. Materno-Infantil Reina Sofía
		H. Provincial de Córdoba
Centros de Salud y Consultorios	Aracena: 1 CS, 10 CL y 4 CA	Montilla: 1 CS
	Calañas: 1 CS, 2 CL y 3 CA	F. Núñez: 1 CS y 1 CL (Montemayor)
	Cortegana: 1 CS, 7 CL y 8 CA	Aguilar: 1 CS
	C. Mayores: 1 CS, 4 CL y 1 CA	La Rambla: 1 CS y 4 CL
	Valverde del C.: 1 CS	(1 en Montalbán)
	M. de Riotinto: 1 CS, 5 CL, 10 CA	

CS: Centro de Salud, CL: Consultorio Local y CA: Consultorio Auxiliar

ALEGACIÓN Nº 10

Se indica “Dirección de Informática”, debiendo decir “Dirección de Sistemas de Información e Informática” y se omite la dependencia de esta de la Subdirección de Informática.

VI.2 ALEGACIONES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SAS)

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 16)

16. El objetivo que se plantea en el presente trabajo de fiscalización es el análisis comparativo de la gestión desarrollada en el ejercicio 2007 por dos centros hospitalarios públicos (hospital de Montilla y hospital de Riotinto), integrantes ambos del SSPA, con el fin de determinar si la diferencia de régimen jurídico y dependencia funcional, refleja diferencias en términos de eficacia, eficiencia, economía, equidad y calidad de las prestaciones sanitarias.

ALEGACIÓN Nº 1**ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE****CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 5 al 15)**

5. La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar se crea adscrita a la Consejería de Salud, por la Ley 11/1999 de 30 de noviembre.

6. La constitución efectiva de la empresa tiene lugar con la aprobación de sus Estatutos por el decreto 48/2000, de 7 de febrero, como Entidad de Derecho Público de las previstas en el artículo 6.1.b de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía (LGHP).

7. Su objeto, definido en su norma de creación y en sus Estatutos, modificados por la disposición final tercera del decreto 190/2006, de 31

de octubre, consiste en *“llevar a cabo la gestión del Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén); la gestión del Hospital de Montilla (Córdoba); la gestión de los centros hospitalarios de alta resolución que se establezcan en las provincias de Córdoba y Jaén; la prestación de asistencia sanitaria a las personas incluidas en el ámbito geográfico y poblacional que se asigne; así como aquellas funciones que por razón de su objeto se le encomienden.”*

8. La empresa goza de personalidad jurídica propia, de plena capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento de sus fines y de patrimonio propio. Su personal se rige por el derecho laboral, las relaciones patrimoniales por el Derecho privado, y el régimen de contratación se ajusta a las previsiones de la legislación de contratos de las Administraciones Públicas.

9. El régimen presupuestario, económico financiero, de contabilidad, intervención y de control financiero de la empresa es el establecido en la LGHP. Las cuentas anuales se presentan cumpliendo lo establecido en la Resolución de 4 de marzo de 2002 de la Intervención General de la Junta de Andalucía por la que se aprueba el PGC aplicable a las empresas de la Junta de Andalucía.

10. El hospital de Montilla (Córdoba) se adscribe a la empresa por la Orden de la Consejería de Salud de fecha 13 de noviembre de 2003 (BOJA de 19 de noviembre de 2003). Junto con el de Andújar (Jaén), son los dos hospitales comarcales que integran la EPHAG, el resto de los centros sanitarios integrados se califican como “centros de alta resolución”. El hospital de Montilla da cobertura sanitaria a 62.700 habitantes de la comarca, siendo su área de influencia las poblaciones de Aguilar de la Frontera, Fernán Núñez, Montalbán, Montemayor, Montilla y La Rambla.

11. El centro cuenta con 70 camas y es atendido por un total de 374 profesionales (310 personal sanitario y 64 personal no sanitario).

12. Todos los centros integrados en la EPHAG tienen la misma estructura organizativa, y comparten los puestos de dirección gerencia, dirección de sistemas de información e informática,

dirección de recursos humanos y dirección económico financiera. Los puestos directivos exclusivos del hospital son la dirección de procesos asistenciales (homólogo de dirección médica en los hospitales del SAS) y la dirección de cuidados de enfermería.

13. El hospital comarcal de Riotinto está incluido en la red de centros de atención especializada del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Se crea en 1984 y en la actualidad dispone de 113 camas que son atendidas por un total de 480 personas (329 personal sanitario y 151 personal no sanitario). La población de cobertura atendida por el hospital es de 68.341 habitantes (comarcas de la Cuenca Minera, Sierra de Huelva y El Andévalo).

14. En cuanto a su estructura directiva responde al modelo clásico de los hospitales del SAS, y cuenta con los puestos de dirección gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y dirección y subdirección económica y de servicios generales.

15. El régimen jurídico del personal del hospital es el estatutario, regulado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre que aprueba el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

ALEGACIÓN Nº 2

Los párrafos del nº 5 al 15 del informe provisional incluyen una breve descripción de ambos centros hospitalarios, aportando información sucinta sobre la fecha de creación de ambos centros, régimen jurídico, régimen presupuestario, económico, contable, intervención y control financiero, población de cobertura, área de influencia, nº camas, nº profesionales, estructura directiva y régimen jurídico de personal.

A lo largo del informe provisional se desarrollan con algo más de detalle algunos aspectos tales como el enfoque de gestión, estructura organizativa, sistemas de fijación y seguimiento de objetivos, modelo de financiación, etc.

No obstante, hay aspectos fundamentales tanto del entorno como de las características de cada hospital, que no se exponen en el informe provisional y que sería necesario incorporar con el fin de que el lector del mismo pueda situarse en un adecuado término a la hora de valorar su contenido.

En cuanto al entorno, según lo expuesto se considera que el estudio comparativo que se plasma en el informe provisional sobre dos hospitales, ciertamente, del mismo nivel (comarcales) pero con entornos muy distintos que afectan a la comparabilidad de la información, debería incluir un completo apartado de análisis del entorno en que cada centro desarrolla su actividad. Tal apartado podría incluir mapas en los que se pueda ver la ubicación geográfica de cada hospital y la red de comunicaciones, información gráfica sobre la dispersión geográfica de la población, la ubicación geográfica de los diferentes dispositivos sanitarios de cada zona de referencia, valoración el impacto de la orografía y el clima de cada zona, la evolución demográfica, el nivel educativo de la población, la estructura socioeconómica de cada zona.

En cuanto a los hospitales, sería ilustrativo que el Informe aportara datos básicos tales como el detalle de la dotación de infraestructuras, cartera de servicios, detalle de los procesos más frecuentes, etc.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se solicita la incorporación en el informe definitivo, de información comparativa adicional, tanto del entorno como de las características, recursos y actividad de cada hospital objeto de análisis, así como un apartado específico introductorio sobre comparabilidad de la información, estableciendo como punto de partida los aspectos que inciden sobre los resultados obtenidos, especialmente teniendo en cuenta el alcance del trabajo desarrollado (ver ALEGACIÓN a la CUESTIÓN OBSERVADA N° 155).

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto n° 13)

13. El hospital comarcal de Riotinto está incluido en la red de centros de atención especializada del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Se crea en 1984 y en la actualidad dispone de 113 camas que son atendidas por un total de 480 personas (329 personal sanitario y 151 personal no sanitario). La población de cobertura atendida por el hospital es de 68.341 habitantes (comarcas de la Cuenca Minera, Sierra de Huelva y El Andévalo)

ALEGACIÓN N° 3

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Con respecto a la población de cobertura, según el boletín estadístico "Municipios Andaluces. Datos Básicos 2008", publicado por el Instituto de Estadística de Andalucía, dependiente de la Consejería de Economía y Hacienda, y que recoge los datos poblacionales de 2007, arroja unos datos de 71.104 habitantes para la población de referencia del Hospital de Riotinto, y no 68.341, como aparece en el informe; lo cual supone una población real superior en 2.763 habitantes a la considerada en el Informe Provisional. Adicionalmente, el número de personas mayores de 65 años es de 15.549, lo que supone el 22% de la población (mayor % que la media andaluza y la mayor de toda la provincia de Huelva). Ver ALEGACION al ANEXO IV del Informe Provisional.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto n° 19)

19. El trabajo de campo se ha llevado a cabo en los dos centros hospitalarios y en los servicios centrales del SAS, validando las fuentes de datos de los sistemas de información.

ALEGACIÓN N° 4

Teniendo en cuenta lo expuesto en la ALEGACION siguiente a la CUESTIONES OBSERVADAS n° 146 a 148, solicitamos sean revisados los sistemas de validación de las fuentes de datos utilizadas.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 32)

32. En el cuadro siguiente se exponen los datos de interés general, desde el punto de vista de organización, correspondiente a ambos hospitales:

HOSPITALES	RIOTINTO	MONTILLA
Población	68.341	62.700
Total Personal	480	374
Puestos directivos	5	6 (*)
Direcciones/Jefaturas asistenciales	9	9
Nº camas hospitaliz.	113	70

Cuadro nº 1

(*) 4 directivos compartidos con el resto de centros de la empresa.

ALEGACIÓN Nº 5**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

Aplica lo expuesto en la ALEGACION anterior a la CUESTION OBSERVADA Nº 13.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 56)

56. En el análisis realizado se ha podido comprobar que las áreas asistenciales tienen definidos objetivos generales y específicos, pero las no asistenciales no disponen de nivel de desarrollo, estableciéndose exclusivamente objetivos de carácter general.

ALEGACIÓN Nº 6

La instrucción segunda de la Resolución 2215/07 de 20 de Agosto establece para el personal sanitario con carácter general un 60% de objetivos comunes del total de objetivos de cada unidad o servicio. De este modo hasta el 40% de objetivos de la unidad pueden ser específicos de la misma.

Para ello la Dirección General de Asistencia Sanitaria ha desarrollado en 2008 un Banco de objetivos específicos así como la definición por servicio de los objetivos comunes para todos los centros del SAS.

La referida instrucción segunda establece para el personal de gestión y servicios que los objetivos comunes representen el 20% del total, reconociendo que pueden existir categorías para las que todos sus objetivos puedan ser específicos de la unidad (100%), siendo esto lo que sucede con las unidades no asistenciales del hospital en 2007.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 57 y 58)

57. El hospital no cuenta con un cuadro de mando que permita una evaluación continuada de la consecución de los objetivos. La valoración, según la información aportada por el hospital, se realiza en los servicios centrales del SAS al final del ejercicio económico, y las cuantías se abonan en el primer cuatrimestre del ejercicio siguiente.

58. Los profesionales del hospital manifiestan desconocimiento de las cuantías que van a percibir en el caso de consecución de los fines propuestos, ya que el cálculo se realiza de forma centralizada.

ALEGACIÓN Nº 7

Con relación a la afirmación relativa a la ausencia del cuadro de mando, efectivamente el Hospital de Riotinto no dispone un tipo de cuadro de mando integral como el del Hospital de Montilla, pero esto no supone que no se disponga de información para poder efectuar la valoración de la consecución de los objetivos, incidencia que se desprende de la lectura del párrafo alegado. El Hospital de Riotinto cuenta con información suficiente y periodificada para el seguimiento de los objetivos propuestos en Contrato Programa, y son remitidos en tiempo y forma a los Servicios Centrales del SAS (SICPRO, INHIOS, CMBD, COANH...). Además cuenta con aplicaciones centralizadas de las cuales extrae on line la información suficiente para valorar y realizar seguimiento de objetivos (INFHOS, AGD, Farmacia...)

En cuanto al supuesto desconocimiento de las cuantías por parte de los profesionales, procede aclarar que tal y como se describe en los párrafos del 51 a la 55 del Informe Provisional, el complemento de productividad factor variable, vinculado al rendimiento profesional por la consecución de resultados, en el Servicio Andaluz de Salud se establece en virtud de la Resolución 2215/07 de 20 de agosto modificada por Resolución 2514/07 de 14 de diciembre, ambas de la Dirección Gerencia del SAS. El importe que cada trabajador puede percibir de bolsa de incentivos según su categoría profesional se publicó en Resolución 1954/07 de 2 de abril en su anexo VIII.

Lo que los trabajadores desconocen “a priori” es su participación económica en el reparto de remanentes, ya que esto depende del grado de consecución de objetivos, tanto de resto de las unidades, como de su propia unidad, así como de la calificación obtenida en la evaluación del desempeño profesional (EDP) del resto de los integrantes. La valoración de los objetivos se realiza en el Centro de forma global y pormenorizada por cada Unidad / Servicio, siendo esta la base para el reparto de Complemento de Rendimiento Profesional por Unidad / Servicio. Los resultados de la valoración se procesan en la aplicación corporativa establecida a tal efecto, siendo la valoración económica final obtenida centralizadamente a través de un subaplicativo informático de GERHONTE denominado CRP.

Finalmente, señalar que además de lo expuesto relativo al cálculo y asignación de remanentes, el tipo de objetivos definidos hacen que no sea factible conocer de manera continua y permanentemente actualizada los resultados económicos asociados, sino al final del ejercicio una vez alcanzado un determinado grado de consecución de los objetivos.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 59)

59. La valoración del equipo directivo también se realiza de forma centralizada, y no se dispone

de información documental en la que se pueda contrastar la consecución de los objetivos asignados a la dirección del hospital y su correspondencia con los importes recibidos en concepto de productividad.

ALEGACIÓN Nº 8

La valoración del equipo directivo de cada centro del Servicio Andaluz de Salud se sustenta en un documento remitido por la dirección corporativa a los Directores Gerentes, en el que se explicita la cuantía económica en concepto de productividad variable que le puede corresponder a cada centro, basado en un número de objetivos cuantificables, en consonancia con las líneas estratégicas del Servicio Andaluz de Salud, siendo éstas las siguientes:

1. Accesibilidad
2. Uso racional del medicamento
3. Índice de satisfacción de los usuarios
4. Procesos asistenciales integrados
5. Control Presupuestario.

La valoración se efectúa centralizadamente de forma automática aplicando los indicadores definidos y está convenientemente documentada y a disposición de la Cámara de Cuentas para su verificación si lo estima oportuno.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 70)

70. No obstante, utilizando el dato “ingreso/alta” según ambos sistemas de información, se puede observar las siguientes diferencias:

Indicador	H. Riotinto	H. Montilla
POBLACIÓN	68.341	62.700
INGRESOS INIHOS	4.346	4.103
ALTAS INIHOS	4.343	3.881
ALTAS/ CMBD sin 0 días estancias	4.143	3.506
ALTAS/ CMBD con 0 días estancias	4.207	3.853

Cuadro nº 3

Fuente: Subdirección de Atención Especializada. Servicio de Producto Sanitario

ALEGACIÓN N° 9

Las diferencias entre altas INIHOS y altas CMBD, se deben, tanto a la posibilidad de contabilizar duplicidades al no identificar pacientes, como sobre todo al uso mixto de la dotación de camas hospitalarias para pacientes ingresados y pacientes de Hospital de Día Quirúrgico (HDQ), produciéndose algunos errores en el registro de pacientes ambulatorios que inicialmente figuran como ingresos (y así se declaran en INIHOS), y cuando se codifica y revisa posteriormente el episodio esto queda corregido, motivo por el cual disminuyen en el CMBD los pacientes hospitalizados y aumentan en la misma cifra los pacientes de HDQ.

Sobre la cifra de pacientes ingresados y declarados en CMBD (4.207 pacientes), de forma centralizada se depuran las altas sin estancia a domicilio, siendo 64, por eso el valor final del CMBD queda en 4.143. De ellas los Servicios Centrales del SAS validaron el 100% de las altas del Hospital de Riotinto.

La población de cobertura, según el boletín estadístico "Municipios Andaluces. Datos Básicos 2008", publicado por el Instituto de Estadística de Andalucía, dependiente de la Consejería de Economía y Hacienda, y que recoge los datos poblacionales de 2007, arroja unos datos de 71.104 habitantes para la población de referencia del Hospital de Riotinto, y no 68.341, como aparece en el informe; lo cual supone una población real superior en 2.763 habitantes.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto n° 71)

71. Las diferencias pueden deberse a estancias en observación o a duplicidades no detectadas en INIHOS. En la subdirección de atención especializada no se realiza conciliación entre las informaciones obtenidas por los dos sistemas, ambos se procesan, explotan y gestionan con total independencia.

ALEGACIÓN N° 10

El CMBD es un sistema de información nacional individualizado, centralizado en el Ministerio de Sanidad y Consumo al que cada comunidad autónoma aporta con periodicidad sus datos de actividad. La información se obtiene al alta del paciente desde la historia clínica codificada y parte de información administrativa y demográfica de cada paciente. Es necesario codificar los datos clínicos al alta del paciente, por lo que la obtención de datos no es inmediata.

El INIHOS es un sistema de información estadístico de Andalucía que mide la actividad de los hospitales públicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Su periodicidad es mensual y permite la acumulación de todos sus indicadores de forma mensual, trimestral, anual...

Por todo ello, consideramos conveniente los dos Sistemas de Información, dado que su utilidad da respuesta a distintas necesidades de la Organización.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto n° 74)

74. La selección de dos hospitales clasificados en un mismo nivel (comarcal), y con poblaciones de cobertura muy similares, determina que la actividad esperada en relación al número de ingresos y por tanto, el índice de frecuentación hospitalaria (n° de ingresos por cada 10.000 habitantes) resulten muy similares. Las diferencias aparecen cuando los datos se toman de los distintos sistemas de información.

ALEGACIÓN N° 11

Existen elementos diferenciales entre las poblaciones de cobertura de ambos centros. La población de Riotinto es un 11% superior a la de Montilla y el grupo de edad de > de 65 años es un 29% superior en Riotinto que en Montilla. Por otro lado los indicadores demográficos tradicionales como son el índice de envejecimiento en Riotinto (160,5) es muy superior respecto a Montilla (113,1)

y a Andalucía (90,2). Las diferencias poblacionales no solo tiene que ver con la estructura etaria sino con la gran disgregación y dispersión de los núcleos urbanos en los que se estructuran, así como, de mayores cronas hasta el centro sanitario como es el caso de Riotinto.

Los dos factores comentados hacen que el perfil de ingreso y su estancia media varíen de un centro a otro. Adicionalmente, aunque ambos centros son del mismo nivel (comarcal), para efectuar una comparación en términos homogéneos, procede relacionar la cartera de servicios con la tasa de población ajustada por edad y sexo, no con la población total en términos absolutos.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 77)

ALEGACIÓN Nº 12

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 79)

79. Estancia media (CMBD). Es la relación entre las estancias hospitalarias y los ingresos. Representa la media de días que un paciente permanece ingresado en el hospital (estancias totales/ ingresos totales).

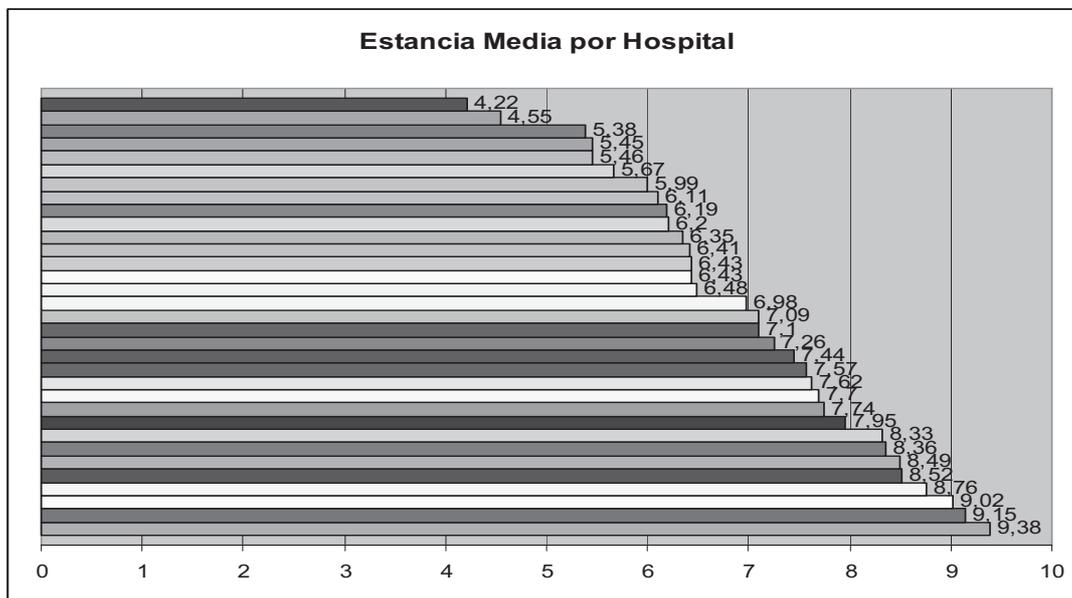
Este es uno de los indicadores en el que los dos hospitales presentan mayor diferencia. La estancia media resulta un 47% superior en el hospital de Riotinto respecto de Montilla. Este resultado afecta de forma negativa al resto de indicadores (rotación, índice de utilización de estancias, coste de explotación por ingresos, por altas, etc.)

ALEGACIÓN Nº 13

Como puede verse en el gráfico adjunto, los dos hospitales de la empresa pública Alto Guadalquivir presentan (4,22 Montilla y 4,55 Andújar) de forma claramente diferenciada del resto de todos los hospitales andaluces (del SAS, de otras Empresas Públicas o Concertados), unos valores de estancias medias muy inferiores a los demás.

Así pues, cualquier otro hospital del Sistema sanitario Público Andaluz (SSPA), comparado con cualquiera de estos dos hospitales, en general, siempre va a presentar datos comparativos de estancias superiores, ya que Andujar y Montilla son los centros más eficientes en este indicador en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

A pesar de ello, la estancia media del Hospital de Riotinto, pese a su población más envejecida, la dispersión geográfica y los traslados a otros hospitales para pruebas como cateterismos que se añaden a la estancia media del hospital, se encuentra entre los 10 hospitales andaluces con menor estancia media, y presentando un valor de estancia media de 6,20, inferior a la estancia media esperada (6,89).



Fuente: explotación del CMBD Andaluz de 2007 de SSCC de la Consejería de Salud

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 80)

80. El sistema define también el indicador **estancia media esperada**, que es la que se calcula para el estándar de los hospitales de Andalucía (en nuestro caso aplicamos la calculada para el grupo IV, hospitales comarcales) en relación a un GRD determinado. Es decir, es el consumo de estancias que como media y para un GRD concreto presentan los hospitales del SSPA.

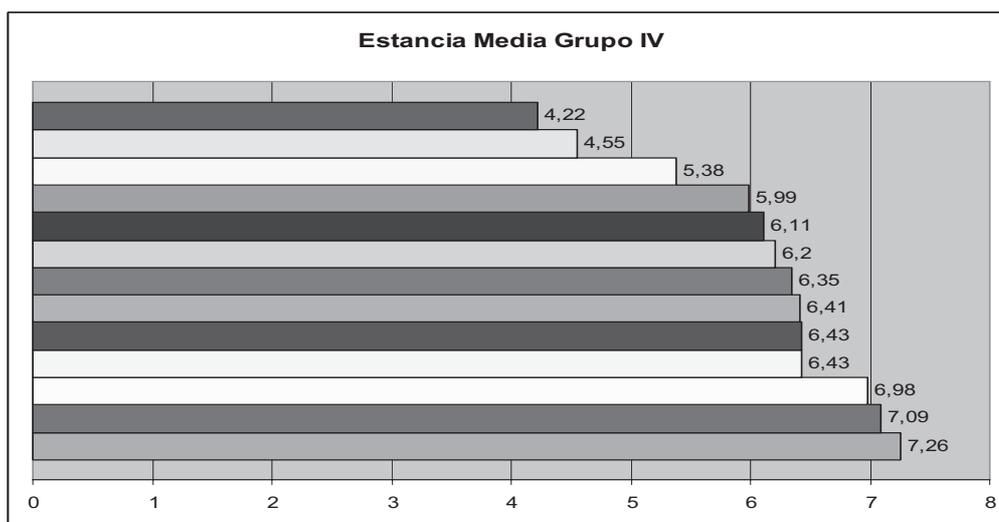
ALEGACIÓN N° 14

La estancia media del Hospital de Riotinto (6,20) es inferior a la estancia media esperada (6.89), lo cual significa un buen uso del recurso cama por parte del Hospital de Riotinto, lo que se expresa en un IUE1 de 0,90.

Como puede verse en el cuadro adjunto, los dos hospitales de la empresa pública Alto Guadalquivir presentan, de forma claramente diferenciada del resto de todos los hospitales andaluces (y por tanto de su

grupo) unos valores de estancias medias por GRD muy inferiores a los demás (sean del SAS, de otras Empresas Públicas o Concertados). Estos valores extremos de estos 2 hospitales también contribuyen a elaborar los datos del estándar, estando menos sesgado el que tiene en cuenta a todos los hospitales (33), que el específico del grupo IV que sólo son 13 hospitales y la influencia en los datos medios de estos 2 hospitales en el grupo es mayor.

Así pues, cualquier hospital del SSPA, comparado con cualquiera de estos dos hospitales, en general, siempre va a presentar datos comparativos de estancias superiores ya que Andújar y Montilla son los centros más eficientes en este indicador en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sin embargo, el ceñir la comparación a los estándares para sólo el grupo IV (claramente sesgada por los valores de estancia media extremos de estos 2 hospitales de 13) arroja interpretaciones muy diferentes respecto a la gestión eficiente de las estancias.



Fuente: explotación del CMBD Andaluz de 2007 de SSCC de la Consejería de Salud

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 81)

81. Porcentaje de ocupación. Representa el nivel de utilización del recurso cama. Su cálculo es el siguiente:

$$\frac{\text{estancias totales} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de camas} \times \text{días naturales}}$$

ALEGACIÓN N° 15

Al igual que en el párrafo n° 82 se incluye la aclaración del efecto que sobre el porcentaje de ocupación del Hospital de Montilla tiene su compromiso de privacidad del Hospital de Montilla, debería añadirse un párrafo aclaratorio respecto del dato del Hospital de Riotinto.

En el caso del Hospital de Riotinto, su porcentaje de ocupación debería corregirse para ajustarse a la realidad en base a las siguientes consideraciones.

- Por una parte, las camas disponibles en 2007 eran mixtas, esto es, para hospitalización y Hospital de Día Quirúrgico (HDQ). La actividad de HDQ fue de más de 3000 pacientes, y, según las normas del CMBDA para el mismo, se permite hacer noche siempre que no se superen las 24 horas (hecho frecuente en el Hospital de Riotinto debido a

la dispersión geográfica y la edad envejecida de la población). En base a lo expuesto la ocupación las camas en este caso no puede ceñirse sólo al uso hospitalario.

- Por otra parte, en ciertos Servicios como Pediatría y Obstetricia y Ginecología, en el Hospital de Riotinto también se aplica el compromiso de privacidad, ya que la ocupación es siempre individual, aunque haya dos camas por habitación; y en el resto del Hospital, determinados pacientes, como enfermos terminales, con problemas sociales, necesidad de aislamiento, etc, también hacen uso de habitación individual.

Teniendo en cuenta lo expuesto el porcentaje de ocupación real debe calcularse en base a 80 camas, y su valor ajustado en el Hospital de Riotinto es del 88%.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 83)

83. Rotación enfermo-cama (INIHOS). Representa el número de pacientes que por término medio pasa por cada cama en el periodo estudiado (N° ingresos/n° de camas). El resultado obtenido indica que el hospital de Montilla tiene una rotación mayor en un 60% a la que presenta Riotinto. Este elevado índice de rotación compensa la diferencia de camas entre los dos hospitales (62%).

ALEGACIÓN N° 16

Respecto a la rotación enfermo-cama, éste debe corregirse para ajustarse a la realidad, teniendo en cuenta lo expuesto en la ALEGACIÓN ANTERIOR a la CUESTIÓN OBSERVADA N° 81.

Esto hace que el índice de rotación real del Hospital de Riotinto sea superior al considerado en el análisis dado que la fórmula debe aplicarse a 80 camas en lugar de 113.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 84)

84. Intervalo o índice de sustitución (INIHOS). Este indicador relaciona la ocupación con la estancia media. Representa el tiempo medio que una cama permanece desocupada entre un alta y un nuevo ingreso durante el periodo en estudio. Su cálculo es:

$$\frac{\text{estancia media} \times (100 - \% \text{ ocupación})}{\% \text{ ocupación}}$$

ALEGACIÓN N° 17

Reiteramos lo expuesto en la ALEGACION anterior a la CUESTION OBSERVADA N° 81, lo cual incide en que en la práctica el índice de sustitución real del Hospital de Riotinto sea menor, ya que ha de ser calculado en base a 80 camas en vez de 113.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 86)

86. Índice de utilización de estancias (CMBD). Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística (estancia media esperada §79). Se presentan dos procesos de estandarización: respecto del total de altas del conjunto de hospitales (IUE1) y respecto al conjunto de hospitales de su nivel, en nuestro caso hospitales comarcales o de nivel IV (IUE2).

ALEGACIÓN N° 18

Están referidos a la gestión de estancias, y utiliza para comparar los índices de utilización de estancias (IUE1 y IUE2), en especial el IUE2.

Como puede verse en el cuadro adjunto, los dos hospitales de la empresa pública Alto Guadalquivir presentan, de forma claramente diferenciada del resto de todos los hospitales andaluces, unos valores de IUE muy inferiores a los demás (sean del SAS, de otras Empresas Públicas o Concertados). Estos valores extremos de estos 2 hospitales también contribuyen a elaborar los datos del estándar, estando menos sesgado el IUE1, que tiene en cuenta a todos los hospitales (33), que el IUE2 que sólo son 13 hospitales.

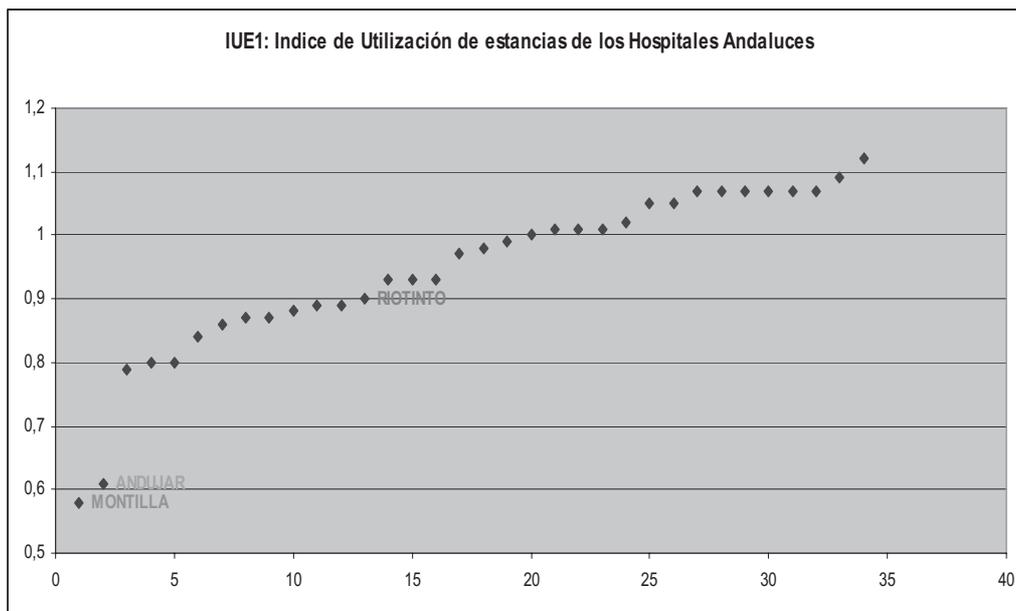
Así pues, cualquier hospital del SSPA, sea el que sea, comparado con cualquiera de estos dos hospitales, en general, siempre va a presentar datos comparativos de estancias superiores ya que Andujar y Montilla son los centros más eficientes en este indicador en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sin embargo, el ceñir la comparación a sólo el IUE2 (claramente sesgada por 2 de 13) en vez de al IUE1, arroja interpretaciones muy diferentes respecto a la gestión eficiente de las estancias:

- Considerando los valores del IUE1, que es el que aparece referenciado a la estancia media esperada de todos los hospitales andaluces, el Hospital de Riotinto presenta un valor de 0.90, por tanto gestiona eficientemente las estancias. Considerando sólo el IUE2, el valor es 1,02, es decir, prácticamente la unidad (media del grupo), que como se ha dicho viene condicionada por los valores de estos dos hospitales.

Fuente de los datos adjuntos: explotación del CMBD Andaluz de 2007 de SSCC de la Consejería de Salud

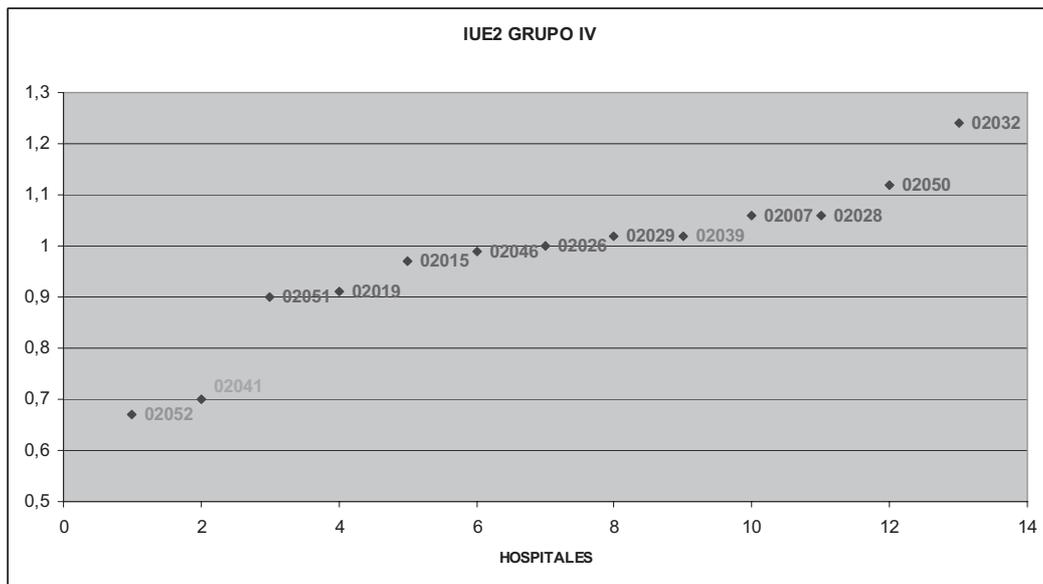
Hospitales andaluces ordenados por IUE1

0,58	02052 MONTILLA	0,98	02050 PONIENTE
0,61	02041 ALTO GUADALQUIVIR	0,99	02013 PUERTO REAL
0,79	02034 COSTA DEL SOL	1	SAS
0,8	02019 MOTRIL	1,01	02004 VALME
0,8	02051 SAN JUAN DE DIOS	1,01	02012 JEREZ
0,84	02015 BAZA	1,01	02048 TORRECARDENAS
0,86	02036 INFANTA ELENA	1,02	02033 VIRGEN DE LA VICTORIA
0,87	02025 INFANTA MARGARITA	1,05	02017 VIRGEN DE LAS NIEVES
0,87	02046 HUERCAL-OVERA	1,05	02018 SAN CECILIO
0,88	02026 POZOBLANCO	1,07	02005 VIRGEN MACARENA
0,89	02043 SAN AGUSTIN	1,07	02024 REINA SOFIA
0,89	02029 RONDA	1,07	02031 CARLOS HAYA
0,9	02039 RIOTINTO	1,07	02042 CH JAEN
0,93	02044 SAN JUAN DE LA CRUZ	1,07	02010 CAMPO DE GIBRALTAR
0,93	02007 OSUNA	1,07	02038 JUAN RAMON JIMENEZ
0,93	02028 ANTEQUERA	1,09	02032 AXARQUIA
0,97	02003 VIRGEN DEL ROCIO SEVILLA	1,12	02009 PUERTA DEL MAR



Hospitales andaluces del Grupo IV, ordenados por IUE2

0,67	02052 MONTILLA
0,7	02041 ALTO GUADALQUIVIR
0,9	02051 SAN JUAN DE DIOS
0,91	02019 MOTRIL
0,97	02015 BAZA
0,99	02046 HUERCAL-OVERA
1	02026 POZOBLANCO
1,02	02029 RONDA
1,02	02039 RIOTINTO
1,06	02007 OSUNA
1,06	02028 ANTEQUERA
1,12	02050 PONIENTE
1,24	02032 AXARQUIA



CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 87)

87. Puede observarse que el índice de utilización de estancias (IUE2) del hospital de Riotinto supera la unidad, es decir, el consumo de estancias totales es superior a la media de consumo de los hospitales de su nivel.

ALEGACIÓN N° 19

Ver ALEGACIÓN a la CUESTIÓN OBSERVADA N° 86.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 89)

89. En el cuadro anterior puede observarse que el IUE2 para el hospital de Riotinto supera la unidad en el 82% de los grupos relacionados de diagnósticos que han sido seleccionados de los 30 más frecuentes, lo que concuerda con el resultado expuesto en el cuadro n° 5 en el que el IUE2 para el total de altas supera la unidad.

ALEGACIÓN N° 20

Teniendo en cuenta lo expuesto en la ALEGACIÓN anterior a la CUESTIÓN OBSERVADA N° 86, al comparar los 30 GRD más frecuentes, los GRD del Hospital de Riotinto que superan la unidad son del 82% de los GRD utilizando el IUE2, mientras que ese valor es de sólo el 17% de los GRD utilizando el IUE1.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 138 y 142)

138. Partiendo de los dos sistemas de financiación expuestos, analizamos el resultado económico de la gestión y la situación financiera correspondiente al ejercicio 2007 para ambos hospitales.

€		
CONCEPTO DE GASTOS	RIOTINTO	MONTILLA
Consumo de productos farmacéuticos	1.514.051 (1)	598.553
Fungible sanitario	2.544.898	971.800
Radiodiagnóstico	80.408	29.262
Osteosíntesis	309.289	255.928
Prótesis oftalmológicas	82.271	107.528
Prótesis	997.772	230.346
Material de laboratorio (biotecnología)	1.381.173	555.719
Análisis laboratorio externo	118.740	225.674
Resonancias magnéticas	352.278	313.920
Oxigenoterapia	350.323	327.913
Ortoprótisis	479.886	561.999
TOTAL CONSUMO MATERIAL SANITARIO	8.211.089	4.178.642
TRANSPORTE SANITARIO	1.012.409 (2)	324.680
OTROS GASTOS DE EXPLOTACIÓN	4.675.600	3.311.081
PERSONAL	20.632.357	16.996.698
TOTAL GASTOS DE EXPLOTACIÓN	34.531.455	24.811.101
Amortizaciones		1.114.441
Gastos Financieros		23.790
Variación de las Provisiones de tráfico		5.480
Gastos Extraordinarios		7.179
TOTAL DEBE	34.531.455	25.961.991

Cuadro nº 16

- (1) No incluye en este epígrafe el consumo de la unidad de día de oncología por importe de 197.629 € para poder comparar con el hospital de Montilla que no incluye esta prestación en su cartera de servicios
- (2) No incluye el transporte sanitario imputable a atención primaria.

139. El hospital de Riotinto presenta una situación deficitaria acumulada, ascendiendo el total de gastos pendiente de imputación a presupuestos al cierre del ejercicio 2007 a un importe total de 4.311.491 €. Este déficit se concentra exclusivamente en el capítulo II del presupuesto de gastos, y en concreto en los conceptos de productos farmacéuticos, material sanitario para consumo y prótesis de implante quirúrgico.

ALEGACIÓN Nº 21

Debería aportarse aclaración del concepto "gasto" utilizado por la Cámara de Cuentas para la elaboración del cuadro nº 16. En el caso del Hospital de Montilla su régimen contable y la aplicación del Plan General de Contabilidad supone un concepto del principio del devengo diferente al concepto de devengo de la contabilidad presupuestaria, aplicable en el caso del Hospital de Riotinto. Por ello, sería de utilidad que se indicara con precisión la fuente de los datos y las medidas adoptadas por el equipo de fiscalización para validar las fuentes así como para verificar la comparabilidad de la información.

Según consta en el informe provisional, el Hospital de Montilla dispone de un cuadro de mandos integral que le permite obtener información de forma ágil. No es este el caso del Hospital de Riotinto, que dispone de varios sistemas de información de gestión económica sin conexión, lo que efectivamente dificulta no sólo la gestión sino también la labor de fiscalización. Debido a ello, existen diferentes versiones de un mismo dato según la fuente de información de la que se obtenga, pero tal incidencia no consta en ningún apartado del informe provisional, que plasma en el cuadro de la página nº 16 una serie de datos denominados "gastos", sin indicar ninguna matización o limitación al alcance sobre los mismos.

En el proceso de revisión del Informe Provisional, se ha detectado que los datos del Hospital de Riotinto que se plasman en el citado cuadro nº 16 y que se toman por la Cámara de Cuentas como base para analizar comparativamente la eficiencia de la gestión económica del citado centro, deberían ser revisados en base a los siguientes argumentos.

- Salvo los datos de prótesis (consumo = adquisición al gestionarse en régimen de depósito asistencial), los demás datos de consumo de materiales no son tales. Realmente son las adquisiciones del año 2007, por lo que incluyen la variación de existencias y los pedidos emitidos pendientes de recibir al cierre del ejercicio.

- No se han efectuado las oportunas eliminaciones para velar por la comparabilidad de la información, tal y como se expone en las ALEGACIONES siguientes a las CUESTIONES OBSERVADAS N° 146 A 148 y 150, para el caso de consumo de productos farmacéuticos y prótesis respectivamente.

El dato de gasto de personal que aparece en el Informe Provisional, no coincide con la información proporcionada por la contabilidad presupuestaria 2007, que arroja una cifra de obligaciones contraídas de 20.570.720,27 (incluyendo la cifra de productividad).

CUESTIÓN OBSERVADA(Puntos 146 y 148)

146. El consumo de farmacia durante las estancias hospitalarias es uno de los gastos corrientes más importantes en la actividad del hospital. En los puntos anteriores de este informe se han puesto de manifiesto que los indicadores de estancia resultan desfavorables en el hospital de Riotinto, por lo que el consumo total también resulta mayor.

En términos relativos, y relacionando el gasto por estancia, los resultados también resultan desfavorables para el mismo hospital.

148. Se puede observar que el consumo en términos relativos es muy superior en el hospital de Riotinto sobre el de Montilla, un 45% en gasto por estancias y más del doble en función de los puntos GRD.

ALEGACIÓN N° 22

El Hospital de Montilla prácticamente no dispensa fármacos a pacientes externos, (Tratamiento con quimioterapia, Pacientes con SIDA, y otros) por un acuerdo para ordenar la asistencia en la provincia de Córdoba con su centro de referencia, Hospital Reina Sofía del Servicio Andaluz de Salud. En el caso del Hospital de Riotinto, sí se producen dispensaciones de fármacos a pacientes externos tal y como se acredita a continuación, representando tal consumo el 36,1% %. Si se tiene en cuenta esta cuestión, procedería modificar los datos del Informe Provisional con el fin de comparar datos homogéneos.

Adicionalmente el dato del Hospital de Riotinto que aparece en el cuadro nº 16 no son los consumos de farmacia sino los pedidos emitidos a través de la aplicación informática de gestión económica durante el año 2007, por lo que incluyen la variación de stock y las compras pendientes de recibir al cierre del ejercicio.

El consumo de farmacia del Hospital de Riotinto es el aportado por la Subdirección de Farmacia y Prestaciones del Servicio Andaluz de Salud obtenidos de los reportes mensuales efectuados durante el año 2007 por el Hospital de Riotinto mediante el modelo oficial establecido para toda la red del Servicio Andaluz de Salud en el anexo XII del Contrato Programa.

A continuación se expone el trabajo realizado para reconstruir el análisis que se plasma en el Informe Provisional utilizando los datos de consumo netos de los elementos que afectan a la comparabilidad de la información (pacientes externos y unidad de día de oncología, aportando en anexos las fuentes de la información utilizadas. Todos los soportes documentales detallados de tales cifras (listados, vales de dispensación, fichas individualizadas de cada paciente, etc.) se encuentran a disposición del equipo de fiscalización para cualquier comprobación que consideren oportuno efectuar.

- Los datos de consumo de farmacia que aparecen en el informe al que se alega (1.514.051 €) no se corresponden con los datos de consumo que el servicio de farmacia notificó mensualmente durante el año 2007 al "sistema de información de consumos hospitalarios de medicamentos", vía web (extraídos del programa de gestión de stocks de farmacia), ni con los datos que desde los Servicios Centrales del SAS aportaron cuando fueron requeridos por la Cámara de Cuentas en la fase inicial de la auditoría, previa a la visita de los auditores al hospital de Riotinto.

- Estos datos son asimilables a los notificados como importe de las ADQUISICIONES efectuadas a proveedores, pero NO al consumo realizado por las unidades del hospital.

- Los datos de consumo correctos figuran detallados y desglosados en los siguientes anexos al presente documento de alegaciones:

Anexo II: consumos de farmacia Hospital de Riotinto año 2007. Datos facilitados al equipo de fiscalización por la Subdirección de Farmacia y Prestaciones del Servicio Andaluz de Salud.

Anexo III: Total acumulado año 2007 del reporte mensual sobre los consumos de Farmacia del Hospital de Riotinto (anexo XII del Contrato Programa).

Anexo IV: Reportes mensuales año 2007 sobre los consumos de Farmacia del Hospital de Riotinto (anexo XII del Contrato Programa).

- El consumo total de farmacia del hospital en el año 2007 fue de 1.366.740 €.

Este importe incluye pacientes ingresados y pacientes no ingresados, tanto del propio hospital, como aquellos pacientes externos que, debido a la Resolución del SAS 129/03 (para facilitar la accesibilidad a la medicación) acuden al hospital de Riotinto a retirar su medicación con prescripciones realizadas por médicos de otros hospitales del SSPA.

- El importe de los medicamentos para pacientes ingresados ascendió en el año 2007 de 872.439 €.

- El importe de los medicamentos para pacientes no ingresados fue en dicho año de 494.301 €. Tal y como el equipo de fiscalización pudo comprobar, existe una diferencia significativa entre el dato de consumo de farmacia para pacientes externos del año 2007 según las estadísticas del Servicio de Farmacia (494.301 €) y el que se desprende del gasto periodificado en la aplicación presupuestaria 221.16 "Farmacia hospitalaria a pacientes externos" (61.744 €). Ello es debido a que no se han diferenciado las adquisiciones de ciertos fármacos de dispensación a pacientes externos en la emisión de los pedidos y, por tanto, las facturas se han imputado contablemente a la aplicación presupuestaria 221.06 "Productos farmacéuticos de uso interno".

- El importe de consumo de medicamentos para pacientes no ingresados (494.301 €) puede desglosarse atendiendo a diversos criterios:

a) En función del Hospital prescriptor:

Dispensaciones de medicamentos efectuadas a pacientes externos cuya prescripción ha sido realizada por facultativos del propio hospital de Riotinto. Tales dispensaciones ascendieron en el año 2007 a un importe de 289.983 €.

Dispensaciones que el servicio de farmacia del hospital de Riotinto realizó a pacientes externos cuyos tratamientos venían prescritos por facultativos de otros hospitales del SSPA (Resolución 129/03, destinada a mejorar la accesibilidad de los pacientes a sus tratamientos con medicamentos de Uso Hospitalario). Para los citados pacientes, el importe de las dispensaciones fue de 204.319 €. El desglose de la citada cifra por Hospital de procedencia de la prescripción es la siguiente:

	<u>Importe 2007 (€)</u>
A: Hospital Juan Ramón Jiménez	7.138
B: Hospital Riotinto	289.983
C: Hospital Virgen del Rocío	38.212
D: Hospital Virgen Macarena	52.033
E: Hospital Reina Sofía	22.248
F: Hospital de Valme	<u>14.688</u>
Total pacientes externos 2007	494.301

b) Atendiendo a la patología y grupos terapéuticos con los que se tratan, el desglose de las dispensaciones de fármacos a pacientes externos por el Servicio de Farmacia del Hospital de Riotinto durante el año 2007 es la siguiente:

Patología	Importe 2007 €	Nº dispensaciones 2007
1. Hepatitis C (con y sin VIH)	19.270,89	28
2. Fibrosis quística	22.247,76	19
3. Esclerosis múltiple (interferón y otros)	39.133,63	27
4. Terapia anti-TNF y similares utilizados en procesos reumatológicos	150.769,61	96
4.1. Consumo de Etanercept	51.277,19	36
4.2. Consumo de Infliximab	11.366,88	5
4.3. Consumo de Adalimumab	88.125,54	55
5. Consumo Hospital de Día de Oncología	197.628,98	525
6. Otros medicamentos	65.250,56	141
TOTAL PACIENTES NO INGRESADOS	494.301,43	836

c) Desglose por patología grupos terapéuticos con los que se tratan y centro prescriptor:

Patología	A	B	C	D	E	F	Total €
1. Hepatitis C (con y sin VIH)	0	19.271	0	0	0	0	19.271
2. Fibrosis quística	0	0			22.248	0	22.248
3. Esclerosis múltiple (interferón y otros)	0	0	12.239	26.895	0	0	39.134
4. Terapia anti-TNF y similares utilizados en procesos reumatológicos	73.603	11.367	25.973	25.139	0	14.688	150.770
4.1. Consumo de Etanercept	30.590	0	3.940	16.747	0	0	51.277
4.2. Consumo de Infliximab	0	11.367	0	0	0	0	11.367
4.3. Consumo de Adalimumab	43.013	0	22.032	8.392	0	14.688	88.126
5. Consumo Hospital de Día (oncología)	0	197.629	0	0	0	0	197.629
6. Otros medicamentos	3.535	61.716	0	0	0	0	65.251
Total dispensaciones a pacientes externos	77.138	289.983	38.212	52.033	22.248	14.688	494.301

- El Hospital de Montilla no incluye en su cartera de servicios la dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario a pacientes externos (Tratamiento con quimioterapia, Pacientes con SIDA, y otros) por un acuerdo para ordenar la asistencia en la provincia de Córdoba con su centro de referencia, Hospital Reina Sofía del Servicio Andaluz de Salud. Por tanto, el importe que en el informe provisional se consigna como "*Consumo farmacia*" (598.553 €), es el CONSUMO DE PACIENTES INGRESADOS en el hospital.

- Según lo anteriormente expuesto, las cifras que pueden compararse entre ambos hospitales (por referirse a los mismos conceptos y tipo de pacientes) serían la epigrafiada como "pacientes ingresados" en el hospital de

Riotinto (872.439 €), frente a los 598.553 € ("*Consumo farmacia*") del hospital de Montilla. Toda vez que los indicadores relativos están referenciados respecto a denominadores que miden aspectos relacionados con la actividad intrahospitalaria: estancias y puntos GRD.

- Ateniéndonos a estos nuevos numeradores y usando como denominadores el número de estancias o los puntos GRD que aparecen en el informe provisional, los indicadores que aparecen en el cuadro 17 (página 21), se tendrían que recalcular y quedarían de la siguiente forma:

<u>Concepto/indicador</u>	<u>H. Riotinto</u>	<u>H. Montilla</u>
Consumo farmacia (pacientes ingresados)	872.438	598.553
Nº estancias	25.705	14.769
Consumo/estancias (€)	33,94	40,5
Puntos GRD	5.924,49	5.556,51
Consumo/puntos GRD	147,25	107,72

Cuadro nº 17

En este nuevo cuadro se señalan en rojo las cifras que han sufrido modificaciones. Como se puede observar, una vez realizado el cálculo, usando los numeradores que consideramos son los correctos, el indicador "Consumo/estancias" resulta más favorable al Hospital de Riotinto y el indicador "Consumo/puntos GRD" es favorable al Hospital de Montilla.

En base a lo expuesto se solicita la revisión del informe provisional y la subsanación de las deficiencias señaladas previa emisión del informe definitivo.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 149)

149. Realizando el comparativo de gasto en fungible sanitario por estancias, obtenemos que el hospital de Riotinto tienen un consumo de fungible sanitario un 50% mayor que el de Montilla:

<u>Concepto/indicador</u>	<u>H. Riotinto</u>	<u>H. Montilla</u>
Consumo fungible (€)	2.544.898	971.800
Nº estancias	25.705	14.769
Consumo/estancias(€)	99	65,80

Cuadro nº 18

ALEGACIÓN Nº 23

Nos reiteramos en lo expuesto en las ALEGACIONES anteriores a las CUESTIONES OBSERVADAS Nº 19 y 142.

Adicionalmente, sería necesario completar el análisis con un desglose de los consumos de material fungible sanitario de ambos centros asociado a los procesos más frecuentes que fueran comunes a ambos así

como un estudio comparativo entre los consumos de los productos de material fungible sanitario de mayor impacto económico en ambos centros, con el fin de identificar si la diferencia que se plasma en el informe provisional obedece a las características técnicas de los materiales utilizados en cada hospital, a las cantidades consumidas o a los precios, o bien es debida a elementos diferenciales que afectan a la comparabilidad de la información.

Si bien la delimitación del alcance del trabajo es una competencia del órgano fiscalizador, no obstante, solicitamos se considere la posibilidad de ampliarlo con los análisis señalados. A tal fin nos ponemos a disposición de la Cámara de Cuentas para facilitarles el acceso a toda la información e interlocutores que precisen.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 150)

150. El desglose de gasto por tipo de prótesis es el siguiente:

<u>Tipos de prótesis</u>	<u>H. Riotinto</u>	<u>H. Montilla</u>
Urológicas	12.032	
Osteoarticulares	678.204	230.346
Reparadoras	119.624	
Otorrino y respiratorio	38.565	
Cardiológicas	149.347	
Total	997.772	230.346

Cuadro nº 18

ALEGACIÓN Nº 24

Se sugiere modificar el título del subapartado indicando "Consumo en material de prótesis osteoarticulares", dado que según el

informe provisional es sobre el que se realiza el análisis comparativo entre ambos hospitales.

Sería de interés la incorporación de un texto aclaratorio previo al cuadro nº 18, en el que se explique que existen diferencias en la actividad implantadora de ambos centros, puesto que el hospital de Riotinto durante el año 2007 realizó implantes de prótesis urológicas, reparadoras, otorrino y respiratorio y cardiológicas (marcapasos) y, por tanto, registró gasto de este tipo de materiales, y el Hospital de Montilla no realizó actividad implantadora de tales especialidades. Por tanto, las cifras que se han considerado a efectos de análisis comparativo son las relativas a consumo de prótesis osteoarticulares. Debería incorporarse alguna aclaración al cuadro nº 16 de la página 20 ya que se plasman los datos de consumos totales de prótesis 2007 de forma comparativa sin aportar información sobre la comparabilidad de la información, lo que puede inducir a error.

En cuanto a la metodología empleada por el equipo de fiscalización para valorar comparativamente el consumo de prótesis osteoarticulares de ambos hospitales, se observan diferencias en el método empleado por el equipo de fiscalización según el concepto de gasto objeto de análisis.

Para analizar el consumo de farmacia se utiliza como indicador la relación entre consumo y puntos GRD, que relaciona el gasto farmacéutico con la complejidad. Sin embargo, en el caso de las prótesis no se tiene en cuenta ni la complejidad, ni el tipo articular de la prótesis, ni si es nueva o es para sustitución o rescate.

También influye la antigüedad del Hospital y la edad media de la población, que condiciona mayor número de prótesis de sustitución o rescate, lo que implica ingresos más complicados y prótesis de mayor coste unitario.

Todos estos factores hacen que el coste medio de cada implante pueda variar significativamente sin que ello obedezca a un uso menos eficiente de los recursos. La valoración comparativa del gasto en prótesis utilizando como denominador el total de altas para un conjunto de GRD no es lo más preciso, de cara a la comparabilidad de la información. Sería más adecuado calcularlo en base a puntos GRD, por GRD, o por tipo de prótesis.

En el Informe provisional no se detalla los códigos GRD de prótesis utilizados por la Cámara de Cuentas para su cálculo, por lo que adjuntamos un cuadro con varios GRD asociados a implantes de prótesis del Hospital de Riotinto del año 2007 para evidenciar con datos numéricos lo expuesto:

GRD	PESO	PACIENTES	PUNTOS GRD
209	3,5263	102	359,6826
223	0,9128	2	1,8256
225	1,1213	14	15,6982
227	0,9324	24	22,3776
228	1,0008	3	3,0024
440	2,123	3	6,369
443	0,8846	8	7,0768
491	2,4229	2	4,8458
558	6,7073	9	60,3657
789	3,7699	19	71,6281
817	4,5638	6	27,3828
818	3,8297	62	237,4414
TOTAL			817,696

Finalmente, al igual que se ha expuesto en la ALEGACIÓN anterior a la CUESTIÓN OBSERVADA N° 149, posiblemente los resultados obtenidos están afectados por elementos que inciden en la comparabilidad de los datos por lo que se solicita se amplíe el alcance del análisis con anterioridad a la emisión del informe definitivo. En caso de que finalmente se confirmaran las hipótesis que se plantean en el informe provisional. Este mayor grado de detalle sería de gran utilidad en aras de identificar con claridad las posibles áreas de mejora sobre las que priorizar la adopción de medidas que en su caso fuera necesario.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 153)

153. Para concluir el análisis económico se calculan indicadores genéricos (respecto a población de cobertura, ingresos en hospitalización y altas) relacionándolos con las partidas más representativas de los restantes conceptos que conforman la liquidación de gastos de explotación en ambos hospitales.

Indicadores	H. Riotinto	H. Montilla	Δ (1)/(2)
Gastos de consumo sanitario/población cobertura	120	67	79%
Gastos de consumo sanitario /ingresos *	1.889	1.018	86%
Gastos de consumo sanitario /altas *	1.891	1.077	76%
Gasto de personal/población cobertura	302	271	11%
Gasto de personal/ingresos *	4.747	4.142	15%
Gasto de personal/altas*	4.751	4.379	8%
Total gastos de explotación/ población cobertura	505	396	28%
Total gastos de explotación / ingresos *	7.946	6.047	31%
Total gastos de explotación / altas*	7.951	6.393	24%

€

Cuadro nº 21

(*) Datos obtenidos sistema INIHOS

ALEGACIÓN N° 25

Adecuar los datos del cuadro nº 21 del informe provisional teniendo en cuenta el dato de población según lo expuesto en anteriores alegaciones.

Adicionalmente, teniendo en cuenta lo expuesto, se solicita la revisión de las conclusiones que se plasman completándolas con los resultados que se pudieran obtener de un análisis más detallado que permita eliminar el impacto de variables que pudieran afectar a la comparabilidad de la información, según lo expuesto en las ALEGACIONES a la CUESTIONES OBSERVADAS N° 19, 138, 142 y 146 a 148, 149 y 150.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 154)

154. En el cuadro anterior se observa que en todas las agrupaciones de gastos y con independencia de la variable con la que se relacione, población, altas o ingresos, el hospital de Rio-

tinto supera significativamente los importes de gasto del hospital de Montilla, llegando casi a duplicarse en los gastos de consumo sanitario. El resultado obtenido es acorde, aunque más acentuado, con las diferencias resultantes de los comparativos realizados por estancias y GRD sobre los consumos de productos farmacéuticos, material sanitario y prótesis.

ALEGACIÓN N° 26

De acuerdo a lo expuesto en las alegaciones anteriores (CUESTIONES OBSERVADAS N° 19, 138, 142 y 146 a 148, 149, 150 y 153) , se solicita la revisión de las conclusiones resumidas en el párrafo objeto de la presente alegación.

A tal fin, una vez más, nos ponemos a disposición de la Cámara de Cuentas para facilitarles el acceso a toda la información e interlocutores que precisen en aras de completar el análisis, de acuerdo a lo solicitado solicita en el presente informe de alegaciones.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 155)

155. No se han podido concretar argumentos que justifiquen y expliquen la importante diferencia en consumos y gastos entre los dos hospitales.

ALEGACIÓN Nº 27

De acuerdo a lo expuesto en las anteriores alegaciones, y tal y como se acredita en el caso concreto del gasto de farmacia en la ALEGACIÓN A LAS CUESTIONES OBSERVADAS Nº 146 A 148, existen argumentos que justifican las diferencias.

Con el fin de posibilitar la eliminación de tal párrafo o, al menos, matizarlo nos ponemos a disposición de la Cámara de Cuentas para la realización de pruebas de auditoría complementarias que permitan analizar las diferencias obtenidas en los análisis efectuados, y, por tanto, valorar los motivos de tales diferencias, en el sentido de determinar si son debidas un mayor o menor grado de eficiencia en al gestión de un centro respecto de otro o bien, son debidas a variables no consideradas en el estudio inicialmente efectuado por la Cámara de Cuentas y que pudieran afectar a la comparabilidad de los datos. Posiblemente s una mayor alcance del análisis permitiría:

- Valorar “a priori” las variables que inciden en la comparabilidad de la información y efectuar los cálculos en se sustentan los resultados del análisis descontando tales efectos, lo que posiblemente llevaría a resultados menos dispares.

Concretar “a posteriori” argumentos para aquellos casos en que, una vez garantizada la comparabilidad de la información según lo expuesto en el punto anterior, se hubieran obtenido diferencias significativas. Tal concreción permitiría, en su caso, emitir recomendaciones concretas en virtud de las cuales los centros objeto de análisis podrían elaborar los planes de acciones correctoras que fuera oportuno.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 177)

177. Para la medición de la eficacia y la eficiencia, la Consejería de Salud y el SAS utilizan una importante batería de indicadores obtenidos a partir de múltiples sistemas de información, con objetivos y prestaciones distintas para sus usuarios (CMBD, INIHOS, SICPRO,...) (§§63 y siguientes)

Deben analizarse desde los Servicios Centrales del SAS y la Consejería de Salud las prestaciones de los distintos sistemas, eliminando los procesos de información duplicados con el objeto de simplificar la solicitud y tramitación de los datos que se solicitan a los hospitales y que en muchos casos resultan distintas dependiendo de la fuente de información.

ALEGACIÓN Nº 28

Ver ALEGACIÓN anterior a la CUESTIÓN OBSERVADA nº 71

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 178)

178. Se han analizado indicadores relacionados con la actividad de hospitalización, urgencias, consultas, actividad quirúrgica, accesibilidad y calidad de la atención sanitaria prestada a los usuarios del sistema.

Los indicadores de hospitalización, resultan favorables al hospital de Montilla, principalmente en cuanto al índice de utilización de estancias, en el que el hospital de Riotinto se encuentra por encima de la media andaluza en el 82% de los GRD seleccionados. El incremento de las estancias no supone una mejora de los indicadores de calidad de la prestación, ni una mayor complejidad de los procesos atendidos. (§89)

Si el hospital disminuyera la estancia media en los GRD con mayor número de altas obtendría una importante reducción del índice de utilización de estancias.

ALEGACIÓN Nº 29

Como se ha dicho, la estancia media de los dos hospitales de la empresa pública Alto

Guadalquivir presentan unos valores de estancias medias por GRD muy inferiores a los demás hospitales (sean del SAS, de otras Empresas Públicas o Concertados). Estos valores extremos de estos 2 hospitales también contribuyen a elaborar los datos del estándar, estando menos sesgado el IUE1, que tiene en cuenta a todos los hospitales (33), que el IUE2 que sólo son 13 hospitales.

Se dice en este punto 178 que el Hospital de Riotinto se encuentra por encima de la media andaluza en el 82% de los GRD analizados (los 30 más frecuentes). Procede aclarar que el Hospital de Riotinto está por debajo de la media andaluza en el 83% de esos GRD. Sólo cuando se especifica que esos valores son restringidos al grupo IV y sólo si se utiliza el IUE2 y no el IUE1 se obtendrían dichos resultados.

El hospital de Riotinto, que sigue presentando cifras de estancias medias por debajo de las esperadas, sigue esforzándose en optimizar los recursos y manejar más eficientemente las estancias, pese a los factores específicos de este hospital en relación al elevado porcentaje de población de más de 65 años, al factor de dispersión tan elevado de la población de referencia, a las malas comunicaciones (0 km de autovía), o

a la dificultad para la derivación de pacientes crónicos, factores todos ellos que inciden sobre las estancias.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 182)

182. En todos los indicadores de carácter económico que han sido analizados, el hospital de Riotinto aporta resultados negativos respecto al hospital de Montilla. Los gastos de consumo sanitario, gastos de personal y por ende los gastos totales, con independencia de la variable con la que se relacionen (población, ingresos, altas), resultan hasta un 86% más elevado. (§§145 y siguientes)

ALEGACIÓN N° 30

En base a lo expuesto en las ALEGACIONES a las CUESTIONES OBSERVADAS N° 146 a 148 tal conclusión respecto del consumo de farmacia debería ser revisada. En cuanto al resto de los consumos analizados, reiteramos lo expuesto en las alegaciones a las cuestiones observadas n° 138,142,150,153,154 y 155, así como a lo expuesto en la ALEGACION GENERAL expuesta al inicio del presente informe de alegaciones.

CUESTIÓN OBSERVADA (Anexo IV)

ANEXO IV

PIRÁMIDE POBLACIONAL HOSPITALES DE RIOTINTO Y MONTILLA

HOSPITAL DE RIOTINTO				
Tramos edad	Sexo desconocido	Hombre	Mujeres	Total
De 0 a 14 años	68	4.828	4.642	9.538
De 15 a 44 años	457	14.115	13.261	27.833
De 45 a 65 años	218	8.612	7.972	16.802
> 65 años	167	5.758	8.243	14.168
Total	910	33.313	34.118	68.341

HOSPITAL DE MONTILLA				
Tramos edad	Sexo desconocido	Hombre	Mujeres	Total
De 0 a 14 años	9	4.999	4.499	9.507
De 15 a 44 años	39	14.799	12.059	26.897
De 45 a 65 años	10	8.259	6.068	14.337
> 65 años	13	5.418	5.528	10.959
Total	71	33.475	28.154	61.700

Fuente: Dirección General de Atención Sanitaria. Programa DIRAYA

ALEGACIÓN N° 31

La población de cobertura, según el boletín estadístico “Municipios Andaluces. Datos Básicos 2008”, publicado por el Instituto de Estadística de Andalucía, dependiente de la Consejería de Economía y Hacienda, y que recoge los datos poblacionales de 2007, arroja unos datos de 71.104 habitantes para la población de referencia del Hospital de Riotinto, y no 68.341, como aparece en el informe; lo cual supone una población real superior en 2.763 habitantes.

Además, el número de personas mayores de 65 años es de 15.549, lo que supone el 22% de la población (mayor % que la media andaluza y la mayor de toda la provincia de Huelva).

Se solicita la adecuación completa del citado anexo, utilizando como fuente datos completos y actualizados del año 2007, publicados por el IEA.

RESOLUCIÓN de 15 de octubre de 2009, por la que se ordena la publicación del Informe de Fiscalización Integral del Distrito de Atención Primaria Jaén Norte, correspondiente al ejercicio 2006.

En virtud de las facultades que me vienen atribuidas por el artículo 21 de la Ley 1/1988, de 17 de marzo, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y del acuerdo adoptado por el Pleno de esta Institución, en la sesión celebrada el 27 de mayo de 2009,

R E S U E L V O

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de Fiscalización Integral del Distrito de Atención Primaria Jaén Norte, correspondiente al ejercicio 2006.

Sevilla, 15 de octubre de 2009.- El Consejero Mayor, Rafael Navas Vázquez.

FISCALIZACIÓN INTEGRAL DEL DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA JAÉN NORTE

Ejercicio 2006

(OE 09/2007)

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 27 de mayo de 2009, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad

el Informe de Fiscalización Integral del Distrito de Atención Primaria Jaén Norte, correspondiente al ejercicio 2006.

Í N D I C E

- I. INTRODUCCIÓN
- II. OBJETIVOS Y ALCANCE
- III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN DE REGULARIDAD
 - III.1. SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA
 - III.2. REVISIÓN DEL CONTROL INTERNO
 - III.3. REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LEGALIDAD
- IV. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA
 - IV.1. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y DE LA EFICIENCIA
 - IV.1.1. Objetivos para la Organización de la Asistencia Sanitaria y de Salud
 - IV.1.1.1. Indicadores de oferta
 - IV.1.1.2. Indicadores de demanda
 - IV.1.1.3. Indicadores de calidad en la gestión y organización asistencial
 - IV.1.2. Objetivos de Gestión Económica y Financiera
 - IV.1.2.1. Financiación
 - IV.1.2.2. Recursos disponibles
 - IV.1.3. Seguimiento y Evaluación
- V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
 - V.1. DE LA FISCALIZACIÓN DE REGULARIDAD
 - V.2. DE LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA
- VI. ANEXOS
- VII. ALEGACIONES

I. INTRODUCCIÓN

1. La Ley de Salud de Andalucía 2/1998, de 15 de junio, establece que la asistencia sanitaria se prestará de manera integrada, a través de actuaciones preventivas, curativas, rehabilitadoras, de promoción de la salud, de educación sanitaria y de la vigilancia del medio ambiente. Se organizará en los siguientes niveles, que actuarán bajo criterios de coordinación:

- a) Atención primaria.
- b) Atención especializada.

2. En los últimos años, la atención primaria ha experimentado un amplio desarrollo de su actividad asistencial y en la prestación de servicios, por lo que ha obligado a que los Distritos de Atención Primaria tuvieran que adaptarse a la realidad actual, mediante la creación de nuevas fórmulas de gestión y, por tanto, la modificación de su estructura organizativa y funcional.

3. Conforme a la propia memoria del Servicio Andaluz de Salud, la atención primaria supone, aproximadamente, el 80% de toda la actividad asistencial en Andalucía.

Estos factores han sido determinantes para que el Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía acordara incluir, en el Plan de Actuaciones del ejercicio 2007, la realización de un Informe de

Fiscalización Integral del Distrito de Atención Primaria de Jaén Norte, correspondiente al ejercicio 2006.

4. En Andalucía los servicios de Atención Primaria de Salud están organizados en demarcaciones geográficas, denominadas Zonas Básicas de Salud, las cuales se agrupan, para su gestión, en Distritos de Atención Primaria.

La Zona Básica de Salud es la unidad territorial para la prestación de los servicios de atención primaria y está constituida por los municipios o agregaciones de municipios, que se determinen atendiendo a factores de carácter geográfico, demográfico, social, epidemiológico y cultural. Cada Zona cuenta con los centros de salud y con los consultorios locales y auxiliares necesarios, según su dispersión geográfica.

5. El Distrito de Atención Primaria de Jaén Norte (en adelante Distrito), que se ubica en Linares y atiende a una población de 189.345 habitantes, se divide en seis zonas básicas de salud, que agrupan un total de 46 centros de asistencia primaria. Se consideran centros de atención primaria tanto los centros de salud, como los consultorios locales y auxiliares que componen el mapa sanitario del Distrito (**ANEXO I**), tal y como se resume en el siguiente cuadro:

ZONA BÁSICA DE SALUD	CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
Andújar	2 Centros de Salud 2 Consultorios locales y 7 auxiliares
Arjona	1 Centro de Salud 3 Consultorios locales
Bailén	1 Centro salud 1 Consultorio local
La Carolina	1 Centro de Salud 3 Consultorios locales y 2 auxiliares
Linares	3 Centros de Salud 7 Consultorios locales y 3 auxiliares
Santisteban del Puerto	1 Centro de Salud 6 Consultorios locales y 3 auxiliar

Cuadro nº 1

6. Los distritos constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria.

Las principales áreas en las que el Distrito desarrolla su actividad son:

- La organización de las actividades de asistencia sanitaria.
- La promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Los cuidados para la recuperación de la salud.
- La gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud.
- La formación, docencia e investigación.

7. Para ello, durante el año 2006, la organización funcional del Distrito estaba configurada por:

a) Ocho Unidades de Gestión Clínica.

b) Un Equipo Básico de Profesionales, con localización física en el Centro de Salud de Bailén.

Tanto las Unidades de Gestión Clínica como el Centro de Salud de Bailén, constituyen los centros sanitarios responsables de la atención primaria y su función principal es el desarrollo de la actividad asistencial y de salud, actuando con criterios de autonomía organizativa y de responsabilidad en la gestión de los recursos que les asignen.

c) La Unidad de Dispositivos de Apoyo.

Está constituida por los profesionales que realizan funciones en las siguientes áreas y servicios:

Asistencial

- Salud bucodental.
- Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.
- Fisioterapeutas.
- Técnicos superiores y matronas.

No asistencial

- Servicio de Desarrollo Profesional y Económico Financiero.

- Servicio de Salud Pública, que incluye tanto a los técnicos de salud epidemiológica y de programas como a los de salud medio ambiental y control alimentario.
- Servicio de Atención a la Ciudadanía.
- Servicio de Farmacia.

La prestación de servicios de estos profesionales se distribuye a todos los centros de Atención Primaria del Distrito.

8. Su estructura orgánica se compone de los siguientes órganos directivos unipersonales:

- Director del Distrito.
- Director Asistencial.
- Administradora.
- Coordinadora de Enfermería.
- Responsable de Relaciones con el ciudadano.

Asimismo, el Director Asistencial tiene encomendada la coordinación y evaluación de los siguientes órganos intermedios: de los nueve directores de las Unidades de Gestión Clínica y del centro de salud de Bailén, así como de los coordinadores de los servicios de Salud Pública, de Farmacia y del Dispositivo Cuidados Críticos y Urgencias.

Por último, con la finalidad de asesorar a los órganos directivos, el Distrito cuenta con una Comisión de Dirección y con las Comisiones Técnicas de Calidad y Procesos Asistenciales y del Uso Racional del Medicamento.

(ANEXO II- Organigrama del Distrito)

9. Hay que destacar que aunque las mencionadas estructuras se ajustan a lo dispuesto en el Decreto 197/2007, de 3 de julio, *por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud*, durante el año 2006 estaba vigente el Decreto 195/ 1985, de 28 de agosto, *sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía*.

10. Ya desde el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud (1997-1999) se contemplaba la necesidad de incrementar la autonomía y responsabilidad de los profesionales sanitarios, des-

centralizando la gestión en las siguientes áreas: recursos humanos, bienes, servicios e inversiones así como organización interna y de producción. Es un hecho reconocido que, desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andaluces (incluidos los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica), aun cuando no estaban reguladas por el Decreto 195/1985.

Este aspecto delimita el ámbito concreto de la actuación ya que, exceptuando la Zona Básica de Bailén cuya organización y ordenación de los servicios sigue aplicando la anterior normativa, para los trabajos realizados, se ha tenido en cuenta, exclusivamente, lo establecido en el Decreto 197/2007, aun cuando le era aplicable la anterior legislación.

II. OBJETIVOS Y ALCANCE

11. Este informe pretende poner de relieve las líneas generales de la gestión desarrollada, por lo que el nivel de actuación se ha situado, principalmente, en el Distrito, ya que engloba toda la gestión llevada a cabo por sus centros dependientes.

12. Con la Auditoría de Regularidad se pretende la consecución de los siguientes objetivos:

- Verificar que la ejecución del presupuesto recoge los gastos que le son imputables.

- Analizar y evaluar los sistemas de control interno y procedimientos implantados para la gestión de los gastos de Personal, en Bienes Corrientes y Servicios y de Inversiones, que se presentan en el Estado de Gastos del Presupuesto del Distrito.

- Opinar sobre el correcto cumplimiento de la legalidad aplicable a la actividad desarrollada por el Distrito durante el ejercicio fiscalizado.

13. En la Auditoría Operativa el objetivo es concluir sobre la adecuación de la actuación del Distrito a los siguientes criterios:

- En el cumplimiento de los objetivos previstos en el Contrato-Programa.

- De eficiencia y economía en la gestión de los recursos asignados a la actividad asistencial prestada en el ejercicio 2006.

14. Para evaluar el grado de eficacia obtenido y concluir sobre el nivel de eficiencia aplicado en la gestión de los recursos, se ha revisado la información disponible sobre el cumplimiento de los objetivos marcados en el Contrato Programa. Este es un documento, formalizado por el Servicio Andaluz de Salud y el Distrito, que fija el marco de gestión en el que se hacen explícitos los objetivos de actividad y los recursos financieros que le asignan para el año 2006.

15. Por tanto, el alcance de la fiscalización ha consistido en el análisis y en la comprobación de:

- La organización estructural de la entidad.

- La adecuada contabilización y control de los recursos económicos asignados.

- Los procesos de gestión y control interno implantados.

- El grado de fiabilidad de los sistemas de información implantados.

- Los indicadores con mayor peso específico, el seguimiento realizado a los mismos y las medidas correctoras establecidas.

- Si cuenta con indicadores que le permitan medir la calidad del servicio que presta y la consecución de los objetivos previstos en sus planes de actuación al menor coste posible.

16. El presente trabajo se ha llevado a cabo de conformidad con los principios y normas de auditoría del sector público, habiéndose realizado las pruebas y obtenido cuantos datos han resultado necesarios.

Los trabajos de campo, que finalizaron en el mes de junio de 2008, se han desarrollado mediante visitas a la sede del Distrito, ubicado en el Centro de Atención Primaria "Virgen de Linares".

17. La lectura adecuada de este informe requiere que se tenga en cuenta el contexto global del mismo. Cualquier conclusión sobre un epígrafe o párrafo determinado pudiera no tener sentido aisladamente considerado.

III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN DE REGULARIDAD

III.1. SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

18. Para el desarrollo de esta auditoría hay que tener en cuenta que la gestión económica de los distritos de atención primaria viene impuesta por unos objetivos predeterminados y que estos se materializan en un presupuesto asignado que se integra, como centro de gastos, en la contabilidad presupuestaria del Servicio Andaluz Salud.

Respecto a los ingresos propios, el Distrito ingresó, durante 2006, 100.515€ por los conceptos de tasas, precios públicos y reintegros de operaciones corrientes, las cuales incluyen, entre otros, la facturación a terceros no beneficiarios del sistema, licencias de apertura de establecimientos y reajustes mensuales de las nóminas debido a las bajas de enfermedad de los trabajadores.¹

Hay que aclarar que los objetivos, aunque pueden ser representativos de la actividad a desarrollar por el Distrito, no están cuantificados ni relacionados con los créditos presupuestarios.

19. El volumen de recursos asignados, inicialmente, al Distrito ascendió a 24.586.149 € (un 10% más que en el 2005), del que el 99% del crédito va destinado al programa de Atención Sanitaria. Este importe que se distribuyó, en principio, para el cap. I en 21.470.729 € y el resto para el cap. II, es el techo máximo de los gastos autorizados y reconocidos que el Distrito puede alcanzar durante la ejecución del presupuesto corriente.²

20. Inicialmente al presupuesto solo se le imputan la totalidad de los gastos controlables a gestionar por el Distrito, por lo que no se incluyen los correspondientes a la productividad ni los

gastos para inversiones, sino que los van registrando, centralizadamente, mediante modificaciones presupuestarias.

Además, hay que añadir que al ser un centro de gasto, es el Servicio Andaluz de Salud quien le transfiere al Distrito el importe de la financiación asignada, mediante dotaciones, sin cuotas fijas ni periodicidad preestablecidos, lo que implica que el Distrito no sea responsable de las imputaciones que se realizan al presupuesto inicial ni de las modificaciones de crédito contabilizadas, hecho que dificulta el seguimiento de lo efectivamente asignado al Distrito.³

21. Las previsiones iniciales del presupuesto ascienden a 22.033.353 € y se han practicado modificaciones presupuestarias por un importe de 4.288.314 €, del que el 86% corresponde a gastos de personal frente al 7% de gastos para inversiones, los cuales no tenían asignado crédito inicial aun previendo en el Contrato Programa unos posibles gastos para inversiones pendientes de autorizar.

22. El total de gastos autorizados y obligaciones reconocidas, en el ejercicio, alcanzaron los 26.310.233 €, cantidad que representa un incremento del 11% sobre los autorizados y reconocidos en el ejercicio anterior.

23. Conforme a lo dispuesto en el artículo 41.2 bis de la Ley General 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, al presupuesto de 2006 se han imputado obligaciones generadas en el año 2005 que no tenían crédito presupuestario, por un total de 106.654 €, de los que 43.170 € corresponden al capítulo VI y el resto se ha contabilizado como gastos corrientes en bienes y servicios.⁴

Asimismo, durante el ejercicio, se han generado obligaciones por 19.886 €, que no se han podido imputar al presupuesto corriente y que se suman a la deuda pendiente de pago del Servicio Andaluz de Salud.

¹ Punto modificado por la alegación presentada.

² Punto modificado por la alegación presentada.

³ Punto modificado por la alegación presentada.

⁴ Punto modificado por la alegación presentada.

La mencionada deuda tampoco se ha podido reconocer en el presupuesto de 2007, debido a que las facturas que la soportaban no habían sido propuestas para su pago en el ejercicio corriente, ni su fecha de expedición correspondía a diciembre de 2006 ni el concepto de algunas facturas correspondía a gastos de adquisición del material de reposición, requisitos necesarios y regulados en el *ACUERDO de 29 de agosto de 2006*, del Consejo de Gobierno en el que se establece medidas de control en el régimen presupuestario de la sanidad y en la *ORDEN de 10 de octubre de 2006, sobre cierre del ejercicio presupuestario de 2006*.

24. Los resultados obtenidos por el análisis realizado a los capítulos del Estado de Gastos del Presupuesto (**ANEXO III**), se exponen a continuación:

25. Capítulo I - Gastos de personal. El importe asignado, inicialmente, al Distrito para las retribuciones de personal fue de 21.470.729 €, importe diferente al consignado en las previsiones iniciales y que asciende a 19.610.345 € (un 89% del total del presupuesto).⁵

Se han practicado modificaciones de crédito por valor de 3.682.411 €. Con respecto al ejercicio anterior, el presupuesto definitivo se ha incrementado en un 11%. Este aumento está justificado por un acuerdo aprobado sobre política de personal que contempla, entre otras, mejoras de incrementos salariales para los profesionales de las instituciones sanitarias y se distribuye, principalmente, entre los gastos correspondientes a las retribuciones básicas y complementarias del personal estatutario eventual y para la atención continuada así como, para el complemento de la productividad (un 72%).

26. El grado de ejecución del capítulo ha sido de un 100% (23.292.661 €). El 94% (21.783.005 €) del total obligaciones reconocidas corresponden al artículo 12. *Funcionarios*, nivel que incluye las retribuciones básicas y complementarias del personal estatutario de plantilla, eventual, sustituciones y atención continuada.

27. Capítulo II. Gastos en bienes corrientes y servicios. Para este capítulo se le asignó al Distrito, un importe total de 3.116.362 €, cantidad que supone un 34% más del coste realizado en 2005.

28. El nivel de ejecución del presupuesto ha sido del 99% (2.732.876 €), alcanzando un grado de pago del 79%.

El artículo 22- *Material Suministros y otros* (fungibles, fármacos y consumos) alcanza el 87% del total reconocido y, por conceptos, sobresalen los importes correspondientes a "servicio de limpieza" con un 18%, seguido de "productos farmacéuticos"⁶ y consumo de teléfono con un 15% y, por último con un 13% los "instrumentos y pequeño utillaje sanitario."⁷

Comparando con el ejercicio anterior, destaca el subconcepto 221.09 - "otros suministros", cuyos gastos se han incrementado en un 45% y el importe de las obligaciones reconocidas es de 121.056 €

29. En cuanto a la contabilización del gasto, hay que destacar que se han registrado en algunos conceptos y subconceptos, elementos que por su cuantía y naturaleza debieran imputarse como gastos de inversiones, ya que corresponden a mobiliario (9.101 €) y a una mejora (correspondiente a pavimento de suelo 12.020 €).

30. Capítulo VI. Inversiones. El importe de los gastos reconocidos (284.678 €) alcanza un 1% del total obligaciones y, sólo un 34% se ha materializado en pagos.

Comparando con el ejercicio anterior este es el capítulo que más aumenta porcentualmente (33%) y menos aumenta en valor absoluto (70.046 €), ya que gran parte de las inversiones de construcción y reformas en sus instalaciones y en los equipamientos necesarios son responsabilidad de los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud, con el fin de conseguir un funcionamiento coordinado en la atención primaria.

⁶ Este concepto recoge los gastos por consumo de medicamentos del Distrito para abastecer, fundamentalmente, a los puntos de urgencia. No incluye, por tanto, el coste de las recetas médicas prescritas, cuya imputación corresponde a otro capítulo del presupuesto de gastos.

⁷ Punto modificado por la alegación presentada.

⁵ Punto modificado por la alegación presentada.

31. El criterio utilizado por el Distrito para dar de alta a los bienes en el capítulo de inversiones es que su precio unitario sea superior a 300€ y que tenga naturaleza de bien inventariable, tal y como establece la Ley 4/1986, de 5 de mayo, del patrimonio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.⁸

III.2 REVISIÓN DEL CONTROL INTERNO

32. Del seguimiento realizado a los procedimientos implantados por el Distrito para la gestión y control de los gastos, se han obtenido los siguientes resultados.

33. La gestión de las diferentes áreas de personal (Formación, Nóminas, Unidad de Atención a los Profesionales y Contratación) se realiza a través de un programa informático corporativo para todo el personal del Servicio Andaluz de Salud - GERHONTE.

34. Respecto a las nóminas, hay implantado un sistema retributivo mixto, en el que una parte de las retribuciones del personal son fijas en función de la categoría profesional y otra parte es variable en función del grado de cumplimiento de los objetivos marcados.

Los gastos de Seguridad Social y del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas se contabilizan y controlan de forma centralizada.

35. Se ha comprobado que constan y son correctos los datos identificativos, los conceptos retributivos, las retenciones y demás deducciones así como la documentación soporte de las retribuciones variables.

Respecto a los conceptos retributivos variables hay que destacar que, durante el año 2006, para la percepción del Complemento al Rendimiento Profesional se habían fijado, en algunos casos, los mismos objetivos que los establecidos para la asignación de una bolsa de incentivos en los Acuerdos de Gestión, formalizados entre el Distrito y sus Unidades de Gestión Clínicas.

Este hecho provocó que, mientras los integrantes de las Unidades de Gestión cobraban, importes de productividad por los mismos conceptos (como es el caso de haber alcanzado el índice de cobertura en determinados servicios de la cartera y/o el índice sintético de farmacia o bien, no superar el límite establecido para los consumos de interconsultas), los centros de salud que no se constituyeron en unidades clínicas solo percibieron el Complemento de Productividad al Rendimiento Profesional, circunstancia se acentúa por la inexistencia de cobertura legal para la constitución, organización y funcionamiento de estas Unidades de Gestión.

36. En materia de organización y control de los recursos materiales, no hay procedimiento interno aprobado oficialmente, aunque se ha dispuesto de un manual que establece criterios para la coordinación y segregación de las actuaciones en materia de contratación, suministros, contabilidad y almacenes. Se ha constatado, que durante el ejercicio fiscalizado, no se había comenzado a aplicar la mayoría de los objetivos y aspectos señalados en el manual.

37. El aprovisionamiento de las existencias necesarias está centralizado en el Distrito para, con posterioridad, distribuir las adquisiciones a los diversos centros. También asume la gestión de compras y control de gastos de los medicamentos que se dispensan en los centros, ya que las adquisiciones de estos productos han de realizarse conforme a un listado cerrado, aprobado por la Comisión de Farmacia.

38. Aunque hay fijada una periodicidad para los pedidos que se originan a demanda, ya sea debido al stock en los almacenes o bien por nueva necesidad, solo las solicitudes de las vacunas y de determinados gastos de farmacia se realizan, sin flexibilidad, en el plazo establecido (mensual).⁹

No están definidas las unidades peticionarias, ya que algunos productos solo son solicitados por las Zonas Básicas de Salud, mientras que para otros productos la demanda se realiza desde algunos centros de salud y determinados consultorios locales. Asimismo, se ha verificado

⁸ Punto modificado por la alegación presentada.

⁹ Punto modificado por la alegación presentada.

que en algunos petitorios no hay firma ni sello de la unidad peticionaria.

39. En cuanto a la recepción de la mercancía en los diferentes almacenes existentes en el Distrito (medicamentos, papelería, mobiliarios, aparataje sanitario/vestuario y material fungible) y suministro a los centros de consumo, se ha constatado la existencia de control y conformidad en los albaranes.

40. Aunque no hay evidencia documental de la realización de recuentos físicos periódicos de almacén, la información que ofrece la contabilidad analítica se nutre de los datos registrados en el programa interno que registra la demanda y el suministro de los artículos a los diferentes centros de consumo/ gasto (WHECO).¹⁰

Hay que destacar que las existencias finales registradas en el WHECO incluyen, además de todos los productos, que por su naturaleza, son imputables al Capítulo II otros artículos que, aun siendo inventariables, se han considerado gastos del ejercicio, al registrar cada uno un precio insignificante.

41. No se ha obtenido información de los importes autorizados y habilitados para los gastos de inversión, imputados en este capítulo.

Tampoco se ha elaborado un inventario detallado de todos los bienes existentes que corresponden al Distrito y a sus centros dependientes. El Distrito, únicamente, dispone del inventario correspondiente a la Dirección General de Patrimonio, el cual consta de una escueta relación de bienes homologados adscritos al Distrito, por lo que no ofrece la información suficiente para comprobar la totalidad de los bienes inventariables.

III.3. REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LEGALIDAD

42.¹¹

43. El Distrito ajusta su actividad contractual a la Ley de Contratos de las Administraciones Públi-

cas. Para ello, dispone de un servicio corporativo de gestión telemática por medio del cual se elaboran y tramitan todos los expedientes de contratación de obras, bienes, servicios y suministros, así como controla el procedimiento (abierto o restringido) y la forma de adjudicación que le son aplicables, conforme a lo establecido en la legislación de contratación de las Administraciones Públicas.

44. La aplicación informática que da soporte a este servicio es Publiline y se ha comprobado que todos los contratos se han licitado y adjudicado según la citada aplicación, incluidos los menores con importe superior a 300 €.

Durante el ejercicio se han adjudicado 17 contratos por procedimiento ordinario (seis de ellos corresponden a contratos de servicios prorrogados), por un total de 617.486 €, de los que 250.993 € corresponde a contratos de suministros, 47.700 € corresponde a dos contratos de obras y el resto a contratos de servicios, entre los que se incluyen los contratos para la manutención durante las jornadas de atención continuada, tal y como prescribe el Contrato Programa.

45. Desde el año 2003, la actividad económica desarrollada por los centros de gasto del Servicio Andaluz de Salud está sometida a control financiero permanente, evaluando el cumplimiento de la legalidad mediante informes periódicos.

Así en el informe relativo al ejercicio 2006, se hace mención a la utilización indebida de la figura del contrato menor mediante un fraccionamiento en el objeto de los contratos., práctica que queda expresamente prohibida en el artículo 68.2 de la *Ley de Contratos de las Administraciones Públicas*.

IV. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA

46. Los trabajos necesarios para el análisis operativo se han realizado teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

¹⁰ Punto modificado por la alegación presentada.

¹¹ Punto suprimido por la alegación presentada.

-En primer lugar hay que destacar que la gestión de los distritos está condicionada al cumplimiento de unos objetivos con unos recursos limitados que le son asignados. Dado que, en la mayoría de los casos los objetivos de eficacia se confunden con la eficiencia, se ha optado por un análisis conjunto de los resultados obtenidos en el cumplimiento de los compromisos programados.

-Al contrario de lo que sucede en la atención especializada, en la primaria no se ha elaborado una clasificación oficial para los diferentes tipos de distritos. Esto se debe a diversos factores que hacen que, en cada distrito, confluyan diversas características como: la dispersión geográfica, la organización de la actividad asistencial, el número de dispositivos de atención continuada y de salud adscritos al Distrito, que imposibilitan, en parte, la realización de análisis comparativos entre ellos.

-Por último, es necesario recordar que la mayor parte de la gestión global, se desarrolla de forma descentralizada. Es decir, anualmente, la Dirección del Distrito negocia y reparte entre sus centros de responsabilidad (Unidades de Gestión Clínica y Centro de Salud de Bailén) todos los objetivos de gasto y de actividad asistencial a cumplir en la misma forma y estructura que el Contrato Programa. Así, la suma de los resultados obtenidos por los centros contempla la mayoría de las acciones y recursos que establece y define el Contrato Programa para el Distrito.

47. Por tanto, la revisión de la información se ha desglosado atendiendo a las diversas líneas de actuación que recoge el Contrato Programa. Para ello se han seleccionado indicadores de eficacia, eficiencia y calidad que midiesen diversos componentes de la gestión desarrollada e informaran de los resultados obtenidos por el Distrito, globalmente y no particularmente de los centros de salud que lo componen.

Así, uno de los criterios utilizados para la selección de los indicadores es que pudieran generar información comparativa de todos o parte de los distritos, aun no existiendo similitud ni homogeneidad entre ellos, tal y como se apuntaba en el punto anterior.

IV.1 ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y DE LA EFICIENCIA.

48. Para comprobar el grado de cumplimiento, el trabajo realizado se ha centrado en una revisión de los listados e informes incluidos en el cuadro de mando integral. Este es el documento que, con el fin de realizar un seguimiento continuado de los objetivos contenidos en las diferentes líneas de actuación incluidas en el Contrato Programa (en adelante Contrato), el Distrito ha de implementar y enviar a las correspondientes Unidades de los Servicios Centrales.

49. Hay que puntualizar, que la mayoría de los objetivos contenidos en el Contrato se han fijado mediante acuerdos del Distrito con otros niveles y agentes del sistema sanitario público andaluz:

- Acuerdo de Gestión entre Distritos y Hospitales.

- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

Asimismo, se formalizan acuerdos con diferentes unidades funcionales del Distrito:

- Acuerdo de Gestión de Unidades de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental.

-Acuerdos de Gestión Clínica y Acuerdo con el Centro de Salud de Bailén.

50. Respecto a estos últimos, tal y como se apuntaba anteriormente, los centros de salud al constituirse como instrumentos de gestión del Distrito, han de negociar y fijar los siguientes aspectos, necesarios para el desarrollo de sus actuaciones:

-La definición de los objetivos de organización asistencial, de la cartera de servicios y de calidad.

-La asignación de los recursos definidos en términos *económicos* (clasificados en sus distintos apartados presupuestarios) y como *recursos asistenciales* (para interconsultas o derivaciones a la atención especializada y en pruebas diagnósticas).

- La descentralización de las competencias en materia de organización y funcionamiento del centro (la autorización de licencias y permisos, la selección de personal eventual) y en la gestión de los presupuestos asignados.

51. Para la evaluación de los resultados obtenidos por el Distrito, se han analizado una serie de indicadores calculados a través de la información aportada por los centros sanitarios y las unidades de los dispositivos de apoyo.

IV.1.1 Objetivos para la organización de la asistencia sanitaria y de salud

IV.1.1.1 Indicadores de oferta (Producción de servicios)

52. La actividad del Distrito engloba la producción de servicios no solo asistenciales, sino también preventivos, de protección y promoción de la salud. Para el desarrollo de estos servicios el Distrito actúa a través de los siguientes instrumentos: Cartera de Servicios, Planes Integrales y Planes Horizontales de Gestión del Distrito.

53. La Cartera de servicios es el conjunto de actividades, de carácter asistencial y mejora de salud, a realizar por los profesionales sanitarios. Se concreta en un documento fijado en el Contrato e incluye las pautas a seguir, durante el desarrollo de las actividades asistenciales, con el fin de conseguir una producción de servicios que cumpla con los objetivos establecidos y cubra la totalidad de la población asignada.

54. La información que genera es la cobertura o número de personas atendidas por cada servicio, por cada programa o, bien en los diversos procesos asistenciales integrados que se ofertan, siempre teniendo como referencia un porcentaje de la población total (población diana) que se fija en función de la casuística de cada uno de los servicios ofrecidos. (ANEXO IV)

55. De los resultados obtenidos, durante el 2006, por las Unidades Clínicas y el Centro de Salud de Bailén, cabe mencionar que se ha cumplido con los objetivos de cobertura previstos en este ámbito y en determinados casos, se

supera la media alcanzada en Andalucía (por ejemplo en los programas de vacunación). Solamente los servicios de atención a personas en situación terminal y a personas mayores de 65 años así como, los de educación maternal, atención puerperal, planificación familiar y los casos de tuberculosis diagnosticada, no alcanzan el porcentaje de pacientes acordado.

Respecto a las intervenciones de cirugía menor hay que destacar que ha habido un importante incremento en la actividad (31%). No obstante, no se ha alcanzado el objetivo marcado en el Contrato: *los servicios prestados por cirugía menor deben alcanzar el 100% del 1,5% de la población general (de 2.798 habitantes se ha cubierto un 78%)*.

Sólo las Unidades de Gestión de Andújar A y Arjona, alcanzaron un 155% y 141% de cobertura, frente 24% obtenido por el Centro de Salud de Bailén.

56. Tal y como se mencionó anteriormente, en la cartera se ofertan los siguientes programas asistenciales que deben prestar determinados técnicos adscritos al Dispositivo de Apoyo del Distrito:

- Programa de seguimiento de las embarazadas. La cobertura alcanzada es de un 23%. Aunque se ha incrementado en 16 puntos el nivel obtenido en el año anterior, no supera la media de Andalucía que se sitúa en 28%.

- Programa de prestaciones gratuitas, para escolares, en salud bucodental. La cobertura de los niños adscritos voluntariamente al programa ha sufrido una gran disminución (de 2.442 niños en 2005 pasa a 1.949) y, consecuentemente también ha minorado el número de consultas para los niños, situándose el índice de actividad por debajo de la media de Andalucía.

57. Asimismo, también deben incluirse los siguientes indicadores relativos a la actividad que desarrolla el Servicio de Salud Pública:

La unidad alimentaria tiene censados 2.329 establecimientos de restauración, minoristas e industrias y fueron inspeccionados 174, un 7% del total censado sin contar con los 14 estable-

cimientos de control permanente(mataderos, salas despique) a los que se le realizan controles diarios. Asimismo la media de tramitación de los expedientes de Registro General Sanitario de Alimentos alcanza los 27 días, plazo inferior al propuesto (45 días).

En el ámbito de la salud ambiental, hay censadas un total de 468 instalaciones, realizándose controles en un 74% del total. Hay que destacar que tanto en los 21 sistemas de abastecimientos de aguas de consumo como en las 98 torres de refrigeración y condensadores evaporativos el porcentaje de supervisiones alcanzó el 100%, en contraposición con los 64 puntos de abastecimiento y fuentes no conectados a red general cuyo porcentaje de unidades controladas fue de un 28%.

Por último señalar que, aunque el Distrito cumple con los objetivos previstos para este servicio, en el año 2006 no se había realizado el análisis epidemiológico de la población del Distrito, previsto para comprobar las necesidades específicas que puedan tener en materia de prevención de la enfermedad, protección y promoción de la salud así como, para diseñar unos planes de acción a fin de intervenir sobre todo en las zonas transformación social y evitar riesgos futuros.

A pesar de no haber realizado el citado análisis, sí tiene implantado un sistema de vigilancia y control de epidemias y enfermedades transmisibles, que engloba a todo el territorio y población del Distrito.

58. Los planes integrales se plantean como instrumentos de intervención en las distintas fases de las enfermedades que abordan (prevención primaria, detección precoz, seguimiento y tratamiento).

Se componen de una serie de objetivos, líneas estratégicas y actividades a realizar en materias de oncología, diabetes, cardiopatías, tabaquismo, etc.

59. Entre los **Planes Horizontales de Gestión** cabe mencionar, sólo con carácter informativo, el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

Cada distrito dispone de un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias compuesto por los Puntos de Atención Continuada. Estos realizan una doble función: la asistencia a la demanda interna urgente y emergente, de presencia física; y la asistencia a la demanda externa, en la vía pública o a domicilio.

El Distrito controla las acciones coordinadas con el Hospital de referencia, los Equipos de Emergencias de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y otros hospitales en el ámbito de su provincia, en relación con los criterios de priorización de las demandas y la coordinación de los diferentes equipos de la atención urgente y emergente.

IV.1.1.2 Indicadores de demanda (Actividad Asistencial)

60. La información sobre la actividad asistencial realizada, durante el 2006, se ha resumido en los siguientes indicadores, clasificados según los profesionales que la realicen: (**ANEXO V**).

61. Para las **Unidades de Gestión Clínica y Centro de Salud de Bailén.**

- *Frecuentación en el Centro \times 1.000 hab. (mensual).* La frecuentación indica el grado de demanda del servicio para una población dada (incluye la suma de las consultas a demanda, más las consultas programadas o concertadas, más las consultas de programas de cada profesional, los servicios comunes de enfermería así como las urgencias en horario de consulta (se excluyen las que se realizan en horario de atención continuada).

En 2006, la frecuentación en el centro y en el domicilio de las consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería ha sido de 8.395, 6.200 y 3.510, respectivamente.

62. El número de consultas tanto de los médicos de familia como de enfermería superan la media obtenida en Andalucía aunque, han aumentado considerablemente las visitas a domicilio de enfermería, en contraposición con las consultas en el centro, que presentan porcentajes de variación negativos que van desde el (24%) de los médicos de familia al (7%) de los pediatras.

Esta disminución esta justificada por la política llevada a cabo para la gestión de la demanda y que establece una reducción en el índice de frecuentación y un aumento del tiempo medio en consulta por paciente.

63. Actividad Diaria por Médico. Teniendo en cuenta que a cada profesional se le asignan un cupo de tarjetas ajustadas por edad, con independencia de la situación patológica, el resultado de la confluencia de la demanda del servicio y la oferta de profesionales tiene como consecuencia que haya un total de 45 consultas por médico y día, 22 para las enfermeras y para los pediatras alcanza un total de 31 consultas.

64. Respecto a los Dispositivos de Apoyo:

El número de urgencias atendidas, (en centro y domicilio) presentan porcentajes de variación positivos, destacando el 44% de las urgencias atendidas por enfermeras. Asimismo, el indicador de frecuentación de médicos y enfermeras, superan la media de Andalucía.

En cambio, tanto para las consultas de odontólogos como para los trabajadores sociales se alcanzan porcentajes de variación negativos (13% y 18%), respecto al ejercicio anterior.

La actividad realizada por los cinco fisioterapeutas del Distrito ha sido de 1.920 pacientes atendidos individualmente y 867 pacientes en terapia grupal.

En los servicios de radiodiagnóstico, el total de pacientes asciende a 34.676 y se han consumido 78.344 placas. La media de placas consumidas por paciente es del 2,26 destacando la Unidad Clínica de Linares A que alcanza un porcentaje del 2,38, en contraposición al centro de salud de Bailén que tiene un 1,97 y solo un 7% de pruebas diagnósticas derivadas.

IV.1.1.3 Indicadores de calidad en la gestión y organización asistencial

65. Los siguientes indicadores añaden valor a las prestaciones sanitarias y algunos se utilizan como principios que ha de seguir el Distrito para su organización asistencial, ya que la in-

formación que se obtiene se puede utilizar como fuente de mejora.

66. Continuidad asistencial

Personalización de la atención. Significa que hay que asignar un mismo médico y una misma enfermera para atender todos los problemas del paciente tanto en el centro como en el domicilio.

En general, para la asistencia domiciliaria todos los usuarios tienen asignado su medico y/o pediatra.

En cambio, excepto la Unidad Clínica de Andújar A, ningún centro reparte la actividad a realizar por las enfermeras con el sistema de personalización. Sin embargo, para las visitas domiciliarias lo que se pretende es que toda la población tenga asignada una enfermera responsable del cuidado, por sectores geográficos determinados (Sectorización), pero sólo consta que ese sistema se ha aplicado para todas las enfermeras adscritas al Centro de Salud de Bailén, y para una o dos de las enfermeras, adscritas a las Unidades Clínicas de Gestión de Andújar B, Linares C y Santisteban del Puerto.

Procesos Asistenciales Integrados. Conjunto de actividades preventivas, de pruebas diagnósticas y terapéuticas a realizar por los profesionales de los niveles de atención primaria y especializada con la finalidad de incrementar el nivel de salud y grado de satisfacción.

Son servicios ofertados a través de la Cartera de Atención Primaria y que deben prestarse atendiendo a unas normas de calidad fijadas conjuntamente con el hospital de referencia. **(ANEXO IV bis)**

La totalidad de los centros ha cumplido con los objetivos fijados para la implantación de estos procesos (la media está en 14 procesos implantados y más de 20 procesos implantados con los Hospitales de referencia) así como, con los índices de cobertura establecidos para el desarrollo de los procesos. En los procesos asistenciales de cuidados paliativos, diabetes, cáncer de cerviz/útero y embarazo supera el estándar medio andaluz de cobertura.

67. Accesibilidad. Se instrumenta a través de las siguientes medidas:

- Gestión de la demanda. Aunque no es un objetivo, está relacionado con la frecuentación y el tiempo medio diario asistencial por médico, que deberá ser de 5 horas (300 min.) incluida la actividad en el centro y domicilio.

Como uno de los objetivos es disminuir la frecuentación de las consultas en los centros de salud se determina, que todos los centros, en coordinación con el Distrito, planifiquen sus agendas con la finalidad de que todas las consultas y actividades de los diferentes profesionales, se realicen en una misma jornada y con una única cita, hasta posibilitar el diagnóstico y establecimiento de un plan terapéutico (*acto único*).¹²

Todos los centros de salud, salvo Santisteban del Puerto, obtienen un valor óptimo en el indicador del tiempo medio de consulta.

- Demora. El Distrito no ha generado, en ningún momento, demoras superiores a 24 horas, entre el día solicitado y la cita obtenida por el ciudadano para su médico de familia o pediatra. Para comprobar este objetivo, durante el 2006 se realizaron inspecciones periódicas a los diferentes centros.

Asimismo, para el total de Andalucía el porcentaje de facultativos con demora es del 0,59%, y solamente el Distrito Jaén Norte obtuvo, junto a otros cinco distritos (Jerez-Costa Noroeste, Granada Nordeste, Huelva-Costa, Sierra de Huelva-Andévalo Central y Jaén Nordeste) la mejor puntuación posible en cuanto a accesibilidad.

68. Uso racional en las derivaciones de las consultas especializadas (consumo de interconsultas). Este indicador intenta medir la capacidad de resolución de los profesionales así como la eficiencia en el envío de pacientes (volantes prescritos) a la atención especializada.

Para ello se fijó, como límite, una tasa estándar de 235,67 pacientes nuevos por cada 1000 tarjetas ajustadas por edad. Dicha tasa supone la suma de los límites establecidos en las derivaciones a diferentes especialidades.

Durante el ejercicio el Distrito ha superado el nivel de demanda de primeras consultas fijado y acordado con los Hospitales de referencia. Así, la tasa alcanzada por el Distrito es de 301,15 pacientes derivados, destacando los consumos alcanzados en las especialidades de Medicina Interna, Rehabilitación / Traumatología / Reumatología y Pediatría, que superan la tasa estimada en 214, 1092 y 109 puntos.

Hay que mencionar la baja capacidad de resolución que refleja Pediatría, ya que el Distrito cuenta con profesionales de esta especialidad, contrariamente a lo que ocurre con los consumos de salud mental y cirugía, que también son servicios ofertados por el Distrito y han alcanzado unos índices por debajo de los estándares marcados.¹³

69. Uso racional del medicamento.

Incluye un objetivo cuantitativo que el gasto farmacéutico del Distrito, en el 2006, no puede alcanzar el valor máximo (52.105.331 €).

Aunque el gasto farmacéutico del ejercicio se ha incrementado en un 6%, respecto al ejercicio anterior, no ha superado el valor máximo establecido (51.851.962 €). Comparando los gastos por prestación farmacéutica de todos los distritos andaluces (33 en total), Jaén Norte se posiciona en el número 22.

70. El total de recetas prescritas ha sido de 3.822.037, cuantía que representa un 3% en el total de las recetas prescritas en Andalucía.

Además, otro objetivo fijado es que la prescripción "por principio activo" alcance al menos un 65%. Prescripción "por principio activo" significa que los médicos han de indicar en la receta el nombre de la sustancia que produce el efecto del fármaco y no el de una marca comercial

¹² Punto modificado por la alegación presentada.

¹³ Punto modificado por la alegación presentada.

determinada, y los farmacéuticos se comprometen a dispensar aquellas especialidades que se ajusten a los parámetros de prescripción indicados en la receta, facturando, como máximo, un precio previamente acordado, por convenio, con el Servicio Andaluz de Salud.

En el Distrito el porcentaje obtenido ha sido de un 63% del total recetas prescritas, mientras que la media en Andalucía obtuvo un 70%.

71. Encuesta de satisfacción.

Mediante encuestas realizadas se valoran algunos aspectos de satisfacción respecto a los servicios prestados, los tiempos de consulta, la organización del centro, y la información acerca del trato humano y la calidad técnica recibida.

El grado de satisfacción de la población ha sido de un 91,7%, mientras que el porcentaje de usuarios que recomendaría el centro es de un 91,5% frente al 88,1% del año anterior.

72. Reclamaciones y gestión del riesgo.

De acuerdo con la información facilitada se interpusieron un total de 495 reclamaciones, de las que más de la mitad se deben a motivos relacionados con la *Organización, trámites y normas* (52%), seguida de las reclamaciones relacionadas con aspectos *Asistenciales*, principalmente por cambio de médico. Destacan las Unidades de Gestión de Linares A y La Carolina que alcanzan unos porcentajes de reclamaciones del 5 y 4%, respectivamente, en relación a la población asignada.

Como objetivo se establece un alto porcentaje de reclamaciones resueltas en tiempo y forma, según el procedimiento aprobado para su gestión. Del análisis realizado un 57% incumplen el plazo de respuesta establecido (15 días).¹⁴

73. Asimismo, se regula como objetivo la figura de gestión del riesgo, que es un indicador de la calidad asistencial y de la eficiencia ya que supone, por parte del Distrito la identificación,

entre el total de las reclamaciones interpuestas, de determinadas situaciones que pudieran tener una repercusión económica (responsabilidad patrimonial). En 2006 se resolvió sólo un expediente correspondiente a un daño material de escasa cuantía.

IV.1.2 Objetivos de gestión económica y financiera

74. Los objetivos del área económica persiguen que el nivel de ejecución del presupuesto, su concreción contable y la cobertura de necesidades sean los adecuados para ofrecer un balance de eficiencia y calidad.

75. En cuanto a la gestión financiera, cabe destacar que entre los objetivos se encuentran el indicador de demora máxima en la tramitación de facturas, el cual no puede ser superior a 40 días desde la recepción hasta su efectiva disposición en el ámbito del órgano gestor pagador.

La demora media de tramitación, en el Distrito, se sitúa en 18 días.

El total de gastos por anticipo de caja fija, a lo largo del año alcanzan un valor de 723.035 €. Se ha verificado que no se ha sobrepasado el límite para el importe de la provisión de fondos, que es de 60.101 y que se cumplido con la fecha límite de justificación de los gastos.

IV.1.2.1. Financiación

76. En primer lugar, hay que destacar que el Distrito representa un centro de gastos en el presupuesto del Servicio Andaluz de Salud y se financia mediante una fórmula cuyo objetivo consiste en distribuir un presupuesto global, con fondos suficientes para conseguir los compromisos fijados en el Contrato Programa. Por tanto, como objetivo principal del área económica se establece que el Distrito debe ajustar su nivel de gasto al importe fijado según el modelo de asignación de recursos.

77. El modelo de financiación de la atención primaria incluye como principal variable la población a financiar en cada distrito, incorporando elementos de estructura como la oferta de

¹⁴ Punto modificado por la alegación presentada.

servicios de atención continuada (Horas de Médico y de Enfermería/Tarjetas Ajustadas por Edad) y la dispersión geográfica, ya que ésta constituye una importante carga en los costes de producción de los servicios asistenciales de atención primaria (Número de Centros/10.000 Tarjetas Ajustadas por Edad).

78. La población que se financia coincide con el total de tarjetas sanitarias del Distrito y que son 189.345 habitantes/usuarios. No obstante, dada la evidencia de que el consumo de recursos está directamente relacionado con la edad, es aconsejable adoptar como variable de población a financiar las tarjetas ajustadas por edad que ascienden a 283.300, aproximadamente un 3% del total de Andalucía (11.126.357 Tarjetas Ajustadas por Edad).

79. Basado en dichas variables, se calcula un importe de financiación que permite, por comparación con el gasto real del ejercicio cerrado (es decir, gasto histórico del Distrito y las variaciones producidas en los créditos presupuestarios, excluidos los gastos de inversiones considerados como cartera de nuevos servicios), determinar el grado de eficiencia relativa con el que ha desarrollado su actividad en ese ejercicio. En función del grado de eficiencia obtenido, (que en el año 2006 situó a Jaén Norte en el puesto 16 de los 33 distritos andaluces) se asigna el montante máximo de recursos.

80. Así, una vez asignado el presupuesto operativo (o importe global de financiación), a principios de año, el Distrito lo distribuye a sus centros de responsabilidad: los centros de salud, los dispositivos de apoyo y dispositivos de gestión (directivos y administración del Distrito), siguiendo una tendencia estructural, es decir asignando un porcentaje mínimo más que el año anterior y tomando como referencia: superficie, población y costes futuros previsibles.

La distribución del presupuesto se realiza en los capítulos I y II (**ANEXO VI**), además de una cantidad correspondiente a gastos por prestación farmacéutica que, aunque no afecta presupuestariamente al Distrito ya que se contabiliza en el presupuesto del Servicio Andaluz de Salud, aún siendo un gasto originado en el mismo.

81. Como objetivo se determina que la evolución del gasto presupuestario se corresponda con el importe de la financiación total recogida en el contrato programa.

Se ha verificado que el importe de los gastos autorizados y de las obligaciones reconocidas, durante el ejercicio, no ha superado el límite de financiación fijado al Distrito, una vez ajustado con las actualizaciones realizadas.

IV.1.2.2. Recursos disponibles

82. El Distrito cuenta con un total de 46 centros sanitarios, con 12 puntos de atención continuada y 4 equipos móviles de urgencias.

Entre los Dispositivos de Apoyo se encuentran 5 unidades radiológicas y 5 salas de fisioterapia, 4 gabinetes odontológicos y 4 unidades de retinografía.

83. Para alcanzar sus objetivos, el Distrito ha dispuesto en el ejercicio 2006 de una plantilla total de 534 trabajadores de los que 372 pertenecen al personal asistencial y 162 a personal no sanitario.

Su distribución por categorías es la siguiente:

Personal Directivo	4
Personal Facultativo	194
Personal Sanitario no Facultativo	174
Personal no sanitario	162

Respecto a 2005 solo se ha incrementado la plantilla en una persona de personal sanitario no facultativo.

84. La asignación de la plantilla se realiza, anualmente, de forma centralizada mediante la aprobación de acuerdos, que regulan los diferentes criterios de asignación a los centros, tomando como base principal la población, extensión territorial, características epidemiológicas, nivel de desarrollo de servicios y peculiaridades específicas.

85. Aunque no hay un procedimiento específico para el control en la contratación de las sustituciones y eventuales, del importe total asig-

nado para gastos de personal, el 14% se estima como objetivo máximo para las contrataciones temporales. Por tanto, el Distrito asigna a sus centros de responsabilidad (en función de su dotación presupuestaria) un límite determinado en número y en duración para los nombramientos por sustituciones, ausencias, licencias y permisos reglamentarios, incluido el plan de vacaciones anuales y se les hace un seguimiento de forma mensual, comparando las sustituciones efectivamente realizadas con las asignadas.

Así, mientras los contratos por sustituciones cumplen con el límite asignado, los eventuales superan en 165.918 € el límite máximo establecido por el Distrito.¹⁵

86. El 74% de las obligaciones reconocidas en el capítulo I (excluyendo el gasto de atención continuada), corresponde a las Unidades de Gestión y al Centro de Salud de Bailén. Del importe total el 15,4% (14,8% en 2005), se destina al pago del personal sustituto un 7,9% y al eventual 7,4%. Destaca la Unidad de Gestión de La Carolina, que destina un 20% para contrataciones temporales. **(ANEXO VI)**

Tal y como se expone en el siguiente cuadro, el coste total de los puestos de trabajo cubiertos por personal sustituto y eventual alcanza los 3.531.215 €, incrementándose respecto a 2005 un 3,5%, porcentaje que proporcionalmente es inferior al aumento del presupuesto, un 10,7%, por lo que el peso de las sustituciones respecto al presupuesto total ha disminuido en el ejercicio 2006.¹⁶

¹⁵ Punto modificado por la alegación presentada.

¹⁶ Punto modificado por la alegación presentada.

Concepto	Obligaciones Reconocidas 2006	Obligaciones Reconocidas 2005	Porcentaje de variación (%)
125. Sustituciones de Personal	1.603.774	1.866.572	-14
127. Personal Estatutario Eventual	1.928.080	1.544.456	25
TOTAL	3.531.854	3.411.028	4
Total Obligaciones Reconocidas	26.310.215	23.767.795	11
Porcentaje s/ total presupuesto	13%	14%	

Cuadro nº 2

87. En cuanto al procedimiento de selección en la contratación temporal, el Distrito debe informar a la Bolsa Provincial de Contratación de la necesidad de contratar una sustitución, a fin de que ésta asigne al trabajador correspondiente.

Se ha constatado que en algunos casos no se ha seguido el procedimiento mencionado, justificado por las siguientes causas: no hay contestación de la Bolsa Provincial o se obtiene contestación tardía confirmando la falta de candidatos disponibles. En otros casos es el Distrito el que justifica el incumplimiento alegando razones tales como que es una necesidad urgente o que la plaza esta en una zona de especial aislamiento y por tanto, difícil de cubrir.

88. Durante el año 2006, el porcentaje de absentismo en el Distrito ha sido de un 4,65%, cumpliendo con el objetivo establecido en el Contrato, según el cual el índice anual ha de mantenerse por debajo del 5%.

Según cuadro 3, el porcentaje más elevado, en relación con el total de días de contrato, lo alcanza el personal sanitario no facultativo con un 6,11%.

89. No se ha podido comprobar el coste que supone el absentismo, ya que el importe de las sustituciones puede incluir, además de los permisos, vacaciones, enfermedad etc, las causas derivadas del absentismo (incapacidad temporal y baja por maternidad).

Tampoco se ha podido comparar el índice de absentismo con otros Distritos, ya que el resultado esta en función de la organización y funcionamiento interno de cada Distrito. Así, en Jaén Norte se registra la baja por enfermedad, desde el primer día de ausencia, lo que conlleva que pueda tener un porcentaje de absentismo superior al de otros Distritos que suelen registrar la baja por enfermedad a partir del tercer día.¹⁷

¹⁷ Punto modificado por la alegación presentada.

GRUPO	NUMERO DE PERSONAS (1)	DÍAS DE CONTRATO (1)	IT ENFERMEDAD	TOTAL DIAS DE IT	% DE ABSENTISMO POR IT ENFERMEDAD	% DE ABSENTISMO
Directivo	4	1.003	0	0	0,00%	0,00%
Facultativo	282	76.087	2.510	3.029	3,30%	3,98%
Sanitario no facultativo	523	75.552	3.467	4.616	4,59%	6,11%
No sanitario	438	64.955	1.966	2.469	3,03%	3,80%
TOTAL	1.247	217.597	7.943	10.114	3,65%	4,65%

Cuadro nº 3

(1) Se ha incluido los tres regímenes de contratos: plantilla, sustitutos y eventuales

IV.1.3 Seguimiento y evaluación

90. El *seguimiento* se realiza a través de los diferentes sistemas de información.

El circuito de información para poder valorar la gestión del Distrito así como, el cumplimiento de los objetivos tiene su origen en cada uno de los Centros de Salud, los cuales mensualmente envían, en modelos oficiales, a la Administración del Distrito información de la actividad desarrollada tanto por las Unidades de Gestión y Equipos Básicos de Salud como la referida a los Dispositivos de Apoyo.

91. Aunque el Distrito se nutre de variados sistemas de información (**ANEXO VIII**), hay que destacar que, como novedad en el año 2006, coexistían dos sistemas de información relacionados con la organización y funcionamiento de la asistencia sanitaria (el nuevo sistema de la historia de salud digital - DIRAYA- y, el Sistema Integrado de Gestión de la Atención Primaria - SIGAP), debido a que el nuevo sistema de la historia de salud digital, al implantarse progresivamente solo funcionaba en las Unidades de Gestión de las Zonas Básicas de Linares, Andújar, La Carolina y el Centro de Salud de Bailén.

92. Para el control en la gestión de los gastos, aunque cuenta con la contabilidad presupuestaria como herramienta para el seguimiento de la ejecución presupuestaria, hay que acudir a la contabilidad analítica como sistema de información de ayuda para conocer qué recursos se emplean y qué actividad se produce con tal consumo.

Pero el programa de contabilidad analítica que el Distrito tenía implantado (COAN - hyd), aunque

es un sistema de costes integrado en la contabilidad presupuestaria, en el año 2006 no permitía la imputación de costes presupuestados por actividad asistencial, por lo que no se ha podido obtener la información relativa a los posibles márgenes en los que se puede mover la producción de servicios ni la coherencia entre la actividad desarrollada con los costes utilizados.

93. Por tanto, aunque el sistema solo permitía obtener el presupuesto operativo, el cual contiene la misma información que los gastos controlables del presupuesto, se ha constatado que las obligaciones reconocidas de los Capítulos I y II del presupuesto (exceptuando la gastos de atención continuada, de productividad, Seguridad Social y los de formación) no coinciden con la suma de los costes registrados en la contabilidad analítica.

Se incumple así con el objetivo que determinaba que la evolución del gasto presupuestario ha de ser coherente con la que es captada desde los sistemas de información analítica.

94. Para la *evaluación* de los objetivos, el Contrato establece la aprobación de una memoria anual que recoja los diferentes aspectos contemplados en el presente documento y los resultados obtenidos. Aunque el Distrito no elaboró la memoria correspondiente, sí se realiza un informe de seguimiento sobre los objetivos marcados, a través del cuadro de mandos a implementar por el Distrito. Este se completa con el cuadro de mandos específico para la gestión de las de las Unidades de Gestión y el Centro de Salud de Bailén, en el que se incluyen diversos indicadores de resultados obtenidos de los diferentes sistemas de información implantados en los centros.

Durante el ejercicio no se realizó auditoría de los datos aportados por los centros, aún siendo el único sistema utilizado para comprobar el grado de fiabilidad en el procesamiento de los datos suministrados y de los resultados obtenidos.

95. Por último hay que señalar que, como sistema de evaluación para las Unidades de Gestión Clínica, se había implantado un modelo de incentivos que afectan a materias como la presupuestaria, al desarrollo de la actividad asistencial y de la implantación y resultados de los procesos asistenciales integrados, así como a las acciones de transparencia y de calidad con el ciudadano.

96. Así, de todos los objetivos que debe cumplir la Unidad de Gestión en todas las áreas de actuación, diez quedan vinculados al cobro de incentivos. De los diez, seis son seleccionados por los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud y son homogéneos para todas las Unidades de Gestión (Objetivos comunes) y el resto, seleccionados por la propia Unidad y la Dirección del Distrito, están relacionados con los procesos asistenciales priorizados del Servicio Sanitario Público de Andalucía (Objetivos específicos).

En el **ANEXO VII** se recoge un resumen de la evaluación realizada al cumplimiento de los objetivos fijados para determinar el reparto o no de una bolsa de incentivos, a las ocho Unidades de Gestión Clínicas que había en el Distrito.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

97. Durante el año 2006, las estructuras funcional y orgánica del Distrito se ajustaban a lo dispuesto en el Decreto 197/ 2007, de 3 de julio, *por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud*, aún estando vigente el Decreto 195/85, de 28 de agosto, *sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía*.

Ya desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andaluces (incluidos

los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica), aun cuando no estaban reguladas por el Decreto 195/1985. (§9 y 10)

V.1. DE LA FISCALIZACIÓN DE REGULARIDAD

98. Para desarrollar su actividad durante el ejercicio 2006, al Distrito de Atención Primaria Jaén Norte se le asignó, inicialmente un volumen de recursos que ascendió a 24.586.149 €. (§19)¹⁸

Al considerarse como centro de gastos, es el Servicio Andaluz de Salud quien le transfiere al Distrito el importe de la financiación aprobada. La asignación se realiza mediante dotaciones, sin cuotas fijas ni periodicidad preestablecidos, lo que implica que el Distrito no sea responsable de las imputaciones que se realizan al presupuesto inicial y ni de las modificaciones de crédito imputadas, hecho dificulta el seguimiento de lo efectivamente asignado al Distrito. (§20)

99. El total de gastos autorizados y obligaciones reconocidas, en el ejercicio, alcanzaron los 26.310.233€ (§22)

Conforme a lo dispuesto en el artículo 41.2 bis de la Ley General 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, al presupuesto de 2006 se han imputado obligaciones generadas en el año 2005 que no tenían crédito presupuestario, por un total de 106.654 €.

Asimismo, durante el ejercicio, se han generado obligaciones por 19.886 €, que no se han podido imputar al presupuesto corriente y que se suman a la deuda pendiente de pago del Servicio Andaluz de Salud. (§23 y §42)

*Se recomienda la regularización de la deuda contraída y pendiente de pago, debido a que se están generando unos intereses que incrementan la cuantía a pagar.*¹⁹

¹⁸ Punto modificado por la alegación presentada.

¹⁹ Punto modificado por la alegación presentada.

100. Respecto a la razonabilidad del gasto con la documentación soporte y a su adecuada contabilización, solo hay que destacar que en el Capítulo II - *Gastos en bienes corrientes y servicios* se han registrado, elementos que por su cuantía (9.101 € y 12.020 €, respectivamente) y naturaleza debieran imputarse como gastos de inversiones, atendiendo al criterio establecido en la Ley 4/1986, de 5 de mayo, del patrimonio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.²⁰

101. De los conceptos retributivos variables señalar que, durante el año 2006, para la percepción del Complemento al Rendimiento Profesional se habían fijado, en algunos casos, los mismos objetivos que los establecidos para la asignación de una bolsa de incentivos en los Acuerdos de Gestión, formalizados entre el Distrito y sus Unidades de Gestión Clínicas.

Este hecho provocó que, mientras los integrantes de las Unidades de Gestión cobraban, importes de productividad por los mismos conceptos (como es el caso de haber alcanzado el índice de cobertura en determinados servicios de la cartera y/o el índice sintético de farmacia o bien, no superar el límite establecido para los consumos de interconsultas), los centros de salud que no se constituyeron en unidades clínicas solo percibieron el Complemento de Productividad al Rendimiento Profesional, circunstancia se acentúa por la inexistencia de cobertura legal para la constitución, organización y funcionamiento de estas Unidades de Gestión. (§35)

Se recomienda unificar los sistemas de incentivos constituidos, al considerarse una fórmula que provoca la discriminación en los centros de salud que no se constituyeron en unidades clínicas, hecho que se acentúa al no contar con ninguna cobertura legal para su ordenación y funcionamiento.

102. En materia de organización y control de los recursos materiales no hay un procedimiento aprobado, ni se habían implantado, durante el ejercicio, criterios para la coordinación y segregación de funciones en materia de contratación, suministros, contabilidad y almacenes. (§36)

En consecuencia, y en determinados casos, se han detectado algunas incidencias como que: no estén definidas las unidades peticionarias o que las peticiones de suministros se cumplimenten de forma incorrecta o insuficiente.²¹ (§38)

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos básicos es la reducción de los gastos corrientes sin mermar la calidad asistencial el Distrito distribuye, entre sus centros, los planes de compras en bienes y servicios y los gastos a realizar con la restricción presupuestaria. Asimismo y, aunque se centraliza la demanda de los centros a fin de mejorar la eficiencia de sus compras, para un adecuado funcionamiento de su sistema logístico es necesario la incorporación de instrumentos que permitan un mayor nivel de control en los pedidos correspondientes, añadiendo periodicidad en los mismos y obtención de una información más exhaustiva sobre las existencias de los artículos solicitados por las unidades o centros de consumo.

103. No existe un inventario detallado de todos los bienes existentes que corresponden al Distrito y a sus centros dependientes, ni programa de contabilidad patrimonial que refleje las variaciones y que enlace con los registros de la contabilidad presupuestaria.

Asimismo, destacar que aunque en el documento correspondiente a Servicios Nuevos, incluido en el Contrato Programa, se incluye la aprobación de los gastos necesarios para infraestructuras e inversiones a realizar por el Distrito (41.621 €) no se ha obtenido información acerca de la financiación específica para la puesta en marcha de nuevos servicios o del control de los importes habilitados para los proyectos de inversión y las autorizaciones de las adquisiciones imputadas al capítulo VI. (§41)

El Distrito debe formalizar la situación de estos bienes y documentar la situación real de los bienes, al ser responsable de su mantenimiento y custodia, cumpliendo así principios básicos de control interno.

104. Se ha constatado que, durante el año 2006, se hizo un uso indebido de la figura de la contratación menor al fraccionar el objeto de los contratos, tal y como afirma el informe anual

²⁰ Punto modificado por la alegación presentada.

²¹ Punto modificado por la alegación presentada.

de control financiero permanente que realiza la Intervención Provincial. (§44 y 45)

V.2. DE LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA

105. Para comprobar el grado de cumplimiento, el trabajo realizado se ha centrado en una revisión las diversas líneas de actuación que recoge el Contrato Programa.

Asimismo, a fin de concluir acerca de la información obtenida de determinados indicadores económicos y sanitarios, ha sido necesario realizar comparaciones entre los distintos centros de gestión del Distrito y de éste con otros distritos y con los valores medios de Andalucía así como, en determinados casos, se han comparado las prestaciones realizadas con los del ejercicio anterior.

No ha sido posible, efectuar evaluaciones concretas del grado de eficiencia alcanzado, al no disponer de una unidad de medida común que permita valorar el conjunto de la producción de los distintos servicios basado en el nivel de consumo de recursos que llevan aparejado, ya que todos los distritos ofertan idénticos servicios, aún adaptados a sus peculiaridades y casuística. (§46 a §48)

106. La actividad del Distrito engloba la producción de servicios no solo asistenciales, sino también preventivos, de protección y promoción de la salud. Para el desarrollo de estos servicios el Distrito actúa a través de los siguientes instrumentos: Cartera de Servicios, Planes Integrales y Planes Horizontales de Gestión del Distrito. (§52)

107. La información que genera la Cartera de Servicios es la cobertura o número de personas atendidas por cada servicio, por cada programa, o bien, en los diversos procesos asistenciales integrados que se ofertan. Respecto a la producción de servicios, hay que destacar que:

- Los resultados obtenidos, durante el 2006, por las Unidades Clínicas y el Centro de Salud de Bailén, han alcanzado un alto nivel de cumplimiento de los objetivos de cobertura previstos en éste ámbito y en determinados casos, se su-

pera la media alcanzada en Andalucía, como por ejemplo en los programas de vacunación o en las intervenciones de cirugía menor. En éstos, aunque se produjo un importante incremento en la actividad realizada (31%), el resultado no alcanzó el 100% de la población diana fijada. (§54 y 55)

108. - De los servicios prestados por los técnicos adscritos al Dispositivo de Apoyo del Distrito:

-El programa de seguimiento de las embarazadas, aunque alcanza una cobertura de un 23% (incrementándose en 16 puntos el nivel obtenido en el año anterior), no supera la media de Andalucía que se sitúa en un 28%.

-En el programa de prestaciones gratuitas para escolares, en salud bucodental, la cobertura de los niños adscritos voluntariamente al programa ha sufrido una gran disminución (de 2.442 niños en 2005 pasa a 1.949). (§56)

109. Respecto a los objetivos relativos a la actividad que desarrolla el Servicio de Salud Pública: Aunque en el ámbito de salud ambiental y control alimentario se ha conseguido el 82% de los objetivos propuestos, en el año 2006 aún no se había realizado un análisis epidemiológico de la población del Distrito previsto para comprobar las necesidades específicas que puedan tener en materia de prevención de la enfermedad, protección y promoción de la salud, así como para diseñar unos planes de acción a fin de intervenir sobre todo en las zonas transformación social y evitar riesgos futuros. (§57)

110. La información sobre la actividad asistencial realizada, durante el 2006, se resume en los siguientes indicadores:

Frecuentación - indica el grado de demanda del servicio para una población dada. El número de consultas tanto de los médicos de familia como de enfermería superan la media obtenida en Andalucía. Se ha producido un incremento considerable en las visitas a domicilio de enfermería, en contraposición a las consultas en el centro que presentan porcentajes de variación negativos que van desde el (24%) de los médicos de

familia al (7%) de los pediatras. Esta disminución se justifica por la política llevada a cabo para la gestión de la demanda y que establece una reducción en el índice de frecuentación y un aumento del tiempo medio en consulta por paciente.

Actividad Diaria por Médico - El resultado de la confluencia de la demanda del servicio y la oferta de profesionales tiene como consecuencia que haya un total de 45 consultas por médico y día, 22 para las enfermeras y para los pediatras alcanza un total de 31 consultas. (§62 y 63)

111. De la actividad asistencial correspondiente a los Dispositivos de Apoyo, destacar los siguientes aspectos:

El indicador de frecuentación de los médicos y enfermeras de urgencias, superan la media de Andalucía. En cambio, las consultas en el domicilio de los trabajadores sociales alcanzaron, en el 2005, un total de 1.440 mientras que durante el año 2006 no han llevado a cabo ninguna actividad de atención domiciliaria.

Asimismo, de los servicios de radiodiagnóstico señalar que, teniendo en cuenta que la media en placas consumidas por paciente es del 2,26, existe una diferencia en el control de los costes consumidos por estos productos. Así, mientras que la Unidad Clínica de Linares A alcanza una media 2,38, en el Centro de Salud de Bailén sólo consumen un 1,97 de placas por pacientes. (§64)

112. En cuanto al total indicadores de calidad en la gestión y organización asistencial, la regla general es que el Distrito ha obtenido valores óptimos en la aplicación de los objetivos que los contienen: continuidad asistencial, accesibilidad, encuesta de satisfacción, reclamaciones y gestión del riesgo. (§66 ,67,71 y 72)

113. En cambio, respecto al consumo de interconsultas (indicador que mide la eficacia y la eficiencia en la capacidad de resolución de los profesionales) el Distrito supera a la tasa estándar de Andalucía en un 28%, destacando los consumos alcanzados en las especialidades de Medicina Interna, Rehabilitación/ Traumatolo-

gía/Reumatología y Pediatría, que superan la tasa estimada en 214, 1092 y 109 puntos. Destaca la baja capacidad de resolución que refleja Pediatría, ya que el Distrito cuenta con profesionales de esta especialidad.²² (§68)

114. El total de recetas prescritas ha sido de 3.822.037, cuantía que representa un 3% en el total de las recetas prescritas en Andalucía. Comparando los gastos por prestación farmacéutica de los 33 distritos andaluces, Jaén Norte se posiciona en el número 22.

Durante el año 2006 el Distrito, aun cuando obtuvo un porcentaje del 63%, no alcanzó el objetivo fijado para la prescripción por principio activo (65%).²³(§69 y §70)

115. Los objetivos del área económica persiguen que el nivel de ejecución del presupuesto, su concreción contable y la cobertura de necesidades sean los adecuados para ofrecer un balance de eficiencia y calidad. (§74)

Como objetivo principal se establece que, el Distrito debe ajustar su nivel de gasto al importe fijado según el modelo de asignación de recursos.

Se ha verificado que el importe de los gastos autorizados y de las obligaciones reconocidas, durante el ejercicio, no ha superado el límite de financiación fijado al Distrito, una vez ajustado con las actualizaciones realizadas. (§76 y 81)

116. El modelo de financiación de la atención primaria incluye como principal variable la población a financiar en el Distrito (283.300 tarjetas ajustadas por edad) incorporando elementos de estructura como la oferta de servicios de atención continuada y la dispersión geográfica. (§77)

Basado en dichas variables, se calcula un importe de financiación que permite, por comparación con el gasto real del ejercicio cerrado, determinar el grado de eficiencia relativa con el que ha desarrollado su actividad en ese ejercicio. En función del grado de eficiencia obteni-

²² Punto modificado por la alegación presentada.

²³ Punto modificado por la alegación presentada.

do, (que en el año 2006 situó a Jaén Norte en el puesto 16 de los 33 distritos andaluces) se asigna el montante máximo de recursos. (§79)

Aunque se asignan los recursos presupuestarios precisos para financiar los medios personales, materiales y financieros necesarios para alcanzar los objetivos programados en dicho periodo, en la financiación debería tenerse en cuenta las inversiones descentralizadas y previstas como servicios nuevos en el Contrato Programa, ya que se pueden considerar gastos controlables y no variables, así como tener en cuenta en la fórmula el gasto histórico por prestación farmacéutica, lo que permitiría dotar presupuestariamente a los Distritos de Atención Primaria de todos los recursos previsibles a utilizar en las actividades que desarrolla.

117. El Distrito cuenta con un total de 46 centros sanitarios, con 12 puntos de atención continuada y 4 equipos móviles de urgencias.

Entre los Dispositivos de Apoyo se encuentran 5 unidades radiológicas y 5 salas de fisioterapia, 4 gabinetes odontológicos y 4 unidades de retinografía.

Asimismo para alcanzar sus objetivos, el Distrito ha dispuesto en el ejercicio 2006 de una plantilla total de 534 trabajadores de los que 372 pertenecen al personal sanitario y 162 a personal no sanitario. (§82 y 83)

118. La adecuación del gasto de personal de cada Centro a la dotación presupuestaria asignada para el ejercicio adquiere especial importancia, en relación con la asignación de la plantilla que se realiza, anualmente, de forma centralizada y para el control en la contratación de las sustituciones y eventuales ya que del importe total financiado para gastos de personal, el 14% se estima como objetivo máximo para las contrataciones temporales.

Así, mientras los contratos por sustituciones cumplen con el porcentaje asignado, los eventuales superan en 165.918 € el límite máximo establecido por el Distrito.²⁴ (§85)

119. El coste total de los puestos de trabajo cubiertos por personal sustituto y eventual al-

canza los 3.531.215 €, incrementándose respecto a 2005 un 3,5%, porcentaje que proporcionalmente es inferior al aumento del presupuesto, un 10,7%, por lo que el peso de las sustituciones respecto al presupuesto total ha disminuido en el ejercicio 2006.²⁵ (§86)

120. En cuanto al procedimiento de selección en la contratación temporal, el Distrito debe informar a la Bolsa Provincial de Contratación de la necesidad de contratar, a fin de que ésta asigne al trabajador correspondiente. Pero en muchos casos se ha comprobado que, aunque el Distrito no aplicó el procedimiento mencionado, está justificado por la falta de candidatos disponibles, necesidad urgente etc. (§87)

Se recomienda que se implante un sistema informatizado que controle una única bolsa de selección de los profesionales para la contratación de personal temporal.

121. Durante el año 2006, el porcentaje de absentismo en el Distrito ha sido de un 4,65%, cumpliendo con el objetivo establecido en el Contrato, según el cual el índice anual ha de mantenerse por debajo del 5%. El porcentaje más elevado, en relación con el total de días de contrato, lo alcanza el personal sanitario no facultativo con un 6,11%. (§88)

122. Para el control en la gestión de los gastos, el Distrito tenía implantado un subsistema de información de presupuestos y un programa de contabilidad analítica. Este, aunque es un sistema de costes integrado en la contabilidad presupuestaria, en el año 2006 no permitía la imputación de costes presupuestados por actividad asistencial, por lo que no se ha podido obtener la información relativa a los posibles márgenes en los que se puede mover la producción de servicios ni la coherencia entre la actividad desarrollada con los costes utilizados. (§92)

La pertinencia de los procedimientos de evaluación o los indicadores utilizados; desde nuestra opinión los que mayor fundamento poseen son los que proponen utilizar la resolución de los procesos clínicos como indicadores de efectividad y su asociación a los recursos empleados para poder comparar la eficiencia.

²⁴ Punto modificado por la alegación presentada.

²⁵ Punto modificado por la alegación presentada.

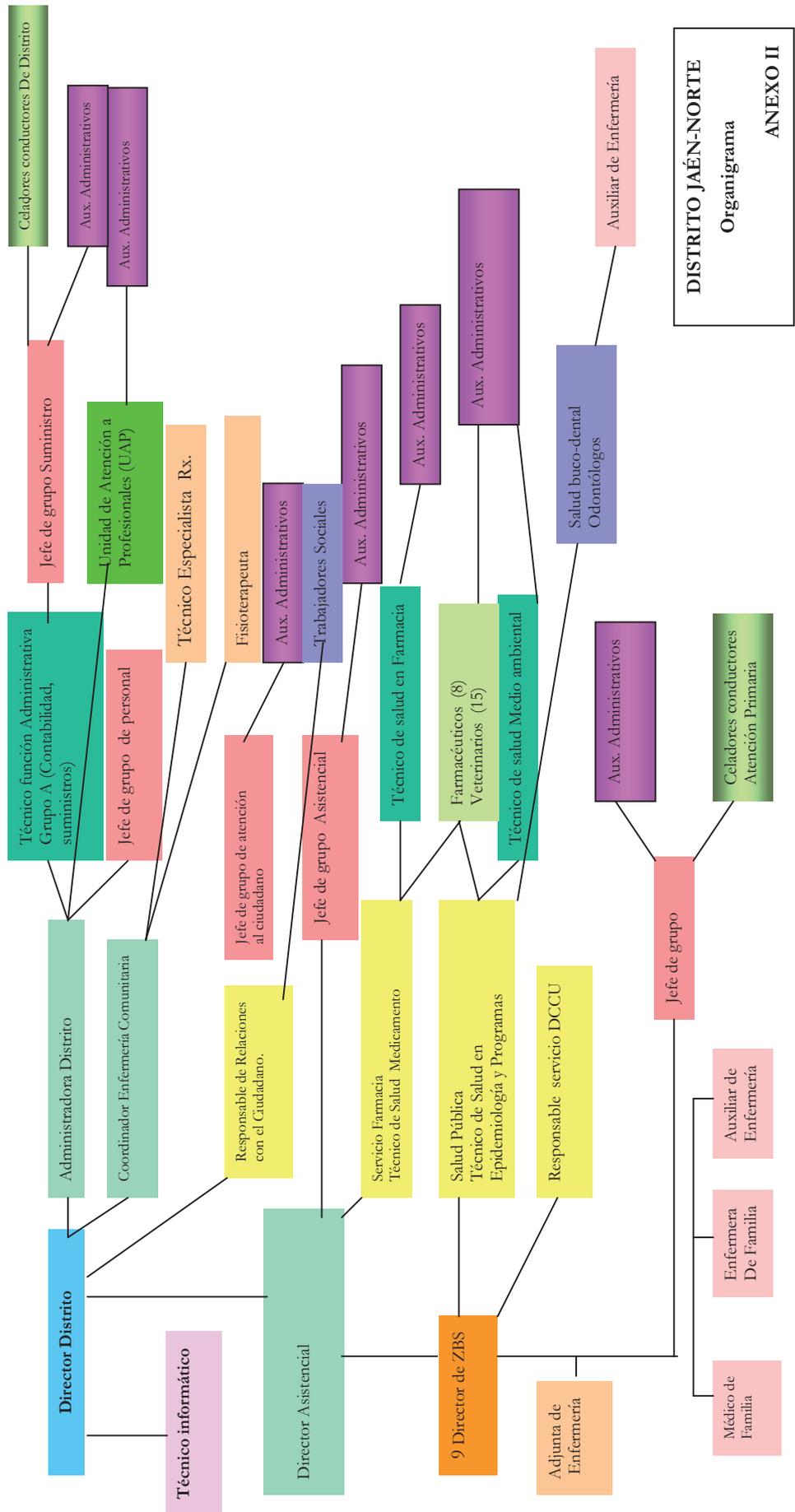
123. En el mismo sentido, aunque el sistema de contabilidad analítica solo permitía obtener un presupuesto operativo que, a su vez, contiene la misma información que los gastos controlables del presupuesto, se ha constatado que las obligaciones reconocidas de los Capítulos I y II del presupuesto (exceptuando la gastos de atención continuada, de productividad, Seguridad Social y los de formación) no coinciden con la suma de los costes registrados en la contabilidad de costes.

Se incumple así con el objetivo que determinaba que la evolución del gasto presupuestario ha de ser coherente con la que es captada desde los sistemas de información analítica. (§93)

124. Para la *evaluación* de los objetivos, durante el ejercicio no se ha realizado ninguna auditoría de los datos aportados por los centros, aún siendo el único sistema utilizado para comprobar el grado de fiabilidad en el procesamiento de los datos suministrados y de los resultados obtenidos. (§94)

VI. ANEXOS

MAPA SANITARIO DEL DISTRITO				ANEXO I
ZBS	UGC	CENTROS DE SALUD	CONSULTORIOS LOCALES	CONSULTORIOS AUXILIARES
ANDÚJAR	Andújar A	Virgen de la Cabeza	Marmolejo	Llanos de sotillo Poblado de San Julián Lopera
	Andújar B	Puerta de Madrid	Villanueva de la Reina	Vegas de Triana San José Escobar Los Villares de Andújar Quintería
ARJONA	Arjona	Arjona	Arjonilla Espanuela Higuera de Arjona	
BAILÉN	-	Bailén	Baños de la Encina	
LA CAROLINA	La Carolina	Purísima Concepción	Aldequemada Carboneros Santa Elena	La Fernandina Las Navas de Tolosa
LINARES	Linares A Linares B	Virgen de Linares Los Marqueses	Guarromán Campillo del Río Estación Linares-Baeza Jabalquinto Torreblascopedro Arcillos Vilches	Guadalén Miraelrío Porrosillo
SANTISTEBAN DEL PUERTO	Santisteban	Santisteban del Puerto	Aldeahermosa Castellar Chiclana de Segura Navas de San Juan Sorihuela del Guadalimar Venta de los Santos	Campillo Camporredondo Montizón



ESTADO DE GASTO DEL PRESUPUESTO							ANEXO III
AÑO 2006	DENOMINACIÓN	Crédito Inicial	Modificaciones	Crédito Definitivo	Obligaciones Reconocidas	Propuesta de Pago	Pago Material
12	<u>Funcionarios</u>	19.557.746	2.225.266	21.783.012	21.783.005	21.783.005	21.783.005
13	Laborales	22.099	-5.918	16.181	16.181	16.181	16.181
15	Incentivos al Rendimiento	19.500	1.454.162	1.473.662	1.473.661	1.473.661	1.473.661
16	Cuotas, Prestaciones y Gastos Sociales a cargo del empleador	11.000	8.901	19.901	19.814	19.814	19.814
Capítulo 1		19.610.345	3.682.411	23.292.756	23.292.661	23.292.661	23.292.661
20	Arrendamientos y Cánones	7.812	7.354	15.166	15.166	15.166	11.363
21	Reparaciones, Mantenimiento y Conservación	180.190	119.594	299.784	299.784	299.784	177.540
22	Material, Suministros y Otros	2.204.897	187.707	2.392.604	2.387.871	2.387.871	1.935.140
23	Indemnizaciones por razón del Servicio	30.109	6.490	36.599	30.055	30.055	30.055
Capítulo 2		2.423.008	321.145	2.744.153	2.732.876	2.732.876	2.154.098
60	Inversiones Nuevas	0	232.068	232.068	232.039	232.039	97.064
66	Inversiones de Reposición	0	52.690	52.690	52.639	52.639	0
Capítulo 6		0	284.758	284.758	284.678	284.678	97.064
TOTAL GENERAL		22.033.353	4.288.314	26.321.667	26.310.215	26.310.215	25.543.824

CARTERA DE SERVICIOS		POBLACIÓN DIANA		OBJETIVO 2006		RESULTADOS	
SERVICIO	Definición	Habitantes	% Objet	Población a alcanzar	Cobertura población	%	
Atención al alta hospitalaria	Total altas estimadas	4.058	95,00	3.855	6.647	163,80%	
Atención a inmovilizados	15% >65 años (65 y más)	4.860	95,00	4.617	4.687	96,43%	
Atención a personas en situación terminal	0,2% Población General	373	95,00	354	308	82,59%	
Atención de ancianos residentes en instituciones	Censo real	45	95,00	385	772	1715,56%	
Atención a las cuidadoras/es	50% personas necesitadas de cuidados	2.617	95,00	2.486	3.629	138,69%	
Atención de ancianos en riesgo	15% de >65 años (65 y más)	4.860	95,00	4.617	4.769	98,12%	
Atención a mayores de 65 años	45% población de > 65 años	14.581	95,00	13.852	7.274	49,89%	
Atención a personas con HTA	15% Población General	27.971	75,00	20.978	24.246	86,68%	
Atención a personas con V.I.H.	231-204/100.000 habitantes	380	60,00	228	96	25,24%	
Atención a personas polimedicadas	4,5% Población > 65 años	1.458	75,00	1.094	1.940	133,05%	
Educación Maternal	Nacidos Vivos (Cohorte 2006)*	2.230	55,00	1.227	976	43,77%	
Atención Puerperal	Nacidos Vivos (Cohorte 2006)*	2.230	75,00	1.673	1.301	58,34%	
Detección Precoz de Metabolopatías	Nacidos Vivos (Cohorte 2006)*	2.230	99,00	2.208	2.242	100,54%	
Seguimiento de Salud Infantil a los 4 años	N.V. 4 años antes (Cohorte 2002)	1.910	60,00	1.146	1.169	61,20%	
Vacunación Completa	N.V. 2 años antes (Cohorte 2004)	1.881	96,00	1.806	1.881	100,00%	
Vacunaciones en la escuela	Matric. 1º,6º EP y 2º ESO	6.613	85,00	5.621	6.256	94,60%	
Planificación Familiar	Mujeres 15-49 años	48.292	5,00	2.415	1.183	2,45%	
Inmunizaciones Tétanos-difteria	1% > 15 años (15 y más)	1.577	95,00	1.498	2.072	131,42%	
Inmunizaciones Gripe (Alto riesgo)	15% Población General	27.971	95,00	26.572	28.832	103,08%	
Casos TBC diagnosticados	Tasa de 18 -19/100.000 habitantes	34	95,00	32	19	56,61%	
Cirugía Menor	1,5% Población General	2.797	100,00	2.797	2.187	78,19%	
Cáncer de Mama	Población elegible	9.885	75,00	7.414	9.855	99,70%	

ANEXO IV

CARTERA DE SERVICIOS		OBJETIVO 2006				RESULTADOS	
SERVICIO		POBLACIÓN DIANA	Habitantes	% Objet	Población a alcanzar	Coberturas Población	%
Definición							
Cartera de Servicios por Procesos Asistenciales							
Atención a personas con Diabetes (DMI+DM2)		4,5% Población General	8.391	75,00	6.293	10.942	130,40%
Atención a personas con EPOC		5,5% > 40 años (40 años y más)	4.659	65,00	3.029	3.847	82,56%
Atención a adultos con asma		2,5% > 15 años (15 años y más)	3.942	50,00	1.971	3.913	99,28%
Atención a niños con asma		5% < 15 años (0-14 años)	1.441	50,00	720	1.354	93,99%
Seguimiento de embarazo		Nacidos Vivos (Cohorte 2006)*	2.064	72,00	1.486	1.553	75,24%

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA JAEN NORTE 2005-2006							ANEXO V
UNIDADES DE GESTIÓN Y EQUIPOS BÁSICOS							ANDALUCÍA
	Año 2005	Año 2006	% 06/05	DISTRITO	ANDALUCÍA	DISTRITO	ANDALUCÍA
				Actividad diaria/Profesional2006	Frecuentación 2006 / 1.000	TIS	
consultas en el centro	1.749.006	1.337.797	-24%	44	45	8.261	7.745
consultas en el domicilio	29.661	21.608	-27%	1	1	133	95
Consultas Medicina Familia Global	1.778.667	1.359.405	-24%	45	46	8.395	7.840
consultas en el centro	164.911	153.038	-7%	31	31	6.200	7.213
consultas en el domicilio	4	19	375%	0	0	1	5
Consultas Pediatría Global	164.915	153.057	-7%	31	31	6.200	7.218
consultas en el centro	640.122	569.636	-11%	19	22	3.052	2.995
consultas en el domicilio	17.811	85.340	379%	3	3	457	352
Consultas Enfermería Familia Global	657.933	654.976	0%	22	25	3.510	3.347
DISPOSITIVOS DE APOYO							
urgencias médicas en el centro	141.212	150.369	6%	412	13.607	806	663
urgencias médicas en el domicilio	29.000	31.154	7%	85	1.615	167	79
Urgencias Médicas Global	170.212	181.523	7%	497	15.222	973	741
urgencias enfermería en el centro	45.106	66.155	47%	181	1.000	354	330
urgencias enfermería en el domicilio	16.846	23.150	37%	63	1.099	124	54
Urgencias Enfermería Global	61.952	89.305	44%	245	7.884	479	384
TOTAL URGENCIAS ATENDIDAS	187.058	270.828	45%				
atención directa en el centro	11.931	10.970	-8%	6	5	59	48
atención en domicilio	1.440	0	-100%	0	0	0	4
Consultas Trabajo Social Global	13.371	10.970	-18%	6	6	59	52
Odontología	18.690	16.202	-13%	11	14	87	102

Frecuentación en el centro = Total de consultas/Población*1000
 Actividad diaria por profesional en el centro = Total de consultas/Nº profesionales * días hábiles

		CONSUMOS DE LOS CENTROS DE SALUD				ANEXO VI	
		RESULTADO ANDÚJARA		RESULTADO ANDÚJAR B		RESULTADO ARJONA	
	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	
PERSONAL	1.942.198	1.969.157	1.479.483	1.490.469	962.558	978.302	
CAPÍTULO 2	225.388	235.397	157.759	151.242	142.495	142.406	
RECETAS	8.129.003	7.889.631	5.805.603	5.510.017	3.652.665	3.845.743	
TOTAL COSTES	10.296.589	10.094.185	7.442.845	7.151.728	4.757.718	4.966.451	
% s/ total Unidades de Gestión	15,4%	15,2%	11,1%	10,8%	7,1%	7,5%	
		ZBS BAILÉN		RESULTADO LA CAROLINA		RESULTADO LINARES A	
	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	
PERSONAL	1.361.916	1.387.301	1.533.921	1.502.841	1.731.826	1.728.169	
CAPÍTULO 2	188.840	172.038	194.426	216.048	128.180	125.478	
RECETAS	5.432.292	5.387.908	4.504.789	4.422.676	7.577.965	7.505.375	
TOTAL COSTES	6.983.048	6.947.247	6.233.136	6.141.565	9.437.971	9.359.022	
% s/ total Unidades de Gestión	10,4%	10,4%	9,3%	9,2%	14,1%	14,1%	
		RESULTADO LINARES B		RESULTADO LINARES C		RESULTADO SANTISTEBAN	
	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	
PERSONAL	1.706.769	1.774.293	1.489.158	1.543.418	1.278.949	1.351.918	
CAPÍTULO 2	135.919	146.869	144.762	139.351	190.788	209.556	
RECETAS	6.681.757	6.520.720	5.640.552	5.787.463	4.427.336	4.362.197	
TOTAL COSTES	8.524.445	8.441.882	7.274.472	7.470.232	5.897.073	5.923.671	
% s/ total Unidades de Gestión	12,8%	12,7%	10,9%	11,2%	8,8%	8,9%	

ANEXO VII

EVALUACIÓN PARA INCENTIVOS DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA				
UGC	Objetivos Comunes	Objetivos Específicos	Objetivos Conseguídos	Clasificación (1)
Andújar A	33,70	21,44	55,14	251
Andújar B	44,18	27,93	72,11	152
Arjona	44,18	40,00	84,18	59
La Carolina	36,55	18,80	55,35	250
Linares A	39,78	23,60	63,38	224
Linares B	40,97	31,78	72,75	145
Linares C	38,56	39,75	78,31	110
Santisteban	42,41	40,00	82,41	71

(1) Clasificación de las ugc del dsjn por los objetivos conseguidos en comparación con todas las ugc de Andalucía (260).

OBJETIVOS COMUNES

UGC	Tiempo medio consultas	Satisfacción usuarios	Asistencia domiciliaria	Prescripción por principio activo	Calidad de la prescripción	Adecuación al estándar de interconsultas	Total
Ponderación objetivos	15	10	10	5	15	5	
Andújar A	15,00	5,52	10,00	1,71	1,48	0,00	33,70
Andújar B	15,00	9,21	10,00	5,00	4,98	0,00	44,18
Arjona	15,00	5,66	10,00	5,00	7,18	1,35	44,18
La Carolina	15,00	8,01	10,00	2,03	1,51	0,00	36,55
Linares A	15,00	6,92	10,00	3,98	3,88	0,00	39,78
Linares B	15,00	4,73	10,00	4,88	6,36	0,00	40,97
Linares C	15,00	2,92	10,00	5,00	5,64	0,00	38,56
Santisteban	12,50	7,78	10,00	5,00	7,13	0,00	42,41
Total	117,50	50,73	80,00	32,60	38,14	1,35	320,31
% s/ total	98%	63%	100%	82%	32%	3%	67%

Nota: los objetivos se evalúan en función de los valores óptimo y mínimo establecidos por el SAS para cada uno de ellos.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN
ASISTENCIA SANITARIA

ANEXO VIII

1) DIRAYA: es el sistema informático de gestión de la atención sanitaria. Su finalidad es integrar toda la información (diagnósticos y prescripciones) de cada usuario, con independencia del profesional o nivel y dispositivo asistencial que la genere: atención primaria, atención especializada, urgencias y hospitalización.

Consta de un conjunto de módulos relacionados que comparten información, de los que destacamos:

1.1 MTI: Módulo de tratamiento de información de la Historia de Salud Digital se extraen todos los indicadores de actividad y da información de las derivaciones a consultas especializadas (coordinado con **INFHOS**, sistema de Información de Hospitales que nos da información de las derivaciones como 1ª visita de Atención Primaria).

1.2 DIABACO: Módulo de extracción de información de la Historia de Salud Digital explora los datos de actividad de cartera de servicios y procesos asistenciales necesarios para evaluar los acuerdos de gestión clínica.

Indicadores cuantitativos y cualitativos de Uso Racional del Medicamento.

2) MICROSTRATEGY
Farma:

3) SIGAP: Sistema de Información y Gestión de Atención Primaria en aquellos aspectos aún no desarrollados por Diraya, además de contener información e indicadores de actividad asistencial, de programas de salud (fisioterapia, trabajo social, etc) y de cartera de servicios

3.1) TASS: Sistema de Información en aquellos centros donde no se ha implantado Diraya. PASSIT- Es un sistema de explotación de datos del TASS

3.2) FICHA DAR: Sistema de Registro de las Salas de Rehabilitación del Distrito.

4) SISTEMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

- Alta frecuentación: Monitorización permanente de la frecuentación a la urgencias y las consultas ordinarias.

- Calor: Seguimiento de las patologías derivadas de la ola de calor y de los pacientes susceptibles de agravamiento por las altas temperaturas.

- Telecuidados: Continuidad de cuidados, seguimiento de pacientes frágiles que son dados de alta en fin de semana o víspera de festivos.

- **Seguimiento de cuidadoras de grandes discapacitados**

5) SVEA:

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía

6) JÚPITER:

GESTIÓN ECONÓMICA

Sistema de Gestión Contable, presupuestaria y financiera

7) COAN-hyd-

contabilidad analítica de gestión de centros de responsabilidad en hospitales y distritos

8) GERHONTE:

Gestión de Recursos Humanos (para Veterinarios SIRHUS- Gestión de Recursos Humanos de personal Funcionario)

9) REVISTA DE COMPRAS

(Intranet SAS) y **CATÁLOGO DE BIENES HOMOLOGADOS** (Consejería de Economía y Hacienda).

10) WHECO:

Programa propio de gestión de suministros.

11) PUBLILINE

(Gestión telemática de anuncios de licitación y adjudicación): Instrumento dirigido a facilitar el ejercicio de las competencias sobre contratación administrativa.

VII. ALEGACIONES

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 10 y 97)

10. Ya desde el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud (1997-1999) se contemplaba la necesidad de incrementar la autonomía y responsabilidad de los profesionales sanitarios, descentralizando la gestión en las siguientes áreas: recursos humanos, bienes, servicios e inversiones así como organización interna y de producción. Es un hecho reconocido que, desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andaluces (incluidos los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica, aun cuando no estaban reguladas por el Decreto 195/1985.

Este aspecto delimita el ámbito concreto de la actuación ya que, exceptuando la Zona Básica de Bailén cuya organización y ordenación de los servicios sigue aplicando la anterior normativa, para los trabajos realizados, se ha tenido en cuenta, exclusivamente, lo establecido en el Decreto 197/2007, aun cuando le era aplicable la anterior legislación.

97. Durante el año 2006, las estructuras funcional y orgánica del Distrito se ajustaban a lo dispuesto en el Decreto 197/ 2007, de 3 de julio, *por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud*, aún estando vigente el Decreto 195/85, de 28 de agosto, *sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía*.

Ya desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andaluces (incluidos los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica) sin la consiguiente cobertura legal. (§9 y 10)

ALEGACIÓN Nº 1

La conclusión emitida por la Cámara de Cuentas sobre la inexistencia de cobertura legal de las Unidades de Gestión Clínica

durante el ejercicio objeto de fiscalización es incorrecta.

Desde hace años el Servicio Andaluz de Salud para hacer efectivos los compromisos que, en materia de Atención Sanitaria ha establecido el gobierno de la Junta de Andalucía, ha utilizado como instrumento el Contrato Programa con sus centros donde se establecen las actividades a realizar, los objetivos y la distribución de recursos necesarios. Un elemento fundamental en este Contrato Programa es la Gestión Clínica, como nuevo modelo organizativo de cara a mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la gestión de los servicios, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos, todo ello plasmado en los acuerdos de Gestión Clínica.

En el año 2003, en la Ley 44/2003 de 21 noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, en el título I, en su artículo 10 aparece la Gestión Clínica como instrumento de las Administraciones Sanitarias, para establecer los medios y procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales.

Es por ello que la Consejería de Salud y el propio Servicio Andaluz de Salud vienen desarrollando la estrategia centrada en la Gestión Clínica como elemento nuclear en el proceso de rediseño organizativo de nuestra organización y en este marco la Unidad de Gestión Clínica se presenta como la estructura organizativa donde se desarrolla la Gestión Clínica.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 18)

18. _____

ALEGACIÓN Nº 2

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 19, 25 y 98)

19. _____

25. _____

98. _____

ALEGACIÓN Nº 3**ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 20 y 98)**

20. Inicialmente al presupuesto solo se le imputan la totalidad de los gastos controlables a gestionar por el Distrito, por lo que no se incluyen los correspondientes a la productividad ni los gastos para inversiones, sino que los van registrando, centralizadamente, mediante modificaciones presupuestarias.

Además, hay que añadir que al ser un centro de gasto, es el Servicio Andaluz de Salud quien le transfiere al Distrito el importe de la financiación asignada, mediante dotaciones, sin cuotas fijas ni periodicidad preestablecidos, lo que implica que el Distrito no sea responsable de las imputaciones que se realizan al presupuesto inicial ni de las modificaciones de crédito contabilizadas, hecho que dificulta el seguimiento de lo efectivamente asignado al Distrito.

98. Para desarrollar su actividad durante el ejercicio 2006, al Distrito de Atención Primaria Jaén Norte se le asignó, inicialmente un volumen de recursos que ascendió a 24.586.149 €. (§19)

Al considerarse como centro de gastos, es el Servicio Andaluz de Salud quien le transfiere al Distrito el importe de la financiación aprobada. La asignación se realiza mediante dotaciones, sin cuotas fijas ni periodicidad preestablecidos, lo que implica que el Distrito no sea responsable de las imputaciones que se realizan al presupuesto inicial y ni de las modificaciones de crédito imputadas, hecho que dificulta el seguimiento de lo efectivamente asignado al Distrito. (§20)

ALEGACIÓN Nº 4**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

La redacción del primer párrafo del texto objeto de alegación es confusa debido a que mezcla los procesos de asignación y ejecución presupuestaria con el de asignación de financiación lo que puede inducir a errores de interpretación. La Contabilidad Presupuestaria del centro de gasto 6946, Distrito Sanitario Jaén Norte, recoge la totalidad de gastos correspondientes al citado Distrito, es en el Anexo de financiación del documento del Contrato Programa del ejercicio 2006 donde no se realiza asignación de importes en concepto de Productividad e Inversiones. Adicionalmente, la documentación administrativa justificativa de los importes consignados como modificaciones presupuestarias obran en la Subdirección de Presupuestos del Servicio Andaluz de Salud, unidad directiva que tal y como se señala a continuación tiene atribuidas las funciones de distribuir el crédito entre los diferentes centros presupuestarios que constituyen el Servicio Andaluz de Salud.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 21)

21. Las previsiones iniciales del presupuesto ascienden a 22.033.353€ y se han practicado modificaciones presupuestarias por un importe de 4.288.314€, del que el 86% corresponde a gastos de personal frente al 7% de gastos para inversiones, los cuales no tenían asignado crédito inicial aun previendo en el Contrato Programa unos posibles gastos para inversiones pendientes de autorizar.

ALEGACIÓN Nº 5

De nuevo se aprecia en el texto del Informe Provisional una redacción que induce a errores de interpretación, tal y como se ha expresado en la ALEGACION anterior del presente informe de alegaciones a la CUESTION OBSERVADA Nº 20. Tal y como se explicó al equipo de fiscalización

durante la fase de trabajo de campo por parte de la Subdirección de Presupuestos del SAS, se debe diferenciar claramente los procesos de asignación y ejecución presupuestaria del proceso de asignación de financiación.

Los créditos cargados al inicio del ejercicio presupuestario en cada uno de los centros del Servicio Andaluz de Salud, no constituyen en ningún caso previsiones iniciales, ni en lo relativo a gastos de personal ni tampoco en cuanto a compra de bienes y servicios. Con objeto de optimizar la ejecución presupuestaria, el SAS dispone de una unidad central que no consume crédito (no tiene imputaciones de ningún tipo de gasto) desde donde se distribuye el crédito a los centros de gasto a lo largo del ejercicio.

Las previsiones de gasto iniciales las constituyen las cantidades que en virtud del modelo de financiación se asignan a cada centro tal y como se refleja en el Informe Provisional, en el apartado IV.1.2.1. Financiación.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 23 y 99)

23. Conforme a lo dispuesto en el artículo 41.2 bis de la Ley General 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, al presupuesto de 2006 se han imputado obligaciones generadas en el año 2005 que no tenían crédito presupuestario, por un total de 106.654€, de los que 43.170€ corresponden al capítulo VI y el resto se ha contabilizado como gastos corrientes en bienes y servicios.

Asimismo, durante el ejercicio, se han generado obligaciones por 19.886€, que no se han podido imputar al presupuesto corriente y que se suman a la deuda pendiente de pago del Servicio Andaluz de Salud.

La mencionada deuda tampoco se ha podido reconocer en el presupuesto de 2007, debido a que las facturas que la soportaban no habían sido propuestas para su pago en el ejercicio

corriente, ni su fecha de expedición correspondía a diciembre de 2006 ni el concepto de algunas facturas correspondía a gastos de adquisición del material de reposición, requisitos necesarios y regulados en el ACUERDO de 29 de agosto de 2006, del Consejo de Gobierno en el que se establece medidas de control en el régimen presupuestario de la sanidad y en la ORDEN de 10 de octubre de 2006, sobre cierre del ejercicio presupuestario de 2006.

99. El total de gastos autorizados y obligaciones reconocidas, en el ejercicio, alcanzaron los 26.310.233€ (§22)

Conforme a lo dispuesto en el artículo 41.2 bis de la Ley General 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, al presupuesto de 2006 se han imputado obligaciones generadas en el año 2005 que no tenían crédito presupuestario, por un total de 106.654€.

Asimismo, durante el ejercicio, se han generado obligaciones por 19.886€, que no se han podido imputar al presupuesto corriente y que se suman a la deuda pendiente de pago del Servicio Andaluz de Salud. (§23 y §42)

Se recomienda la regularización de la deuda contraída y pendiente de pago, debido a que se están generando unos intereses que incrementan la cuantía a pagar.

ALEGACIÓN Nº 6

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Adicionalmente, con el fin de aportar información que permita valorar la importancia relativa de la cifra de obligaciones pendiente de imputar al presupuesto al cierre del ejercicio 2006, debería indicarse de forma expresa que la misma representa una significativa disminución respecto del ejercicio anterior y supone tan sólo un 0,7% respecto de las obligaciones reconocidas con cargo al capítulo II del presupuesto de gastos del Distrito del ejercicio 2006.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 25)

25. Capítulo I - Gastos de personal. El importe asignado, inicialmente, al Distrito para las retribuciones de personal fue de 21.469.787€, importe diferente al consignado en las previsiones iniciales y que asciende a 19.610.345€ (un 89% del total del presupuesto).

Se han practicado modificaciones de crédito por valor de 3.682.411€. Con respecto al ejercicio anterior, el presupuesto definitivo se ha incrementado en un 11%. Este aumento está justificado por un acuerdo aprobado sobre política de personal que contempla, entre otras, mejoras de incrementos salariales para los profesionales de las instituciones sanitarias y se distribuye, principalmente, entre los gastos correspondientes a las retribuciones básicas y complementarias del personal estatutario eventual y para la atención continuada así como, para el complemento de la productividad (un 72%).

ALEGACIÓN Nº 7

Nos remitimos a lo expuesto en la **ALEGACION anterior formulada a la CUESTION OBSERVADA Nº 21.**

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 28)

28. _____

ALEGACIÓN Nº 8**ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 31 y 100)**

31. _____

100. _____

ALEGACIÓN Nº 9**ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 35 y 101)**

35. Se ha comprobado que constan y son correctos los datos identificativos, los conceptos retributivos, las retenciones y demás deducciones así como la documentación soporte de las retribuciones variables.

Respecto a los conceptos retributivos variables hay que destacar que, durante el año 2006, para la percepción del Complemento al Rendimiento Profesional se habían fijado, en algunos casos, los mismos objetivos que los establecidos para la asignación de una bolsa de incentivos en los Acuerdos de Gestión, formalizados entre el Distrito y sus Unidades de Gestión Clínicas.

Este hecho provocó que, mientras los integrantes de las Unidades de Gestión cobraban, importes de productividad por los mismos conceptos (como es el caso de haber alcanzado el índice de cobertura en determinados servicios de la cartera y/o el índice sintético de farmacia o bien, no superar el límite establecido para los consumos de interconsultas), los centros de salud que no se constituyeron en unidades clínicas solo percibieron el Complemento de Productividad al Rendimiento Profesional, circunstancia se acentúa por la inexistencia de cobertura legal para la constitución, organización y funcionamiento de estas Unidades de Gestión.

101. De los conceptos retributivos variables señalar que, durante el año 2006, para la percepción del Complemento al Rendimiento Profesional se habían fijado, en algunos casos, los mismos objetivos que los establecidos para la asignación de una bolsa de incentivos en los Acuerdos de Gestión, formalizados entre el Distrito y sus Unidades de Gestión Clínicas.

Este hecho provocó que, mientras los integrantes de las Unidades de Gestión cobraban, importes de productividad por los mismos conceptos

(como es el caso de haber alcanzado el índice de cobertura en determinados servicios de la cartera y/o el índice sintético de farmacia o bien, no superar el límite establecido para los consumos de interconsultas), los centros de salud que no se constituyeron en unidades clínicas solo percibieron el Complemento de Productividad al Rendimiento Profesional, circunstancia se acentúa por la inexistencia de cobertura legal para la constitución, organización y funcionamiento de estas Unidades de Gestión. (§35)

Se recomienda unificar los sistemas de incentivos constituidos, al considerarse una fórmula que provoca la discriminación en los centros de salud que no se constituyeron en unidades clínicas, hecho que se acentúa al no contar con ninguna cobertura legal para su ordenación y funcionamiento.

ALEGACIÓN Nº 10

En base a los motivos que a continuación se exponen y de acuerdo con la documentación aportada al equipo de fiscalización durante la realización del trabajo de campo, no existe duplicidad alguna en el cobro de productividad por parte de las Unidades de Gestión Clínica.

La asunción del modelo de trabajo de Gestión Clínica ha sido voluntaria desde sus comienzos en el año 1.999, hasta la actualidad, siendo incorporado como objetivo en Contrato Programa, según se ha expuesto en la ALEGACION anterior a la CUESTION OBSERVADA Nº 10. El Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, establece que todos los equipos asistenciales se constituirán en Unidades de Gestión Clínica en un plazo máximo de 36 meses a partir de la fecha de publicación del Decreto (Boja num. 140, 17 de julio de 200. Aquellos profesionales que se adscribían a trabajar con el nuevo modelo, firmaban un acuerdo de gestión con el Distrito, con más objetivos que los profesionales no adscritos a Unidades de gestión Clínica y con mayor dificultad en su consecución. Por este motivo llevaban parejo unos

incentivos en forma de productividad variable. Existían por tanto diferencias evidentes en el nivel de exigencia en objetivos y otros aspectos de gestión clínica entre las UGCs y el Equipo Básico de Atención Primaria de Bailén por lo que no existe duplicidad alguna en la percepción de productividad.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 36 y 102)

36. En materia de organización y control de los recursos materiales, no hay procedimiento interno aprobado oficialmente, aunque se ha dispuesto de un manual que establece criterios para la coordinación y segregación de las actuaciones en materia de contratación, suministros, contabilidad y almacenes. Se ha constatado, que durante el ejercicio fiscalizado, no se había comenzado a aplicar la mayoría de los objetivos y aspectos señalados en el manual.

102. En materia de organización y control de los recursos materiales no hay un procedimiento aprobado, ni se habían implantado, durante el ejercicio, criterios para la coordinación y segregación de funciones en materia de contratación, suministros, contabilidad y almacenes. (§36)

En consecuencia, y en determinados casos, se han detectado algunas incidencias como que: no estén definidas las unidades peticionarias o que las peticiones de suministros se cumplieren de forma incorrecta o insuficiente o que, de los consumos de cada uno de los centros no se realicen recuentos físicos de almacén para su cotejo con lo informatizado. (§38 y 40)

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos básicos es la reducción de los gastos corrientes sin mermar la calidad asistencial el Distrito distribuye, entre sus centros, los planes de compras en bienes y servicios y los gastos a realizar con la restricción presupuestaria. Asimismo y, aunque se centraliza la demanda de los centros a fin de mejorar la eficiencia de sus compras, para un adecuado funcionamiento de su sistema logístico es necesario la incorporación de instrumentos que permitan un mayor nivel de control en los pedidos correspondientes, añadiendo periodicidad en los mismos y obtención de una in-

formación más exhaustiva sobre las existencias de los artículos solicitados por las unidades o centros de consumo.

ALEGACIÓN N° 11

Efectivamente, en el ejercicio 2006 no se había comenzado a aplicar la mayoría de los objetivos y aspectos señalados en el manual, porque tal manual se implantó en marzo de 2007 tal y como se describe en la ALEGACION siguiente a la CUESTION OBSERVADA N° 38.

Por tanto, la redacción del párrafo alegado debería hacerse un adecuado uso de los tiempos verbales a la hora de señalar la ausencia de protocolos documentados durante el ejercicio 2006 y describir como elemento de mejora por parte del Distrito la implantación posterior, en el mes de marzo del año 2007, del manual de procedimientos al que se alude, cuya versión actualizada a noviembre de 2007 se aportó al equipo de fiscalización durante la fase de realización del trabajo de campo. El citado manual es objeto de revisiones y actualizaciones periódicas, encontrándose actualmente vigente su versión actualizada a febrero de 2009.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos n° 38 y 102)

38. Aunque hay fijada una periodicidad para los pedidos que se originan a demanda, ya sea debido al stock en los almacenes o bien por nueva necesidad, solo las solicitudes de las vacunas y de determinados gastos de farmacia se realizan, sin flexibilidad, en el plazo establecido (mensual).

No están definidas las unidades peticionarias, ya que algunos productos solo son solicitados por las Zonas Básicas de Salud, mientras que para otros productos la demanda se realiza desde algunos centros de salud y determinados consultorios locales. Asimismo, se ha verificado que en algunos petitorios no hay firma ni sello de la unidad peticionaria.

102. En materia de organización y control de los recursos materiales no hay un procedimiento aprobado, ni se habían implantado, durante el ejercicio, criterios para la coordinación y segregación de funciones en materia de contratación, suministros, contabilidad y almacenes. (§36)

En consecuencia, y en determinados casos, se han detectado algunas incidencias como que: no estén definidas las unidades peticionarias o que las peticiones de suministros se cumplieren de forma incorrecta o insuficiente o que, de los consumos de cada uno de los centros no se realicen recuentos físicos de almacén para su cotejo con lo informatizado. (§38 y 40)

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos básicos es la reducción de los gastos corrientes sin mermar la calidad asistencial el Distrito distribuye, entre sus centros, los planes de compras en bienes y servicios y los gastos a realizar con la restricción presupuestaria. Asimismo y, aunque se centraliza la demanda de los centros a fin de mejorar la eficiencia de sus compras, para un adecuado funcionamiento de su sistema logístico es necesario la incorporación de instrumentos que permitan un mayor nivel de control en los pedidos correspondientes, añadiendo periodicidad en los mismos y obtención de una información más exhaustiva sobre las existencias de los artículos solicitados por las unidades o centros de consumo.

ALEGACIÓN N° 12

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Sí están definidas las unidades peticionarias. Este hecho fue acreditado al equipo de fiscalización en las visitas realizadas durante la realización del trabajo de campo, en las que pudieron comprobar que cada suministro solicitado en su correspondiente petitorio es imputado a través del programa informático WHECO a su correspondiente unidad peticionaria. Aquellos consultorios locales que tienen punto de urgencias solicitan a través del petitorio correspondiente y reciben el material directamente. El resto de los consultorios locales son suministrados por su centro de cabecera. Existen uni-

dades ubicadas físicamente dentro de algunos centros: Odontología, Rayos X, Fisioterapia, Salud Mental y Sanidad Ambiental, que por las particularidades de sus pedidos, lo hacen directamente al Distrito y no a través del Centro donde se ubican, estando también perfectamente identificado la petición y el suministro en la aplicación informática WHECO.

Debido a la gran dispersión geográfica que tiene el Distrito y al dinamismo de la gestión diaria, en ocasiones puntuales, para poder garantizar la adecuada asistencia sanitaria, pudiera haber ocurrido que se sirvieran pedidos sin que quedara constancia de la firma o sello del responsable de la unidad peticionaria. Independientemente de que pueda existir algún caso puntual en el que no haya quedado evidencia expresa de la autorización de la petición mediante firma del petitorio, los responsables de cada unidad tienen conocimiento de tales suministros a través del seguimiento mensual que se entrega a cada Unidad de Gestión Clínica.

No obstante lo expuesto, al haber identificado la propia Dirección del Distrito aspectos mejorables en la gestión del ciclo completo de aprovisionamiento, se elaboró un manual de normas y procedimientos con el fin de protocolizar las actuaciones del área de Contabilidad y Suministros y se implantó en marzo de 2007 tal y como se expone en la ALEGACION anterior a la CUESTION OBSERVADA N° 36.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 40 y 102)

40. _____

102. _____

ALEGACIÓN N° 13

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 42 y 99)

42. _____

99. _____

ALEGACIÓN N° 14

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 45 y 104)

45. Desde el año 2003, la actividad económica desarrollada por los centros de gasto del Servicio Andaluz de Salud está sometida a control financiero permanente, evaluando el cumplimiento de la legalidad mediante informes periódicos.

Así en el informe relativo al ejercicio 2006, se hace mención a la utilización indebida de la figura del contrato menor mediante un fraccionamiento en el objeto de los contratos., práctica que queda expresamente prohibida en el artículo 68.2 de la *Ley de Contratos de las Administraciones Públicas*.

104. Se ha constatado que, durante el año 2006, se hizo un uso indebido de la figura de la contratación menor al fraccionar el objeto de los contratos, tal y como afirma el informe anual de control financiero permanente que realiza la Intervención Provincial. (§44 y 45)

ALEGACIÓN N° 15

Entendemos que esta información parcial extraída del informe de auditoría de cumplimiento del ejercicio 2006 realizado por la intervención provincial está sesgada y que debería completarse con la información aportada en el propio informe de la Intervención donde se recoge que el universo selección ha sido de 1555 documentos o líneas con un importe de 1.209.236,04 euros, habiéndose comprobado 508 (33%) siendo 38 los documentos afectados por incidencias (7%).

Adicionalmente, según se acredita en los informes posteriores emitidos por la Intervención el Distrito ha tenido una evolución decreciente del uso del contrato menor.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 66)

66. Continuidad asistencial

Personalización de la atención. Significa que hay que asignar un mismo médico y una misma enfermera para atender todos los problemas del paciente tanto en el centro como en el domicilio.

En general, para la asistencia domiciliaria todos los usuarios tienen asignado su médico y/o pediatra.

En cambio, excepto la Unidad Clínica de Andújar A, ningún centro reparte la actividad a realizar por las enfermeras con el sistema de personalización. Sin embargo, para las visitas domiciliarias lo que se pretende es que toda la población tenga asignada una enfermera responsable del cuidado, por sectores geográficos determinados (Sectorización), pero sólo consta que ese sistema se ha aplicado para todas las enfermeras adscritas al Centro de Salud de Bailén, y para una o dos de las enfermeras, adscritas a las Unidades Clínicas de Gestión de Andújar B, Linares C y Santisteban del Puerto.

Procesos Asistenciales Integrados. Conjunto de actividades preventivas, de pruebas diagnósticas y terapéuticas a realizar por los profesionales de los niveles de atención primaria y especializada con la finalidad de incrementar el nivel de salud y grado de satisfacción.

Son servicios ofertados a través de la Cartera de Atención Primaria y que deben prestarse atendiendo a unas normas de calidad fijadas conjuntamente con el hospital de referencia. (ANEXO IV bis)

La totalidad de los centros ha cumplido con los objetivos fijados para la implantación de estos procesos (la media está en 14 procesos implantados y más de 20 procesos implantados con los

Hospitales de referencia) así como, con los índices de cobertura establecidos para el desarrollo de los procesos. En los procesos asistenciales de cuidados paliativos, diabetes, cáncer de cerviz/útero y embarazo supera el estándar medio andaluz de cobertura.

ALEGACIÓN Nº 16

En el párrafo alegado se mezclan los conceptos de personalización y de sectorización, lo que puede inducir a interpretaciones erróneas.

En el Distrito Jaén Norte, todos los servicios están personalizados al 100%, a excepción de algunas tareas de servicios comunes de enfermería como por ejemplo la extracción de muestras de sangre para analíticas.

Se entiende por personalización la atención sanitaria del Médico y Enfermera, quienes desarrollan todas las intervenciones de oferta de servicios, programas y procesos a cada uno de los usuarios asignados a los mismos, en las distintas etapas de su ciclo vital.

La sectorización se refiere a la delimitación de un sector geográfico determinado que sea atendido por un mismo profesional. En el SAS se propone la sectorización de municipios de más de 8.000 habitantes.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 67)

67. _____

ALEGACIÓN Nº 17

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 68 y 113)

68. _____

113. _____

ALEGACIÓN Nº 18**ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA (punto 72)**

72. _____

ALEGACIÓN Nº 19**ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 85 y 118)**

85. _____

118. _____

ALEGACIÓN Nº 20**ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA (puntos nº 86 y 119)**

86. El 74% de las obligaciones reconocidas en el capítulo I (excluyendo el gasto de atención continuada), corresponde a las Unidades de Gestión y al Centro de Salud de Bailén. Del importe total el 15,4% (14,8% en 2005), se destina al pago del personal sustituto un 7,9% y al eventual 7,4%. Destaca la Unidad de Gestión de La Carolina, que destina un 20% para contrataciones temporales. **(ANEXO VI)**

Tal y como se expone en el siguiente cuadro, el coste total de los puestos de trabajo cubiertos por personal sustituto y eventual alcanza los 3.531.215€, incrementándose respecto a 2005 un 3,5%, porcentaje que proporcionalmente es inferior al aumento del presupuesto, un 10,7%, por lo que el peso de las sustituciones respecto al presupuesto total ha disminuido en el ejercicio 2006.

119. El coste total de los puestos de trabajo cubiertos por personal sustituto y eventual alcanza los 3.531.215€, incrementándose respecto a 2005 un 3,5%, porcentaje que proporcionalmente es inferior al aumento del presupuesto, un 10,7%, por lo que el peso de las sustituciones respecto al presupuesto total ha disminuido en el ejercicio 2006. (§86)

ALEGACIÓN Nº 21**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

Con respecto al primer párrafo, entendemos que el hecho de que las contrataciones sean superiores a la media en una Unidad de Gestión Clínica por sí solo no es un dato concluyente. Es necesario analizar el absentismo de cada zona, la incidencia y la prevalencia de la incapacidad temporal y realizar un análisis comparativo teniendo en cuenta la plantilla de cada zona y el número y composición de consultorio locales para poder extraer conclusiones relevantes sobre el % de contrataciones temporales.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 89)

89. _____

ALEGACIÓN Nº 22**ALEGACIÓN ADMITIDA****CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 93 y 123)**

93. Por tanto, aunque el sistema solo permitía obtener el presupuesto operativo, el cual contiene la misma información que los gastos controlables del presupuesto, se ha constatado que las obligaciones reconocidas de los Capítulos I y II del presupuesto (exceptuando la gastos de atención continuada, de productividad, Seguridad Social y los de formación) no coinciden con la suma de los costes registrados en la contabilidad analítica.

Se incumple así con el objetivo que determinaba que la evolución del gasto presupuestario ha de ser coherente con la que es captada desde los sistemas de información analítica.

123. En el mismo sentido, aunque el sistema de contabilidad analítica solo permitía obtener un presupuesto operativo que, a su vez, contiene la misma información que los gastos controlables del presupuesto, se ha constatado que las obligaciones reconocidas de los Capítulos I y II del presupuesto (exceptuando la gastos de atención continuada, de productividad, Seguridad Social y los de formación) no coinciden con la suma de los costes registrados en la contabilidad de costes.

Se incumple así con el objetivo que determinaba que la evolución del gasto presupuestario ha de ser coherente con la que es captada desde los sistemas de información analítica. (§93)

ALEGACIÓN Nº 23

La contabilidad presupuestaria y la contabilidad analítica no tienen por que coincidir ya que los criterios de imputación en ambos casos son distintos, en el primer caso prima el principio de registro de las obligaciones en el momento del devengo, en tanto que la contabilidad analítica prima el principio de consumo de los recursos en el proceso productivo, razón por la cual juegan un papel importante entre otros elementos: la variación de existencias, afectación de guardias, etc. En todo caso, como criterio de calidad en el proceso de afectación de costes directos y el de imputación de los indirectos, se asume que deben conciliar en Capítulo I en +,-, un 1% y en el resto de capítulos en torno a un +,-, 3% ambas contabilidades. En el ejercicio 2006 el Distrito Jaén Norte efectuó la conciliación dentro de los niveles de calidad exigidos.

En base a lo expuesto, no existe el incumplimiento señalado en el Informe Provisional, dado que ambos registros se encuentran conciliados.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 94 y 124)

94. Para la *evaluación* de los objetivos, el Contrato establece la aprobación de una memoria anual que recoja los diferentes aspectos contemplados en el presente documento y los resultados obtenidos. Aunque el Distrito no elaboró la memoria correspondiente, sí se realiza un informe de seguimiento sobre los objetivos marcados, a través del cuadro de mandos a implementar por el Distrito. Este se completa con el cuadro de mandos específico para la gestión de las de las Unidades de Gestión y el Centro de Salud de Bailén, en el que se incluyen diversos indicadores de resultados obtenidos de los diferentes sistemas de información implantados en los centros.

Durante el ejercicio no se realizó auditoría de los datos aportados por los centros, aún siendo el único sistema utilizado para comprobar el grado de fiabilidad en el procesamiento de los datos suministrados y de los resultados obtenidos.

124. Para la *evaluación* de los objetivos, durante el ejercicio no se ha realizado ninguna auditoría de los datos aportados por los centros, aún siendo el único sistema utilizado para comprobar el grado de fiabilidad en el procesamiento de los datos suministrados y de los resultados obtenidos. (§94)

ALEGACIÓN Nº 24

La mayoría de datos no necesitan auditoría, ya que son datos extraídos centralizadamente de los sistemas de información (cartera de servicios, procesos asistenciales, derivaciones, actividad y frecuentación, etc. Desde los Sistemas de Información (MTI-Citas, Diábaco y SIGAP, INFHOS, COAN, GERHONTE,...). Solamente una parte pequeña de toda la actividad es mecanizada por el Distrito que si exigen aporte documental.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 97)

97. Durante el año 2006, las estructuras funcional y orgánica del Distrito se ajustaban a lo dispuesto

en el Decreto 197/ 2007, de 3 de julio, *por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud*, aún estando vigente el Decreto 195/85, de 28 de agosto, *sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía*.

Ya desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andaluces (incluidos los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica), aun cuando no estaban reguladas por el Decreto 195/ 1985.(§9 y 10)

ALEGACIÓN Nº 25

Ver ALEGACIÓN al CUESTION OBSERVADA Nº 10 del presente informe de alegaciones.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 114)

114. _____

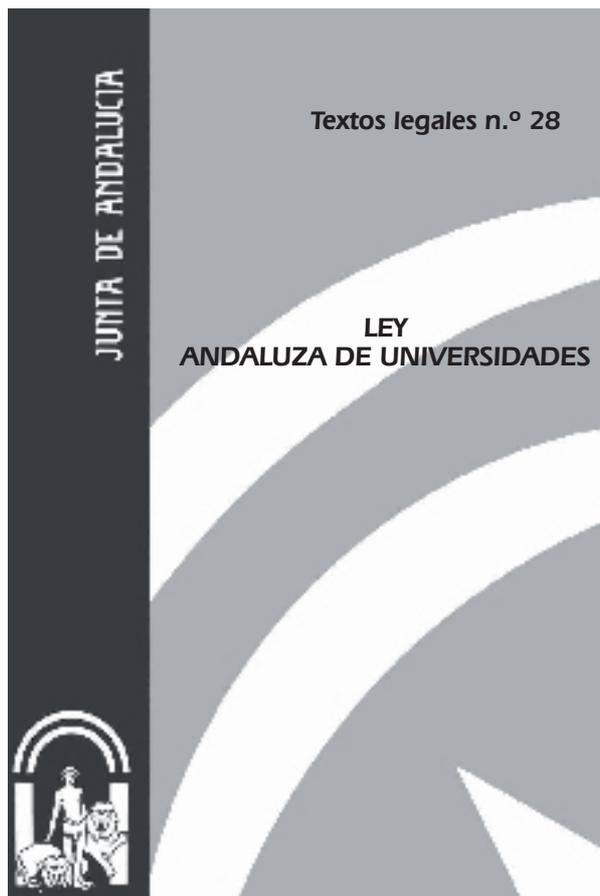
ALEGACIÓN Nº 26

ALEGACIÓN ADMITIDA

PUBLICACIONES

Textos Legales nº 28

Título: **Ley Andaluza de Universidades**



Edita e imprime: Servicio de Publicaciones y BOJA
Secretaría General Técnica
Consejería de la Presidencia

Año de edición: 2005

Distribuye: Servicio de Publicaciones y BOJA

Pedidos: Servicio de Publicaciones y BOJA
Apartado Oficial Sucursal núm. 11. 41014-SEVILLA
También está a la venta en librerías colaboradoras

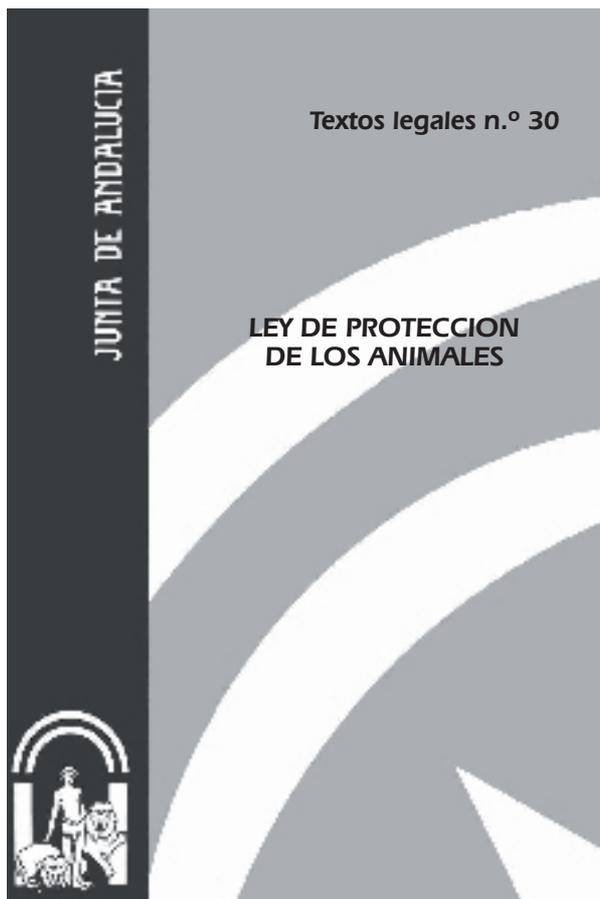
Forma de pago: El pago se realizará de conformidad con la liquidación
que se practique por el Servicio de Publicaciones y BOJA
al aceptar el pedido, lo que se comunicará a vuelta de correo

P.V.P.: 3,73 € (IVA incluido)

PUBLICACIONES

Textos Legales nº 30

Título: Ley de Protección de los Animales



Edita e imprime: Servicio de Publicaciones y BOJA
Secretaría General Técnica
Consejería de la Presidencia

Año de edición: 2005

Distribuye: Servicio de Publicaciones y BOJA

Pedidos: Servicio de Publicaciones y BOJA
Apartado Oficial Sucursal núm. 11. 41014-SEVILLA
También está a la venta en librerías colaboradoras

Forma de pago: El pago se realizará de conformidad con la liquidación
que se practique por el Servicio de Publicaciones y BOJA
al aceptar el pedido, lo que se comunicará a vuelta de correo

P.V.P.: 2,23 € (IVA incluido)

PUBLICACIONES

Textos Legales nº 32

Título: Ley Reguladora de los Colegios Profesionales de Andalucía



Edita e imprime: Servicio de Publicaciones y BOJA
Secretaría General Técnica
Consejería de la Presidencia

Año de edición: 2005

Distribuye: Servicio de Publicaciones y BOJA

Pedidos: Servicio de Publicaciones y BOJA
Apartado Oficial Sucursal núm. 11. 41014-SEVILLA
También está a la venta en librerías colaboradoras

Forma de pago: El pago se realizará de conformidad con la liquidación
que se practique por el Servicio de Publicaciones y BOJA
al aceptar el pedido, lo que se comunicará a vuelta de correo

P.V.P.: 2,23 € (IVA incluido)

FRANQUEO CONCERTADO núm. 41/63