



BOLETIN OFICIAL
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

VIII Legislatura

Pamplona, 13 de diciembre de 2012

NÚM. 107

S U M A R I O

SERIE G:

Informes, Convocatorias e Información Parlamentaria:

- Informe de fiscalización sobre el transporte sanitario y el sistema de emergencias sanitarias de Navarra, emitido por la Cámara de Comptos (Pág. 2).
- Informe de fiscalización sobre el Análisis del informe del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea sobre el servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra, emitido por la Cámara de Comptos (Pág. 36).
- Informe de fiscalización sobre “Gastos de productividad por jornadas extraordinarias en el SNS-O”, ejercicios 2005 a 2010, emitido por la Cámara de Comptos (Pág. 48).

**Serie G:
INFORMES, CONVOCATORIAS E INFORMACIÓN PARLAMENTARIA**

Informe de fiscalización sobre el transporte sanitario y el sistema de emergencias sanitarias de Navarra, emitido por la Cámara de Comptos

En sesión celebrada el día 30 de enero de 2012, la Mesa del Parlamento de Navarra, previa audiencia de la Junta de Portavoces, adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

Visto el informe de fiscalización emitido por la Cámara de Comptos sobre el transporte sanitario y el sistema de emergencias sanitarias de Navarra, SE ACUERDA:

1.º Darse por enterada del contenido del citado informe.

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 30 de enero de 2012

El Presidente: Alberto Catalán Higuera

Informe de fiscalización sobre el transporte sanitario y el sistema de emergencias sanitarias de Navarra, emitido por la Cámara de Comptos

ÍNDICE

- | | |
|---|--|
| <p>I. Antecedentes (Pág. 3).</p> <p>II. El transporte sanitario y el sistema de emergencias sanitarias en Navarra (Pág. 3).</p> <p style="padding-left: 20px;">II.1. El transporte sanitario en Navarra (Pág. 3).</p> <p style="padding-left: 20px;">II.2. El sistema de emergencias sanitarias en Navarra (Pág. 7).</p> <p style="padding-left: 20px;">II.3. Normativa aplicable (Pág. 7).</p> <p>III. Objetivos y alcance (Pág. 7).</p> <p>IV. Conclusiones y recomendaciones (Pág. 8).</p> <p style="padding-left: 20px;">IV.1. Aspectos organizativos del transporte sanitario y sistema de emergencias sani-</p> | <p>tarias en Navarra y resto de comunidades autónomas (Pág. 8).</p> <p>IV.2. Análisis de la actividad llevada a cabo con medios propios y ajenos (Pág. 8).</p> <p>IV.3. Análisis de los contratos y convenios firmados para prestar el servicio de transporte sanitario (Pág. 9).</p> <p>IV.4. Facturación a terceros por parte de las empresas adjudicatarias del servicio y asociaciones sin ánimo de lucro (Pág. 11).</p> <p>IV.5. Análisis de los sistemas de seguimiento y calidad implantados (Pág. 11).</p> <p>IV.6. Estimación del coste de prestar el servicio de transporte sanitario con medios propios (Pág. 12).</p> <p>V. Análisis del transporte sanitario y sistema de emergencias sanitarias de Navarra (Pág. 14).</p> <p style="padding-left: 20px;">V.1. Descripción del modelo organizativo del transporte sanitario y sistema de emergencias sanitarias (Pág. 14).</p> <p style="padding-left: 20px;">V.2. Análisis de la actividad llevada a cabo con medios propios y ajenos (Pág. 16).</p> <p style="padding-left: 20px;">V.3. Análisis de los contratos y convenios celebrados para prestar el servicio de transporte sanitario (Pág. 18).</p> <p style="padding-left: 20px;">V.4. Análisis de los sistemas de seguimiento y calidad del transporte sanitario y sistema de emergencias sanitarias (Pág. 27).</p> <p style="padding-left: 20px;">V.5. Estimación del coste de prestar el servicio de transporte sanitario con medios propios (Pág. 30).</p> <p>Alegaciones formuladas al informe provisional (Pág. 32).</p> <p>Contestación de la Cámara de Comptos a las alegaciones pesentadas al informe provisional (Pág. 35).</p> |
|---|--|

I. ANTECEDENTES

En 2007 la asociación profesional “Unión de Técnicos en Emergencias Sanitarias de Navarra” (UTESNA) acudió a una sesión de la comisión de salud del Parlamento de Navarra, para exponer su opinión sobre ciertos aspectos relacionados con el modelo de organización y gestión del transporte sanitario como la carencia de una gerencia de emergencias sanitarias, la dependencia del servicio de dos departamentos, la inclusión de voluntariado y bomberos en la prestación del servicio, etc.

En febrero de 2009, el Partido Socialista de Navarra presentó una moción en el Parlamento de Navarra para promover la creación de un grupo de trabajo que tratara los temas expuestos por UTESNA. El Pleno del Parlamento aprobó dicha moción y una Resolución por la que se instaba al Gobierno de Navarra a crear una mesa de trabajo para abordar la problemática del transporte sanitario y analizar la posibilidad de diseñar un nuevo modelo organizativo y de gestión de este servicio.

En mayo de 2009, la Consejera de Salud dicta la Orden Foral 70/2009 en la que se crea un grupo técnico de trabajo para el estudio del transporte sanitario presidido por la Directora General de Salud, estando representados el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), la Agencia Navarra de Emergencias (ANE) que es un organismo autónomo adscrito al Departamento de Presidencia, las empresas adjudicatarias del servicio y UTESNA.

Este grupo de trabajo se reúne el 1 de julio y 13 de noviembre de 2009 y el 12 de febrero de 2010. El resultado de estos encuentros se plasma en un documento en el que se expone el modelo de organización y gestión del transporte sanitario en Navarra, se compara con el del resto de comunidades autónomas y señala sus principales fortalezas y debilidades.

El 19 de mayo de 2010 se registró en la Cámara de Comptos una petición parlamentaria del Grupo Parlamentario “Socialistas del Parlamento de Navarra” en la cual se solicitaba la realización de un informe de fiscalización económico, técnico y organizativo sobre el servicio de emergencias sanitarias y de ambulancias de Navarra.

En la petición se ponía de manifiesto la relevancia del transporte sanitario prestado en Navarra a través de contratos con empresas privadas con un gasto aproximado en el año 2010 de 10 millones de euros. Asimismo, se indicaba que “...el modelo organizativo y de gestión existente en Navarra, que data de 1990, no alcanza actual-

mente objetivos de inmediatez, confortabilidad y satisfacción de usuarios ni de los facultativos que los prescriben...”

Por los motivos anteriores, el grupo parlamentario mencionado solicitaba un informe que evaluara la gestión del servicio de emergencias y de ambulancias de Navarra analizando entre otras cosas: el modelo organizativo del transporte sanitario en Navarra y en el resto de comunidades autónomas, estimación del coste de prestar este servicio con medios propios, sistemas de calidad y de seguimiento existentes para valorar el transporte sanitario, etc. La Cámara de Comptos incluyó este trabajo en el programa de fiscalización del año 2011.

El trabajo lo ha realizado un equipo integrado por dos técnicos de auditoría y una auditora entre los meses de junio y noviembre, con la colaboración de los servicios jurídicos, informáticos y administrativos de la Cámara.

Los cambios de los responsables de la mayor parte de las direcciones y servicios implicados en la gestión y prestación del transporte sanitario, motivados por las elecciones autonómicas celebradas en mayo de 2011, provocaron retraso en la obtención de los datos necesarios para realizar este trabajo.

El informe se ha estructurado en cuatro epígrafes además de estos antecedentes. En el segundo se realiza una descripción general del transporte sanitario y el sistema de emergencias sanitarias en Navarra. En el tercero se exponen los objetivos y el alcance del informe, constando en el cuarto las conclusiones y recomendaciones alcanzadas. El quinto epígrafe incluye un análisis de diversas cuestiones relacionadas con el transporte sanitario que facilitan la comprensión del epígrafe anterior.

Agradecemos al personal del SNS-O, de la ANE y de las empresas adjudicatarias del servicio de transporte sanitario la colaboración prestada en la realización de este trabajo.

II. EL TRANSPORTE SANITARIO Y EL SISTEMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN NAVARRA

II.1. EL TRANSPORTE SANITARIO EN NAVARRA

El transporte sanitario se define según el Decreto Foral 8/2011, que lo regula en nuestra comunidad, como “...el servicio que tiene por objeto el traslado de personas enfermas y/o accidentadas, o el que se efectúa por otros motivos de

índole sanitaria, en vehículos especialmente acondicionados denominados ambulancias, por causas médicamente justificadas...”

En Navarra hay 640.999 personas con Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) de las cuales 620.702 tienen cobertura de la prestación de transporte sanitario. Las 20.297 personas restantes se corresponden con mutualistas del Estado, funcionarios del Gobierno y entidades locales de Navarra y las acogidas al concierto de asistencia sanitaria suscrito entre la Universidad de Navarra, la Clínica Universitaria y el SNS-O. Existen, asimismo, 13.355 personas que están excluidas de esta prestación por tener su asistencia cubierta por aseguradoras privadas como Muface o Mugeju.

Zona	Periodo	Adjudicatario
Pamplona	2009-2012	
Baztán-Bidasoa-Alsasua	2009-2012	Ambulancias Baztán Bidasoa, S.L.
Estella-Tafalla	2006-2013	
Sangüesa-Roncal-Salazar	2009-2012	Ambulancias La Nora, S.L.
Tudela	2006-2013	Gerardo y Gorka Servicios Sanitarios, S.L.

El Servicio de Prestaciones y Conciertos, además de la adjudicación, se encarga en exclusiva de la gestión y control de la prestación de este servicio. En el epígrafe V.3 se detallan los aspectos fundamentales de los contratos celebrados con los adjudicatarios.

En concreto, en el caso del transporte programado (diálisis, rehabilitación, quimioterapia, etc.) tras recibir la solicitud facultativa de la necesidad de transporte sanitario, el Servicio de Prestaciones y Conciertos expide la autorización para que el paciente reciba este servicio. Este hecho se notifica a la empresa correspondiente en función de la zona en la que resida el paciente, con el que se pone en contacto la empresa para prestarle el servicio.

En el caso del transporte no programado, como puede ser un alta hospitalaria o de urgencias, son los facultativos del centro correspondiente los que solicitan directamente la ambulancia a la empresa concertada, por lo que el Servicio de Prestaciones y Conciertos no interviene.

Las ambulancias destinadas a esta forma de transporte son vehículos para pacientes cuyo estado no hace prever la necesidad de asistencia sanitaria en ruta. Estos vehículos podrán ser de

El transporte sanitario se organiza según dos formas de actuación: transporte no urgente y urgente.

• **El transporte no urgente**, que puede ser programado o no, se ocupa de trasladar a pacientes, previa prescripción facultativa, a servicios concretos como hemodiálisis, rehabilitación, quimioterapia, altas hospitalarias, etc.

Toda la actividad llevada a cabo se adjudica mediante procedimiento abierto a la oferta más ventajosa, por lotes correspondientes a zonas de Navarra por el Servicio de Prestaciones y Conciertos del Departamento de Salud. Los adjudicatarios actuales y sus zonas de actuación son:

utilización individual o colectiva con un máximo de 6 pacientes por ambulancia. El personal necesario será un conductor y, cuando las condiciones sanitarias de los pacientes lo requieran, deberá contarse además con otro técnico en transporte sanitario.

• **El transporte urgente** es el que traslada a pacientes que por su estado no es posible demorar en el tiempo. Está compuesto por los siguientes dispositivos:

a) Transporte Urgente Vital (ambulancias de Soporte Vital Avanzado, SVA, según la nueva normativa): se dispone de 5 equipos (vehículo equipado, conductor, médico y ATS-DUE) que difieren en cuanto a la provisión del vehículo y personal tal y como se detalla a continuación:

* La DYA proporciona un equipo en su totalidad en Pamplona. El personal sanitario se financia a través de convenios con el SNS-O y el resto lo financia el Departamento de Interior.

* Existen otros dos equipos en Pamplona en los cuales el personal sanitario depende del SNS-O y el vehículo y conductor lo aportan en un caso la empresa Ambulancias Baztán Bidasoa, S.L., a través del concierto celebrado con el SNS-O, y en

el otro, la ANE a través del parque de bomberos de Cordovilla, añadiendo en este caso otro bombero de refuerzo además del conductor.

* Hay un equipo en Tudela y otro en Estella con idéntica adscripción: el personal sanitario pertenece al SNS-O y el vehículo y conductor se conciertan con empresas del sector a través del organismo autónomo citado (Ambulancias Baztán Bidasoa, S.L., en el caso de Estella y Gerardo y Gorka Servicios Sanitarios, S.L., en Tudela).

El equipamiento de los vehículos para prestar este tipo de transporte es el más completo y el personal sanitario está las 24 horas disponible en la base correspondiente.

b) Transporte Urgente (ambulancias de Soporte Vital Básico, SVB, según la nueva normativa): se dispone de 27 bases de permanencia que son locales donde se encuentra situada obligatoriamente una ambulancia, un conductor y un técnico en transporte sanitario. Según nos informan desde la ANE, estas bases se ubican teniendo en cuenta factores como la población y sus características, los centros de salud y hospitales cercanos o la frecuencia histórica de atenciones. Se gestionan de la siguiente forma:

* El SNS-O tiene concertadas con empresas del sector 16 bases ubicadas en Alsasua, Leiza, Lesaka, Santesteban, Azagra, Estella, Burguete, Ezcaroz, Isaba, Sangüesa, Tafalla, Carcastillo, Tudela (2) y Pamplona (2).

* La ANE dispone de 10 bases ubicadas en los parques de bomberos de Tudela, Estella, Tafalla, Sangüesa, Alsasua, Oronoz, Lodosa, Burguete, Navascués y Peralta. Se proporciona además del vehículo el personal necesario.

* La Cruz Roja dispone de una base añadida en Pamplona.

* La DYA proporciona además una ambulancia de este tipo en horario limitado.

Estas ambulancias, al igual que en el caso anterior, deben estar disponibles las 24 horas del día. Su dotación de material debe ser algo menor al caso anterior según la normativa.

Si la situación de emergencia lo requiere, esta ambulancia, que en principio no tiene personal

sanitario asignado, se puede medicalizar incorporando personal sanitario (médico y ATS-DUE) que pertenecen al SNS-O. Si la emergencia se da en Pamplona, su comarca o Tafalla, este personal está adscrito a la Subdirección de Urgencias Extrahospitalarias (SUE) que depende de la Dirección de Atención Primaria. En el resto de la Comunidad, los profesionales están incluidos en el Servicio de Urgencias Rural (SUR) a través de 47 puntos de atención continuada, dependiendo su personal de la Subdirección de Atención Primaria Navarra Norte, Navarra-Este, Tudela y Estella. Todo este personal se localiza físicamente en los centros de salud correspondientes. En el caso concreto de Tudela y Estella, el personal sanitario pertenece a los servicios específicos de urgencias del hospital correspondiente.

La situación y el estado de algunas de estas bases, tal y como se detalla en el informe de conclusiones del grupo de trabajo creado para evaluar el transporte sanitario, debería analizarse debido a cambios demográficos desiguales en algunas zonas y a modificaciones en las comunicaciones viales.

Existen además 16 bases de salida diferida, dos de ellas gestionadas por parques de bomberos, seis por la Cruz Roja y ocho por la DYA. Estas bases se caracterizan por tener ambulancias pero no personal de forma permanente, por lo que su movilización se demora hasta que se localiza a éste. Se utilizan cuando hay una emergencia de cierta importancia si los recursos ordinarios son insuficientes o en determinadas fechas especiales en las que los voluntarios están disponibles. Un convenio entre cada organización y la ANE (a excepción de los bomberos) regula el funcionamiento de estas bases.

Además de las ambulancias, el Departamento de Presidencia dispone desde 2007 de un helicóptero equipado para evacuaciones sanitarias de emergencia medicalizable, localizado en la base de bomberos de Miluce. La empresa adjudicataria del servicio proporciona el aparato y personal de pilotaje necesario encargándose además del mantenimiento.

Se presenta a continuación un mapa resumen de la localización de estas bases encargadas de atender el transporte urgente en Navarra:

RED DE TRANSPORTE SANITARIO DE URGENCIA



PRIMERA SALIDA

- 11 SAMU de Bomberos
- 2 SAMU de CR y DYA
- 14 SAMU de empresas concertadas

SALIDA INMEDIATA

AMBULANCIAS BOMBEROS

- SAMU-UCI Pamplona
- SAMU Tudela
- SAMU Estella
- SAMU Tafalla
- SAMU Sangüesa
- SAMU Alsasua
- SAMU Oronoz
- SAMU Lodosa
- SAMU Burguete
- SAMU Navascués
- SAMU Peralta

AMBULANCIAS VOLUNTARIOS

- SAMU-UCI DYA Pamplona
- SAMU DYA Pamplona
- SAMU CRUZ ROJA Pamplona

AMBULANCIAS CONCERTADAS

- SAMU-UCI Pamplona
- SAMU-UCI Tudela
- SAMU-UCI Estella
- SAMU Tudela
- SAMU Tafalla
- SAMU Sangüesa
- SAMU Isaba
- SAMU Alsasua
- SAMU Santesteban
- SAMU Leitza
- SAMU Lesaka
- SAMU Estella
- SAMU Azagra
- SAMU Espinal
- SAMU Ezkaroz
- SAMU Carcastillo
- SAMU Pamplona
- SAMU Pamplona

SALIDA DIFERIDA

AMBULANCIAS VOLUNTARIOS

- SAMU DYA Aóiz
- SAMU DYA Alsasua
- SAMU DYA Olite
- SAMU DYA Los Arcos
- SAMU DYA Puente la Reina
- SAMU DYA Peralta
- SAMU DYA Caparroso
- SAMU BV Goizueta

OTRAS

AMBULANCIAS VOLUNTARIOS

- SAMU CRUZ ROJA Tudela
- SAMU CRUZ ROJA Corella
- SAMU CRUZ ROJA Cintruénigo
- SAMU CRUZ ROJA Estella
- SAMU CRUZ ROJA Lodosa
- SAMU CRUZ ROJA Sangüesa
- SAMU CRUZ ROJA Buñuel
- SAMU CRUZ ROJA Burlada
- SAMU CRUZ ROJA Tafalla
- SAMU Protección Civil Tudela

Tiempo de respuesta máximo: 30 min aprox.

Fuente: ANE

II.2. EL SISTEMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN NAVARRA

El Centro de Gestión de Emergencias 112 SOS Navarra es una unidad administrativa dependiente de la ANE.

Los principales servicios prestados son: recepción de llamadas de urgencias y emergencias en el ámbito de Navarra, activación y coordinación de los medios necesarios para una respuesta rápida y eficaz, seguimiento permanente de la respuesta a la demanda del ciudadano, emisión de avisos y alertas, información pública y asesoramiento técnico a otras entidades en materia de urgencias y emergencias y realización de actividades formativas relacionadas con todo lo anterior.

En el centro se encuentran integrados los cuerpos de emergencia y seguridad del Gobierno de Navarra, el servicio de prevención, extinción de incendios y salvamento, la policía foral y el SUE. El personal del centro junto a bomberos, policía foral y SUE se reúne mensualmente con el fin de mejorar la atención al ciudadano e incluso han consensuado protocolos de actuación conjuntos.

Al existir solamente un número al cual dirigirse en caso de cualquier tipo de emergencia, el centro es lugar de referencia único en nuestra comunidad ya que aglutina asimismo todas las llamadas recibidas por el número 061 que es el otro número de emergencias de referencia.

El personal de esta unidad está integrado por operadores de sala encargados de atender las llamadas telefónicas dirigidos por un jefe de sala, médicos coordinadores del SNS-O, un oficial bombero, responsables del centro, informáticos y administrativos. Todos ellos actúan de forma conjunta para prestar la atención necesaria a las emergencias que van surgiendo.

El procedimiento habitual es la recepción de la llamada por parte de los operadores de sala, apertura del incidente correspondiente, decisión acerca del recurso a movilizar con la participación del personal técnico, sanitario y de bomberos, comunicación al recurso en concreto y a partir de ahí seguimiento del proceso de atención al paciente.

II.3. NORMATIVA APLICABLE

La principal normativa que regula el transporte sanitario y sistema de emergencias sanitarias es la que se cita a continuación:

- Decisión del Consejo de 29 de julio de 1991 relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo.

- Real Decreto 903/1997, de 16 de junio, por el que se regula el acceso mediante redes de comunicaciones al servicio de atención de llamadas de urgencias a través del número de teléfono 112.

- Decreto Foral 343/1997, de 24 de noviembre, por el que se regula la asistencia sanitaria extrahospitalaria en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra.

- Decreto Foral 150/1998, de 4 de mayo, por el que se regula el Centro de Coordinación Operativa.

- Ley Foral 8/2005, de 1 de julio, de protección civil y atención de emergencias de Navarra.

- Decreto Foral 12/2009, de 16 de febrero, por el que se regula la Agencia Navarra de Emergencias y se aprueban sus Estatutos, modificado por el Decreto Foral 232/2011 de 2 de noviembre.

- Decreto Foral 8/2011, de 7 de febrero, por el que se regula el transporte sanitario por carretera de Navarra, que deroga el Decreto Foral 29/1997 de 10 de febrero que regulaba esta materia.

- Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

III. OBJETIVOS Y ALCANCE

Los objetivos perseguidos con la emisión de este informe, de acuerdo a la petición parlamentaria recibida, son los siguientes:

- Analizar el modelo organizativo de transporte sanitario y sistema de emergencias sanitarias de Navarra y compararlo con el del resto de comunidades autónomas.

- Analizar la actividad llevada a cabo en la prestación del servicio de transporte sanitario urgente y no urgente.

- Analizar los contratos y convenios firmados para prestar el servicio de transporte sanitario, valorando especialmente la inclusión de una cláusula que permite a las empresas adjudicatarias del servicio de transporte sanitario, y a las asociaciones de voluntarios en su caso, facturar directamente en determinadas ocasiones a mutuas y/o aseguradoras y registrar estos ingresos como propios.

- Comprobar si se han establecido sistemas de calidad y seguimiento del servicio de transporte sanitario y si efectivamente se aplican.

- Estimar el coste de prestar el servicio de transporte sanitario con medios del SNS-O.

El alcance del trabajo ha estado constituido por los contratos celebrados con las empresas adjudicatarias del servicio, las cuentas anuales de éstas, los convenios establecidos con las asociaciones de voluntarios, las estadísticas de actividad tanto de la ANE como de las empresas mencionadas, los procedimientos de control y seguimiento de la prestación del servicio y el informe de conclusiones del grupo de trabajo creado para analizar el transporte sanitario en nuestra comunidad.

El trabajo se ha ejecutado de acuerdo con los principios y normas de fiscalización del sector público aprobados por la Comisión de Coordinación de los Órganos Públicos de Control Externo del Estado Español y desarrollados por la Cámara de Comptos en su manual de fiscalización, con las adaptaciones que se han estimado oportunas para la realización de este trabajo en particular.

Al estimar el coste de prestar el servicio de transporte sanitario con medios propios nos hemos encontrado con incertidumbres sobre la estructura orgánica que generaría este cambio, el nivel en el que se encuadraría el personal necesario así como los complementos que percibirían y dificultades para determinar el gasto en bienes corrientes y servicios en los que se incurriría. Todas estas circunstancias suponen limitaciones a esta parte del trabajo realizado, si bien se han podido obtener unas cifras estimadas orientativas.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este epígrafe se exponen las principales conclusiones y recomendaciones alcanzadas teniendo en cuenta el trabajo realizado:

IV.1. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DEL TRANSPORTE SANITARIO Y SISTEMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN NAVARRA Y RESTO DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

1. El transporte sanitario en Navarra tiene carácter universal y se financia de forma pública. La gestión y prestación se realiza de forma coordinada entre el Departamento de Presidencia y el de Salud que proporcionan medios materiales y personales contando con la participación de empresas concertadas y asociaciones de voluntarios.

El sistema de emergencias sanitarias se dirige por el Centro de Gestión de Emergencias 112-SOS Navarra que depende de la ANE.

2. Navarra, en general, gestiona estas prestaciones de forma similar al resto de comunidades autónomas con dos peculiaridades que la diferencian: la dependencia de dos departamentos y la participación de los bomberos en el transporte sanitario urgente.

3. La dependencia de dos departamentos no afecta de forma negativa a la prestación del servicio frente a la gestión realizada en este ámbito por otras comunidades autónomas, debido a la coordinación existente entre ambos y al establecimiento de protocolos de actuación consensuados, si bien éstos no tienen carácter oficial.

4. Sin embargo, se ha constatado que, tal y como señalaba el informe realizado por el grupo de trabajo creado para analizar el transporte sanitario, no existe la figura de la Dirección Médica en el Centro de Gestión de Emergencias que ostente autoridad suficiente para movilizar un recurso o se encargue de gestionar determinadas situaciones de emergencia.

5. Respecto a la participación de los bomberos, consideramos que es adecuada y puede generar incluso valor añadido a las intervenciones dada su formación y preparación profesional, incorporación de otra persona en las ambulancias SVB y a la dotación de material específica de sus vehículos. Añadido a esto, se consiguen aprovechar mejor los recursos disponibles ya que aproximadamente un 38 por ciento de su actividad, medida en movilizaciones efectivas, se corresponde con el transporte sanitario.

IV.2. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD LLEVADA A CABO CON MEDIOS PROPIOS Y AJENOS

Se ha analizado la evolución de la actividad llevada a cabo en el periodo 2007-2010.

6. En el caso del transporte no urgente, tal y como se observa en la siguiente tabla realizada con datos proporcionados por las empresas concertadas, los traslados de pacientes realizados, contabilizándose de forma diferenciada ida y vuelta, en 2010 son 195.197 y han aumentado en un 19,57 por ciento respecto al año 2007. Este aumento no solo debe ser interpretado como un incremento del número de viajes reales, dado que las ambulancias pueden ser compartidas por varios pacientes.

	2007	2008	2009	2010	% Variación 10/07
Total traslados	163.253	190.238	194.182	195.197	19,57

En el año 2010 el 78,6 por ciento de esta actividad la realiza Baztán Bidasoa S.L., Gerardo y Gorka Servicios Sanitarios S.L. el 18,58 por ciento y La Nora el resto.

7. En el caso del transporte urgente, los servicios prestados, según datos aportados por la ANE, tal y como se presenta en la tabla siguiente, ascienden en 2010 a 41.225 y han aumentado un 7,81 por ciento en el periodo analizado:

	2007	2008	2009	2010	% Variación 10/07
Movilización ambulancias SVB	31.822	33.348	33.238	34.296	7,77
Movilización ambulancias SVA	6.415	7.193	6.825	6.929	8,01
Total	38.237	40.541	40.063	41.225	7,81

En el año 2010, el 61,7 por ciento de esta actividad la realizaron las empresas concertadas, el 28,6 por ciento las asociaciones sin ánimo de lucro y el 9,4 por ciento restante los bomberos.

IV.3. ANÁLISIS DE LOS CONTRATOS Y CONVENIOS FIRMADOS PARA PRESTAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO

8. El transporte sanitario no urgente y aproximadamente un 60 por ciento del urgente se presta en Navarra a través de tres empresas concertadas que perciben un importe anual fijo, independientemente del número de servicios realizados. A pesar de esto, se pueden realizar modificaciones de contrato por aumentos significativos de actividad que impliquen mayor consumo de recursos. Además, perciben un importe variable por los traslados interprovinciales que realicen a petición del SNS-O.

Este sistema de pago ya fue analizado por un informe de esta Cámara emitido en 1994 que lo

comparó con el sistema de facturación variable existente hasta el año 1992. En dicho informe se concluía que el cambio al método fijo implicaba una mejor utilización de los recursos y facilitaba el control al Gobierno de Navarra.

9. La adjudicación de los contratos se realizó en todos los casos por procedimiento abierto con publicidad, observándose un número de ofertas muy bajo y unos porcentajes de baja respecto al importe de licitación insignificantes. Estas circunstancias corroboran una de las afirmaciones del informe de la Cámara del año 1994, en la que se concluía que para valorar la gestión del transporte sanitario, había que tener en cuenta la dificultad de que existiera cierta competencia en el sector.

Hay que señalar asimismo que la licitación se realiza de forma conjunta para el transporte no urgente y urgente.

10. Se presenta a continuación la evolución de la facturación por las empresas concertadas en el periodo 2007- 2010:

Tipo de servicio	2007		2008		2009		2010	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%	Importe	%
Transporte no urgente	3.799.465	43,14	4.219.539	44,46	4.205.891	41,84	4.535.412	43,60
Transporte urgente	4.857.953	55,16	5.138.156	54,13	5.688.507	56,57	5.740.542	55,18
Traslados interprovinciales	149.105	1,70	133.697	1,41	157.994	1,59	127.360	1,22
Total	8.806.523	100	9.491.392	100	10.052.392	100	10.403.314	100

Como se puede observar, en el año 2010 la facturación ascendió a 10,4 millones de euros presentando un porcentaje de aumento respecto al año 2007 de un 18 por ciento. En este año, el gasto se dedica en un 55 por ciento al transporte urgente, en un 43 por ciento al no urgente y el resto a traslados interprovinciales, tendencia que se observa en todo el periodo analizado.

11. A pesar de que el gasto no está correlacionado con el número de traslados, hemos obtenido el gasto medio por traslado realizado dividiendo el gasto de cada tipo de transporte entre la actividad de cada empresa obteniendo los siguientes resultados (se incluye el cálculo para el año 2010 a modo de ejemplo):

	Gasto medio servicio transporte no urgente (€)					
	2007	2008	2009	2010		
				Importe	Traslados	Gasto medio
Baztán Bidasoa, S.L.	24	23	23	3.809.572	153.460	25
La Nora S.L.	37	35	13	82.512	5.472	15
GGSS S.L.	18	17	18	643.328	36.265	18
Total	23	22	22	4.535.412	195.197	23

Se puede comprobar que el gasto medio del servicio del transporte no urgente se mantuvo en el año 2010 respecto al obtenido en el año 2007. Existen diferencias significativas entre los gastos medios por empresa concertada, motivadas principalmente por la población de la zona donde operan y por el cambio de sistema de cálculo del importe de licitación que en la adjudicación realizada en el año 2008 se intentó homogeneizar por número de TIS existentes en la zona.

Este cambio de sistema supuso una disminución significativa en el importe asignado para la

zona donde opera La Nora S.L. donde la población es menor en relación con otras zonas, el mantenimiento en niveles similares del importe percibido por Gerardo y Gorka Servicios Sanitarios S.L. y un ligero aumento en el cómputo total de las zonas de Baztán Bidasoa S.L.

En el caso del transporte urgente, se observa un aumento del coste medio por servicio del 16 por ciento en el periodo 2007-2010 y la existencia de diferencias significativas entre el gasto por empresa concertada tal y como se muestra a continuación:

	Gasto medio traslado efectivo transporte urgente (€)					
	2007	2008	2009	2010		
				Importe	Traslados	Gasto medio
Baztán Bidasoa, S.L.	206	213	227	3.932.028	17.375	226
La Nora S.L.	699	729	1.184	971.793	827	1.175
GGSS S.L.	153	144	152	836.721	5.478	153
Total	208	211	243	5.740.542	23.680	242

Si las diferencias entre empresas en los años 2007 y 2008 se pueden explicar por el volumen de actividad atendido por cada empresa, en los años 2009 y 2010 las variaciones existentes están motivadas, al igual que en el caso anterior, por el cambio de sistema de cálculo de los importes de licitación.

Se buscó pagar la misma cantidad por base de permanencia que la empresa ponga a disposición del Gobierno de Navarra aumentando este importe en una cifra fija en caso de que se aporte también una ambulancia SVA.

Teniendo en cuenta que La Nora S.L. tiene 3 bases de permanencia (Sangüesa, Isaba y Ezcaroz) y que el número de traslados realizados es 827, que Gerardo y Gorka Servicios Sanitarios S.L. tiene dos bases y una ambulancia SVA para 5.478 traslados y que Baztán Bidasoa S.L. tiene 11 bases y 2 ambulancias SVA para 17.375 traslados, las diferencias existentes quedarían explicadas.

12. Los convenios firmados con las asociaciones de carácter voluntario relacionados con el transporte sanitario se formalizan entre éstas y los dos departamentos de los que depende este servicio. Los fondos de estos convenios se destinan a financiar los siguientes conceptos: gastos corrientes y estructurales de estas organizaciones, medicalización de una ambulancia SVA, transporte para programas de prevención de cáncer de mama y transporte interhospitalario. Hay que mencionar que en los dos últimos casos el transporte no es puramente sanitario sino que es más bien de tipo social. Sin embargo, hemos estimado oportuno considerarlos.

En el año 2010 se destinaron 1,28 millones de euros para estos convenios, un 42 por ciento más que en el año 2007, si bien hay que tener en cuenta que esta financiación se puede relacionar con más actividades que realizan estas asociaciones y no exclusivamente con el transporte sanitario.

IV.4. FACTURACIÓN A TERCEROS POR PARTE DE LAS EMPRESAS ADJUDICATARIAS DEL SERVICIO Y ASOCIACIONES SIN ÁNIMO DE LUCRO

13. Los pliegos que rigen los contratos de prestación del servicio sanitario y los convenios formalizados con las asociaciones sin ánimo de lucro, les autorizan a facturar a terceros los servicios prestados en determinadas ocasiones como accidentes de tráfico o laborales o traslados a deportistas si están federados.

El artículo 30 de la Ley Foral 6/2006 de Contratos Públicos establece la libertad de pactos entre la Administración y un tercero siempre que no contravenga el interés público, la normativa jurídica o los principios de buena administración. No obstante, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 81 de la Ley General de Sanidad y en la Ley Foral 7/2001 de Tasas y Precios Públicos de la Administración de Navarra, los ingresos derivados de la prestación de este servicio tendrían la naturaleza de ingresos públicos. Por este motivo, la facturación a terceros no podría realizarse por el contratista correspondiente y en ningún caso a precios no establecidos por la Administración. Esto provoca que la cláusula de los pliegos mencionada entre en contradicción con la normativa mencionada.

Se han analizado cuatro pliegos de otros territorios y salvo en el caso de Gipuzkoa, en el resto no se habilita en ningún caso a que las empresas adjudicatarias facturen a terceros. En el caso de Gipuzkoa, se añade a la cláusula de autorización de facturación a terceros, la obligación de las empresas de facilitar la relación de servicios prestados junto a su facturación para ser controlados por parte de la administración.

IV.5. ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE SEGUIMIENTO Y CALIDAD IMPLANTADOS

Se ha diferenciado el análisis del transporte urgente del no urgente por ser servicios de diferentes características e implicar la participación de agentes diferentes.

Si bien el número de quejas formales en ambos tipos de transporte es muy bajo (0,01 por ciento respecto al número de servicios realizados), se han analizado los pliegos que rigen estos servicios obteniéndose las siguientes conclusiones:

14. En lo que se refiere al transporte no urgente, a pesar de que se especifican tiempos de espera máximos para los pacientes, horas concretas para ser trasladados, duraciones máximas de las rutas organizadas por las empresas y obligación por parte de las empresas de proporcionar información a los pacientes sobre las condiciones del servicio, no consta que se controlen estos aspectos por parte del Servicio de Prestaciones y Conciertos salvo en el análisis y gestión de las quejas recibidas.

Se enuncia, además, el derecho a realizar inspecciones sobre los medios personales y materiales de las empresas para ambos tipos de transporte. El Servicio de Prestaciones y Conciertos no cuenta con un plan de inspecciones periódicas y

solo las realiza de forma muy puntual o si existe alguna queja formal al respecto.

15. También se establece, para este tipo de transporte y para el urgente, que se realizarán encuestas de satisfacción sobre el servicio recibido que no consta que se lleven a cabo.

De igual forma, en los pliegos que rigen los conciertos adjudicados en el año 2006 constaba la obligación por parte de la empresa de proporcionar datos sobre la actividad realizada que podían facilitar la evaluación de la calidad del servicio (número de kilómetros recorridos en cada ruta, número de pacientes por ambulancia, hora de llegada y salida respecto al lugar del incidente, etc.). Esta obligación se eliminó en los pliegos que rigieron la adjudicación de diversas zonas en el año 2008 si bien se mencionaba la potestad para exigirla. Las empresas que actúan bajo los pliegos del año 2006 no han proporcionado esta información y al resto tampoco se les ha exigido.

El motivo principal de no proceder a verificar el grado de cumplimiento de estos aspectos y de los relacionados con el transporte no urgente, según nos indica el Servicio de Prestaciones y Conciertos, es la falta de personal.

En cuanto a la medición de tiempos de atención al paciente en el transporte urgente, no existe información al respecto ya que la herramienta informática disponible en el Centro Gestor de Emergencias 112 no la proporciona y, además, no se transmiten en muchos casos los datos necesarios para poder controlar estos aspectos desde los recursos movilizados.

Hay que mencionar que la Dirección de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento nos ha facilitado las "isócronas" estimadas correspondientes a sus ubicaciones en las que se puede deducir que en 5 minutos se estaría en disposición de atender al 75 por ciento de la población, en 10 minutos al 85 por ciento, en 20 minutos al 95 por ciento, cifrándose el tiempo medio máximo de atención al 100 por cien de la población en un intervalo de 30 a 47 minutos. Añadiendo a los parques de bomberos las bases de permanencia de las empresas concertadas y las de los voluntarios, presumiblemente estos datos mejorarían, pero siempre son estimaciones que deberían ser contrastadas con la realidad.

De hecho, se está trabajando actualmente en la implantación de un sistema que permita localizar a los recursos movilizados para conocer en tiempo real su ubicación, lo que permitirá controlar estos tiempos siempre que se incorporen adecua-

damente a la herramienta informática disponible en el Centro Gestor de Emergencias 112.

16. Por último, hay que destacar que el Decreto Foral 8/2011 ha mejorado aspectos significativos que pueden incidir en la prestación de un servicio de mayor calidad con el establecimiento del título de Técnico en Emergencias Sanitarias y las especificaciones en cuanto a personal y material con el que deben contar cada tipo de ambulancia para conseguir prestar un servicio en igualdad de condiciones a todos los ciudadanos.

IV.6. ESTIMACIÓN DEL COSTE DE PRESTAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO CON MEDIOS PROPIOS

17. A pesar de que los importes de licitación se fijan considerando aspectos como la evolución histórica de la actividad o el número de usuarios a atender y parecen ser razonables, no existen informes que analicen otras alternativas y comparen el gasto en el que se incurriría al prestar el servicio de transporte sanitario con medios propios.

Se ha realizado una estimación del coste de prestar este servicio con medios propios en las zonas de mayor actividad (Pamplona, Baztán-Bidasoa-Alsasua y Estella-Tafalla en las que se desarrolla el 75,5 por ciento de la actividad) en el año 2009, con dos hipótesis de partida: considerando al personal encuadrado en el nivel C o en el nivel D. En ambos casos el importe en el que se incurriría al prestar el servicio con medios propios sería mayor al pagado actualmente a la empresa que opera en las zonas mencionadas, si bien las cifras serían significativamente más altas al suponer un nivel C al personal (939.564 euros) frente a la consideración de un nivel D (128.691 euros).

Las cifras anteriores son meras aproximaciones y la diferencia entre el gasto actual y el que se produciría si se prestase el servicio con medios propios se origina por el número de personas a contratar en un caso; y en el otro, por la diferencia entre las horas laborables del convenio colectivo de transporte sanitario y el que deberían realizar si prestaran sus servicios en el Gobierno de Navarra.

A pesar de lo anterior, nos hemos encontrado con limitaciones relacionadas con la delimitación de la estructura orgánica que sería necesaria para prestar el servicio, el nivel y complementos que percibiría el personal que prestaría sus servicios, el número de personas necesarias y la estimación de los gastos en bienes corrientes y servicios, lo que nos impide llegar a una conclusión definitiva

sobre cuál sería el mejor modelo de gestión del servicio.

Teniendo en cuenta las conclusiones alcanzadas recomendamos:

- *Analizar la ubicación y el estado de algunas bases de permanencia para efectuar posibles modificaciones de las mismas y mejorar la prestación del servicio de transporte sanitario, tal y como indicaba el informe de conclusiones del grupo de trabajo creado para la evaluación de esta prestación.*

- *Establecer la figura de la Dirección Médica en el Centro Gestor de Emergencias 112 SOS-Navarra con autoridad suficiente para movilizar el recurso más oportuno en cada situación y coordinar las actuaciones sanitarias en determinadas situaciones de emergencia, siguiendo las recomendaciones del grupo de trabajo mencionado.*

- *En aquellos casos en los que los bomberos realicen el transporte sanitario y éste sea susceptible de facturación a empresas aseguradoras, federaciones deportivas o seguros privados, realizar los trámites correspondientes para cobrar los servicios prestados.*

- *A pesar de que el sistema de facturación fija presupone una optimización de los recursos por parte de la empresa, consideramos que se han de controlar diversos aspectos para verificar que la calidad del servicio es la adecuada. Para ello, se deberían establecer procedimientos para controlar los tiempos de espera de los pacientes a las ambulancias al ser dados de alta o para ser recogidos tras haber recibido el tratamiento o atención precisada, así como el tiempo que transcurre desde que llegan a un centro hasta que son atendidos o reciben el tratamiento correspondiente.*

- *Analizar la conveniencia de incluir en los importes fijos que se está abonando a las empresas concertadas el transporte sanitario que precisen los funcionarios acogidos al régimen de uso especial, teniendo en cuenta el número de personas que suponen y los gastos medios obtenidos por tipo de traslado realizado.*

- *Controlar las rutas en las que son trasladados los pacientes para que se ajusten a criterios razonables de organización y duración, atendiendo a la oferta técnica presentada por la empresa adjudicataria correspondiente.*

- *Informar debidamente al ciudadano sobre las condiciones en las que se debe prestar el servicio, para que pueda formalizar las quejas que estime oportunas.*

- *Exigir a las empresas adjudicatarias que proporcionen periódicamente la información requerida sobre actividad según los pliegos que regían la adjudicación del año 2006 y hacerlo extensible a las que operan con los criterios de funcionamiento de la siguiente adjudicación, con el fin de obtener datos relevantes para el control de la actividad y calidad del servicio prestado y la fijación de los importes de licitación.*

- *Realizar de forma periódica inspecciones sobre los medios personales y materiales de las empresas concertadas y asociaciones de voluntarios para verificar su adecuación a la normativa actual, aspecto ya recomendado por el grupo de trabajo creado para la evaluación del transporte sanitario.*

- *Realizar encuestas de satisfacción a los pacientes que hayan precisado transporte urgente y/o no urgente.*

- *Analizar la conveniencia de seguir manteniendo la autorización de la facturación a terceros por parte de las empresas adjudicatarias y asociaciones sin ánimo de lucro. En caso de que se siga manteniendo, controlar la actividad derivada de este servicio y los ingresos que conllevan y considerarla a la hora de establecer futuros importes de licitación o posibles modificaciones de los importes de los contratos vigentes.*

- *Continuar en el proceso de instalación de la tecnología necesaria para controlar los tiempos reales de movilización de recursos y atención prestada en el transporte sanitario urgente, cuestión recomendada también por el grupo de trabajo al que nos venimos refiriendo.*

- *Analizar qué datos serían relevantes y útiles para la gestión del transporte urgente y mejorar la herramienta informática existente en el Centro Gestor de Emergencias 112 SOS-Navarra para que éstos se puedan obtener de forma rápida y eficaz y permitan homogeneizar la información obtenida.*

- *Formalizar y dar carácter oficial a los protocolos de actuación consensuados entre los distintos intervinientes en el transporte y atención sanitaria urgente, para darlos a conocer a todos ellos y asegurarse de que efectivamente se aplican.*

- *Considerar el resto de mejoras propuestas por el grupo técnico de trabajo citado relacionadas con la realización de campañas de concienciación sobre el uso adecuado de este servicio, con el cumplimiento escrupuloso de la normativa de prevención en riesgos laborales y con la mejo-*

ra de la imagen corporativa y equipamiento del personal.

- *Dar publicidad a los servicios que se pongan a disposición del ciudadano como el transporte interhospitalario entre Tudela, Estella y Pamplona, para aprovechar mejor los recursos disponibles y analizar la conveniencia de mantenerlos.*

- *Finalmente, en caso de que se creen grupos técnicos de trabajo para evaluar determinadas materias de interés público a petición del Parlamento, presentar los resultados obtenidos ante esta institución que debería llevar a cabo un seguimiento del trabajo realizado.*

V. ANÁLISIS DEL TRANSPORTE SANITARIO Y SISTEMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE NAVARRA

A continuación presentamos diversos comentarios que se derivan del trabajo realizado y favorecen la comprensión de las conclusiones del epígrafe anterior.

V1. DESCRIPCIÓN DEL MODELO ORGANIZATIVO DEL TRANSPORTE SANITARIO Y SISTEMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS

V.1.1. Aspectos generales

El transporte sanitario se encuentra regulado en Navarra por el Decreto Foral 8/2011.

Es un modelo de carácter universal que se financia de forma pública. La gestión y prestación del transporte sanitario se realiza de forma coordinada por el Departamento de Presidencia y el de Salud.

El Departamento de Presidencia aporta el Centro de Gestión de Emergencias 112 SOS-Navarra, el 33 por ciento de las bases de permanencia del transporte sanitario urgente (10) localizadas en parques de bomberos, una ambulancia UCI-móvil disponible en el parque de bomberos de Cordovilla y un helicóptero medicalizable equipado con material del SNS-O similar al de las ambulancias UCI-móvil.

Por su parte, el Departamento de Salud aporta todo el personal médico y de enfermería de las ambulancias, el 60 por ciento de las bases de permanencia del transporte sanitario urgente (25) y tres ambulancias SVA. El servicio de transporte urgente prestado por estas bases y estas ambulancias se contrata con empresas del sector a través del Servicio de Prestaciones y Conciertos que gestiona además todo el transporte no urgente.

El transporte sanitario se completa con una base de permanencia cubierta por la Cruz Roja y una ambulancia SVA proporcionada por la DYA, que aporta incluso el personal médico y de enfermería, mediante convenios con el Departamento de Salud y con el de Presidencia respectivamente.

Según los datos aportados por las empresas concertadas, los medios materiales y personales empleados en el transporte sanitario son:

- Ambulancias para el transporte no urgente: 55
- Ambulancias SVB: 24
- Ambulancias SVA: 4
- Personal: 289 entre los que se encuentran conductores, auxiliares técnicos de ambulancias, personal directivo, administrativos, etc.

El sistema de emergencias sanitarias se dirige por el Centro de Gestión de Emergencias 112 SOS-Navarra que depende de la ANE incluyendo personal del SNS-O.

Atiende todo tipo de emergencias con personal propio coordinando la movilización de todos los recursos con criterios de equidad y rapidez. La variedad profesional del personal (técnicos, sanitarios, bomberos, etc.) que trabaja en el centro, hace que muchas emergencias puedan ser atendidas sin falta de movilizar recursos y que la logística de la operación sea más eficaz.

A pesar de todo lo anterior, no existe la figura de la Dirección Médica en el Centro de Gestión de Emergencias ni en el lugar donde se presta la atención sanitaria, tal y como indica el informe de conclusiones del grupo técnico creado por el Gobierno de Navarra.

Este hecho puede motivar en ocasiones, la aparición de dudas acerca del grado de autoridad que ostenta el médico coordinador del Centro de Gestión de Emergencias sobre el recurso a movilizar, o sobre quién es la persona que debe decidir sobre cuestiones sanitarias si es necesario constituir un Puesto Sanitario Avanzado para gestionar determinadas situaciones de emergencia.

V.1.2. Comparación con otras comunidades autónomas

En el informe elaborado por el grupo de trabajo creado para el estudio del transporte sanitario se hace una comparación del modelo de gestión navarro con el del resto de comunidades autónomas. A él nos remitimos para exponer las diferencias y similitudes existentes:

- Transporte urgente:

En todas las autonomías el 100 por cien de este tipo de transporte es público y el único punto discordante es la estructura de la que depende. En 12 autonomías depende del organismo autónomo que gestiona el servicio de salud correspondiente, en cuatro de la Consejería de Salud directamente y en el caso de Navarra la dependencia es tanto del Departamento de Salud como del de Presidencia.

La gestión del servicio es más heterogénea. En 13 comunidades (incluida Navarra) se gestiona a través de diversas estructuras de los servicios de salud autonómicos o gerencias específicas de gestión de emergencias sanitarias. En tres autonomías se gestiona a través de una empresa pública y en una mediante una fundación. En cuatro de ellas (incluida Navarra), la gestión se integra dentro de la atención del 112.

La cartera de servicios es similar en todas las comunidades autónomas, si bien alguna incorpora elementos añadidos como servicios de salud del tipo "salud responde" o consulta médica telefónica (como es el caso de Navarra), protocolos de actuación para situaciones concretas como la hospitalización a domicilio, donantes, etc.

Las ambulancias utilizadas son propiedad de empresas privadas y asociaciones de voluntarios, en su caso, en todas las autonomías a excepción de Navarra que posee las ambulancias de los bomberos. En 7 comunidades (entre las que no se encuentra Navarra) existen además de los vehículos mencionados en el epígrafe II.1 otros tipos de ambulancias adaptadas para neonatos, pacientes psiquiátricos o pediátricos, así como vehículos dotados con personal de enfermería sin profesionales médicos.

En 12 comunidades, entre las que se encuentra Navarra, existen helicópteros disponibles para emergencias sanitarias cuya propiedad es privada en el 100 por cien de los casos.

Los recursos humanos sanitarios pertenecen en prácticamente todas las comunidades a los servicios autonómicos de salud a través de estructuras específicas de urgencias.

El personal técnico y conductor de las ambulancias pertenece en 12 autonomías (incluida Navarra) a la empresa privada. En el resto de comunidades parte del personal lo aporta la empresa pública o la gerencia o servicio público encargado de gestionar el servicio.

Hay que destacar que Navarra es la única comunidad autónoma en la cual los bomberos participan como conductores y técnicos de estos

vehículos, aportando valor añadido a sus intervenciones dada su formación y el material que incorporan al vehículo.

En cuanto a los pilotos y copilotos de los helicópteros, en la totalidad de las comunidades pertenecen a la empresa privada.

Por otro lado, en cinco comunidades entre las que se encuentra Navarra se firman convenios con entidades sin ánimo de lucro (DYA y Cruz Roja) a través del Departamento de Salud (y del Departamento de Presidencia en el caso de Navarra).

Los conciertos con empresas privadas para prestar este servicio son el instrumento utilizado en todas las autonomías. La práctica habitual es englobar dentro del mismo concierto el transporte sanitario urgente y no urgente (como es el caso de Navarra) si bien alguna autonomía regula con independencia ambos servicios.

- Transporte no urgente:

En 14 comunidades (incluida Navarra) la dependencia de este servicio es pública ya sea del servicio de salud o de la Consejería de Salud correspondiente.

La gestión se realiza en todas las autonomías mediante conciertos con empresas del sector que aportan los vehículos y el personal técnico y conductor.

- Centro de Gestión de Emergencias 112 SOS-Navarra:

La gestión centralizada de todas las emergencias sanitarias es un factor común en todas las comunidades, lo que favorece la rapidez, eficiencia y eficacia en la atención al ciudadano que lo precisa. Lo que diferencia a una autonomía de otra es la forma de gestionar este servicio. Como ya se ha comentado, puede ser a través de gerencias específicas, empresas públicas e incluso una fundación.

En definitiva, Navarra en general gestiona este servicio de forma similar a la mayoría de comunidades, si bien existen ciertas peculiaridades que la diferencian del resto. Las más significativas son la participación de los bomberos en el transporte sanitario urgente y la doble gestión del servicio por parte del Departamento de Salud y Presidencia, sin que exista una gerencia u organismo autónomo en el que se agrupen todos los recursos. Analizamos a continuación la posible influencia en la gestión del servicio de estas características distintivas de Navarra.

La dependencia de la gestión del servicio de dos departamentos del Gobierno de Navarra no parece influir negativamente en la gestión del servicio, dado que existen protocolos de actuación específicos de cada participante (sanitarios o de movilización de recursos por ejemplo) y conjuntos en caso de que sean varios los intervinientes en situaciones como accidentes, hundimientos o situaciones catalogadas como catástrofes como puede ser un gran incendio.

La aprobación de estos procedimientos comunes se llevó a cabo a finales de 2009 durante reuniones mensuales previas que se celebraron entre el personal del centro, bomberos, policía foral y SUE, en las que se abordaron estos aspectos. Si bien se consensuaron los protocolos y se formalizaron por escrito, no se les ha dado carácter oficial, con la excepción del de accidentes con múltiples víctimas, que se incorporó al Plan Territorial

de Emergencias aprobado por el Gobierno de Navarra en marzo de 2011.

Por otro lado, la participación en el transporte sanitario de los bomberos es única en Navarra. El hecho de que este personal cualificado colabore en la prestación de este servicio puede aportar valor añadido a la atención prestada dada la formación del personal que acude en la ambulancia y el equipamiento del vehículo que posee material específico para determinadas situaciones de emergencia que el resto de ambulancias no tiene.

Otro aspecto a tener en cuenta es la actividad realizada. Mostramos a continuación la evolución del porcentaje de actividad dedicado al transporte sanitario efectivo de los bomberos y el correspondiente al resto de intervenciones según los datos proporcionados por la ANE y la Dirección de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento:

Tipo de intervención	2007		2008		2009		2010	
	Número intervenc.	% total actividad						
Movilización efectiva de ambulancias	3.414	36,90	3.670	40,03	3.283	36,76	3.664	39,83
Resto de salidas: incendios, movilización ambulancias sin intervención, asistencias técnicas, etc.	5.837	63,10	5.498	59,97	5.647	63,24	5.535	60,17
Total intervenciones	9.251	100	9.168	100	8.930	100	9.199	100

Como puede observarse, en 2010 un 39,83 por ciento de la actividad, medida en movilizaciones, se corresponde con la prestación del servicio de transporte sanitario, porcentaje similar al de años anteriores. Según nos informa la Dirección de Prevención, Extinción de incendios y Salvamento la plantilla seguiría teniendo el mismo número de personas independientemente de la prestación de este servicio, por lo que se estarían aprovechando mejor los recursos disponibles, favoreciendo además la motivación de sus trabajadores.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede concluir que aunque no se ha podido determinar si este modelo organizativo es más eficaz y eficiente que el utilizado por otras comunidades autónomas, dado que no existen indicadores comunes que permitan realizar esta comparación, las peculiaridades de la gestión del transporte sanitario en Navarra no afectan de forma negativa a la forma de prestar el servicio e incluso podrían generar valor añadido con la participación de los bombe-

ros, contribuyendo además a un mejor aprovechamiento de estos recursos.

V.2. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD LLEVADA A CABO CON MEDIOS PROPIOS Y AJENOS

Se presenta en este epígrafe un resumen de la actividad llevada a cabo con medios propios y ajenos. El análisis distingue el tipo de transporte realizado.

V.2.1. Transporte no urgente

En la tabla siguiente se muestra la evolución de la actividad realizada en el transporte no urgente en los últimos 4 años, por tipo de servicio según datos proporcionados por las empresas concertadas. Hay que tener en cuenta que el servicio contabilizado se define como cada trayecto (ida o vuelta) que realiza un paciente en ambulancia, independientemente de que la utilización del vehículo sea individual o colectiva:

Tipo de traslado	Nº traslados 2007	Nº traslados 2008	Nº traslados 2009	Nº traslados 2010	% Variación 10/07
Diálisis	54.557	63.889	62.948	63.928	17,1%
Rehabilitación Neurología	32.816	41.767	38.801	38.700	17,9%
Rehabilitación Traumatología	40.232	43.965	50.240	49.057	21,9%
Radioterapia/Quimioterapia	6.842	8.728	7.500	7.403	8,2%
Consultas Externas	15.697	19.023	21.135	22.077	40,6%
Traslados interhospitalarios	2.802	1.952	1.925	1.805	-35,6%
Ingresos	348	341	357	325	-6,6%
Altas de Planta a domicilio	5.111	6.138	7.155	7.208	41,0%
Altas de Urgencias a domicilio	4.848	4.435	4.121	4.694	-3,2%
Total	163.253	190.238	194.182	195.197	19,57%

El total de traslados se ha incrementado en el periodo 2007-2010 en un 19,57 por ciento, destacando el aumento de pacientes que acuden a rehabilitación o a diálisis, las altas de planta a domicilio, el de traslados para ser atendido en consultas externas o la disminución de los traslados interhospitalarios, si bien se aprecia una cierta estabilidad en los siguientes años.

A pesar de este aumento tan significativo, hay que tener en cuenta que el concepto de servicio

utilizado nos impide conocer el número real de viajes efectuados, ya que una ambulancia puede estar compartida por varios pacientes, siendo este sistema una práctica habitual en los servicios de mayor actividad como rehabilitación o diálisis.

Toda esta actividad se ha llevado a cabo a por las empresas concertadas en los porcentajes que se citan a continuación:

Empresa concertada	2007		2008		2009		2010	
	Servicios realizados	% empresa s/ total	Servicios realizados	% empresa s/ total	Servicios realizados	% empresa sobre total	Servicios realizados	% empresa sobre total
Baztán B. S.L.	123.960	75,93%	146.484	77,00%	153.455	79,03%	153.460	78,62%
La Nora S.L.	5.946	3,64%	6.519	3,43%	6.087	3,13%	5.472	2,80%
GGSS S.L.	33.347	20,43%	37.235	19,57%	34.640	17,84%	36.265	18,58%
Total	163.253	100%	190.238	100%	194.182	100%	195.197	100%

En 2010 un 78,62 por ciento de la actividad se ha realizado por Baztán Bidasoa S.L., el 18,58 por ciento por Gerardo y Gorka Servicios Sanitarios S.L. y el resto por La Nora S.L. Estos porcentajes son similares a los observados en años anteriores.

V.2.2. Transporte urgente

Mostramos en las siguientes tablas la evolución del total de movilizaciones de ambulancias SVB y ambulancias SVA para atención urgente en el periodo 2007-2010 según datos proporcionados por la ANE:

	2007	2008	2009	2010	% Variación 10/07
Movilización ambulancias SVB	31.822	33.348	33.238	34.296	7,77%
Movilización ambulancias SVA	6.415	7.193	6.825	6.929	8,01%
Total	38.237	40.541	40.063	41.225	7,81%

Las movilizaciones de ambulancias SVB y SVA han aumentado en el periodo analizado en un porcentaje cercano al ocho por ciento. Se ha analiza-

do quién ha llevado a cabo estos servicios en el año 2010 y el resultado es:

Empresa/organización	2010	
	Nº servicios	% total
Baztán Bidasoa S.L.	18.813	45,63
La Nora S.L.	827	2,00
Gerardo y Gorka SS S.L.	5.792	14,05
Bomberos	3.857	9,36
Voluntarios: Cruz Roja, DYA y otros	11.936	28,96
Total	41.225	100

Se puede observar que las empresas concertadas atienden el 61,68 por ciento de las movilizaciones, los voluntarios el 28,96 por ciento y el 9,36 por ciento restante los bomberos. A pesar de que no se dispone de datos exactos para años anteriores, el porcentaje de distribución sería muy similar.

Estas cifras de actividad no se corresponden con el número de movilizaciones que acaban trasladando a alguna persona, ya que aunque las ambulancias hayan acudido a una emergencia puede ser que no haya sido necesaria su utiliza-

ción finalmente. Se ha comprobado que para el caso de las empresas concertadas, que aglutinan el mayor porcentaje de actividad, el número de movilizaciones efectivas, según los datos que éstas nos aportan, es aproximadamente un 7,4 por ciento menor al número de movilizaciones mostradas en el cuadro anterior.

Para finalizar este análisis mostramos la estadística de intervenciones sanitarias realizadas por el helicóptero por motivos sanitarios en el periodo analizado:

	2007	2008	2009	2010
Movilización efectiva helicóptero por motivos sanitarios	9	42	56	53

El aumento tan significativo de movilizaciones respecto al año 2007 se debe a la colocación del material sanitario adecuado para este tipo de transporte siguiendo indicaciones del personal médico. Hasta 2007 no se contaba con ese equipamiento y el uso del helicóptero era más limitado. Sin embargo, tras contar con esa dotación este medio de transporte se ha podido aprovechar en mayor medida.

V.3. ANÁLISIS DE LOS CONTRATOS Y CONVENIOS CELEBRADOS PARA PRESTAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO

El transporte sanitario en Navarra se presta a través de conciertos con empresas del sector, voluntarios y uso de los recursos de bomberos. Analizamos a continuación los contratos celebrados con las empresas concertadas y los convenios formalizados con los voluntarios.

V.3.1. Contratos celebrados con empresas del sector

Los adjudicatarios actuales del servicio de ambulancias son tres empresas que se distribuyen las zonas de actuación las cuales difieren en cuanto a superficie, población a atender y bases de permanencia a tener. Analizamos a continuación la adjudicación y la evolución de los importes en el periodo 2007-2010:

V.3.1.1. Adjudicación y evolución de los importes en el periodo 2007-2010

Prestar el servicio en una zona determinada implica proporcionar los medios necesarios para el transporte programado, urgente e interprovincial que en cada caso determine el SNS-O. En 1990, al realizarse las transferencias sanitarias, el Gobierno de Navarra asumió los conciertos existentes y el importe a pagar se determinaba en función de los kilómetros recorridos o servicios realizados por las empresas en cada zona. En 1992, se estableció un sistema de facturación mensual fijo por el transporte urgente y por el programado independientemente del número de servicios o kilómetros realizados que es el utilizado actualmente.

Una vez que se ha establecido un precio anual, en los años siguientes esta cantidad se revisa en función del IPC. Adicionalmente se facturan los traslados interprovinciales a unas tarifas

aprobadas anualmente por Resolución del SNS-O en concepto de kilometraje, personal que intervenga en el traslado, horas de espera, etc.

El cambio de facturación variable a fija por el transporte programado y urgente, ya fue analizado por esta Cámara en un informe emitido sobre el servicio de ambulancias en el año 1994. Este informe concluía que el cambio implicaba una mejor utilización de los recursos por parte de las empresas concertadas y facilitaba el control por parte del Gobierno de Navarra. Un aspecto a tener en cuenta a la hora de extraer esta conclusión es la calidad del servicio prestado, ya que ese mejor aprovechamiento de los recursos por parte de las empresas del sector podría implicar rutas excesivamente largas, tiempos de espera prolongados, etc., que deberían ser objeto de control.

Se ha comprobado que para la fijación de los importes de licitación de los conciertos, se utiliza información referida al gasto histórico abonado por base de permanencia, número de ambulancias SVA necesarias y número de personas que disponen de TIS.

Se analiza a continuación la adjudicación del contrato de cada zona que se realizó en todos los casos por procedimiento abierto con publicidad, aunque ésta no fue comunitaria por ser un servicio encuadrado en el Anexo II.B (servicios de salud) de la Ley Foral de Contratos Públicos (expresando los importes en euros):

Zona	Fecha adjudicación	Vigencia contrato	Importe licitación	Importe adjudicación	Importe baja	Adjudicatario	Ofertas	Modificación
Pamplona			3.285.331	3.284.000	1.331	Baztán Bidasoa S.L.	1	Septiembre 2009
Baztán-Bidasoa-Asasua	Diciembre 2008	1 enero 2009 a 31 diciembre 2012	1.555.055	1.554.000	1.055	Baztán Bidasoa S.L.	1	
Sangüesa-Roncal-Salazar			1.045.937	1.045.937	--	La Nora S.L.	1	
Estella-Tafalla	Abril 2006	1 junio 2006 a 31 diciembre 2013	1.786.950	1.786.830	120	Baztán Bidasoa S.L.	2	Enero y abril 2007
Tudela			1.353.275	1.353.130	145	Gerardo y Gorka SS S.L.	3	

Baztán Bidasoa S.L. resultó adjudicataria de la zona de Pamplona, Baztán-Bidasoa-Alsasua y Estella-Tafalla y además ya prestaba sus servicios previamente en las zonas de Pamplona y Baztán-Bidasoa-Alsasua. En el caso de la zona Estella-Tafalla, el anterior adjudicatario estaba prestando sus servicios por cesión de contrato de otra empresa y se presentó a la convocatoria. Sin embargo, fue excluido por falta de medios y el contrato se adjudicó a Baztán Bidasoa S.L.

Las zonas de Tudela y Sangüesa-Roncal-Salazar se adjudican a empresas diferentes. En el caso de Sangüesa, el contrato se otorga a la empresa que previamente había prestado los servicios en esta zona, mientras que la zona de Tudela se adjudica a una empresa diferente de la que prestaba los servicios ahí por cesión de un contrato. Esta empresa se presentó pero fue excluida de la convocatoria por falta de medios y coincide con la empresa que fue retirada del proceso de contratación en la zona Estella-Tafalla.

En el caso de la zona de Pamplona, en septiembre de 2009 se produjo una modificación del contrato, aumentando el gasto destinado al transporte programado en 400.000 euros por año. Este incremento vino motivado por la inclusión de nuevos servicios como un cuarto turno de diálisis o la habilitación de consultas en horario de tarde. Este hecho tuvo efectos desde el uno de octubre, por lo que en 2009 tan solo se aumentó el gasto en 100.000 euros. La empresa adjudicataria presentó un informe en el que se justificaba el aumento de actividad y se exponían los medios adicionales necesarios para llevarla a cabo cuyo coste se estimaba en 698.000 euros. Sin embargo, el acuerdo final entre ambas partes acabó siendo del incremento citado.

Respecto a la zona de Estella-Tafalla, en enero de 2007 se produce una modificación de contrato por incremento de actividad e incremento de medios personales y materiales en transporte programado.

Además de esta circunstancia, en abril de 2007 se estimó conveniente por parte del SNS-O añadir una base de permanencia en Carcastillo, con un aumento de contrato anual de 292.395 euros que se prorrateó para el año 2007. Este importe se obtuvo dividiendo el importe total abonado a esta empresa entre el número de bases de permanencia contratadas.

En definitiva, se aprecia que en 2010 tres empresas concertadas son adjudicatarias del servicio en las cinco zonas en las que se divide Navarra. El informe de esta Cámara de 1994 indicaba que cuando se realizó el concurso en 1992, Navarra se dividió en ocho zonas resultando adjudicatarias 7 empresas diferentes. Se puede observar que se ha producido una concentración significativa en cuanto a zonas y empresas.

Por este motivo, consideramos que sigue siendo de aplicación, y de una forma más acentuada, una de las conclusiones del informe de esta Cámara de 1994 en la que se manifestaba la dificultad de que existiera cierta competencia en el sector del transporte sanitario, hecho que debía ser tenido en cuenta para valorar la gestión de este servicio.

Analizadas las adjudicaciones de los contratos de cada zona, se presenta a continuación la evolución de los importes facturados por estas empresas en el periodo 2007-2010:

PRECIO FIJO MENSUAL SEGÚN ADJUDICACIÓN											
Empresa	Zonas	No urgente (programado y no programado) (€)				URGENTES (SVB+SVA) (€)					
		2007	2008	2009	2010	%10/07	2007	2008	2009	2010	%10/07
La Nora S.L.	Sangüesa-Roncal-Salazar	220.312	229.565	81.857	82.512	-62,55	460.960	480.320	964.082	971.793	110,82
Gerardo y Gorka SS S.L.	Tudela	605.242	630.662	639.491	643.328	6,29	784.423	817.368	828.812	836.721	6,67
Baztán Bidasoa, S.L.	Pamplona	1.716.301	2.048.882	2.222.999	2.540.459	48,02	1.362.130	1.419.340	1.161.000	1.173.013	13,88
Baztán Bidasoa, S.L.	Estella-Tafalla-Azagra	939.386	978.840	992.544	998.499	6,29	1.298.878	1.429.600	1.449.613	1.463.197	12,65
Baztán Bidasoa, S.L.	Alsasua-Baztán-Bidasoa	318.225	331.590	269.000	270.614	-14,96	951.562	991.528	1.285.000	1.295.818	36,18
	Total anual	3.799.466	4.219.539	4.205.891	4.535.412	19,37	4.857.953	5.138.156	5.688.507	5.740.542	18,17

FACTURACIÓN VARIABLE SEGÚN TARIFA

Empresa	Zonas	Traslados INTERPROVINCIALES (€)				
		2007	2008	2009	2010	%10/07
La Nora S.L.	Sangüesa-Roncal-Salazar	1.797	7.655	2.921	961	46,52
Gerardo y Gorka SS S.L.	Tudela	21.511	17.671	11.004	18.336	14,76
Baztán Bidasoa, S.L.	Todas las zonas	125.799	108.371	144.069	108.063	14,10
	Total anual	149.107	133.697	157.994	127.360	14,58

Teniendo en cuenta los datos desagregados de la página anterior, la facturación total por empresa y zona en el periodo analizado es la siguiente:

Empresa	Zonas	FACTURACIÓN TOTAL (€)				
		2007	2008	2009	2010	%10/07
La Nora S.L.	Sangüesa-Roncal-Salazar	683.068	717.539	1.048.859	1.055.266	54,49
Gerardo y Gorka SS S.L.	Tudela	1.411.175	1.465.702	1.479.307	1.498.385	6,18
Baztán Bidasoa, S.L.	Pamplona	3.078.431	3.468.222	3.383.999	3.713.472	20,63
Baztán Bidasoa, S.L.	Estella-Tafalla-Azagra	2.238.264	2.408.441	2.442.157	2.461.696	9,98
Baztán Bidasoa, S.L.	Alsasua-Baztán-Bidasoa	1.269.787	1.323.118	1.554.000	1.566.432	23,36
Baztán Bidasoa, S.L.	Interprovincial todas zonas	125.799	108.371	144.069	108.063	14,10
Total anual		8.806.524	9.491.392	10.052.391	10.403.314	18,13

Como se puede comprobar, la facturación total ha aumentado un 18 por ciento en el conjunto del transporte sanitario, si bien la evolución de cada empresa concertada difiere por los motivos que se han ido exponiendo previamente: paso de municipios entre zonas, modificaciones de contratos, sistema de cálculo de importes de licitación distintos, etc.

Se observa asimismo que aproximadamente un 75 por ciento del gasto en el que se ha incurrido se abona a Baztán Bidasoa S.L., lo que concuerda con los datos de actividad descritos en el epígrafe V.2.

La distribución de la facturación por tipo de transporte es la siguiente:

Tipo de servicio	2007		2008		2009		2010	
	Importe (€)	%						
Transporte no urgente	3.799.464	43,14	4.219.539	44,46	4.205.891	41,84	4.535.412	43,60
Transporte urgente	4.857.953	55,16	5.138.156	54,13	5.688.507	56,57	5.740.542	55,18
Traslados interprovinciales	149.107	1,70	133.697	1,41	157.994	1,59	127.360	1,22
Total	8.806.524	100	9.491.392	100	10.052.392	100	10.403.314	100

En el 2010, un 43,6 por ciento del gasto total en conciertos corresponde al transporte no urgente, un 55,18 por ciento al urgente y el 1,22 por ciento restante a los traslados interprovinciales. Esta distribución es similar a los años anteriores.

Por otro lado, hay que mencionar que los funcionarios acogidos al régimen de uso especial no están incluidos en ese importe fijo que presta atención a la población navarra. Cuando estas personas precisan una ambulancia, las empresas concertadas les facturan directamente y posteriormente se presentan estos comprobantes de gastos en el Gobierno de Navarra que devuelve el importe íntegro.

El gasto en el que se incurrió en los años 2009 y 2010 por este concepto ascendió a 166.793 y 207.818 euros respectivamente.

En relación a todo este gasto abonado a las empresas concertadas, se ha verificado que el procedimiento de autorización previa necesaria para el transporte programado, el control y la gestión de la facturación, tareas que corresponden en su mayor parte al Servicio de Prestaciones y Conciertos, son adecuados.

Hemos calculado el gasto medio del traslado de transporte urgente y no urgente, ponderado con la actividad realizada, dividiendo el gasto abonado a cada empresa por tipo de transporte entre

el número de traslados realizados, obteniendo los siguientes resultados (se incluye a modo de ejemplo el cálculo para el año 2010):

		Gasto medio servicio transporte no urgente (€)					
		2007	2008	2009	2010		
					Importe	Traslados	Gasto medio
Baztán S.L.	Bidasoa,	24	23	23	3.809.572	153.460	25
La Nora S.L.		37	35	13	82.512	5.472	15
GGSS S.L.		18	17	18	643.328	36.265	18
Total		23	22	22	4.535.412	195.197	23

Se puede comprobar que el gasto medio del servicio del transporte no urgente, si bien disminuyó ligeramente en los años 2008 y 2009, se mantuvo en 2010 respecto al obtenido en 2007. Existen diferencias significativas entre los gastos medios por empresa concertada, motivadas principalmente por la población de la zona donde operan y por el cambio de sistema de cálculo del importe de licitación que en la adjudicación realizada en el año 2008 se intentó homogeneizar por número de TIS existentes en la zona.

Este cambio de sistema supuso una disminución significativa en el importe asignado para la zona donde opera La Nora S.L. donde la población es menor en relación con otras zonas, el mantenimiento en niveles similares del importe percibido por Gerardo y Gorka Servicios Sanita-

rios S.L. y un ligero aumento en el cómputo total de las zonas de Baztán Bidasoa S.L.

Además de lo anterior, hay que tener en cuenta el concepto de traslado utilizado en el cálculo, y considerar que las empresas pueden haber aprovechado de forma más eficiente sus traslados, en función del número de pacientes a trasladar, teniendo en cuenta la zona donde presten sus servicios.

En el caso del transporte urgente, tal y como se muestra a continuación, se observa un aumento del gasto medio por traslado efectivo del 16 por ciento en el periodo 2007-2010 y existen diferencias significativas entre el gasto por empresa concertada (se ha incluido el cálculo realizado para el año 2010 a modo de ejemplo):

		Gasto medio traslado efectivo transporte urgente (€)					
		2007	2008	2009	2010		
					Importe	Traslados	Gasto medio
Baztán S.L.	Bidasoa,	206	213	227	3.932.028	17.375	226
La Nora S.L.		699	729	1.184	971.793	827	1.175
GGSS S.L.		153	144	152	836.721	5.478	153
Total		208	211	243	5.740.542	23.680	242

Si las diferencias entre empresas en los años 2007 y 2008 se pueden explicar por el volumen de actividad atendido por cada empresa, en los años 2009 y 2010 las variaciones existentes están motivadas, al igual que en el caso anterior, por el cambio de sistema de cálculo de los importes de licitación.

Se buscó pagar la misma cantidad por base de permanencia que la empresa ponga a disposición del Gobierno de Navarra, aumentando este importe en una cifra fija en caso de que se aporte también una ambulancia SVA.

Teniendo en cuenta que La Nora S.L. tiene 3 bases de permanencia (Sangüesa, Isaba y Ezcároz) y que el número de traslados realizados es 827, que Gerardo y Gorka Servicios Sanitarios S.L. tiene dos bases y una ambulancia SVA para 5.478 traslados y que Baztán Bidasoa S.L. tiene 11 bases y 2 ambulancias SVA para 17.375 traslados, las diferencias existentes quedarían explicadas.

V.3.1.2. Facturación a terceros por parte de las empresas adjudicatarias y asociaciones de voluntarios

Se ha analizado la conveniencia de la inclusión de una cláusula en los pliegos que rigen los contratos de estas empresas en la que se menciona expresamente que en el caso de traslados urgentes y no urgentes, las empresas adjudicatarias podrán facturar los servicios realizados a mutuas patronales, compañías de seguros, federaciones deportivas o particulares en los siguientes casos:

- Accidentes de trabajo excepto si entran en la cobertura del SNS-O.
- Accidentes derivados de la práctica de cualquier deporte cuando el lesionado esté federado.
- Traslados solicitados por particulares a título privado o cubiertos por Seguros Médicos privados.
- Accidentes de Tráfico, salvo lo dispuesto en el convenio suscrito entre el SNS-O, el Consorcio de Compensación de Seguros y la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

Hay que tener en cuenta que el contrato que se regula por estos pliegos tiene por objeto la gestión indirecta de un servicio público sanitario, en cuya virtud el SNS-O encarga a un tercero la gestión de un servicio cuya prestación es competencia de dicha entidad.

La cláusula citada podría tener amparo en lo previsto en el artículo 30 de la Ley Foral 6/2006 de Contratos Públicos que establece la libertad de

pactos entre la administración y un tercero siempre que éstos no sean contrarios al interés público, ordenamiento jurídico o a los principios de buena administración.

Sin embargo, analizada la normativa aplicable y teniendo en cuenta el artículo 81 de la Ley General de Sanidad y la Ley Foral 7/2001 de tasas y precios públicos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, los ingresos derivados de la prestación del transporte sanitario, dentro del marco de este contrato, tienen la naturaleza de ingresos públicos. Por este motivo, no procede que el contratista facture a terceros y mucho menos a que esos precios públicos puedan ser fijados por dichos contratistas privados.

Por este motivo, consideramos que existe contradicción entre la cláusula del pliego y la normativa aplicable.

Se han analizado cuatro pliegos de otros territorios de nuestro país y tan solo en Gipuzkoa se autoriza al tercero a facturar en los mismos términos que en Navarra. Sin embargo, se obliga a la empresa que presta el servicio a proporcionar la relación de servicios facturados por este concepto a la Dirección Territorial para que controle esta actividad.

En el caso de Navarra, el Servicio de Prestaciones y Conciertos no controla los importes ingresados por este concepto.

Finalmente, y en aplicación de esta cláusula para los servicios que presta el Gobierno de Navarra con medios propios, no consta que se facturen los servicios prestados por las ambulancias de los bomberos en los casos mencionados de accidentes de tráfico, laborales, etc.

V.3.2. Convenios formalizados con asociaciones de carácter voluntario

El servicio de transporte urgente sanitario en Navarra es prestado también por parte de asociaciones de carácter voluntario como son la Cruz Roja y la DYA, en un porcentaje aproximado del 30 por ciento de las movilizaciones de este tipo de transporte realizadas.

Se analizan a continuación los convenios que se han venido estableciendo con estas organizaciones para atención de víctimas de accidentes, si bien hay que tener en cuenta que perciben subvenciones para otro tipo de actuaciones por parte de otros Departamentos del Gobierno de Navarra.

- Cruz Roja: en abril de 2011, por acuerdo del Gobierno de Navarra, se aprueba un Convenio Marco de Colaboración en sustitución del firmado

en el año 2007. La finalidad de ese acuerdo marco es dar cobertura a diversos convenios de colaboración específicos que se establezcan con la Cruz Roja por parte de diversos departamentos del Gobierno de Navarra que asumirán la financiación derivada de los mismos.

Los convenios relacionados con el sistema de transporte sanitario y/o participación en situaciones de emergencia que deberán ajustarse a ese marco de colaboración son:

1. Convenio entre ANE y Cruz Roja firmado el 27 abril 2011 que sustituye al anterior suscrito en 2007. Este convenio permite la integración de determinados recursos de la Cruz Roja en la estructura de Protección Civil, así como en la Red de Transporte Sanitario de Urgencia de Navarra.

Se exige la presentación y aprobación de un programa anual de actividades, así como una descripción detallada de los medios humanos y materiales puestos a disposición de la Red de Transporte Sanitario de Urgencia en Navarra.

La ANE a cambio de los medios prestados financia a la Cruz Roja, a través de tres partidas presupuestarias, una parte del coste total de las actividades realizadas vía transferencias corrientes y de capital en caso de realizar alguna inversión relevante. Para verificar el coste de las activi-

dades, la Cruz Roja debe presentar anualmente a la ANE una memoria sobre las actividades realizadas junto a un resumen de sus presupuestos de gastos e ingresos.

Se ha verificado que se presenta esta información de manera adecuada.

2. Convenio entre Cruz Roja y el Departamento de Salud, firmado en junio de 2009, para financiar el desplazamiento gratuito de los pacientes de los hospitales de Estella y Tudela a los hospitales de Pamplona mediante un microbús en cada localidad con dos frecuencias diarias. Este servicio se puso en marcha tras una moción presentada por el Partido Socialista de Navarra en el Parlamento. A pesar de que este transporte no es puramente sanitario, dada su relación con el objeto de este informe, se ha considerado conveniente analizarlo.

El importe máximo previsto en el convenio ascendía a 300.000 euros si bien se supeditaba a la presentación de gastos por parte de Cruz Roja. En el año 2009 se abonó a esta asociación un total de 162.500 euros y en el año 2010 un total de 186.500 euros.

Este servicio presenta los siguientes datos de actividad desde que comenzó a funcionar en julio del 2009:

	Nº usuarios (pacientes y acompañantes)		% ocupación plazas ofertadas	
	2009	2010	2009	2010
Tudela	3.032	11.906		54,34%
Estella	514	2.032	19,37%	9,27%
Total	3.546	13.938		31,80%

Como se puede observar, el grado de ocupación de las plazas ofertadas es relativamente bajo y alcanza el 31,8 por ciento en el 2010, si bien es cierto que en el caso de Tudela este porcentaje de ocupación en este año ascendió al 54,34 por ciento, mientras que en Estella fue tan solo del 9,27 por ciento. Hay que mencionar que el servicio entre el hospital de Estella y Pamplona parece que va a ser suprimido ante la baja utilización del mismo

• **DYA:** Al igual que en el caso anterior, se firmó en abril de 2011 un convenio marco de colaboración para dar soporte y coordinar todos los programas y acciones que realiza la DYA con el Gobierno de Navarra. Destacamos los convenios que

tienen algún tipo de relación con el transporte sanitario y/o participación en situaciones de emergencia:

1. Convenio entre la ANE y la DYA, firmado en abril de 2011, que sustituye al previo existente y que permite la integración de determinados recursos de DYA en la estructura de la Dirección de Protección Civil y en la Red de Transporte Sanitario de Urgencia de Navarra.

Los términos que rigen el convenio son similares a los descritos en el caso de la Cruz Roja: programa de actividades, medios puestos a disposición, etc. La ANE financiará una parte del coste de las actividades realizadas para la cual será nece-

sario presentar la misma información que en el caso anterior.

Hay que destacar que la DYA proporciona más recursos que la Cruz Roja, además de facilitar una ambulancia SVA con personal sanitario incluido.

2. Acuerdos específicos de colaboración entre la DYA y la Dirección de Atención Primaria para subvencionar la medicalización (médico y ATS-DUE) de la ambulancia SVA puesta a disposición del Gobierno de Navarra. Se firmó en marzo de 2010 permitiendo prórrogas y así se hizo para el año 2011. El importe abonado en 2010 ascendió a 242.313,46 euros.

3. Mediante una enmienda parlamentaria, se firma un convenio entre la ANE, el SNS-O y la DYA para paliar el déficit de dicha asociación. Es un acuerdo singular para el año 2010, de cuya

gestión y tramitación se encargó la ANE, si bien el gasto corrió a cargo de la Dirección de Atención Primaria ascendiendo a 100.000 euros.

4. Convenio entre la DYA y el Departamento de Salud, firmado en abril de 2007, para trasladar a mujeres citadas por el programa de detección precoz de mamá hasta la Unidad Móvil/Unidad Fija de exploración.

Este convenio se prorrogó anualmente hasta diciembre de 2010 pasando a prestar este servicio en 2011 la empresa Autobuses La Pamplonesa S.A.

A continuación mostramos las cantidades percibidas por estas agrupaciones de carácter voluntario en el periodo 2007-2010 en virtud de los convenios señalados:

CRUZ ROJA

Financiador	Partida	2007	2008	2009	2010
ANE	Convenio con entidades sin ánimo de lucro: gastos corrientes	134.045,47	139.675,37	151.999,99	152.075,99
ANE	Convenio con la Cruz Roja. Ayuda institucional	101.900,00	106.000,00	107.453,96	109.000,00
ANE	Convenios con entidades sin ánimo de lucro: gastos en inversiones	130.000,00	107.000,00	45.000,00	53.692,87
	Transporte colectivo interhospitalario			162.500,00	186.500,00
	Total	365.945,47	352.675,37	466.953,95	501.268,86

DYA

Financiador	Partida	2007	2008	2009	2010
ANE	Convenio con entidades sin ánimo de lucro: gastos corrientes	240.324,19	253.892,82	268.226,47	221.900,41
ANE	Convenio DYA Ayuda institucional			109.000,00	103.550,00
ANE	Convenios con entidades sin ánimo de lucro: gastos en inversiones	120.000,00	107.000,00	56.679,00	53.692,87
Atención Primaria	Subvención a DYA para medicalizar la ambulancia SVA	134.229,00	231.825,88	257.500,00	242.313,46
Atención Primaria	Convenio para paliar el déficit de DYA				100.000,00
Dirección de Salud	Convenio con DYA para programas de cáncer de mama	41.250,00	69.025,00	57.443,10	59.480,00
	TOTAL	535.803,19	661.743,70	748.848,57	780.936,74

La cantidad subvencionada a cada asociación va correlacionada con los medios puestos a disposición del Gobierno de Navarra, que son mayores en el caso de la DYA como ya se ha mencionado. Las subvenciones a la Cruz Roja y DYA han aumentado un 37 y un 46 por ciento respectivamente en el periodo analizado.

V.3.3. Contrato celebrado para prestar el servicio de helicóptero

En el informe emitido por esta Cámara referido a las Cuentas Generales del año 2010, se analizaron los gastos derivados del contrato adjudicado

para prestar el servicio de helicóptero a finales del año 2009 para el periodo 2010-2013. En este informe se apuntaba el importe por el que se había adjudicado el contrato para este periodo (6.650.000 euros) para un total de 2.400 horas de vuelo y la disposición de 3 helicópteros, al que se ha añadido otro posteriormente a la adjudicación. Las horas excedidas se regularizarán al final del periodo contratado.

A continuación mostramos el gasto destinado al servicio de helicóptero en el periodo analizado, en el cual la empresa adjudicataria actual era la que prestaba también el servicio:

	2007	2008	2009	2010
Servicio helicóptero: ANE y policía foral	1.499.880	1.497.000	1.494.020	1.611.912

Hay que tener en cuenta que el gasto reflejado no se destina tan solo a transporte sanitario, ya que el helicóptero se utiliza para otros fines (búsquedas, entrenamientos, incendios, filmaciones, tráfico, vigilancia, etc.) por lo que no se ha podido obtener el gasto dedicado exclusivamente al traslado aéreo sanitario.

V.4. ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE SEGUIMIENTO Y CALIDAD DEL TRANSPORTE SANITARIO Y SISTEMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS

Se ha diferenciado el análisis del transporte urgente del que no lo es por tratarse de servicios de características distintas y por prestarlo diferen-

tes agentes. Se han analizado también aspectos generales relacionados con el sistema de emergencias sanitarias.

V.4.1. Transporte no urgente

La calidad del servicio de este tipo de transporte depende de las empresas concertadas que lo prestan y del Servicio de Prestaciones y Conciertos que se encarga de su gestión.

Un indicador fundamental de la calidad prestada es el número de quejas de los usuarios del servicio. A continuación se presenta el total de quejas formalizadas por escrito recibidas por el Servicio de Prestaciones y Conciertos en los años 2009 y 2010:

	2009	2010
Nº traslados no urgentes	194.182	195.197
Motivos quejas	Nº quejas	Nº quejas
Demora o larga espera	11	14
Denegación de prestación	2	4
Largo trayecto	1	0
Mala atención/actuación	1	2
Otros	2	1
Total quejas	17	21
% de quejas sobre servicios	0,01%	0,01%

El número de quejas es muy bajo respecto a los servicios realizados (una por cada 10.000 traslados realizados) por lo que se podría deducir que la calidad del servicio es adecuada.

Sin embargo, en los Pliegos de Cláusulas Técnicas que rigen la prestación de este servicio, se mencionan varios aspectos relacionados con la calidad, sobre los que no existe un seguimiento exhaustivo que son (según nos indica el Servicio de Prestaciones y Conciertos la falta de medios personales provoca que no se verifique el grado de cumplimiento de estas cláusulas):

- Se especifica que las altas hospitalarias se producirán antes de las ocho de la tarde, sin que el paciente espere más de dos horas desde la solicitud del traslado para el caso de las zonas adjudicadas en el año 2008. Para las empresas que operan en las zonas adjudicadas en el año 2006, la hora máxima para trasladar a un paciente se estableció en las seis de la tarde.

No existe un control sobre el tiempo de espera de los pacientes ni sobre la hora en la que se hace el traslado, si bien en este último caso, el personal del hospital correspondiente se encarga de que se haga de forma correcta para poder ocupar la cama que queda liberada.

- Se cita además que el paciente no debe llegar al centro sanitario antes de una hora para su consulta o tratamiento ni esperar más de dos horas finalizados éstos.

Al igual que en el caso anterior, no existe un control sobre el tiempo que ha esperado el paciente antes de recibir el tratamiento o ser visto en consulta o en momentos posteriores a estas actuaciones.

- Según los pliegos, la organización de las rutas será competencia de la empresa y deberá hacerse de la forma más rápida, cómoda y segura para el paciente sin que su duración supere el tiempo máximo establecido según oferta técnica.

No se lleva a cabo ningún control sobre este aspecto. Aunque es de esperar que las rutas se realicen de forma eficiente, ya que las empresas facturan un fijo mensual independientemente del número de traslados realizados, la calidad, comodidad y organización de los trayectos no se contrasta.

- Se menciona de igual forma que la empresa facilitará información a los usuarios sobre las condiciones de prestación del servicio en lo que se refiere a tiempos de espera, etc.

No existe un control sobre si las empresas informan debidamente a los pacientes sobre ello, si bien esta divulgación de la información también se podría ejercer desde el Servicio de Prestaciones y Conciertos.

- Se enuncia el derecho a realizar inspecciones por parte del Servicio de Prestaciones y Conciertos de recursos humanos y materiales e infraestructuras, siendo también esta cláusula de aplicación al transporte urgente.

No existe un plan de inspecciones periódicas para ningún tipo de transporte, tan solo se realizan de forma muy puntual o en caso de que exista alguna queja en particular.

- Se describen, tanto en el caso de este transporte como en el urgente, conductas susceptibles de penalización como por ejemplo incumplimientos en lo que a dotación de material o personal de vehículos se refiere, demoras, falta de corrección en el trato a los pacientes, omisión de información, etc.

No consta que se hayan establecido penalizaciones al respecto por ninguno de los motivos anteriores.

- En los pliegos del año 2006 se establecía una cláusula que indicaba la obligación de las empresas de proporcionar junto a la factura mensual una base de datos con información acerca de la actividad tanto del transporte no urgente como del urgente (hora inicio, hora finalización servicio, destino paciente, kilómetros recorridos, etc.). En el año 2009 desaparece esta cláusula y se sustituye por la posibilidad del SNS-O de requerir este tipo de información para diseñar herramientas de gestión.

A pesar de que existía obligación de la empresa de proporcionar esta información al Servicio de Prestaciones y Conciertos sobre las zonas adjudicadas en el año 2006, ni se ha facilitado ni se ha exigido su presentación. De igual forma, aunque existe la potestad de pedirla para el resto de zonas, no se realizan este tipo de solicitudes.

- Por último, en los pliegos se especificaba que la empresa debía contar con un programa de atención al paciente que contemplaba entre otros aspectos la realización de encuestas de satisfacción a los usuarios de ambos tipos de transporte.

No consta que se hayan realizado dichas encuestas ni por las empresas ni por el Servicio de Prestaciones y Conciertos.

V.4.2. Transporte urgente y sistema de emergencias sanitarias

La calidad de este tipo de transporte depende del Centro Gestor de Emergencias 112-SOS Navarra, encargado de recibir las llamadas y de movilizar los recursos, de los bomberos que prestan el servicio de transporte, del personal sanitario

	2009	2010
Nº llamadas "sanitarias" atendidas por ANE	181.011	175.169
Nº movilizaciones sanitarias de urgencias	40.063	41.225
Motivos quejas	Nº quejas	Nº quejas
Demora o larga espera	2	1
Denegación de prestación	1	2
Mala atención/actuación sanitaria	2	6
Mala atención/actuación atención telefónica	0	6
Otros	1	0
	Total quejas	15
% de quejas sobre servicios	0,01%	0,04%

El porcentaje de quejas sobre el total de servicios prestados es muy bajo (4 por cada 10.000 movilizaciones) lo que sería un indicador bueno de la calidad de la prestación.

Atendiendo de nuevo a los pliegos, para el caso de las empresas concertadas, además de los comentarios realizados en el punto anterior, se observan los siguientes hechos:

- Se menciona que la movilización de los recursos corresponderá exclusivamente a SOS Navarra y siempre bajo los protocolos que éste marque.

Este punto se cumple en la totalidad de las movilizaciones.

- En los pliegos no se establece un tiempo máximo de demora o de espera por parte de los usuarios, si bien se especifica que la atención se deberá prestar lo antes posible. La ubicación de las bases de permanencia en conjunción con la de los parques de bomberos debería ser tal que se alcanzara un porcentaje de población significativo en el menor tiempo posible.

La Dirección de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento nos ha proporcionado información de la que se deduce que dada la ubicación de los parques de bomberos, tras movilizar

del SNS-O adscrito a este servicio y del Servicio de Prestaciones y Conciertos que gestiona los conciertos de transporte con las empresas del sector.

Se muestra a continuación el número de quejas formalizadas por los usuarios así como los motivos de las mismas recibidas por la ANE:

el recurso correspondiente, en 5 minutos se atendería al 75 por ciento de la población navarra, en 10 minutos al 85 por ciento y en 20 minutos al 95 por ciento. El tiempo máximo de atención se encontraría en un intervalo de 30 a 47 minutos para zonas más alejadas de los núcleos urbanos principales, teniendo en cuenta el momento concreto en que se produzca el incidente.

Si añadimos a los parques de bomberos las bases de permanencia concertadas y las de los voluntarios, es de suponer que estos porcentajes mejorarían. Sin embargo, no existe información sobre las isócronas de estos recursos añadidos respecto a población cubierta en un determinado intervalo de tiempo.

Hay que tener en cuenta que los datos anteriores son previsiones realizadas en función de la ubicación de los parques de bomberos, población existente, etc. pero no existe un control del tiempo real de atención al ciudadano en situaciones de emergencias.

Sí que existe cierto control en el Centro Gestor de Emergencias 112, en el que se ha verificado que el tiempo medio que transcurre entre que una persona llama y se inicia el procedimiento de apertura del incidente, es de 19 segundos. Posteriormente, el tiempo que pasa desde que se abre

el incidente hasta que se inicia la apertura de la primera respuesta es de 90 segundos.

A partir de este momento, la información con la que se cuenta no es fiable y no se puede conocer el tiempo que transcurre desde que se produce la llamada, hasta que se alarma al recurso correspondiente, o el que pasa desde que se moviliza el recurso hasta que llega al lugar del incidente. El desconocimiento de estos datos se produce principalmente porque el soporte informático del Centro Gestor de Emergencias 112 no permite la obtención de este tipo de información y por falta de transmisión del estatus de los vehículos a este Centro por parte de los conductores y técnicos, por olvido o falta de cobertura.

Hay que mencionar que actualmente el Centro de Gestor de Emergencias 112 está trabajando en la implantación de un sistema de localización por GPS, que facilitará el control de estos tiempos obteniendo información real al respecto.

- Por otro lado, en los convenios marco que regulan el resto de acuerdos con las asociaciones sin ánimo de lucro mencionados en el epígrafe V.3., se establece que el personal y vehículos deberán ajustarse a las exigencias establecidas en la regulación foral sobre transporte sanitario, por lo que la calidad del servicio debería ser la misma. A pesar de ello, no se menciona expresamente la posibilidad de realizar inspecciones de calidad que verifiquen que efectivamente se está cumpliendo la normativa, salvo verificaciones previstas en caso de que se produzcan modificaciones en los medios materiales puestos a disposición del Gobierno de Navarra.

- Otro indicador de la calidad del sistema de emergencias sanitarias ya mencionado es la existencia de protocolos de los agentes intervinientes. Se ha verificado que bomberos, personal sanitario del SUE y SUR o el propio Centro Gestor de Emergencias 112, cuentan con manuales de procedimientos de actuación propios en cada caso. Si bien los protocolos sanitarios del SUE y SUR no se proporcionan a las empresas concertadas, bomberos y voluntarios, se supone que son conocidos por todos ellos, dado que todo este personal ha realizado el curso de Auxiliar Técnico de Ambulancia (ATA) que contiene este tipo de información.

Respecto a los protocolos, tal y como se ha mencionado previamente, existen procedimientos de actuación conjuntos consensuados, establecidos en las reuniones mensuales interdisciplinarias mencionadas, celebradas con el fin de mejorar el servicio prestado a los ciudadanos, si bien no tienen todos ellos carácter oficial.

Por último, y relativo a ambos tipos de transporte, hay que destacar que la aprobación del Decreto Foral 8/2011 que regula el transporte sanitario ha mejorado aspectos relevantes que pueden incidir en una mayor calidad de este servicio:

- El establecimiento del título de Técnico en Emergencias Sanitarias (TES) unifica los conocimientos y competencias que ha de poseer el personal que preste sus servicios en ambulancias, especificando además aspectos concretos referidos a los profesionales que trabajen en ambulancias SVA.

Para los profesionales que ya ejercen esta profesión y cuentan con el título de ATA, se establece que podrán ejercer su profesión hasta que no se apruebe por orden foral un procedimiento para su habilitación como TES.

- Por otro lado, se especifican claramente las características técnicas y la dotación de material y personal que debe tener cada tipo de ambulancia, en un intento de satisfacer a las empresas y profesionales implicados y a los propios ciudadanos que deben ser atendidos en igualdad de condiciones.

A modo de conclusión, podríamos señalar que si bien se ha avanzado en aspectos relevantes relacionados con la formación y dotación de vehículos con la nueva normativa foral y a pesar de que el número de quejas es muy bajo respecto al total de traslados realizados (tanto urgentes como no urgentes), no se controlan diversos aspectos que podrían mejorar la obtención de conclusiones sobre la calidad del servicio prestado. Este hecho, unido a un desconocimiento por parte del ciudadano de las condiciones en las que se ha contratado el servicio, hace que esta parte de la gestión sea susceptible de mejoras.

V.5. ESTIMACIÓN DEL COSTE DE PRESTAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO CON MEDIOS PROPIOS

Aunque existe un cierto control sobre la fijación de los importes de licitación, tal y como se ha descrito en el epígrafe V.3., se ha comprobado que no existen informes que analicen otras alternativas y contrasten el gasto en el que se incurre al concertar el servicio y el que se llevaría a cabo si se realizara el transporte sanitario con medios propios.

A pesar de lo anterior, se ha realizado una estimación del coste de prestar el servicio de transporte sanitario con medios propios y se ha comparado posteriormente con el importe que se abonó

a las empresas concertadas en el año 2009. Se ha elegido este año y no el año 2010 porque entre los estados contables de las cuentas anuales de 2010 facilitadas por las empresas, no constaba la memoria y precisábamos de esta información para llevar a cabo nuestra estimación.

Nos hemos encontrado con varias limitaciones en el cálculo que han dificultado obtener una cifra exacta del coste y, por ende, del ahorro o mayor gasto para el Gobierno de Navarra si se prestara el servicio con medios propios.

Para efectuar la comparativa se han tenido en cuenta solo las zonas cubiertas por Baztán Bidasoa S.L., que suponen alrededor del 75 por ciento de la actividad llevada a cabo y del gasto abonado a las empresas concertadas. El motivo principal ha sido que las cuentas de esta empresa están auditadas, lo que nos proporciona mayor fiabilidad, y además, el grado de detalle es mayor lo que nos ha permitido obtener mayor información para nuestra estimación.

A continuación se describe el cálculo efectuado para cada componente del coste exponiendo en su caso los problemas encontrados para obtener una cifra fiable:

• **Costes de personal:** la principal limitación con la que nos hemos encontrado ha sido no poder determinar con exactitud qué estructura orgánica implicaría prestar el servicio con medios propios: si tendría un Director o Coordinador General o si se podría asumir desde la ANE, el personal administrativo que se asignaría, si habría responsables en cada base de permanencia o no, el número de conductores y técnicos que se necesitarían, etc. Por ello se han asumido dos supuestos de partida con hipótesis diferentes que condicionan las cifras obtenidas y que son los siguientes:

Supuesto 1:

* Los conductores y técnicos de ambulancias se englobarían dentro del nivel C, dado que el Decreto Foral 8/2011 exige disponer de la titulación FP de grado medio de Técnico en Emergencias Sanitarias, con los mismos complementos que el personal del parque móvil a excepción del complemento de exclusividad.

* Se añade el complemento de nivel que por normativa tiene esta categoría profesional.

* Se incluye el importe a abonar en concepto de festivo y nocturnidad en el caso del transporte urgente.

* Se computa el gasto por seguridad social a cargo de la empresa que corresponde a los trabajadores según la normativa.

* Se considera una antigüedad media de 10 años.

* El número de conductores se calcula teniendo en cuenta el número de horas laborables según el convenio laboral que rige las ambulancias en Navarra y las horas que trabajaría este personal en el Gobierno de Navarra, que variarían en función del transporte no urgente y urgente.

* Se ha supuesto que existiría un jefe coordinador de todas las bases (que cobraría igual que el jefe de sección del parque móvil), un responsable por base en la que exista transporte programado y urgente (al que se le ha añadido un complemento) y 2 auxiliares administrativos.

Supuesto 2:

* Los conductores y técnicos de ambulancias se englobarían dentro del nivel D, dado que existe en la plantilla orgánica del SNS-O personal conductor que pertenece a esta categoría.

* Se añade un complemento por riesgo.

* El complemento de nivel, importe a abonar por festivos y nocturnidad, gasto por seguridad social, antigüedad media, número de conductores y personal de estructura coincidirían con los descritos en el supuesto 1.

• **Costes de vehículos:** las empresas concertadas nos facilitaron un presupuesto por tipo de ambulancia que coincidía, por lo que se ha supuesto que se adquirirían a ese importe. A pesar de que las tablas oficiales de amortización del Real Decreto 1777/2004, que regula el Impuesto sobre Sociedades, otorgan un plazo máximo de amortización para estos elementos de 12 años, se ha supuesto un periodo de ocho dado que el Decreto Foral 8/2011 establece en esta cifra la validez de la certificación técnico-sanitaria de estos vehículos.

A pesar de que las empresas Baztán Bidasoa S.L. y Gerardo y Gorka Servicios Sanitarios S.L., no son propietarios de los vehículos y utilizan la forma de leasing, se ha considerado que el Gobierno de Navarra adquiriría las ambulancias en propiedad.

• **Costes de bienes corrientes y servicios:** ante la dificultad de estimar el consumo de suministros, combustible, seguros, alquileres, etc., que se realizaría si se asumiera la prestación del servicio, se ha tomado como dato el gasto incluido para

estos conceptos en las cuentas anuales de Baztán Bidasoa S.L.

• **Ingresos a percibir por el Gobierno de Navarra:** si se acometiera el transporte sanitario con medios propios, se deberían obtener ingresos por la prestación de servicios a particulares, a mutuas, etc. Se ha tomado el dato contemplado en las cuentas anuales de Baztán Bidasoa S.L., disminuyendo un 75 por ciento del importe facturado a funcionarios acogidos al régimen sanitario de

“uso especial”. El transporte de estas personas no está incluido en el importe fijo que se abona a las empresas concertadas y el procedimiento seguido es: facturar al paciente y éste posteriormente presenta la factura en el Gobierno de Navarra el cual le devuelve el importe íntegro de la factura.

Teniendo en cuenta los supuestos mencionados, los resultados obtenidos para el año 2009 son los siguientes:

Concepto	Importe (€)	
	Supuesto 1 (nivel C)	Supuesto 2 (nivel D)
Gasto de personal	7.834.206,49	7.023.333,18
Gasto en vehículos	407.108,25	
Gasto en bienes corrientes y servicios	815.127,93	
Ingresos	-592.652,04	
Total	8.463.790,63	7.652.917,32
Importe abonado a Baztán Bidasoa S.L.		7.524.226,05
Resultado	939.564,58	128.691,27

Como se puede comprobar, en ambos casos prestar el servicio con medios propios en las zonas en las que trabaja Baztán Bidasoa S.L. (Pamplona, Baztán-Bidasoa-Alsasua y Estella-Tafalla) supondría incurrir en un mayor gasto si bien el resultado difiere sustancialmente al considerar los distintos supuestos. Las diferencias surgen fundamentalmente por el número de horas laborables según el convenio que rige el transporte sanitario y las que se realizarían en el Gobierno de Navarra tanto para el transporte no urgente como para el urgente.

Sin embargo, y a modo de conclusión, hay que señalar que dadas las limitaciones mencionadas en la estimación del coste, no es posible alcanzar una conclusión definitiva sobre qué modelo de gestión sería más conveniente adoptar.

Informe que se emite a propuesta de la auditora Karen Moreno Orduña, responsable de la realización de este trabajo, una vez cumplimentados los trámites previstos por la normativa vigente.

Pamplona, 19 de enero de 2012

El Presidente: Helio Robleda Cabezas

ALEGACIONES FORMULADAS AL INFORME PROVISIONAL

La Cámara de Comptos de Navarra ha dado traslado al Departamento de Salud del informe provisional de fiscalización sobre “El transporte sanitario y sistema de emergencias sanitarias de Navarra” para su examen y, en su caso, formulación de alegaciones.

De conformidad con lo establecido en la Ley Foral 19/1984 reguladora de la Cámara de Comptos, una vez examinado el informe provisional mencionado por parte del Departamento de Salud, se formulan, las siguientes alegaciones a las conclusiones y recomendaciones emitidas en el mismo:

ANTECEDENTES

El Pleno del Parlamento de Navarra aprobó, en sesión de 12 de febrero de 2009, una Resolución por la que se instaba al Gobierno de Navarra a crear una mesa de trabajo donde se abordara la problemática actual del sector y un nuevo modelo de organización y/o gestión del transporte sanitario.

En cumplimiento de la citada Resolución y en ejercicio de las facultades atribuidas, la Consejera de Salud dictó la Orden Foral 70/2009, de 19 de mayo, por la que se creó un Grupo técnico de trabajo para el estudio del Transporte Sanitario, presidido por la Directora General de Salud y en la que están representados en la actualidad, el Servicio Navarro de Salud, la Agencia Navarra de Emergencias, las cuatro empresas de sector y la Unión de Técnicos en Emergencias Sanitarias de Navarra (UTESNA).

Una vez analizado el modelo y las distintas cuestiones que le afectan tanto desde el punto de vista operativo como organizativo, la conclusión es que continúa siendo perfectamente válido frente a otros modelos analizados, siendo capaz de responder a las demandas y las necesidades de la población navarra de una manera satisfactoria. Prueba de ello es el reducido número de quejas y reclamaciones presentadas.

Así, el actual modelo de Transporte Sanitario cuenta con cuatro fortalezas que se consideran estratégicamente básicas y fundamentales:

- Una única coordinación de todo el sistema, respondiendo a unos criterios y protocolos de movilización conjunta que se establecen dentro del Centro de Gestión de Emergencias-SOS Navarra. Con ello se garantiza, que, independientemente de la provisión y tipo de los recursos, éstos estarán coordinados y movilizados de modo unitario.

- La garantía de que el servicio, financiación y control de todo el sistema es público, en tanto en cuanto los dos Departamentos del Gobierno de Navarra, tanto Salud, como Presidencia, Justicia, e Interior, son los que garantizan su buen funcionamiento.

- El hecho de que diferentes entidades presten un mismo servicio, desde el sector del voluntariado, tercer sector, o Entidades sin Ánimo de Lucro, con preparación, exigencia, y cualificación profesional.

- La participación de diferentes entidades desde el ámbito de lo público hasta las empresas del sector, generando concurrencia competitiva tanto en los costes económicos como en las exigencias de calidad exigibles en la prestación del servicio público al que nos venimos refiriendo.

No obstante lo anterior, el grupo técnico de trabajo concluye a su vez que se ha de trabajar y profundizar en distintas áreas de mejora para conseguir un modelo de prestación de servicios que alcance las máximas cotas posibles de eficacia,

eficiencia y calidad. Unas áreas de mejora que el grupo identifica y que coinciden en su mayor parte con las recomendaciones del informe de la Cámara de Comptos. En dicho grupo participaron representantes de los Departamentos de Salud y de Presidencia, Justicia e Interior del Gobierno de Navarra y los responsables actuales de ambos Departamentos continuamos trabajando de forma coordinada en las citadas áreas de mejora.

En el borrador de informe elaborado por la Cámara de Comptos y al que corresponden estas alegaciones, no se recogen ni el compromiso de los dos Departamentos implicados en trabajar e impulsar dichas áreas de mejora ni tampoco las acciones ya iniciadas en este sentido en los últimos meses.

CONCLUSIONES

Las áreas de mejora detectadas y las acciones emprendidas son las siguientes:

1.- En relación con la **ubicación y el estado de las bases de permanencia**, la Agencia Navarra de Emergencias (ANE), la Subdirección de Urgencias Extrahospitalarias de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) y el Servicio de Prestaciones y Conciertos, analizan de manera continuada la actividad y las isocronas de la respuesta a la demanda urgente, de cara a la propuesta de implantación, supresión o modificación de las bases existentes.

2.- **Se ha establecido la figura de la Dirección médica** con autoridad suficiente para movilizar el recurso oportuno y coordinar actuaciones sanitarias tanto en el Centro de Gestión de Emergencias como en el lugar donde se presta la primera atención sanitaria. Esto mismo es trasladable a si se constituye un Puesto Sanitario Avanzado como si se integra en el Puesto de Mando Avanzado y en el caso de accidentes en los que no se constituya dicho Puesto, es una de las líneas de mejora identificadas en el Grupo Técnico de Trabajo y en el que el Departamento de Salud ya ha venido trabajando. Así, el lugar del accidente, está ya protocolizado para accidentes de múltiples víctimas y en el resto de accidentes la Dirección Médica la asume el primer médico en llegar hasta que es reemplazado por el médico de la ambulancia medicalizada en los casos en los que se requiera la actuación de este recurso más especializado. En la actualidad, estamos pendientes de la adquisición de chalecos identificativos de Dirección Médica con los que se va a dotar a las ambulancias medicalizadas.

3.- Jefatura de guardia en el centro de coordinación: Desde la Subdirección de Urgencias Extrahospitalarias se está consensuando con los profesionales las condiciones y, protocolización para asumir la Jefatura de Guardia en el Centro de Coordinación, figura reconocida desde los Acuerdos de marzo de 2008 entre la Administración Sanitaria y los representantes sindicales y que mientras tanto está siendo asumida por el Subdirector de Urgencias Extrahospitalarias.

4.- Facturación a empresas aseguradoras, federaciones deportivas etc: En los casos en los que los bomberos realizan transporte sanitario susceptible de facturación a empresas aseguradoras, federaciones deportivas o seguros privados, desde la Dirección de Atención Primaria del SNS-Q se realizan las gestiones de facturación del personal sanitario que ha participado en dicho transporte.

5.- Actividad inspectora: Actualmente se realizan inspecciones desde el Servicio de Prestaciones y Concursos siempre a la entrada en vigor de un nuevo concurso, ante denuncia expresa y de oficio, y una o dos veces al año.

Así mismo desde el Servicio e Inspección Sanitaria del Departamento de Salud se vienen realizando de forma continuada inspecciones con periodicidad anual a excepción de las nuevas ambulancias, en las que, tras la inspección de autorización inicial pueden pasar hasta dos años hasta la siguiente inspección.

6.- Encuestas de satisfacción: Respecto a la recomendación dada en su informe sobre la realización de encuestas periódicas de satisfacción de usuarios, ha sido valorada positivamente y se va a incluir en los próximos pliegos de cláusulas que rigen la contratación del servicio.

7.- Facturación: Entendemos adecuada la recomendación sobre analizar la conveniencia de seguir manteniendo la autorización de facturación a terceros por parte de las empresas adjudicatarias y asociaciones sin ánimo de lucro y en este sentido se está revisando desde los Servicios Jurídicos del Departamento de Salud. Una vez se disponga del informe jurídico pertinente se obligará a las empresas concesionarias a facilitar la información mensual de los servicios facturados a terceros y su cuantía al objeto de tenerse en cuenta en la fijación del precio total del servicio.

8.- Control de tiempo de real: La instalación de tecnología para control de tiempo real de movilización de recursos es competencia de la ANE y desde el Departamento de Salud se realiza una revisión previa a la renovación de pliegos.

9.- Información al ciudadano: Desde la Dirección de Atención al Paciente se va a trabajar en la información a los ciudadanos que ayude a la concienciación sobre el uso adecuado de este servicio.

10.- Protocolos de coordinación: Los protocolos que se han trabajado entre la ANE y la Dirección de Atención Primaria del SNS-O han sido consensuados y validados en una comisión conjunta de ambas entidades, se han trasladado a todos los profesionales implicados y se vienen realizando reuniones y actualizaciones periódicas de dichos protocolos.

11.- Transporte interhospitalario: En relación con valorar la conveniencia de mantener el transporte interhospitalario entre Tudela, Estella y el Complejo Hospitalario en Pamplona, se realiza una evaluación periódica que analiza la satisfacción y utilización del servicio. De hecho debido a la escasa utilización de este tipo de transporte desde la ciudad de Estella, desde el 1 de enero de 2012 se ha estimado conveniente suspender dicho servicio.

12.- Mejora continua: Coincidimos con el informe de la Cámara de Comptos en la necesidad de implantar en el SNS-O un sistema de análisis y acciones de mejora continua en la organización del transporte sanitario y del sistema de emergencias sanitarias de Navarra así como en la adecuada coordinación con la Agencia Navarra de Emergencias, acciones que ya se vienen desarrollando entre los Departamentos de Salud y de Presidencia, Justicia e Interior del Gobierno de Navarra y que entendemos no han sido recogidas en el presente informe.

Queremos agradecer, por último, a la Cámara de Comptos el esfuerzo realizado en la elaboración de este Informe, y que tenga la seguridad que desde el SNS-O se valoran todas aquellas recomendaciones que puedan suponer una mejora en la gestión y organización del transporte sanitario y del sistema de emergencias sanitarias de Navarra.

Pamplona, a 10 de enero de 2012

La Consejera de Salud: Marta Vera Janín

RESPUESTA AL INFORME PROVISIONAL DE FISCALIZACIÓN SOBRE EL TRANSPORTE Y SISTEMA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE NAVARRA

Recibido el informe provisional de fiscalización sobre el transporte y sistema de emergencias sanitarias de Navarra, en lo que afecta al Departamento de Presidencia, Administraciones Públicas e Interior y, más en concreto, a la Agencia Navarra de Emergencias, se estima innecesario formular alegaciones al mismo, ya que no hay elementos de disconformidad respecto a las conclusiones.

No obstante, procede indicar que buena parte de las recomendaciones están siendo puestas en práctica desde que se aprobó el documento "Análisis y propuestas de mejora del transporte sanitario en Navarra" por parte del Grupo Técnico de Trabajo creado en cumplimiento de la resolución del Pleno del Parlamento de Navarra en tal sentido.

Tal documento concluía con unas propuestas de mejora al entender que, como todos los servicios públicos, el transporte sanitario es susceptible de una mejora continua para alcanzar condiciones de eficacia y eficiencia idóneas a través del análisis e implantación de las mejoras prácticas.

En concreto, en lo que se refiere a las funciones y responsabilidades de la Agencia Navarra de Emergencias, se está actuando en el siguiente sentido;

- Se están analizando las isócronas y la ubicación de las diferentes bases por si procede hacer algún cambio en los próximos conciertos o en los próximos convenios con organizaciones de voluntarios.

- Se viene supervisando, con ocasión de la revisión del cumplimiento de los convenios suscritos con las organizaciones de voluntarios que disponen de ambulancias, los medios personales y materiales de estas asociaciones para verificar su adecuación a la normativa actual.

- Se están exigiendo en las nuevas ambulancias los avances tecnológicos que fueron recogidos en el anexo del Decreto Foral 8/2011, de 7 de

febrero, por el que se regula el transporte sanitario por carretera de Navarra.

- Se está procediendo a analizar qué datos son relevantes y útiles para la gestión del transporte urgente para mejorar la herramienta informática existente en el Centro de Gestión de Emergencias 112 SOS-Navarra. A tal fin, dentro de las limitaciones presupuestarias, se ha incluido un proyecto en la Asistencia Técnica para Servicios de Desarrollo y Soporte en el año 2012 encomendada a la empresa pública Tracasa.

- Se han celebrado durante 2011 numerosas reuniones de trabajo entre la Dirección de Protección Civil y el Servicio, actualmente SUBdirección, de Urgencias Extrahospitalarias para acordar las mejoras en los procedimientos de movilización que se siguen en el Centro de Gestión de Emergencias 112 SOS-Navarra y que serán en breve ratificados por las respectivas direcciones.

- Igualmente, se vienen celebrando con periodicidad mensual reuniones de coordinación con el resto de los Servicios operativos, Bomberos y Policía Foral, a fin de mejorar las intervenciones conjuntas, entre ellas el transporte sanitario urgente, sin perjuicio de las que puedan realizarse como continuidad del Grupo de Trabajo anteriormente mencionado.

Pamplona, a 4 de enero de 2012

El Director de Protección Civil

CONTESTACIÓN DE LA CÁMARA DE COMPTOS A LAS ALEGACIONES AL INFORME PROVISIONAL PRESENTADAS

Analizadas las alegaciones presentadas por la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de Navarra y por el Director de Protección Civil del Gobierno de Navarra, al considerar que constituyen explicaciones al informe que no alteran sus conclusiones, se incorporan al mismo y se eleva el informe a definitivo.

Pamplona, 19 de enero de 2012

El Presidente: Helio Robleda Cabezas

Informe de fiscalización sobre el Análisis del informe del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea sobre el servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra, emitido por la Cámara de Comptos

En sesión celebrada el día 5 de marzo de 2012, la Mesa del Parlamento de Navarra, previa audiencia de la Junta de Portavoces, adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

Visto el informe de fiscalización emitido por la Cámara de Comptos sobre el Análisis del informe del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea sobre el servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra, SE ACUERDA:

1.º Darse por enterada del contenido del citado informe.

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 5 de marzo de 2012

El Presidente: Alberto Catalán Higuera

Informe de fiscalización sobre el Análisis del informe del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea sobre el servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra, emitido por la Cámara de Comptos

ÍNDICE

- I. Introducción (Pág. 36).
- II. Descripción de la forma actual de prestación del servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra (Pág. 37).
- III. Informe sobre el servicio de cocina del Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (Pág. 37).
- III. Objetivos y alcance (Pág. 38).
- IV. Conclusiones y recomendaciones (Pág. 38).
- V. Análisis del informe del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea sobre el servicio de cocina (Pág. 40).
 - V.1. Sistema de producción en frío en un servicio de cocina (Pág. 40).
 - V.2. Análisis de la metodología empleada para estimar el ahorro (Pág. 41).
 - V.3. Análisis de los conceptos y cálculos de la estimación del ahorro (Pág. 42).

V.4. Análisis del ahorro estimado por la operación de externalización prevista (Pág. 44).

V.5. Análisis de las recolocaciones del personal actual de las cocinas del CHN (Pág. 44).

Alegaciones formuladas al informe provisional (Pág. 45).

Contestación de la Cámara de Comptos a las alegaciones presentadas al informe provisional (Pág. 48).

I. INTRODUCCIÓN

El 10 de octubre de 2011 el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) presentó un informe en el que se analizaba la situación del servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), se describían distintos sistemas para prestar este servicio y se estimaba un ahorro de 3,39 millones de euros en caso de que esta prestación se externalizara.

El 16 de noviembre de 2011 se registra en la Cámara de Comptos la petición de la Junta de Portavoces del Parlamento de Navarra, promovida por el grupo parlamentario Nafarroa Bai, en la que se solicita el análisis de dicho informe.

En la petición se pone de manifiesto la urgencia de la emisión del informe y se solicita que se analice, entre otros aspectos, la prestación actual del servicio, si la externalización garantizaría una mejora para el paciente, si el ahorro citado se podría cifrar en esa cantidad y la recolocación de los funcionarios y contratados actuales del servicio. La Cámara de Comptos incluyó este trabajo en el programa de fiscalización del año 2012.

Durante la realización del trabajo de campo, el Departamento de Salud nos indicó que se estaba realizando una actualización del informe presentado en octubre. Se consideró conveniente incluirlo en nuestra fiscalización ya que completaba el estudio que se estaba analizando. El trabajo de campo experimentó cierto retraso dado que dicha actualización se registró en la Cámara de Comptos el 24 de enero de 2012.

El trabajo lo ha realizado un equipo integrado por dos técnicas de auditoría y una auditora, comenzando a finales de diciembre y finalizando en enero, con la colaboración de los servicios jurídicos, informáticos y administrativos de la Cámara.

El informe se ha estructurado en cinco epígrafes además de esta introducción. En el segundo se describe la forma actual de prestación del servicio de cocina en el CHN, en el tercero se presentan datos generales del informe del SNS-O, en el cuarto se describen los objetivos y el alcance del informe, en el quinto las conclusiones y recomendaciones alcanzadas y en el sexto, se realiza un análisis del informe del SNS-O y su actualización, y de la posible recolocación del personal de cocina actual.

Agradecemos al personal del SNS-O y de la Dirección General de Función Pública la colaboración prestada en la realización de este trabajo.

II. DESCRIPCIÓN DE LA FORMA ACTUAL DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE COCINA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

Actualmente existen en el CHN tres cocinas diferentes ubicadas en el Hospital de Navarra (HNA), Hospital Virgen del Camino (HVC) y Clínica Ubarmin (CUB) gestionadas con medios propios.

La plantilla de las cocinas del CHN asciende a 204 plazas de las cuales 72 son fijas, estando 63 ocupadas y existiendo nueve en reserva, y el resto son temporales. En 2011, 330 personas prestaron sus servicios para cubrir estas plazas que equivalen a 235 en jornada completa según las estimaciones realizadas.

La actividad de las cocinas del CHN se puede cifrar en torno a las 325.000 dietas anuales aproximadamente (media de los años 2010-2011), entendiéndose como dieta el conjunto de desayuno, comida, merienda y cena.

En el HNA existen 61 tipos de dietas, en el HVC 56 tipos para adultos y 21 infantiles y en CUB 27. Aparte de estas dietas, existen otras denominadas especiales que suponen el ocho por ciento del total de dietas servidas. Estas últimas son personalizadas, realizándose de forma conjunta entre el dietista y el paciente.

Según el informe del SNS-O, en 2011 los gastos directos aproximados del servicio de cocina en el CHN para atender ese número de dietas asciende a 8,62 millones de euros, de los cuales el 74 por ciento corresponde a personal, el 20 por ciento a alimentos utilizados en las dietas y el resto a mantenimiento, energía, lavandería, etc.

Existen distintos sistemas de producción que pueden ser utilizados en un servicio de cocina colectiva como son el de producción en caliente, el de producción en cadena fría y distribución en cadena caliente, o el de cadena fría total.

La forma de gestión del servicio puede ser con medios propios, ajenos o a través de una fórmula mixta en la que la plantilla sea en parte propia y en parte procedente de una empresa externa.

En el CHN el sistema de producción utilizado en las tres cocinas es el denominado caliente en el que se cocinan los alimentos de forma tradicional, se mantienen calientes hasta y durante el emplatado y, posteriormente, se procede a su distribución.

Para finalizar, hay que mencionar que ya en 1999 el SNS-O contaba con un informe técnico en el que se proponía, como una medida de mejora organizativa y de ahorro, la unificación de las cocinas y la implantación de un sistema en frío a través de una fórmula mixta de gestión.

III. INFORME SOBRE EL SERVICIO DE COCINA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSANSUBIDEA

El SNS-O presentó en octubre de 2011 un informe sobre la situación del servicio de cocina en el CHN. El informe se estructuró en diversos apartados que se resumen a continuación:

a) **Antecedentes:** se describe la situación actual del servicio de cocina en el CHN concluyendo que sería conveniente unificar sus tres cocinas. Se menciona que la situación de las cocinas del HNA y HVC requiere una puesta al día y, además, la localización de las primeras no es la adecuada, por lo que sería necesario reubicarla. Por estos motivos, se concluye que se debe plantear un análisis de la viabilidad de externalizar las cocinas como una vía de mejora de la calidad del servicio y del coste de la dieta por las economías de escala que surgen al unir tres cocinas.

Se menciona asimismo que el Hospital Reina Sofía de Tudela (HRS) tiene externalizado el servicio de cocina y, según la adjudicación de 2011, el coste de la dieta (desayuno, comida, merienda y cena) es de 19,61 €. En el caso del Hospital García Orcoyen de Estella se especifica que este servicio se presta con medios propios, estando externalizado en el Hospital Psicogeriátrico San Francisco Javier.

b) **Análisis de los sistemas de producción y emplatado posibles:** se describe el método actual de producción en caliente, el sistema de producción en frío y distribución en caliente, y finalmente, el método de frío total que implica producir, distribuir y emplatado en frío calentando los alimentos posteriormente. Se presentan sus ven-

tajas e inconvenientes y se deduce que el mejor sistema es el de la cadena de frío total, aunque el informe no se decanta por ninguno explícitamente.

c) **Cálculo del ahorro:** se compara el coste de la dieta actual en el CHN con el pagado a la empresa externa en Tudela. El resultado obtenido es que se produciría un ahorro anual de 3,39 millones de euros si se externalizara el servicio.

d) **Conclusión:** el informe del SNS-O finaliza resaltando las ventajas del sistema de producción en frío e indicando que la externalización del servicio es positiva por la apreciable mejora en la cuenta de explotación y porque "...la carga de personal propio a soportar para la realización de estas funciones sería en cualquier caso mucho más onerosa, tanto en el aspecto económico, como en el socio-laboral..."

El 24 de enero de 2012, el SNS-O nos proporciona una actualización del informe de octubre en el que se reajustan los gastos incluidos en el coste de la dieta del CHN con datos reales de 2011, se corrigen algunas deficiencias del informe anterior y se consideran las dietas servidas en 2011.

Se incluye además una valoración del posible precio que facturaría una empresa externa por dieta con el sistema en frío que alcanza los 18,21 euros. Se destina un apartado específico a valorar la inversión necesaria para implantar el sistema en frío en las cocinas que ascendería a 5,08 millones de euros (IVA excluido). Se indica que la situación actual presupuestaria hace inviable la opción de financiar con recursos propios esta inversión, por lo que a corto plazo la financiación externa es la única opción que posibilita llevarla a cabo. Se menciona que este gasto correría a cargo de la empresa adjudicataria del servicio de cocina que lo recuperaría mediante la repercusión de un importe en el coste de la dieta diaria, estimada en 2,13 euros, considerando un periodo de amortización de ocho años.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se acaba concluyendo que el ahorro anual que surgiría de externalizar el servicio tras comparar el coste corregido actual de la dieta en el CHN con el coste de la dieta que facturaría una empresa externa utilizando el sistema en frío ascendería a 2,76 millones de euros.

III. OBJETIVOS Y ALCANCE

Los objetivos perseguidos con la emisión de este informe, de acuerdo a la petición parlamentaria recibida, son los siguientes:

- Analizar las implicaciones de la implantación de un sistema en frío en la gestión del servicio de cocina en un hospital.

- Analizar la metodología empleada en el informe del SNS-O para estimar el ahorro teniendo en cuenta la actualización recibida.

- Analizar si los cálculos y conceptos incluidos en la estimación del ahorro fueron adecuados, considerando las actualizaciones efectuadas.

- Analizar si la operación de externalización prevista supone y garantiza algún ahorro y si éste se puede cuantificar en 3,39 millones de euros.

- Analizar si se han evaluado y cuantificado las posibles recolocaciones del personal funcionario así como las de los contratados actuales.

El alcance del trabajo lo determina el informe realizado por el SNS-O sobre la situación del servicio de cocina y su posterior actualización. Se ha revisado la metodología, los conceptos incluidos para estimar el ahorro y la cuantificación de los principales gastos.

El trabajo se ha ejecutado de acuerdo con los principios y normas de fiscalización del sector público aprobados por la Comisión de Coordinación de los Órganos Públicos de Control Externo del Estado Español y desarrollados por la Cámara de Comptos en su manual de fiscalización, con las adaptaciones que se han estimado oportunas para la realización de este trabajo en particular.

La petición parlamentaria recibida contenía algunos puntos que exceden a nuestras funciones y no han sido evaluados, tales como si el servicio actual de cocina era digno y austero o si el sistema en frío proporcionaría algún tipo de mejora a los pacientes.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este epígrafe se exponen las principales conclusiones y recomendaciones alcanzadas teniendo en cuenta el trabajo realizado:

- *Sistema de producción en frío*

a) Este sistema modifica significativamente el proceso de producción, permitiendo reducir el personal utilizado por la posible disminución de turnos de producción y emplatado.

b) Teniendo en cuenta la documentación consultada y el informe del SNS-O, si se efectúan todos los controles necesarios, la seguridad e higiene alimentaria está garantizada.

c) Algunos de los principales inconvenientes son la limitación de algunas formas de cocina

como la plancha o la fritura utilizados habitualmente en el ámbito hospitalario, la pérdida de inmediatez para atender posibles cambios en las dietas de los pacientes o la inversión precisa, que difiere en función de la tecnología que se implante para calentar los alimentos, que se ha estimado en 5,08 millones de euros por el SNS-O (IVA excluido). Según indica la actualización de enero de 2012 del SNS-O, actualmente no existen recursos presupuestarios que permitan acometer este gasto.

• *Metodología utilizada en el informe del SNS-O y estimación del ahorro*

d) Dado que en el informe de octubre del SNS-O se compararon costes de dietas correspondientes al sistema de producción en caliente (el del CHN y el abonado en Tudela) que no es el sistema que se pretende implantar, y que tras la actualización de enero se compararon costes de dietas de sistemas heterogéneos de producción no comparables, consideramos que la metodología utilizada fue incompleta.

e) La metodología debería haber contemplado todas las alternativas posibles para prestar el ser-

vicio con el sistema en frío que fundamentalmente son: sistema de producción en frío con medios propios, con medios ajenos y a través de una fórmula mixta, con parte de la plantilla propia y parte de una empresa externa.

• *Conceptos y cálculos de la estimación del ahorro*

f) Se han detectado errores de cálculo o de inclusión de conceptos en el informe de octubre del SNS-O que tras las correcciones consideradas por la Cámara de Comptos modificarían el coste de la dieta en el CHN pasando a ser 25,80 euros en lugar de 29,94.

g) Tras la actualización de datos en enero de 2012, el SNS-O subsana los errores anteriormente citados y emplea datos reales de 2011, alcanzando los 26,80 euros por dieta, cifra que consideramos razonable. Además, se realiza una estimación del posible coste de la dieta que facturaría una empresa externa al utilizar el sistema en frío, que es el dato que se utiliza para comparar con el coste de la dieta en el CHN.

h) En definitiva, los costes por dieta y ahorro correspondientes se resumen a continuación:

	Informe octubre SNS-O (*)	Corrección informe octubre SNS-O realizada por la Cámara de Comptos (*)	Actualización datos a enero de 2012 realizada por el SNS-O (*)
Coste dieta CHN	29,94	25,80	26,80
Coste dieta Tudela	19,61	19,61	--
Coste empresa externa con sistema en frío	--	--	18,21
Ahorro estimado	3.391.829	2.033.303	2.763.111

• *Ahorro motivado por la externalización prevista*

i) El ahorro de 2,76 millones de euros indicado en la actualización de enero de 2012 es razonable y está motivado por la unificación de las cocinas, el cambio de sistema de producción y la externalización.

j) Al no valorarse las opciones de producir con el sistema en frío con medios propios y a través de una fórmula mixta, no podemos cuantificar qué parte del ahorro está motivado por la externalización ya que la unificación y el cambio de sistema de producción son factores significativos que condicionan la cifra de ahorro estimada.

• *Recolocación del personal actual de cocinas*

k) El informe del SNS-O señala que independientemente de si el servicio se externaliza o no, va a existir pérdida de empleo por unificar las cocinas y por cambiar el sistema de producción en caliente por el de frío total, si bien es cierto que si se externaliza, la pérdida será mayor.

l) A la fecha de emisión de este informe, los servicios jurídicos del SNS-O están analizando la situación del personal implicado por lo que no consta ningún informe en el que se analice el destino del personal de cocinas ni la cuantificación de su posible recolocación o la posibilidad de que la empresa adjudicataria contrate al personal temporal actual⁽¹⁾.

(1) En las alegaciones del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea recibidas el 20 de febrero de 2012 se plantea un plan de recolocación para el personal fijo del servicio de cocinas.

m) A pesar de ello, el SNS-O nos ha indicado que para los trabajadores encuadrados en el nivel E (33 de los 63 funcionarios que ocupan plaza en cocinas) se ha convocado un proceso de acoplamiento interno que facilita su movilidad, si bien a esta convocatoria también tiene acceso el resto del personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

n) Por otro lado, la recolocación de los cocineros (nivel C) parece ser problemática dada su formación y perfil profesional.

Teniendo en cuenta las conclusiones alcanzadas, recomendamos:

- *Analizar todas las alternativas de prestación del servicio de cocina con el sistema de producción en frío (medios propios, ajenos o fórmula mixta), valorando además de los aspectos económicos otros que puedan influir en la gestión del servicio como pueden ser los sociales o las posibles desviaciones al alza en el coste de la dieta que genera la externalización tal y como ha ocurrido en el caso de Tudela.*

- *Si no existen recursos presupuestarios suficientes para acometer el gasto de la inversión necesaria para unificar las cocinas y modificar el sistema de producción, analizar el método de colaboración público-privado que se puede emplear para ello evaluando todos los efectos económicos derivados del mismo sobre el endeudamiento o el déficit.*

- *Analizar el destino del personal de cocina teniendo en cuenta que la fórmula de la gestión mixta permitiría que parte del personal fijo de cocina siguiera desempeñando su trabajo en este servicio, y que en caso de externalización completa del servicio, se podría considerar la posibilidad de incluir en los pliegos de licitación como una obligación de ejecución del contrato, la contratación de parte del personal.*

- *Si se decide externalizar el servicio, analizar las repercusiones económicas de la recolocación del personal de cocina.*

- *En caso de que se decida continuar con la externalización del servicio, establecer en los pliegos de licitación un procedimiento adecuado de control de gestión del servicio que permita asegurar la calidad del servicio, la elaboración de todos los tipos de dietas actuales y su prestación continua en cualquier situación controvertida como pueden ser posibles huelgas.*

V. ANÁLISIS DEL INFORME DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA SOBRE EL SERVICIO DE COCINA

A continuación se expone el análisis realizado del informe del SNS-O sobre la situación del servicio de cocina y su posterior actualización:

V.1. SISTEMA DE PRODUCCIÓN EN FRÍO EN UN SERVICIO DE COCINA

Aunque el informe del SNS-O sobre la situación del servicio de cocina no especifica que el sistema de producción a utilizar en la cocina unificada vaya a ser éste, se puede deducir del texto del mismo, de las entrevistas mantenidas con el personal que lo ha realizado y de la actualización presentada en enero.

Este sistema de producción difiere sustancialmente del utilizado actualmente. Consiste en la producción de comidas de la forma tradicional que, inmediatamente después, se refrigeran hasta una temperatura de tres grados centígrados mediante un abatidor de temperatura en un tiempo inferior a dos horas. Los alimentos se pueden almacenar en cámaras frigoríficas hasta un máximo de cinco días. El emplatado se efectúa en zonas independientes climatizadas (entre 10 y 12 grados centígrados) para evitar la ruptura de la cadena fría.

Emplatados los alimentos en las bandejas individualizadas, se colocan en los carros de calentamiento que se mantienen a una temperatura de tres grados hasta la hora de cada servicio. Previamente a la hora de la ingesta, se calientan las comidas en los propios carros, sirviéndose a todos los pacientes al mismo tiempo.

Según el informe del SNS-O, las principales ventajas de este sistema frente al tradicional utilizado actualmente en los hospitales públicos navarros son las siguientes:

- Se reduciría la plantilla necesaria por la eliminación de los turnos de tardes y festivos de producción de comidas y cenas ya que la jornada semanal se podría delimitar de lunes a viernes en un solo turno, y por la posible disminución de turnos de emplatado dependiendo del sistema de calentamiento elegido.

- La comida llegaría a la temperatura adecuada al paciente lo que permitiría garantizar la calidad nutritiva, organoléptica e higiénica de los alimentos.

Sin embargo, también presenta inconvenientes en relación al sistema actual de los cuales se pueden destacar los siguientes:

- Requiere una inversión inicial importante que varía en función de la tecnología de calentamiento de los alimentos elegida.
- Precisa de mayor espacio de zonas refrigeradas para el almacenaje de los carros y accesorios del sistema de distribución y calentamiento.

Estas ventajas e inconvenientes se extraen por el SNS-O de un estudio técnico de viabilidad de una cocina centralizada para el HNA y el HVC utilizando el sistema en frío de 1999.

Para analizar más a fondo el funcionamiento y organización de este sistema de producción, se consultó diversa bibliografía al respecto y se realizó una visita a un complejo hospitalario de otra comunidad autónoma con amplia experiencia en este ámbito.

Las principales conclusiones extraídas son:

- Siempre que se realicen todos los controles necesarios, la seguridad e higiene alimentaria están garantizadas en el sistema de producción en frío.
- Se limitan algunas formas de cocinar habituales en el ámbito hospitalario como la plancha o la fritura.
- Los posibles cambios de última hora en las dietas de los pacientes no se pueden atender con la inmediatez actual, aunque existen dietas “comodines” que pueden solventar la mayoría de las situaciones.
- La inversión en el equipamiento y superficie destinada a prestación del servicio debe ser planificada adecuadamente para conseguir una organización óptima del personal preciso en un sistema de producción en frío, ya que es un factor determinante para que la plantilla sea menor a la necesaria en un sistema de producción en caliente.

V.2. ANÁLISIS DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA PARA ESTIMAR EL AHORRO

El informe de octubre de 2011 del SNS-O cita textualmente “... se realiza la comparación de las alternativas del modelo actual en un escenario de unificación de las cocinas, manteniendo los medios técnicos y humanos propios con el modelo de externalización del servicio y uso de la tecnología de cocinado en frío...”

La metodología del informe de octubre del SNS-O para estimar el ahorro de 3,39 millones de

euros, compara el coste de la dieta del CHN con el que cobra la empresa que presta sus servicios en Tudela que también lo hace a través del sistema de producción caliente.

En la actualización de enero de 2012, tras corregir errores e incluir datos reales de 2011, se cambia la metodología y se compara el coste de la dieta del CHN con la estimación de un coste de dieta que facturaría una empresa externa al SNS-O si utilizara el sistema en frío. El ahorro resultante en este caso se situaría en 2,76 millones de euros anuales.

Si se pretende variar el sistema de producción sustancialmente al cambiar del caliente al frío, consideramos que la metodología utilizada fue incompleta ya que no se valoraron todas las alternativas posibles.

Consideramos que el procedimiento lógico para evaluar la conveniencia de externalizar el servicio, debería haber valorado las diferentes alternativas para prestar el servicio utilizando el sistema en frío que serían al menos las siguientes:

a) *Externalización completa del servicio utilizando el sistema en frío:* se debería haber realizado un cálculo aproximado del coste por dieta que se podría obtener en un concurso si se adoptara el sistema en frío.

En el informe de octubre de 2011, se consideró el coste de la dieta del HRS que funciona con un sistema en caliente que difiere sustancialmente del sistema en frío. Por este motivo consideramos que el coste debería variar y que la cifra obtenida no serviría a efectos comparativos.

En la actualización del informe de enero de 2012, se añade un cálculo aproximado del precio que podría cobrar una empresa por prestar sus servicios con el sistema en frío, lo cual mejora la valoración de esta alternativa. Para ello se hace una estimación del personal necesario por la empresa, a los que se les aplica sueldos de la administración pública. El resto de gastos se presupone que son similares a los del CHN.

Dada la carencia de recursos presupuestarios, según indica la actualización de enero de 2012, esta opción presenta la ventaja de que el gasto de la inversión necesaria para pasar al sistema en frío correría inicialmente a cargo de la empresa adjudicataria. Posteriormente, a la empresa se le iría devolviendo la inversión en un plazo estimado de ocho años a través de una cantidad fija por dieta servida que variaría en función de la inversión realizada. Otra ventaja señalada es la flexibili-

dad que se produciría en la gestión al eliminar gastos de personal e inversión, limitándose tan solo a un contrato de asistencia que se renovaría cada cuatro años.

Sin embargo, no se citan los inconvenientes que surgirían con esta opción como pueden ser los efectos económicos derivados de la utilización de esta fórmula de financiación sobre el cálculo del endeudamiento o del déficit, la existencia de una cierta pérdida de control del servicio por parte del SNS-O, la recolocación del personal que en algún caso como los cocineros puede plantear problemas por las características del puesto que ocupan, así como la exposición a posibles aumentos del precio por dieta a lo largo del tiempo, hecho constatado en el HRS. Se ha verificado que en el periodo 2001-2011 el precio de la dieta real en 2011 acabó siendo un 17 por ciento superior al incremento del IPC en este periodo. Este aumento en la dieta vino motivado por una subida del 18 por ciento en la adjudicación del 2007 y una bajada del 1 por ciento en la de 2011, sin que se hubieran producido aumento de recursos o de actividad.

b) *Prestación del servicio con medios propios y sistema en frío*: se debería haber planteado también esta opción cuantificando el personal necesario para prestar este servicio con medios propios y sistema en frío y la inversión exigida, así como las posibles formas de financiarla.

Tanto en el informe de octubre de 2011 como en la actualización presentada en enero de 2012, se ha tomado como coste propio, para calcular el ahorro citado, el actual del CHN que funciona con el sistema en caliente. Teniendo en cuenta que el personal se reduciría significativamente al utilizar el sistema en frío y al unificar las cocinas, el coste obtenido no refleja la realidad que resultaría de utilizar el sistema en frío con medios propios.

Consideramos que la estimación del personal no hubiera sido demasiado complicada dado que se contaba con la plantilla teórica que necesita una empresa privada (dato utilizado en la valoración anterior). Se podría haber realizado una aproximación al coste de la dieta al utilizar el sistema en frío con medios propios que hubiera permitido realizar una comparación homogénea con el caso anterior.

Algunas de las ventajas de esta alternativa podrían ser que el servicio seguiría bajo la tutela directa del SNS-O o que se evitaría la recoloca-

ción del personal funcionario que puede ser problemática en algún caso.

Sin embargo, según se deduce del informe del SNS-O, esta opción presenta el inconveniente del gasto de la inversión necesaria, que no es factible presupuestariamente, y de continuar con la carga de personal propio a soportar tanto desde un punto de vista económico como socio-laboral.

c) *Sistema mixto de prestación del servicio*: otra opción que no ha sido valorada es la de prestar el servicio con parte de la plantilla propia y parte externalizada.

A pesar de que esta opción ya se había planteado en el estudio técnico de 1999 del SNS-O y que es la fórmula empleada por varios hospitales que funcionan con el sistema en frío, tal como indica la actualización de enero de 2012 del SNS-O y como se ha constatado en los pliegos de otros hospitales consultados, esta alternativa no es contemplada.

Esta opción permitiría seguir manteniendo un cierto control sobre el servicio de cocina, facilitaría que parte del personal de cocina siguiera trabajando en su puesto al igual que han hecho los hospitales de otras comunidades autónomas y eliminaría el problema de la inversión que seguiría el mismo proceso que si se externalizara de forma completa el servicio.

Por otro lado, esta alternativa también presentaría inconvenientes como el posible conflicto que se podría crear entre el personal propio y el externo.

En definitiva, dado que estas posibilidades no fueron consideradas, cuantificadas y evaluadas en el informe del SNS-O, consideramos que la metodología utilizada para estimar el ahorro fue incompleta.

V.3. ANÁLISIS DE LOS CONCEPTOS Y CÁLCULOS DE LA ESTIMACIÓN DEL AHORRO

El informe de octubre del SNS-O concluía que en caso de que se externalizara el servicio de cocina del CHN y se empleara el sistema de producción en frío, el ahorro anual sería de 3,39 millones de euros. Tras actualizar los datos en enero de 2012, el ahorro pasó a cifrarse en 2,76 millones de euros.

Se han analizado los conceptos utilizados en el cálculo del ahorro mencionado obteniéndose el siguiente cuadro resumen:

Informe octubre SNS-O		Corrección informe octubre SNS-O realizada por la Cámara de Comptos		Actualización datos a enero de 2012 realizada por el SNS-O	
Concepto	Importe (€)	Importe (€)	Observaciones	Importe (€)	Observaciones
Costes de personal	6.664.757	6.268.652	Gastos reales hasta septiembre 2011 y extrapolación del resto del año. Inclusión doble de los gastos de días festivos y del concepto productividad jefatura unidad.	6.356.946	Gasto real de 2011 completo. Pequeño error detectado según SAP Recursos Humanos al alza por 38.149 euros.
Materias primas y servicios indirectos	2.481.533	1.948.904	Consumos de alimentos, material sanitario, mantenimiento, etc., del 2010. Inclusión errónea de alimentos no utilizados para las dietas y de gastos indirectos como vigilancia que no habían sido incluidos en Tudela.	2.013.678	Gastos reales de 2011 y subsanación de errores anteriores
Energía	223.368	223.368	Consumo luz. Falta de datos reales. Estimación a través del consumo de energía en la cocina de la sociedad TRACASA en el 2010 y la equivalencia entre el concepto de dieta en esa sociedad y en el CHN.	218.733	Mismo criterio pero actualización de datos con el consumo de TRACASA de 2011.
Equipamiento cocina	428.571	---	Amortización instalaciones cocina. Falta de inventario real valorado. Estimación del importe y de los años de amortización. Error de inclusión por estar ya amortizadas y no haberlo incluido en el caso de Tudela.	---	Se subsana el error anterior y se elimina su inclusión para el cálculo del coste de la dieta en el CHN
Lavandería	35.000	35.000	Estimación del 0,9 por ciento del gasto total en lavandería	31.785	Cambio de criterio de imputación. Se estima que el 0,5 por ciento del gasto de personal correspondería a este concepto
Total	9.833.229	8.475.924		8.621.142	
Nº dietas CHN	328.482	328.482	Número de dietas del CHN servidas en 2010	321.666	Número de dietas del CHN servidas en 2011
Coste dieta CHN	29,94	25,8		26,8	Se modifica la metodología y se compara el coste de la dieta en el CHN con el estimado que facturaría una empresa al SNS-O si utilizara el sistema en frío. Para ello se hace una estimación del personal que se precisaría cifrándose en 101 personas.
Coste dieta Tudela	19,61	19,61	Para obtener el ahorro se compara el coste de la dieta en el CHN con el que se abona a la empresa externa en Tudela según la adjudicación de 2011.	---	
Coste empresa externa con sistema en frío	---	---	Faltarían por añadir en el caso de Tudela el coste de las reparaciones de las instalaciones que corresponden al HRS según los pliegos	18,21	
Ahorro	3.391.829	2.033.303		2.763.111	

En definitiva, se puede concluir que en el informe de octubre de 2011, se cometieron fallos en los cálculos que obtuvieron como resultado un coste de la dieta superior al que respondía a los datos disponibles en esa fecha. Sin embargo, la actualización posterior de los mismos en enero de 2012 ha mejorado significativamente y el resultado obtenido se acercaría más a la realidad del CHN.

V.4. ANÁLISIS DEL AHORRO ESTIMADO POR LA OPERACIÓN DE EXTERNALIZACIÓN PREVISTA

El ahorro estimado por el SNS-O tras la actualización del informe de octubre pasaría a ser de 2,76 millones de euros.

Como se ha indicado en el epígrafe anterior, se puede considerar que los cálculos y el ahorro estimado son razonables.

Los motivos que justifican este ahorro son fundamentalmente tres: la unificación de las cocinas, el cambio de sistema de producción y la externalización del servicio.

Dado que no se han analizado las alternativas de sistema de producción en frío con medios propios y a través de una fórmula mixta, no se puede valorar qué parte del ahorro viene motivado por cada causa. Por ello, consideramos que no se puede cuantificar qué parte del ahorro se deriva de la externalización ya que la unificación y el cambio de sistema de producción son factores

que condicionan significativamente el ahorro estimado.

V.5. ANÁLISIS DE LAS RECOLOCACIONES DEL PERSONAL ACTUAL DE LAS COCINAS DEL CHN

El informe del SNS-O en el apartado en el que se describe la plantilla actual de las cocinas del CHN cita textualmente lo siguiente: "...la transición de un modelo a otro habrá que plantearla haciendo un análisis de cada caso, con acciones de recolocación del personal fijo, y en su caso del eventual, en otros puestos del mismo nivel en otras unidades del SNS-O, y valorando, además, la posibilidad legal de contratación del personal eventual actual en el nuevo proyecto del servicio de cocina...".

El informe señala que la pérdida de puestos de trabajo en el servicio de cocina es inevitable, se externalice el servicio o no, dada la unificación de las cocinas y el cambio del modelo de cocina caliente por el de frío que implica una menor utilización de personal.

A continuación se muestra la plantilla de las cocinas del CHN que asciende a 204 plazas, tal y como describe el informe del SNS-O. De éstas, 72 son fijas estando 63 ocupadas y existiendo 9 en reserva para personas que están ocupando otra plaza. Las 132 restantes tienen carácter temporal de las cuales 89 son plazas vacantes y las 43 restantes son estructurales para atender demandas por acumulación de trabajo:

Plazas totales	Nivel	Fijo	Reservas	Temporal	Total
Administrativo	C	1			1
Celador	E	1			1
Cocinero	C	16		7	23
Empleado servicios múltiples	E	26	8	123	157
Encargado servicios generales HNA	D	5			5
Gobernanta HVC	D	4			4
Jefe sección	B	1			1
Jefe sección	C	2			2
Jefe unidad	C	1			1
Pinche	E	2	1		3
Sirviente	E	4		2	6
Total		63	9	132	204

Analizando la nómina de diciembre de 2011 se ha constatado que de las 173 personas contratadas de forma temporal, el 66 por ciento (115) lle-

van trabajando más de 5 años según indica el siguiente cuadro:

	Nº personas	% sobre total de personas que llevan trabajando \geq 5 años
Personas que llevan trabajando un periodo entre (5,10) años	58	50%
Personas que llevan trabajando un periodo entre (10,15 años)	34	30%
Personas que llevan trabajando un periodo entre (15,20) años	19	17%
Personas que llevan trabajando un periodo entre (20,25) años	4	3%

A la fecha de finalización de este trabajo, no consta ningún informe sobre la recolocación y cuantificación del personal de cocina en caso de que se externalice el servicio o sobre la posibilidad legal de contratación del personal eventual por la empresa adjudicataria del servicio, dado que los servicios jurídicos del SNS-O están analizando la situación del personal implicado⁽¹⁾.

A pesar de lo anterior, se puede deducir que los funcionarios deberán ser recolocados en una plaza del mismo nivel. Si se recolocan en plazas vacantes ocupadas de forma temporal, esas personas también perderían su puesto de trabajo.

Por otro lado, según nos informan en el SNS-O, para los trabajadores encuadrados en el nivel E (33 personas de las 63 que ocupan plaza), se ha convocado un proceso de acoplamiento interno que posibilita que se muevan de puesto, si bien el resto de personal del SNS-O también tiene acceso a la convocatoria.

Finalmente, en el caso de los cocineros (nivel C), su recolocación no parece fácil por la especificidad y características de su puesto.

Informe que se emite a propuesta de la auditora Karen Moreno Orduña, responsable de la realización de este trabajo, una vez cumplimentados los trámites previstos por la normativa vigente.

Pamplona, 23 de febrero de 2012

El Presidente: Helio Robleda Cabezas

ALEGACIONES FORMULADAS AL INFORME PROVISIONAL

La Cámara de Comptos de Navarra, con fecha 13 de febrero de 2012, ha dado traslado al Departamento de Salud del informe provisional sobre análisis del informe del SNS-O sobre el servicio de cocina en el Complejo Hospitalario de Navarra para su conocimiento y, en su caso, formulación de alegaciones.

ALEGACIONES

- En el informe se señala que el número de dietas del CHN se puede cifrar en torno a 325.000 dietas. En el Informe del SNS-O y su actualización, se recogen el número exacto de dietas servidas, que en el año 2010 fue de 328.482, y en el año 2011 de 321.666 dietas. Se observa una tendencia clara a la baja, quizás relacionada con los nuevos modelos de hospitalización y la menor duración media de los ingresos.

- El informe técnico del SNS-O de 1999 señala "De acuerdo con la indicación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea", la externalización en una empresa de los trabajos de emplatado, distribución, recogida, lavado y limpieza. Es decir, que el planteamiento no procedía de un criterio exclusivamente técnico, sino que la fórmula, además de obedecer más bien a una voluntad de la dirección del SNS-O de aquel momento, en realidad no se trataba de una fórmula mixta sino de una separación de actividades.

(1) En las alegaciones del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea recibidas el 20 de febrero de 2012 se plantea un plan de recolocación para el personal fijo del servicio de cocinas.

- Lo que se pretende comparar es el coste del servicio de alimentación al paciente con independencia de la tecnología que se utilice en cada caso.

- Las cifras que se tomaron para el Informe del SNS-O de octubre de 2011 pretendían estimar el coste del servicio en el año 2011. Por ello, algunas de ellas eran proyecciones de gasto en base a la experiencia y evolución de otros años y, por tanto, no eran datos exactos. En consecuencia con ello, siempre se manifestó la necesidad de actualizar los mismos con los datos reales del ejercicio 2011 una vez cerrado el mismo. También, se advirtió la diferente consideración que podía hacerse de la amortización de las inversiones si bien, dadas las enormes diferencias de coste, no se alterarían las conclusiones de cara a la decisión que en ese momento había que tomar en relación a la Oferta Pública de Empleo.

- Las alternativas de producción en frío con medios propios, con medios ajenos y a través de fórmula mixta con parte de plantilla propia y parte de una empresa externa han sido analizadas y valoradas por el SNS-O. Aunque no se ha incluido un análisis económico detallado de las mismas en los diferentes informes del SNS-O, todas han sido analizadas.

- Desde un punto de vista puramente teórico es difícil comparar los costes de las alternativas de producción con medios propios versus medios externalizados. No somos capaces de explicar por qué, con tecnología en caliente, una empresa externa en Tudela, para producir 45.234 dietas en el año 2011, necesitó una plantilla de 13 personas (excluidos los dietistas), es decir, 3.479 dietas/trabajador/año, frente a la plantilla que necesitó el CHN, a través de la gestión directa, que fue de 204 personas (235 según Comptos) para producir 321.666 dietas, es decir 1.576 dietas/trabajador/año; y tampoco encontramos la explicación de por qué el absentismo en el servicio de cocina del CHN alcanzó el 10% en el año 2011, frente al existente en el sector de hostelería que está en torno al 5,7%. Podremos concluir que la prestación de este tipo de servicios es mucho más eficiente si se realiza desde una empresa externa especializada. Además de estos, podríamos analizar otros factores como capacidad de innovación, flexibilidad, economías de escala en compras, etc.

- En cuanto a las inversiones necesarias, hay que considerar que en cualquiera de los casos, por razones técnicas, economías de escala e interferencia de las cocinas actuales con los usos asistenciales, hay que acometer una inversión para la construcción de una cocina unificada. Dada la

insuficiente consignación presupuestaria para afrontar las inversiones en una nueva cocina, las limitaciones al endeudamiento, y la priorización de las inversiones en infraestructuras y equipamientos médico-asistenciales, la fórmula de que sea el adjudicatario del servicio, una empresa especializada, el que asuma la inversión, se considera la fórmula idónea en las actuales circunstancias.

- En cuanto a fórmulas mixtas de explotación hay que señalar que no son las fórmulas más recomendables. Si bien hemos visto algún caso de plantillas mixtas hay que señalar que la plantilla procedente del titular del hospital es minoritaria respecto a la de la empresa que explota el servicio de cocina y que, además, en los casos que hemos conocido no tiene un régimen funcional, ya que el hospital es gestionado por fundaciones u otras entidades privadas.

Igualmente, tal y como señala el propio Informe de la Cámara de Comptos, esta alternativa presentaría inconvenientes como el posible conflicto que se podría crear entre el personal propio y el externo. Para el mismo trabajo, dos horarios diferentes, dos sistemas de vacaciones diferentes, dos sistemas de retribución diferentes, etc. Matices importantes que podrían hacer inviable la gestión del proyecto.

- En cuanto a la recolocación del personal actual de cocinas, tal y como se señala en el informe que se adjunta, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea plantea el siguiente Plan de Recolocación para el Personal Fijo afectado por la medida:

- a) El personal fijo de cocinas podrá optar voluntariamente por pasar a prestar servicios en la empresa adjudicatario del servicio de cocina.

Al amparo de lo previsto en la disposición adicional decimosexta Estatuto del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas de Navarra, aprobado por Decreto Foral Legislativo 251/1993, de 30 de agosto, este personal quedaría en situación de servicios especiales en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con las garantías de reincorporación que ello conlleva. Dicho precepto establece lo siguiente:

“En consonancia con lo dispuesto en el artículo 72 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, el personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea podrá ser declarado en situación de servicios especiales en los términos que reglamentariamente se determinen, cuando pase a prestar servicios concertados con las Administraciones Públicas de conformidad con alguno de los supuestos previstos en la Ley Foral de Contra-

tos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

b) Se ofertará una convocatoria de acoplamiento interno previo en plazas de igual categoría y nivel de encuadramiento dentro del Complejo Hospitalario de Navarra, al amparo del artículo 27 del Decreto Foral 347/1993.

c) Se ofertará una convocatoria de promoción interna temporal para puestos de igual o superior categoría o nivel de encuadramiento dentro del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en los supuestos previstos en el artículo 26 del Decreto Foral 347/1993.

d) Se podría ofertar una convocatoria de concurso restringido para el personal de cocina, al amparo de lo previsto en la disposición transitoria segunda del Decreto Foral 347/1993, que prevé lo siguiente:

“El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea realizará las convocatorias oportunas para posibilitar la promoción al nivel-grupo C del personal de oficio de los niveles D o E, mediante el sistema de concurso-oposición restringido al personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Estas convocatorias se basarán en pruebas eminentemente prácticas”

e) Sin perjuicio de lo anterior, en el plano propiamente preventivo, se adoptarán medidas en orden a atender posibles solicitudes de reubicación, por razón de enfermedad, provenientes de este personal de cocinas.

f) Además de estas formas de movilidad contempladas para el personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y de no ser estas suficientes, se podría plantear la recolocación de este personal fijo en plazas similares en el resto de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y de sus Organismos Autónomos.

g) Finalmente, con carácter general, debe señalarse que de conformidad con lo previsto en el artículo 23 Decreto Foral 347/1993, con carácter previo a la contratación temporal, los puestos de trabajo vacantes y las sustituciones del personal de plantilla con derecho a reserva de puesto de trabajo podrán ser desempeñados por personal fijo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, mediante procedimientos de redistribución de efectivos, adscripción provisional, comisión de servicios o mediante los procedimientos anteriormente descritos, siempre que se posea la titulación y demás requisitos requeridos para el acceso al nuevo puesto de trabajo que se trata de cubrir.

Respecto al personal temporal de cocinas, en la medida en que se trata de personal contratado temporal en régimen administrativo, y no en régimen laboral, no le es de aplicación, por definición, el supuesto de subrogación del personal en la empresa adjudicataria, previsto en el artículo 44 del Estatuto de los Trabajadores, el cual no es de aplicación al personal que como en el caso del personal de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra esta sujeto a una relación no laboral. En definitiva, desde un punto de vista jurídico, en este supuesto no puede operar la cláusula de subrogación empresarial.

Tampoco es posible, desde un punto de vista jurídico, adoptar como criterio de valoración de las ofertas el mayor o menor porcentaje de contratación del actual personal eventual.

En cuanto a la recolocación de los cocineros que no pasen a la empresa en régimen de servicios especiales, hay que señalar que los mismos podrán acceder a otras plazas de cocinero existentes en el conjunto de la Administración Foral. En los casos, en que ello no fuera posible podrán optar a plazas del mismo nivel C. En su caso, se podrán disponer los procesos de formación necesarios.

- Hay que aclarar que el SNS-O seguirá siendo el titular del servicio y, por tanto, mantendrá inmodificado el control que actualmente tiene sobre el mismo. En este sentido se establecerán los sistemas de control del nivel de servicio pertinentes en todos los elementos que componen el proceso de alimentación a los pacientes. Dado el sistema informático que gestionará el servicio, el control será más preciso y de mayor calidad que el actual. Igualmente, hay que señalar que los nutricionistas y dietistas seguirán siendo de la plantilla del SNS-O. Solo se externaliza todo el proceso propio de la elaboración de las comidas.

- En cuanto a la evolución del precio del servicio externalizado del Hospital de Tudela, hay que señalar que el mismo pasa a ser fijado por el mercado en un régimen de libre competencia. El planteamiento realizado evita situaciones de dependencia respecto al proveedor y, dado que se trata de un mercado suficientemente maduro, el riesgo de incrementos injustificados es mínimo. Igualmente, hay que destacar que en el último año el precio del Hospital de Tudela ha disminuido un 1 por ciento a pesar del aumento del IPC y de los tipos de IVA.

El Director Gerente del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea: Ángel Sanz Barea

CONTESTACIÓN DE LA CÁMARA DE COMPTOS A LAS ALEGACIONES PRESENTADAS AL INFORME PROVISIONAL

Analizadas las alegaciones presentadas por la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de Navarra y por el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, al considerar que constituyen explicaciones al informe que no alteran sus conclusiones, se incorporan al mismo y se eleva el informe a definitivo.

Ahora bien, nos gustaría incidir en los siguientes aspectos:

- El análisis y valoración de las alternativas de producción en frío con medios propios, con medios ajenos o a través de una fórmula mixta, no

están incluidos en los informes del SNS-O que han sido objeto de fiscalización por esta Cámara.

Añadido a lo anterior, en las diversas reuniones mantenidas durante la realización del trabajo de campo con los gestores y responsables del SNS-O, no nos han sido proporcionados dichos análisis, por lo que a esta Cámara no le consta que se hayan realizado.

- La asunción de la inversión por parte del adjudicatario solventaría los problemas presupuestarios, pero dependerá de su adecuación a la normativa SEC para el cómputo del endeudamiento y del déficit.

Pamplona, 23 de febrero de 2012

El Presidente: Helio Robleda Cabezas

Informe de fiscalización sobre “Gastos de productividad por jornadas extraordinarias en el SNS-O”, ejercicios 2005 a 2010, emitido por la Cámara de Comptos

En sesión celebrada el día 5 de marzo de 2012, la Mesa del Parlamento de Navarra, previa audiencia de la Junta de Portavoces, adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

Visto el informe de fiscalización emitido por la Cámara de Comptos sobre “Gastos de productividad por jornadas extraordinarias en el SNS-O”, correspondiente a los ejercicios 2005 a 2010, SE ACUERDA:

1.º Darse por enterada del contenido del citado informe.

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 6 de marzo de 2012

El Presidente: Alberto Catalán Higuera

Informe de fiscalización sobre “Gastos de productividad por jornadas extraordinarias en el SNS-O”, ejercicios 2005 a 2010, emitido por la Cámara de Comptos

ÍNDICE

I. Introducción (Pág. 49).

II. Gastos de productividad por jornadas extraordinarias (Pág. 49).

II.1. Concepto (Pág. 49).

II.2. Asistencia Sanitaria Especializada (Pág. 49).

II.3. Atención Primaria (Pág. 51).

II.4. Normativa reguladora (Pág. 51).

III. Datos generales (Pág. 52).

III.1. Estructura organizativa (Pág. 52).

III.2. Atención Primaria (Pág. 52).

III.3. Atención Sanitaria Especializada (Pág. 52).

III.4. Recursos (Pág. 53).

IV. Objetivo, alcance y limitaciones de la fiscalización (Pág. 54).

V. Conclusiones y recomendaciones (Pág. 54).

V.1. Conclusiones sobre el gasto de productividad por jornadas extraordinarias en Atención Especializada (Pág. 54).

V.2. Conclusiones sobre el gasto de productividad extraordinaria en Atención Primaria (Pág. 57).

V.3. Recomendaciones (Pág. 57).

VI. Gasto de productividad por jornadas extraordinarias por listas de espera en asistencia especializada (Pág. 57).

VI.1. Clínica Ubarmin (Pág. 58).

VI.2. Hospital de Navarra (Pág. 60).

VI.3. Hospital Virgen del Camino (Pág. 60).

VI.4. Asistencia extrahospitalaria (Pág. 61).

VI.5. Hospital Reina Sofía de Tudela (Pág. 62).

VI.6. Hospital García Orcoyen de Estella (Pág. 63).

VII. Gasto de productividad por sustituciones en atención primaria (Pág. 64).

Alegaciones presentadas al informe provisional (Pág. 66).

Contestación de la Cámara de Comptos a las alegaciones presentadas al informe provisional (Pág. 67).

I. INTRODUCCIÓN

La Agrupación de Parlamentarios Forales de Izquierda Unida de Navarra-Nafarroako Ezker Batua solicitó la fiscalización de “las horas extras en el Servicio Navarro de Salud realizadas en los años 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009”. El 29 de marzo de 2010, la Junta de Portavoces del Parlamento de Navarra acordó remitir a la Cámara de Comptos dicha solicitud.

Este trabajo se incluyó inicialmente en el programa anual que la Cámara de Comptos aprobó para el año 2010 y su finalización se contempló en el programa del 2011. Dado que el trabajo de campo se realizó en el periodo de marzo a octubre de 2011, esta Cámara amplió la fiscalización al año 2010.

La fiscalización la realizó un equipo integrado por dos técnicas de auditoría y una auditora, con

la colaboración de los servicios jurídicos, informáticos y administrativos de la Cámara.

Agradecemos al personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) la colaboración prestada en la realización del presente trabajo.

II. GASTOS DE PRODUCTIVIDAD POR JORNADAS EXTRAORDINARIAS

II.1 CONCEPTO

Las retribuciones por jornadas extraordinarias en el SNS-O, denominadas coloquialmente “peonadas”, se encuadran en el concepto de complemento de productividad regulado en la Ley Foral 11/1992 del régimen específico del personal adscrito al SNS-O.

Dicha ley establece que el complemento de productividad tendrá carácter extraordinario y retribuirá, entre otros, la participación en programas o actuaciones extraordinarias, la realización de jornadas complementarias y, en general, todas aquellas actuaciones que redunden especialmente en un mayor o mejor servicio a la población atendida o en una mayor o mejor cantidad y calidad del trabajo a realizar.

II.2 ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA

La realización de actividad extraordinaria fuera de la jornada ordinaria, tanto consultas, como pruebas diagnósticas y procesos quirúrgicos, es una de las medidas, junto con la contratación de personal y la concertación con centros privados, que el SNS-O adoptó para atender las listas de espera en la asistencia sanitaria especializada.

En 2008 se aprobó la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada programada y no urgente que establecía los siguientes plazos máximos de espera:

	Plazo máximo
Consultas ordinarias	30 días
Consultas preferentes	10 días
Pruebas diagnósticas	45 días
Intervenciones quirúrgicas:	
Cirugía cardiaca	60 días
Intervenciones establecidas reglamentariamente	120 días
Aquellas cuya espera no implique empeoramiento salud paciente	180 días

El plazo se computará en días hábiles contados desde la solicitud o indicación del facultativo.

A partir del 7 de octubre de 2011 y hasta 31 de diciembre de 2012, se suspenden los plazos máximos de espera establecidos en la Ley Foral 14/2008, con excepción de las intervenciones de cirugía cardiaca y cirugía oncológica, en las que

se garantiza la atención en unos plazos máximos de 60 y 30 días respectivamente desde la fecha de la indicación facultativa.

Los precios máximos de la hora de jornada complementaria aprobados para cada nivel de puesto de trabajo en los años 2005 a 2010 fueron los

	2005-2006		2007, 2008 y 2009	2010	
	1 enero 2005 a 31 agosto 2006	1 septiembre 2006 a 31 diciembre 2006		1 enero a 31 mayo	1 junio a 31 diciembre
Nivel A					
Consultas	45,63	53,68	54,81	54,97	52,22
Exploraciones	46,99	55,27	56,43	56,60	53,77
Intervenciones	48,24	56,74	57,93	58,10	55,20
Nivel B					
Consultas	25,26	29,71	30,33	30,42	28,90
Exploraciones	25,98	30,56	31,20	31,29	29,73
Intervenciones	26,70	31,41	32,07	32,17	30,56
Nivel C					
Consultas					
Exploraciones	20,09	23,62	24,12	24,19	22,98
Intervenciones					
Nivel D-E					
Consultas					
Exploraciones	17,55	20,64	21,07	21,13	20,07
Intervenciones					

En 2008 y con efectos desde el 1 de abril, se aprobó la modalidad de "pago por proceso" para las intervenciones quirúrgicas en las especialidades de "Traumatología y Cirugía Ortopédica" y "Cirugía General". Esta modalidad consiste en

asignar a cada intervención, en función de la duración media, la dificultad, especial complejidad y otras valoraciones clínicas, un número de créditos.

El precio de cada crédito en los años 2008 a 2010 fue:

Precio del crédito	2008 2009	2010	
		1 enero a 31 mayo	1 junio a 31 diciembre
Personal facultativo	90,00	90,27	85,76
Personal enfermería	50,00	50,15	47,64
Personal auxiliar	37,00	37,11	35,25
Celadores	33,00	35,25	31,45

II.3 ATENCIÓN PRIMARIA

En el año 2008 se regularon mecanismos extraordinarios para garantizar la atención continuada en Atención Primaria mediante sustituciones del personal. Se aprobaron los siguientes precios:

Sustituciones de personal	Año 2008	2010	
		1 enero a 31 mayo	1 junio a 31 diciembre
Facultativo	1.800 euros/mes	1.805,40 €/mes	1.715,13 €/mes
De Enfermería	1.485 euros/mes	1.489,46 €/mes	1.414,99 €/mes
Facultativo mediante programas extraordin.	200 euros/día	200,60 €/día	190,57 €/día
Facultativos de Servic. Urgencias Rurales	30 euros/hora	30,09 €/hora	28,59 €/hora
De enfermería de Servic. Urgenc. Rurales	18 euros/hora	18,05€/hora	17,15 €/hora

Si la sustitución de personal es inferior al mes, se pagará la parte proporcional.

La sustitución de un profesional de los Servicios de Urgencias Rurales por otro profesional del propio Servicio será con motivo de bajas por incapacidad temporal y licencias o permisos retribuidos.

II.4 NORMATIVA REGULADORA

La normativa reguladora del complemento de productividad por jornadas extraordinarias es, entre otra, la siguiente:

- Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, reguladora del régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

- Decreto Foral 44/2003, de 3 de marzo, por el que se determinan y asignan las retribuciones complementarias de los puestos de trabajo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

- Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada.

- Decreto Foral 21/2010, de 26 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de garantías de espera en atención especializada.

- Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, reguladora del programa de evaluación y actuación sobre las listas de espera quirúrgicas programadas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

- Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento

homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

- Resolución 1423/2006, de 22 de septiembre, del Director Gerente del SNS-O por el que se autoriza el gasto correspondiente al complemento de “productividad variable” para los diferentes Centros del SNS-O.

- Resolución 505/2007, de 5 de marzo, del Director Gerente del SNS-O por el que se autoriza el gasto correspondiente al complemento de “productividad variable” para los diferentes Centros del SNS-O.

- Resolución 779/2008, de 13 de mayo, del Director Gerente del SNS-O por la que se autoriza la realización de jornadas complementarias en los Centros del SNS-O en la modalidad de “pago por proceso”, modificada por Resolución 1425/2008, de 17 de septiembre, del Director Gerente del SNS-O.

- Resolución 353/2009, de 11 de febrero, del Director Gerente del SNS-O por el que se autoriza la realización de jornadas complementarias en la modalidad de “pago por proceso” al Hospital Virgen del Camino.

- Instrucción número 3 de 2010 del director gerente del SNS-O, de 6 de octubre de 2010, sobre aplicación de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público relativas a las retribuciones del personal adscrito al SNS-O.

- Acuerdo de 13 de marzo de 2008, por el que se aprueba el Pacto suscrito por la Administración Sanitaria con las Centrales Sindicales sobre atención continuada en la Atención Primaria Rural y

otras condiciones laborales del personal al servicio del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

- Resolución 931/2008, de 10 de junio, del Director Gerente del SNS-O por la que se autoriza el gasto correspondiente al complemento de productividad variable en Atención Primaria, en desarrollo del Acuerdo de 13 de marzo de 2008.

- Instrucción aclaratoria de la Resolución 931/2008, de 10 de junio, dictada por el director de Recursos Humanos del SNS-O el 26 de junio de 2008.

III. DATOS GENERALES

III.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

El sistema sanitario público de Navarra está integrado por el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones orientadas a la protección de la salud, a través de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención sanitaria.

La asistencia sanitaria de la Comunidad Foral se presta en los siguientes niveles:

1_Atención Primaria.

2_Atención Especializada tanto hospitalaria como extrahospitalaria.

Mediante Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, se creó el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) como un Organismo Autónomo adscrito al Departamento de Salud con el objeto de gestionar los Servicios y Prestaciones de Atención Primaria y de Asistencia Especializada.

La Ordenación Territorial Sanitaria de la Comunidad Foral se configura en Zonas Básicas de Salud y Áreas de Salud.

Se considera la Zona Básica de Salud el marco territorial idóneo para la prestación de la atención primaria. Se han establecido 54 Zonas Básicas de Salud, entre las cuales, algunas tienen la consideración de Zonas Básicas de Especial Actuación, debido a circunstancias de dispersión, aislamiento e inaccesibilidad, situación fronteriza o especialmente deprimida, que dificultan la constitución o el funcionamiento de un Equipo de Atención Primaria.

Las Zonas Básicas de Salud se agrupan en tres Áreas de Salud: Área de Salud de Pamplona (Navarra Norte, Navarra Este y Tafalla), Área de Salud de Estella y Área de Salud de Tudela. En estas Áreas se da cobertura a la asistencia especializada.

III.2 ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria de salud constituye la base del sistema sanitario y comprende el conjunto de actividades médico-asistenciales de acceso directo, tanto en régimen ambulatorio como domiciliario y de urgencias.

Se presta en el marco territorial de la Zona Básica de Salud, en los Centros de Salud y Consultorios Locales. En Navarra existen un total de 54 centros de Salud y 243 Consultorios.

III.3 ATENCIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

La asistencia sanitaria especializada sirve de apoyo médico y quirúrgico a la atención primaria y comprende la realización de intervenciones quirúrgicas, tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización, consultas especializadas, procedimientos diagnósticos y atención a la salud mental, entre otras prestaciones.

La atención especializada se presta en los Hospitales y Centros de especialidades de las tres Áreas de Salud: Pamplona, Tudela y Estella.

• Área de Pamplona

Abarca una población de 474.677 habitantes, el 75 por ciento del total de habitantes de Navarra a 1 de enero de 2010.

Hasta el 24 de junio de 2010, en el que entra en vigor el Decreto Foral 19/2010 de 12 de abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra, la organización del Área de Pamplona era la siguiente:

– Dos Hospitales Generales: Hospital Virgen del Camino y Hospital de Navarra.

– Un Hospital de Ortopedia y Rehabilitación: Clínica Ubarmin

– Cuatro Centros Ambulatorios: Centro de Consultas Príncipe de Viana, Centro Doctor San Martín, Ambulatorio Conde Oliveto y Ambulatorio de Tafalla.

– Siete Centros de Atención a la Mujer.

– Siete Centros de Salud Mental.

Todos estos Centros, salvo los de Salud Mental, se integraron en el Complejo Hospitalario de Navarra.

• Área de Tudela

La población de esta Área asciende a 97.473 habitantes, el 15 por ciento del total de Navarra a 1 de enero de 2010. Cuenta con las siguientes dotaciones:

- Un Hospital General: Hospital Reina Sofía
- Un Centro Ambulatorio
- Un Centro de Salud Mental
- Un Centro de Atención a la Mujer.
- Área de Estella

Abarca una población de 64.774 habitantes, el 10 por ciento de la población a 1 de enero de 2010 y cuenta con los siguientes Centros:

- Un Hospital General: Hospital García Orcoyen
- Un Centro de Salud Mental
- Tres Centros de Atención a la Mujer

III.4 RECURSOS

Los gastos e ingresos del Sistema Público de Salud en los años 2005 a 2010 han sido, según información de las Memorias anuales del SNS-O:

En millones de euros

Concepto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personal	357,99	375,98	400,85	457,72	495,91	528,37
Compra de bienes corrientes y servicios	162,65	198,01	207,22	235,56	262,21	266,17
Transferencias corrientes	147,80	157,37	166,05	177,06	185,64	181,09
Inversiones	13,82	21,98	41,36	33,48	27,13	54,26
Transferencias de capital	0,81	0,80	1,02	1,03	2,29	1,66
Total Gastos	683,07	754,14	816,5	904,85	973,18	1031,55
Total Ingresos	10,31	10,58	9,67	12,39	11,64	11,66

Los gastos de personal suponen en torno al 51 por ciento del total de gastos y corresponden en un 72 por ciento a Asistencia Especializada y en un 22 por ciento a Atención Primaria. El resto se

reparte entre Servicios Centrales de Salud y Salud Pública. Los gastos de personal se incrementaron en un 48 por ciento en el periodo 2005 a 2010. La evolución de la plantilla en dicho período fue:

Plantilla	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Número de personas	8.385	8.460	9.021	9.540	9.825	9.951

En torno a un 76 por ciento de la plantilla pertenece a Asistencia Especializada y un 20 por ciento a Atención Primaria. De 2005 a 2010 la Plantilla se incrementó en un 19 por ciento.

Las inversiones realizadas en el período 2005 a 2010 ascendieron a 192,03 millones de euros. El

volumen más importante se ejecutó en los años 2007 y 2010, en los cuales las inversiones supusieron el 5 por ciento del total de gastos de Salud.

La variación porcentual anual en el periodo 2005 a 2010 de algunos indicadores referidos al sistema sanitario navarro fue:

Concepto	2005	2006	% 06/05	2007	% 07/06	2008	% 08/07	2009	% 09/08	2010	% 10/09	% 10/05
Gastos totales Salud (millones)	683,70	754,14	10%	816,50	8%	904,85	11%	973,18	8%	1.031,55	6%	51%
Gastos de personal (millones)	357,99	375,98	5%	400,85	7%	457,72	14%	495,91	8%	528,37	7%	48%
Plantilla de personal	8.385	8.460	1%	9.021	7%	9.540	6%	9.825	3%	9.951	1%	19%
Inversiones (millones)	13,82	21,98	59%	41,36	88%	33,48	-19%	27,13	-19%	54,26	100%	293%
Población	593.472	601.874	1%	605.876	1%	620.377	2%	630.578	2%	636.924	1%	7%
Número de T.I.S.	571.832	580.947	2%	589.653	1%	607.481	3%	617.445	2%	627.666	2%	10%

IV. OBJETIVO, ALCANCE Y LIMITACIONES DE LA FISCALIZACIÓN

El objetivo de la fiscalización es:

a) Analizar la cuantía y evolución de los gastos de productividad por jornadas extraordinarias en el SNS-O en los años 2005 a 2010.

b) Comprobar si las retribuciones de productividad por jornadas extraordinarias están motivadas y justificadas y se han abonado conforme a su normativa reguladora.

El alcance de la fiscalización son las retribuciones por jornadas extraordinarias realizadas en el período 2005 a 2010 en Asistencia Especializada y en Atención Primaria.

En Asistencia Especializada se revisaron los gastos de productividad por jornadas extraordinarias por listas de espera.

En Atención Primaria se revisaron los gastos registrados en el concepto de nómina de productividad por listas de espera, retribuciones que correspondían a sustituciones de personal. En los años 2005 a 2007 no constaba gasto alguno en el citado concepto.

El trabajo consistió en la fiscalización de las retribuciones de productividad de las personas que cobraron en cada uno de los años 2005 a 2010 importes superiores a 9.000 euros anuales. En los casos en que ninguna persona superara el citado importe, se fiscalizaron las retribuciones superiores a 6.000 euros por persona y año. En total revisamos las retribuciones de 535 personas en Atención Especializada, el 10 por ciento del personal que cobró productividad por jornadas extraordinarias en los años 2005 a 2010, y 174 en Atención Primaria, el ocho por ciento de las personas que cobraron productividad en el periodo 2008 a 2010. Prácticamente la totalidad del personal seleccionado en la muestra son facultativos.

Debido a la inexistencia de un concepto de nómina exclusivo para registrar las retribuciones de productividad por listas de espera en los años 2005 y 2006 y a las diferencias entre las bases de datos de Contabilidad y de Recursos Humanos, previamente a la fiscalización se depuraron los datos contradictorios y se extrajo la información correspondiente únicamente a productividad por listas de espera. Estas tareas requirieron una considerable cantidad de tiempo y ralentizaron el trabajo de fiscalización.

Esta Cámara emitió en diciembre de 2009 un informe titulado “Ejecución de la partida presupuestaria retribuciones del personal contratado para la reducción de las listas de espera (2008)” en el que se analizaba, entre otros aspectos, la productividad por listas de espera en el año 2008.

En cuanto a las limitaciones al alcance de nuestro trabajo señalamos:

- La obtención de información sobre consultas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas realizadas por cada facultativo en los Centros Hospitalarios y Ambulatorios, dada la configuración de las bases de datos de actividad médica, requería acudir a otras fuentes de información y un considerable empleo de tiempo y recursos humanos, tanto de la Cámara como del SNS-O, tal como lo comprobamos tras analizar la actividad médica diaria de los facultativos de la Clínica Ubarmin.

- No disponemos de datos desglosados sobre los Servicios, Secciones y Unidades de los distintos Centros Hospitalarios que cobraron productividad en los años 2005 a 2007, ni del año 2010 en el que se muestra la información del conjunto de los centros que integran el Complejo Hospitalario de Navarra.

La fiscalización se desarrolló conforme a los principios y normas de auditoría aprobadas por la Comisión de Coordinación de los Órganos Públicos de Control Externo del Estado Español y desarrollados por esta Cámara de Comptos en su Manual de Fiscalización, mediante la realización de pruebas y el empleo de las técnicas de auditoría que se consideraron necesarias para cumplir los objetivos del trabajo.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se resumen las conclusiones basadas en la evidencia obtenida en la fiscalización de los gastos de productividad por jornadas extraordinarias por listas de espera en Atención Especializada y de los gastos de productividad por sustituciones en Atención Primaria.

V.1 CONCLUSIONES SOBRE EL GASTO DE PRODUCTIVIDAD POR JORNADAS EXTRAORDINARIAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

1. El gasto de productividad por jornadas extraordinarias por listas de espera en Atención Especializada en el periodo 2005 a 2010 ascendió a 20.100.636 euros y corresponde a:

Centro	Importe						Total
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Asistencia extrahospitalaria	161.188	276.836	465.399	1.521.206	1.385.673	20.743	3.831.045
Hospital de Navarra	37.654	392.480	325.373	786.791	466.586	836.995	2.845.879
Hospital Virgen del Camino	499.392	788.816	486.708	764.343	1.731.812	1.563.365	5.834.436
Clínica Ubarmin	255.879	446.133	699.128	975.716	1.490.391	1.005.652	4.872.899
Hospital Reina Sofía de Tudela	118.404	130.133	290.756	417.109	588.692	335.639	1.880.733
Hospital García Orcoyen de Estella	43.124	58.190	40.732	474.465	172.611	46.522	835.644
Total	1.115.641	2.092.588	2.308.096	4.939.630	5.835.765	3.808.916	20.100.636

Del total de 20,10 millones de euros, el 29 por ciento se pagó en 2009, un 25 por ciento en 2008, un 19 por ciento en 2010, el 11 por ciento en 2007, un 10 por ciento en 2006 y el restante 6 por ciento en 2005.

El gasto de productividad se incrementó un 88 por ciento de 2005 a 2006, un 10 por ciento de 2006 a 2007 y un 114 por ciento de 2007 a 2008, que pasó de 2,31 millones de euros a 4,94 millones.

En 2008 se aprobó la Ley Foral de Garantías de Espera que establecía unos plazos máximos para la atención sanitaria especializada y se aprobó un crédito extraordinario de 15 millones de euros en los Presupuestos Generales de Navarra de 2008 con la finalidad de reducir las listas de espera en la asistencia sanitaria pública. De los 15 millones, 6,17 millones de euros se destinaron a retribuciones de productividad por listas de espera.

El gasto de productividad en 2009 fue un 18 por ciento más que en 2008 y disminuyó en un 35 por ciento en 2010.

Por Centros Hospitalarios, el 29 por ciento del total del gasto corresponde al Hospital Virgen del Camino, un 24 por ciento a la Clínica Ubarmin, un 19 por ciento a asistencia extrahospitalaria en centros ambulatorios, un 14 por ciento al Hospital de Navarra, un 10 por ciento al Hospital Reina Sofía de Tudela y el restante cuatro por ciento al Hospital García Orcoyen de Estella.

2. En relación con la motivación y justificación de la actividad extraordinaria realizada en Atención Especializada, las conclusiones son las siguientes:

- La actividad extraordinaria realizada está autorizada con la aprobación de los programas extraordinarios para los distintos servicios médicos y su justificación es la prestación de asistencia sanitaria especializada no urgente a los pacientes

en lista de espera. Los programas extraordinarios los aprueba el director de Asistencia Especializada, el director de Recursos Humanos y el director del Centro hospitalario correspondiente.

En los programas extraordinarios aprobados se indica, en general, el tipo de actividad (consultas, quirúrgica o exploraciones), la fecha de inicio y de finalización del programa, los objetivos de reducción de lista de espera que se pretenden, la actividad prevista, los recursos humanos y el gasto previsto.

No consta que se realizara el seguimiento de los programas extraordinarios aprobados ni que se evaluara conjuntamente el coste y la repercusión de la actividad extraordinaria realizada en las listas de espera.

Contrariamente a lo establecido en los propios programas extraordinarios, no consta que, a la finalización de los mismos, se realizara y enviara a la Dirección de Asistencia Especializada un informe sobre la actividad extraordinaria total realizada, el número de pacientes en lista de espera a la finalización del programa y el gasto realmente imputable al programa realizado.

- Las jornadas extraordinarias realizadas están acreditadas por los jefes de Servicio o Unidad Médica. Las retribuciones pagadas corresponden a las horas justificadas y los pagos han sido aprobados y son conformes a los precios establecidos para cada nivel o al precio establecido para cada crédito en el caso de los procesos quirúrgicos.

- En la Clínica Ubarmin, la actividad extraordinaria se remuneró de forma diferente a los demás Centros Hospitalarios y Ambulatorios, en los cuales se pagaban las horas justificadas, desde 2 hasta 7 horas dependiendo de las especialidades médicas, si bien en la mayoría de los casos que hemos analizado predomina la realización de cinco horas.

En la Clínica Ubarmin se justificaban las jornadas extraordinarias realizadas y se pagaba un número fijo de horas por día de jornada extraordinaria, dependiendo si eran consultas o intervenciones quirúrgicas. Así, por consultas se pagaron cinco horas por jornada extraordinaria en los años 2005 a 2007, 7,5 horas los años 2008, 2009 y hasta junio de 2010 y cinco horas desde junio de 2010.

En intervenciones quirúrgicas se pagaron cinco horas en 2005 y 2006 y 7,5 horas en 2007 por cada día de jornada extraordinaria realizada.

A partir de 2008, se sustituyó para las intervenciones quirúrgicas el pago por número fijo de horas de jornada extraordinaria por el sistema de pago en función del número de créditos asignados a las intervenciones realizadas, dependiendo de su complejidad, duración y otras valoraciones clínicas.

En relación con este sistema de pago por proceso de las intervenciones quirúrgicas, esta Cámara de Comptos manifestó, en el informe de fiscalización sobre "las retribuciones del personal contratado para la reducción de las listas de espera (2008)", que le parecía más adecuado que el sistema de pago empleado en los años anteriores.

• Se pagaron retribuciones de productividad por listas de espera de urgencias en el Hospital Virgen del Camino, en el Hospital Reina Sofía de Tudela y en el Hospital García Orcoyen de Estella. Estos pagos no son coherentes con el concepto de asistencia sanitaria programada no urgente que requieren los pacientes que deben integrar las

listas de espera. Estas jornadas extraordinarias en urgencias se realizaron para sustituir al personal de dicho servicio.

En resumen, las retribuciones por jornadas extraordinarias en Asistencia Especializada con motivo de las listas de espera supusieron un importante volumen de recursos económicos, 20,10 millones de euros en el periodo 2005 a 2010. La realización de jornadas extraordinarias se autorizó con la aprobación del correspondiente programa extraordinario de listas de espera.

Las retribuciones de productividad fueron, en general, correctamente justificadas y pagadas. En los Centros hospitalarios y ambulatorios se pagó el número de horas justificadas y en la Clínica Ubarmin se pagó el módulo de horas asignadas a las jornadas extraordinarias justificadas.

Si bien las listas de espera en el periodo 2005 a 2010 disminuyeron, tal como se refleja en el cuadro adjunto obtenido de las memorias del SNS-O, no consta que se evaluase en qué medida el incremento de la oferta debido a la actividad extraordinaria contribuyó a la disminución de las listas de espera en las distintas especialidades médicas, esto es, no se midió la eficiencia de los recursos económicos destinados a productividad extraordinaria en relación con el objetivo de disminuir las listas de espera.

La variación de las listas de espera debido a actividad ordinaria, extraordinaria y derivaciones a centros concertados, en el periodo 2005 a 2010 fue:

Lista de espera	Dic.2005	Dic.2006	Dic.2007	Dic.2008	Dic.2009	Dic.2010	Variación 2010/2005
Primera consulta:							
• Número personas	38.637	34.347	41.996	24.836	24.919	24.744	-36%
• Espera media días	35	35	33	21	20	22	-37%
Quirúrgica							
• Número de personas	8.570	8.166	7.726	8.781	7.589	7.626	-11%
• Días de espera media	89	78	74	61	56	70	-21%
Pruebas complementarias							
Ecografías							
• Número de personas	2.457	2.303	3.638	1.860	2.437	3.404	38,5%
• Días de espera media	63	107	179	38	18	29	-54%
TAC							
• Número de personas	2.313	2.224	2.766	3.671	1.466	2.154	-7%
• Días de espera media	103	107	110	52	10	19	-81,5%
Resonancia Magnética							
• Número de personas	2.935	3.519	2.542	3.015	2.545	2.069	-29,5%
• Días de espera media	89	105	48	57	34	22	-75%

V.2 CONCLUSIONES SOBRE EL GASTO DE PRODUCTIVIDAD EXTRAORDINARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. El gasto de productividad por sustituciones en Atención Primaria en los años 2008 a 2010 ascendió a 6.389.615 euros y su desglose es el siguiente:

Área	2008	2009	2010	Total
Área de Pamplona	779.964	1.878.687	1.482.911	4.141.562
Área de Tudela	203.309	403.646	321.549	928.504
Área de Estella	249.617	555.799	490.465	1.295.881
Total	1.232.890	2.838.132	2.294.925	6.365.947

El 44,5 por ciento del total de 6.365.947 euros se pagó en 2009, el 36,5 por ciento en 2010 y el restante 19 por ciento en 2008.

El 65 por ciento del total corresponde al Área de Pamplona, el 20 por ciento al Área de Estella y el 15 por ciento al Área de Tudela.

El gasto de productividad creció en un 88 por cien de 2008 a 2010.

2. Las retribuciones de productividad en Atención Primaria son debidas, principalmente, a jornadas acumuladas a la ordinaria o jornadas extraordinarias realizadas para sustituir al personal de los Equipos de Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias Rurales.

Estas medidas para sustituir al personal de Atención Primaria se aprobaron con el objetivo de garantizar la atención continuada en Atención Primaria. Se establecieron para el año 2008 y con carácter temporal para dicho ejercicio. No consta que se evaluaran económicamente ni que se resolviera acerca de su prórroga y condiciones y continuaron aplicándose en los años 2009 y 2010.

En general, las jornadas, tanto ordinarias como extraordinarias, realizadas para sustitución de personal están justificadas y los pagos de productividad están aprobados, corresponden a la actividad justificada y se han retribuido a los precios establecidos para las distintas modalidades previstas para sustituir al personal de los Equipos de Atención Primaria.

V.3 RECOMENDACIONES:

A la vista de las conclusiones obtenidas de la fiscalización realizada, esta Cámara recomienda:

- Cuando se realicen jornadas extraordinarias para atender las listas de espera, deben implantarse mecanismos de seguimiento y control que permitan evaluar la eficiencia de los recursos económicos destinados a retribuir la actividad extraordinaria en relación con el objetivo de reducir listas de espera. Así mismo, deben aplicarse criterios homogéneos para el pago de retribuciones por jornada extraordinaria en todos los Centros, remunerando las consultas en función de las horas efectivamente realizadas.
- Analizar las alternativas de organizar el trabajo del personal facultativo en turnos de tarde ordinarios e implantar sistemas de incentivos al rendimiento, entre otras.
- En Atención Primaria, evaluar económicamente las medidas de realización de jornadas extraordinarias o acumuladas a la jornada ordinaria para sustituciones de personal, analizando previamente la disponibilidad de recursos humanos existente.

VI. GASTO DE PRODUCTIVIDAD POR JORNADAS EXTRAORDINARIAS POR LISTAS DE ESPERA EN ASISTENCIA ESPECIALIZADA

A continuación se exponen las conclusiones obtenidas de la fiscalización de los gastos de productividad por jornadas extraordinarias por listas de espera en los años 2005 a 2010 en los Centros hospitalarios y ambulatorios en los que se presta asistencia sanitaria especializada.

VI.1 CLÍNICA UBARMIN

Las retribuciones por jornadas extraordinarias en la Clínica Ubarmin en los años 2005 a 2010 fueron:

Año	Totales					Muestra		
	Importe total	Nº personas	Importe medio	Importe mínimo	Importe máximo	Nº personas	Importe total anual	Importe medio
2005	255.879	44	5.815	39	28.714	11	172.909	15.719
2006	446.133	58	7.692	81	8.046	10	70.508	7.051
2007	699.128	37	18.895	268	42.370	25	668.864	26.755
2008	975.716	46	21.211	144	54.004	32	952.300	29.759
2009	1.490.391	59	25.261	14	76.620	36	1.415.807	39.328
2010	1.005.652	61	16.486	31	44.595	36	946.039	26.279
Total	4.872.899	305	15.977			150	4.226.427	28.176

En el periodo 2005 a 2010, 305 personas cobraron un total de 4.872.899 euros de productividad por jornadas extraordinarias.

Se han revisado las retribuciones de productividad extraordinaria de los años 2005 a 2010 superiores a 9.000 euros anuales por persona. En 2006 ninguna persona recibió retribuciones mayores a 9.000 euros y, por tanto, se incluyeron en la muestra las personas que cobraron más de 6.000 euros anuales. Así, se revisaron las retribuciones de 150 personas, de un total de 305, que percibieron el 87 por ciento de la productividad pagada en los años 2005 a 2010.

Las conclusiones de la fiscalización de la muestra indicada han sido:

- La justificación de la Clínica Ubarmin para realizar jornadas extraordinarias es la reducción de las listas de espera con el fin de paliar el problema de déficit estructural de capacidad para absorber toda la demanda.

La realización de jornadas se autorizó con la aprobación del correspondiente programa extraordinario firmado por el director de la Clínica Ubarmin, el director de Asistencia Especializada y el director de Recursos Humanos del SNS-O.

- En relación con los programas extraordinarios aprobados, no consta que se cumplimentase la información sobre la "Evaluación de lista de espera real al final del programa," "Evaluación total de la actividad realizada" y "Evaluación de los pagos realizados."

- Los pagos se realizaron en función del número de jornadas extraordinarias justificadas. Se establecieron los siguientes módulos fijos de horas para cada día de jornada extraordinaria:

Consultas: 5 horas en los años 2005 a 2007, 7,5 horas en los años 2008 hasta junio de 2010 y 5 horas por día de jornada extraordinaria a partir de junio de 2010.

Intervenciones quirúrgicas: 5 horas en 2005 y 2006 y 7,5 horas por día de jornada extraordinaria en el año 2007.

A partir del año 2008, las intervenciones quirúrgicas se pagaron mediante el sistema de pago por proceso, en función de los créditos asignados a las mismas en relación con su complejidad, duración y otros criterios clínicos.

- Las jornadas extraordinarias realizadas por cada facultativo están acreditadas y justificadas por el jefe del servicio o unidad médica correspondiente, que mensualmente remiten un informe a la Sección de Gestión y Administración de Personal. En dicha Sección realizan un resumen general mensual y un informe detallado por persona en el que consta el día, horas de jornada extraordinaria (número fijo por día de jornada extraordinaria) y el importe a pagar. Este informe está firmado por el Jefe del Servicio de Gestión y el director de la Clínica Ubarmin. Mensualmente se envían las Resoluciones de pago al SNS-O a las que da su conformidad el director de Recursos Humanos del SNS-O.

- La actividad extraordinaria se pagó correctamente al precio de la hora establecido para cada nivel en los años 2005 a 2010 y, a partir de 2008 para el caso de intervenciones quirúrgicas, al precio aprobado en cada ejercicio para los créditos asignados a las mismas.

- La Clínica Ubarmin ha sido el único centro hospitalario en el que hemos analizado la actividad médica del personal facultativo. Así, hemos

comparado el volumen y tipo de actividad, intervenciones o consultas, de los facultativos incluidos en la muestra y, en general, mantienen la actividad ordinaria los días que realizan jornada extraordinaria.

La evolución del número de intervenciones quirúrgicas y consultas en la Clínica Ubarmin, tanto en jornada ordinaria como extraordinaria, en el periodo 2005 a 2010 fue:

Intervenciones quirúrgicas

Año	Actividad ordinaria	Variac. Act.ordin,	Activ. Extraor.	Variac. Act.extr.	Actividad total	Variac. Activ.total	Activ.extraord./ activ.total
2005	3.404				3.929		13%
2006	3.238	-5%	873	66%	4.111	5%	21%
2007	2.974	-8%	1.319	51%	4.293	4%	31%
2008	3.262	10%	1.359	3%	4.621	8%	29%
2009	2.974	-9%	2.136	57%	5.110	11%	42%
2010	3.335	12%	1.650	-23%	4.985	-2%	33%
Total	19.187		7.862		27.049		29%

En el periodo 2005 a 2010 se realizaron un total de 27.049 intervenciones quirúrgicas, el 29 por ciento de las mismas en jornada extraordinaria de tarde. Destaca el año 2009 con 5.110 intervenciones, el 42 por ciento de las mismas en jornada extraordinaria.

La actividad total en intervenciones quirúrgicas fue incrementándose anualmente desde el año 2005, excepto en 2010 en que disminuyó en un 2 por ciento respecto al ejercicio anterior.

La actividad extraordinaria aumentó significativamente en los años 2006, 2007 y 2009, disminuyendo en un 23 por ciento en 2010.

Año	Actividad ordinaria	Variac. Act.ordin.	Activ. Extraor.	Variac. Act.extr.	Actividad total	Variac. Activ.total	Activ.extraord./ activ.total
2005	81.936		3.978		85.914		5%
2006	84.916	4%	4.648	17%	89.564	4%	5%
2007	82.307	-3%	6.845	47%	89.152	-0,5%	8%
2008	83.428	1%	16.870	146%	100.298	13%	20%
2009	84.490	1%	14.872	-12%	99.362	-1%	18%
2010	88.528	5%	13.619	-8%	102.147	3%	15%
Total	505.605		60.832		566.437		12%

En el periodo 2005 a 2010 se realizaron un total de 566.437 consultas, el 12 por ciento de las mismas en jornada extraordinaria. Destaca el incremento en un 146 por ciento de las consultas en jornada extraordinaria en 2008 respecto a las realizadas el año anterior.

La actividad ordinaria de consultas experimenta unos incrementos anuales que oscilan entre el 1 y el 5 por ciento, excepto en 2007 en que decrece en un tres por ciento.

Las consultas en jornada extraordinaria aumentaron significativamente en los años 2005 a 2007, reduciéndose en 2009 y 2010 en un 12 y 8 por ciento respectivamente.

VI.2 HOSPITAL DE NAVARRA

Las retribuciones de productividad por jornadas extraordinarias en el Hospital de Navarra en los años 2005 a 2010 fueron:

Año	Totales					Muestra		
	Importe total	Nº personas	Importe medio	Importe mínimo	Importe máximo	Nº personas	Importe total anual	Importe medio
2005	37.654	26	1.448	60	5.364	0		
2006	392.480	248	1.583	13	18.318	5	60.347	12.069
2007	325.373	168	1.937	77	11.780	2	21.445	10.722
2008	786.791	305	2.580	83	15.926	13	140.149	10.781
2009	466.586	235	1.985	41	13.742	9	105.560	11.729
2010	836.995	(*)				19	249.017	13.106
Total	2.845.879					48		

(*) 700 personas cobraron productividad en el conjunto del Complejo Hospitalario por un total de 2.400.360, de los cuales 836.995 corresponden al Hospital de Navarra. El importe medio de las retribuciones de 2010 en el Complejo Hospitalario fue de 3.429 euros.

Las retribuciones de productividad por jornadas extraordinarias en el Hospital de Navarra en los años 2005 a 2010 ascendieron a 2.845.879 euros. Destacan los años 2010 y 2008, con un 29 y 28 por ciento del total del gasto de productividad.

Se revisaron las retribuciones de las 48 personas que en el periodo 2005 a 2010 cobraron productividad anual superior a 9.000 euros. Las conclusiones de la revisión de la muestra indicada han sido:

- La realización de actividad extraordinaria se autorizó con la aprobación del correspondiente programa por el director del Hospital de Navarra, el director de Asistencia Especializada y el director de Recursos Humanos. El motivo de la realización de jornadas extraordinarias fue atender a los pacientes en lista de espera en cada especialidad médica.

- No consta que se realizara un seguimiento de los programas extraordinarios aprobados. En todos los programas no consta la actividad prevista, la actividad realizada o el horario realizado.

- Mensualmente el jefe del Servicio o Unidad Médica justificó las horas de actividad extraordinaria realizadas, justificación que junto con el informe de conformidad de la Dirección Médica y la autorización del director del Hospital se envió a la Sección de Administración de Personal para su abono. La orden de abono de las retribuciones está aprobada por el director de personal del Hospital de Navarra.

- En general, las retribuciones pagadas corresponden a las jornadas extraordinarias justificadas.

- En los años 2007 a 2010 se abonaron los precios aprobados para el año 2006 por Resolución 1423/2006, sin actualizarse con los precios correspondientes a cada año del periodo 2007 a 2010. Esta situación se regularizó en noviembre de 2010.

- De la base de datos sobre actividad médica que nos facilitaron no pudimos obtener directamente información sobre la actividad, tanto ordinaria como extraordinaria, del personal del Hospital.

VI.3 HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO

Las retribuciones por jornadas extraordinarias en el Hospital Virgen del Camino en los años 2005 a 2010 fueron:

Año	Totales					Muestra		
	Importe total	Nº personas	Importe medio	Importe mínimo	Importe máximo	Nº personas	Importe total anual	Importe medio
2005	499.392	260	1.921	26	25.085	13	148.275	11.406
2006	788.816	349	2.260	18	26.084	18	217.374	12.076
2007	486.708	215	2.264	71	18.454	7	96.265	13.752
2008	764.343	303	2.523	6	20.143	16	178.745	11.172
2009	1.731.812	601	2.882	22	29.569	58	743.791	12.824
2010	1.563.365	*				40	485.629	12.141
Total	5.834.436					152	1.870.079	12.303

* 700 personas cobraron productividad en el conjunto del Complejo Hospitalario por un total de 2.400.360, de los cuales 1.563.365 corresponden al Hospital Virgen del Camino. El importe medio de las retribuciones de 2010 en el Complejo Hospitalario fue de 3.429 euros.

Los gastos de productividad por jornadas extraordinarias en el Hospital Virgen del Camino ascendieron a 5.834.436, destacando los años 2009 y 2010 con un 30 y un 27 por ciento, respectivamente, del total del gasto.

Se revisaron las retribuciones de productividad de los 152 facultativos que en el periodo 2005 a 2010 percibieron importes superiores a 9.000 euros al año, retribuciones que suponen el 32 por ciento del total de los gastos de productividad pagados en el citado periodo en el Hospital Virgen del Camino. Las conclusiones obtenidas de la fiscalización de la muestra indicada son:

- El Hospital Virgen del Camino justificó la realización de jornadas extraordinarias en la atención de las listas de espera. Dichas jornadas fueron autorizadas con la aprobación del correspondiente programa extraordinario.

- No consta que se realizara el seguimiento de los programas extraordinarios aprobados ni que se evaluara la repercusión en las listas de espera de la actividad extraordinaria realizada.

- Se aprobaron programas extraordinarios de listas de espera de urgencias. Al respecto, hemos comprobado que en enero de 2010 se pagaron 61.625 euros. El concepto de listas de espera de urgencias no es coherente con el concepto de asistencia sanitaria programada no urgente que requieren los pacientes que deben estar en lista de espera. Los pagos correspondían a retribuciones por sustituciones del personal de Urgencias.

- Las horas de actividad extraordinaria realizadas están acreditadas por el jefe del Servicio Médico o Unidad correspondiente y, en general, los pagos realizados corresponden a las horas justificadas.

- En los años 2007, 2008, 2009 y hasta noviembre de 2010 se pagó el precio aprobado para el año 2006. En noviembre de 2010 se regularizó la situación teniendo en cuenta los precios aprobados para cada ejercicio.

- Al igual que en el Hospital de Navarra, la base de datos que nos facilitaron sobre actividad médica del personal del Hospital Virgen del Camino no nos permitía obtener directamente la actividad realizada por cada facultativo.

VI.4 ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

La asistencia extrahospitalaria comprende las consultas y pruebas diagnósticas en las distintas

especialidades y se presta en los Centros Ambulatorios. Las retribuciones de productividad por jornadas extraordinaria de asistencia extrahospitalaria en los años 2005 a 2010 fueron:

Año	Totales					Muestra		
	Importe total	Nº personas	Importe medio	Importe mínimo	Importe máximo	Nº personas	Importe total anual	Importe medio
2005	161.188	112	1.439	68	8.670	0		
2006	276.836	169	1.638	68*	17.361	0		
2007	465.399	201	2.315	215	14.816	7	84.331	12.047
2008	1.521.206	323	4.710	215	28.101	51	710.816	13.938
2009	1.385.673	331	4.186	161	27.806	53	691.476	13.047
2010	20.743 ^{***}	7	2.963	1.127	11.917	7	20.743	2.963
Total	3.831.045	1.143	3.352			118	1.507.366	12.774

* 4 personas percibieron retribuciones superiores a 9.000 euros pero no las revisamos porque no figuraban en la base de datos que nos facilitaron inicialmente.

*** Los datos de 2010 se imputan a los Centros Hospitalarios del Complejo Hospitalario.

Se fiscalizaron las retribuciones de productividad por jornadas extraordinarias de 118 personas que cobraron un total de 1.507.366 euros, el 39 por ciento de los gastos de productividad del periodo 2005 a 2010. La muestra incluye todo aquel personal con retribuciones extraordinarias superiores a 9.000 euros al año, excepto en el año 2006 y en 2010 en el que seleccionamos los 7 facultativos de Salud Mental que percibieron productividad en dicho año.

Las conclusiones obtenidas sobre la muestra fiscalizada han sido:

- En general, la realización de jornadas complementarias está autorizada con la aprobación del correspondiente programa extraordinario por listas de espera. No consta que se evalúe la repercusión de la actividad extraordinaria realizada sobre las listas de espera.

- Las horas de actividad extraordinaria realizadas están acreditadas y pagadas conforme a la justificación presentada por el jefe del Servicio Médico correspondiente.

- En los años 2007 a 2010, las horas de actividad extraordinaria se pagaron al precio aprobado para el año 2006. Hemos verificado que la regularización realizada en noviembre de 2010 no ha sido correcta. Así, los precios pagados de junio a septiembre de 2010 se redujeron en un 5 por ciento, pero no fueron previamente incrementados en un 0,3 por ciento, contrariamente a lo establecido en la Instrucción número 3 del director gerente del SNS-O sobre aplicación de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público relativas a las retribuciones del personal adscrito al SNS-O.

VI.5 HOSPITAL REINA SOFÍA DE TUDELA

Las retribuciones de productividad por jornadas extraordinarias realizadas en el Hospital Reina Sofía de Tudela en los años 2005 a 2010 fueron:

Año	Totales					Muestra		
	Importe total	Nº personas	Importe medio	Importe mínimo	Importe máximo	Nº personas	Importe total anual	Importe medio
2005	118.404	*	Sin datos			3	36.154	12.051
2006	130.133	*	Sin datos			1	12.475	12.475
2007	290.756	102	2.851	26	27.434	5	97.571	19.514
2008	417.109	132	3.160	21	25.322	10	137.708	13.771
2009	588.692	116	5.075	21	26.528	20	299.215	14.961
2010	335.639	145	2.315	162	12.395	8	83.974	10.497
Total	1.880.733	495	3.297			47	667.097	14.194

* No se puede concretar el número de personas que percibieron productividad por listas de espera.

Los gastos de productividad por jornadas extraordinarias en el Hospital Reina Sofía en el periodo 2005 a 2010 ascendieron a 1.880.733 y se pagaron a 495 personas.

Se revisaron las retribuciones de las 47 personas que percibieron más de 9.000 euros anuales en el periodo 2005 a 2010. Sus retribuciones totales ascendieron a 667.097 euros y suponen el 35 por ciento del total del gasto de productividad de dicho periodo. Las conclusiones obtenidas de la fiscalización de la muestra revisada en el Hospital Reina Sofía de Tudela han sido:

- La realización de jornadas extraordinarias se autorizó con la aprobación del correspondiente programa extraordinario con el objetivo de reducir listas de espera en las distintas especialidades. No consta que se realizara el seguimiento de los programas extraordinarios ni se evaluase la repercusión de la actividad extraordinaria en las listas de espera.

- Las horas de actividad extraordinaria realizadas por cada trabajador están justificadas y se pagaron, en general, conforme a las horas efectivamente justificadas y al precio aprobado en cada ejercicio.

No obstante, se detectaron las siguientes excepciones:

- Tanto en 2008 como en 2009 se retribuyó, en concepto de productividad por listas de espera, a varios facultativos que trabajaron en jornada extraordinaria para atenciones de urgencias.

- En 2009, ocho facultativos realizan actividad extraordinaria de consultas con la autorización de un programa extraordinario aprobado para intervenciones quirúrgicas.

- En 2010 los programas extraordinarios que se adjuntan a las nóminas están firmados únicamente por el director de Recursos Humanos.

VI.6 HOSPITAL GARCÍA ORCOYEN DE ESTELLA

Las retribuciones de productividad extraordinaria en el Hospital García Orcoyen de Estella en los años 2005 a 2010 fueron:

Año	Totales					Muestra		
	Importe total	Nº personas	Importe medio	Importe mínimo	Importe máximo	Nº personas	Importe total anual	Importe medio
2005	43.124	11	3.920	958	14197	1	14.197	14.197
2006	58.190	23	2.530	183	10.977	1	10.977	10.977
2007	40.732	28	1.455	165	5.199	0		
2008	474.465	61	7.778	74	31.708	18	368.519	20.473
2009	172.611	54	3.196	110	8.468	0		
2010	46.522	34	1.368	23	5.207	0		
Total	835.644	211	3.960			20	393.693	19.685

* No se puede concretar el número de personas que percibieron productividad por listas de espera.

El gasto de productividad por jornadas extraordinarias realizadas en el periodo 2005 a 2010 en el Hospital García Orcoyen de Estella ascendió a 835.644 euros. En dicho periodo 211 personas cobraron productividad.

El 57 por ciento del total de productividad por jornadas extraordinarias se pagó en el año 2008.

Se fiscalizaron las retribuciones de productividad de 20 personas que cobraron 393.693 euros por tal concepto en los años 2005, 2006 y 2008, el 47 por ciento del total pagado en dicho periodo. Las conclusiones de la fiscalización de la muestra indicada son:

- Se aprobaron programas extraordinarios para realizar jornadas extraordinarias con motivo de la reducción de listas de espera en las distintas especialidades médicas. No consta que se realizase su seguimiento ni que se evaluara la repercusión en las listas de espera de la actividad extraordinaria realizada.

- Las horas de actividad extraordinaria realizadas están justificadas por el jefe del Servicio o Sección Médica o de Enfermería correspondiente,

autorizadas por la directora del Hospital y los pagos son conformes a las justificaciones presentadas y al precio aprobado para cada ejercicio, están ordenados por el jefe del Servicio de Personal del Área de Salud de Estella y tienen la conformidad del director de Recursos Humanos del SNS-O.

No obstante, señalamos las siguientes excepciones:

- En el año 2008, en los justificantes de los Servicios médicos consta el número total de horas trabajadas en los meses del programa extraordinario pero no se especifican los días trabajados ni el horario diario. Por otra parte, se aprobó un programa extraordinario por listas de espera para la Sección de Urgencias

- En octubre de 2010 se aplicaron los precios aprobados para 2010. No nos consta que el precio pagado en los meses anteriores se calculase conforme a lo establecido en la Instrucción número 3 de 2010, esto es, incremento del 0,3 por ciento de enero a mayo y disminución del cinco por ciento desde el 1 de junio.

VII. GASTO DE PRODUCTIVIDAD POR SUSTITUCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las retribuciones de productividad en Atención Primaria por sustituciones de personal en los años 2008 a 2010 fueron:

Año	Pamplona					Tudela					Estella				
	Nº personas	Importe				Nº personas	Importe				Nº personas	Importe			
	Total	Medio	Mn.	Mx.	Total	Medio	Mn.	Mx.	Total	Medio	Mn.	Mx.			
2008	436	779.964	1.789	19	15.490	68	203.309	2.990	30	14.910	84	249.617	2.972	37	18.490
2009	589	1.878.687	3.190	18	36.922	91	403.646	4.436	22	28.500	142	555.799	3.914	74	35.360
2010	522	1.482.911	2.841	12	29.345	103	321.549	3.122	15	20.027	131	490.465	3.744	37	32.881
Total	1547	4.141.562	2.677			262	928.504	3.544			357	1.295.881	3.630		

Año	Total	
	Nº personas	Importe
2008	588	1.232.890
2009	822	2.838.132
2010	756	2.294.925
Total	2.166	6.365.947

El complemento de productividad por sustituciones en Atención Primaria en el periodo 2008 a 2010 ascendió a 6.365.947 euros y fue percibido por un total de 2.166 personas. El 65 por ciento del importe total corresponde al Área de Pamplona, el 20 por ciento al Área de Estella y el 15 por ciento al Área de Tudela. La productividad media en el Área de Pamplona en los tres años analizados fue de 2.677 euros por persona, 3.544 euros en Tudela y 3.630 en el Área de Estella.

El acuerdo de 13 de marzo de 2008, suscrito por la Administración Sanitaria con las Centrales Sindicales sobre atención continuada en la atención primaria rural y otras condiciones laborales del personal del SNS-O, estableció que las sustituciones de personal de los Equipos de Atención Primaria se llevaran a cabo mediante la contratación temporal de personal, y si no fuera posible, mediante la realización acumuladamente a la jornada ordinaria o a través de jornadas especiales por parte del personal del propio Equipo de Atención Primaria o de otros Equipos de Atención Primaria, así como del personal de los Servicios de Urgencias Rurales, del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias o de los Servicios Normales de Urgencia.

Estas medidas para sustituir personal de Atención Primaria mediante la realización de jornadas

acumuladas a la jornada ordinaria o jornadas especiales, se adoptaron para garantizar la atención continuada en todos los puntos de Atención Primaria y se consideraron como un mecanismo extraordinario, según se indica en la Resolución 931/2008, de 10 de junio, del director gerente del SNS-O, por la que se autoriza el gasto correspondiente al complemento de productividad variable en Atención Primaria.

En la citada Resolución se estableció que, en todo caso, finalizado el año 2008, la misma fuera objeto de evaluación económica y, previa valoración de la disponibilidad de profesionales, se resolviera acerca de su prórroga y condiciones.

No consta que se realizaran actuaciones al respecto y la temporalidad establecida para el año 2008 se extendió a los años 2009 y 2010, en los cuales se realizaron sustituciones de personal mediante los mecanismos extraordinarios establecidos inicialmente para el año 2008.

Revisamos las retribuciones de productividad por sustituciones superiores a 9.000 euros por persona y año. En el cuadro siguiente se indica el número de personas seleccionado, 99 en el Área de Pamplona, 30 en el Área de Tudela y 45 en el Área de Estella, y el importe total que cobraron en cada año.

Año	Área de Pamplona			Área de Tudela			Área de Estella		
	Nº	Importe total anual	Importe medio	Nº	Importe total anual	Importe medio	Nº	Importe total anual	Importe medio
2008	12	142.595	11.883	11	125.801	11.436	7	94.985	13.569
2009	56	820.981	14.660	12	233.783	19.482	24	337.825	14.076
2010	31	425.596	13.729	7	107.548	15.364	14	223.712	15.979
Total	99	1.389.172	14.032	30	467.132	15.571	45	656.522	14.589

Las conclusiones de la fiscalización de la muestra revisada son las siguientes:

- La realización de jornadas, tanto ordinarias como extraordinarias, para sustitución del personal de Atención Primaria están justificadas por los subdirectores de Atención Primaria de las Áreas o el jefe del Servicio de Urgencias extrahospitalarias.

- Los pagos corresponden a las jornadas justificadas, están ordenados por los correspondientes Jefes de Servicio de Personal en cada Área de Salud, tienen la conformidad del director de Recursos Humanos del SNS-O y se han calculado aplicando los precios aprobados para las distintas modalidades de sustituciones del personal de los Equipos de Atención Primaria.

Informe que se emite a propuesta de la auditora M^a Asunción Olaechea Estanga, responsable de la realización de este trabajo, una vez cumplimentados los trámites previstos por la normativa vigente

Pamplona, 1 de marzo de 2012

El Presidente: Helio Robleda Cabezas

ALEGACIONES PRESENTADAS AL INFORME PROVISIONAL

La Cámara de Comptos de Navarra, con fecha 20 de febrero de 2012, ha dado traslado al Departamento de Salud del informe provisional "Gastos de productividad por jornadas extraordinarias en el SNS-O" para su conocimiento y, en su caso, formulación de alegaciones.

- En el informe no se explicita suficientemente la situación de la asistencia sanitaria, particularmente crítica en los primeros años del periodo 2005 a 2010, caracterizada por dos factores fundamentales: una lista de espera importante, cuyos plazos superaban en muchos casos los determinados por la Ley Foral de Garantías en vigor, y un escenario de falta de profesionales médicos que

afectaba, además de a la Comunidad Foral de Navarra, a toda la nación española. Esta situación es la que llevó a impulsar el programa de jornadas extraordinarias con el fin de paliar la situación de las listas de espera. Los profesionales médicos, en general, apelando a su buena voluntad, aceptaron participar en este programa extraordinario con el fin de contribuir a una mejor asistencia sanitaria y de, esta forma, resolver el problema asistencial que estaba planteado.

- En el informe, se dice de forma reiterada que no consta que se realizara el seguimiento de los programas extraordinarios aprobados ni que se evaluara conjuntamente el coste y la repercusión de la actividad extraordinaria realizada en las listas de espera. Pues bien, el que no conste en un documento específico, no quiere decir que no se haya realizado. Si se analiza la evolución de las listas de espera en ese período y el gasto realizado en el programa de jornadas extraordinarias, se ve como este va disminuyendo en el tiempo conforme las listas de espera van recuperando la normalidad, lo que demuestra que ese seguimiento existió y que se tomaron las decisiones de gestión adecuadas, tanto para resolver la situación coyuntural de las listas, como para resolver los déficits estructurales del SNS-O que, como un factor más, podían haber contribuido a la generación de esa situación.

- Así, por ejemplo, en referencia a la cirugía ortopédica, las necesidades se estimaban en aproximadamente 6.000 intervenciones quirúrgicas/año. Con los 4 quirófanos disponibles en la Clínica Ubarmin se puede llegar a 3.500 intervenciones/año. Ante esta situación el SNS-O planteó por un lado crecer en el número de quirófanos hasta cubrir las necesidades (incrementar de 4 a 8 quirófanos) y realizar actividad quirúrgica con medios propios o con derivación a Centros Concertados. Así, en la actualidad la nueva área quirúrgica de la CU (8 quirófanos) está finalizada y pendiente del equipamiento.

- Puede afirmarse que existió un control de la actividad realizada y de los resultados que la misma suponía en la lista de espera. En diferentes reuniones entre los profesionales, la Comisión de Programación y la Comisión de Dirección, se valoró la Gobierno de Navarra Departamento de Salud actividad realizada en el mes y el acumulado, por patologías y en quirófanos de mañana y tarde. Además se valoró la lista de espera por patologías: la Cirugía Programada, la No Programada y las entradas y salidas mensuales en lista espera. A partir de estas reuniones se fijaba la actividad a realizar en el mes siguiente.

- Hasta el año 2008, en los Programas Extraordinarios Quirúrgicos, existía una limitación de intervenciones, hasta un máximo de cuatro y un mínimo de tres. El pago se realizaba por un módulo de 7,5 horas por cirujano, independientemente de la cirugía que realizase. Buscando la coherencia entre el tiempo de intervención, la dificultad de ejecución y el pago entre otros criterios, se introdujo el pago por proceso. Con esta nueva modalidad se realizaban las intervenciones quirúrgicas posibles dentro de una jornada de tarde que permitiese el funcionamiento correcto de la Clínica, en cuanto al uso de sala de despertar, UCI, hospitalización, etc.

- Esta nueva fórmula de trabajo-retribución, que conforme a lo expresado por la Cámara de Comptos en su informe "Retribución de personal contratado para reducción de listas de espera (2008)" parecía un sistema más adecuado para la gestión de las listas de espera que el simple pago por hora realizada, llevó al SNS-O a números impensables en cirugía ortopédica alcanzado cifras de cirugía cercanas a la "necesidad".

- Queremos señalar, como también queda reflejado en el informe, que los días de espera disminuyeron en este periodo en un 37% en consultas, en un 21 % en cirugía, en un 54% en ecografías, en un 81,5 % en TAC y en un 75% en Resonancias. Las cifras son ampliamente contundentes como respuesta al resultado de las actuaciones.

- Otro aspecto que nos gustaría resaltar es que durante todos estos años de análisis y como lo refleja la Cámara de Comptos en su informe, se mantuvo la actividad ordinaria los días que se realizaron jornadas extraordinarias.

- Por último destacar como refiere la propia Cámara en su informe que la actividad extraordinaria ha estado debidamente autorizada, acreditadas por los jefes de servicio o unidad médica correspondiente y correctamente pagadas.

- La situación también llegó a afectar a los servicios de urgencias de los hospitales, dado el carácter de este tipo de servicios, cuya asistencia es indemorable, hubo que aplicar de forma coyuntural el programa extraordinario de productividad a los servicios de urgencias en el Hospital Virgen del Camino, en el Hospital Reina Sofía de Tudela y en el Hospital García Orcoyo de Estella.

El Director Gerente del Servicio Navarro de Salud: Ángel Sanz Barea

CONTESTACIÓN DE LA CÁMARA DE COMPTOS A LAS ALEGACIONES PRESENTADAS AL INFORME PROVISIONAL

Recibidas y examinadas las alegaciones al Informe Provisional presentadas por el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud, consideramos que no alteran las conclusiones del informe y, por tanto, se incorporan al mismo y se eleva el informe a definitivo.

Ahora bien, señalamos las siguientes puntualizaciones:

- No hemos obtenido evidencia que justifique que se evaluara la actividad total realmente realizada, el gasto del programa extraordinario y la lista de espera a la finalización del mismo, requisitos establecidos como imprescindibles en los propios programas extraordinarios aprobados.

- Tal como afirmamos en el informe, es indudable que la realización de actividad extraordinaria contribuyó a la reducción de las listas de espera pero no nos consta que se evaluara la eficiencia de dicha medida, esto es la relación entre el coste que supuso y los objetivos conseguidos.

- Hemos comprobado que, en general, se mantuvo la actividad ordinaria los días que se realizaron jornadas extraordinarias, única y exclusivamente para el personal de la Clínica Ubarmin incluido en la muestra analizada.

Pamplona, 1 de marzo de 2012

El Presidente: Helio Robleda Cabezas

