

2007



**FISCALIZACIÓN INTEGRAL DEL DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA
JAÉN NORTE**

2006



**FISCALIZACIÓN INTEGRAL DEL DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA
JAÉN NORTE**

2006

(OE 09/2007)

SEVILLA, MAYO 2009

**FISCALIZACIÓN INTEGRAL DEL DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA
JAÉN NORTE
Ejercicio 2006**

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 27 de mayo de 2009, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de fiscalización integral del Distrito de Atención Primaria Jaén Norte, correspondiente al ejercicio 2006.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS Y ALCANCE	4
III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN DE REGULARIDAD	5
III.1. SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA	5
III.2. REVISIÓN DEL CONTROL INTERNO	7
III.3. REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LEGALIDAD	9
IV. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA	10
IV.1. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y DE LA EFICIENCIA	10
IV.1.1. Objetivos para la Organización de la Asistencia Sanitaria y de Salud	11
IV.1.1.1 Indicadores de oferta	11
IV.1.1.2 Indicadores de demanda	13
IV.1.1.3 Indicadores de calidad en la gestión y organización asistencial	14
IV.1.2. Objetivos de Gestión Económica y Financiera	17
IV.1.2.1. Financiación	17
IV.1.2.2. Recursos disponibles	18
IV.1.3. Seguimiento y Evaluación	21
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	22
V.1. DE LA FISCALIZACIÓN DE REGULARIDAD	23
V.2. DE LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA	24
VI. ANEXOS	29
VII. ALEGACIONES	39

I. INTRODUCCIÓN

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

a) Atención primaria.

b) Atención especializada.

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

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

Estos factores han sido determinantes para que el Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía acordara incluir, en el Plan de Actuaciones del ejercicio 2007, la realización de un Informe de Fiscalización Integral del Distrito de Atención Primaria de Jaén Norte, correspondiente al ejercicio 2006.

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

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

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

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

Cuadro nº I

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

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

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

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

a) Ocho Unidades de Gestión Clínica.

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

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

c) La Unidad de Dispositivos de Apoyo.

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

Asistencial

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

No asistencial

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

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

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

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

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

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

(ANEXO II- Organigrama del Distrito)

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

10. Ya desde el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud (1997-1999) se contemplaba la necesidad de incrementar la autonomía y responsabilidad de los profesionales sanitarios, descentralizando la gestión en las siguientes áreas: recursos humanos, bienes, servicios e inversiones así como organización interna y de producción. Es un hecho reconocido que, desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andaluces (incluidos los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica), aun cuando no estaban reguladas por el Decreto 195/1985.

Este aspecto delimita el ámbito concreto de la actuación ya que, exceptuando la Zona Básica de Bailén cuya organización y ordenación de los servicios sigue aplicando la anterior normativa, para los trabajos realizados, se ha tenido en

cuenta, exclusivamente, lo establecido en el Decreto 197/2007, aun cuando le era aplicable la anterior legislación.

II. OBJETIVOS Y ALCANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- La organización estructural de la entidad.

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

- Los procesos de gestión y control interno implantados.

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

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

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

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

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

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

III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN DE REGULARIDAD

III.1. SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

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

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

Hay que aclarar que los objetivos, aunque pueden ser representativos de la actividad a desarrollar por el Distrito, no

están cuantificados ni relacionados con los créditos presupuestarios.

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

20. Inicialmente al presupuesto solo se le imputan la totalidad de los gastos controlables a gestionar por el Distrito, por lo que no se incluyen los correspondientes a la productividad ni los gastos para inversiones, sino que los van registrando, centralizadamente, mediante modificaciones presupuestarias.

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

21. Las previsiones iniciales del presupuesto ascienden a 22.033.353 € y se han practicado modificaciones presupuestarias por un importe de 4.288.314 €, del que el 86% corresponde a gastos de personal frente al 7% de gastos para inver-

¹ Punto modificado por la alegación presentada.

² Punto modificado por la alegación presentada.

³ Punto modificado por la alegación presentada.

siones, los cuales no tenían asignado crédito inicial aun previendo en el Contrato Programa unos posibles gastos para inversiones pendientes de autorizar.

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

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

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

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

establece medidas de control en el régimen presupuestario de la sanidad y en la *ORDEN de 10 de octubre de 2006, sobre cierre del ejercicio presupuestario de 2006*.

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

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

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

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

⁴ Punto modificado por la alegación presentada.

⁵ Punto modificado por la alegación presentada.

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

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

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

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

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

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

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

⁷ Punto modificado por la alegación presentada.

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

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

III.2 REVISIÓN DEL CONTROL INTERNO

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

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

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

⁸ Punto modificado por la alegación presentada.

en función del grado de cumplimiento de los objetivos marcados.

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹ Punto modificado por la alegación presentada.

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

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

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

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

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

bar la totalidad de los bienes inventariables.

III.3. REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LEGALIDAD

42.¹¹

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

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

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

¹⁰ Punto modificado por la alegación presentada.

¹¹ Punto suprimido por la alegación presentada.

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

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

IV. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA

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

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

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

litan, en parte, la realización de análisis comparativos entre ellos.

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

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

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

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

48. Para comprobar el grado de cumplimiento, el trabajo realizado se ha centrado en una revisión de los listados e

informes incluidos en el cuadro de mando integral. Este es el documento que, con el fin de realizar un seguimiento continuado de los objetivos contenidos en las diferentes líneas de actuación incluidas en el Contrato Programa (en adelante Contrato), el Distrito ha de implementar y enviar a las correspondientes Unidades de los Servicios Centrales.

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

- Acuerdo de Gestión entre Distritos y Hospitales.

- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV.1.1.1 Indicadores de oferta (Producción de servicios)

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

53. La Cartera de servicios es el conjunto de actividades, de carácter asistencial y mejora de salud, a realizar por los profesionales sanitarios. Se concreta en un documento fijado en el Contrato e incluye las pautas a seguir, durante el desarrollo de las actividades asistencia-

les, con el fin de conseguir una producción de servicios que cumpla con los objetivos establecidos y cubra la totalidad de la población asignada.

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

55. De los resultados obtenidos, durante el 2006, por las Unidades Clínicas y el Centro de Salud de Bailén, cabe mencionar que se ha cumplido con los objetivos de cobertura previstos en este ámbito y en determinados casos, se supera la media alcanzada en Andalucía (por ejemplo en los programas de vacunación). Solamente los servicios de atención a personas en situación terminal y a personas mayores de 65 años así como, los de educación maternal, atención puerperal, planificación familiar y los casos de tuberculosis diagnosticada, no alcanzan el porcentaje de pacientes acordado.

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

Sólo las Unidades de Gestión de Andújar A y Arjona, alcanzaron un 155% y

141% de cobertura, frente 24% obtenido por el Centro de Salud de Bailén.

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

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

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

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

La unidad alimentaria tiene censados 2.329 establecimientos de restauración, minoristas e industrias y fueron inspeccionados 174, un 7% del total censado sin contar con los 14 establecimientos de control permanente (mataderos, salas despiece) a los que se le realizan controles diarios. Asimismo la media de tramitación de los expedientes de Registro General Sanitario de Alimentos alcanza los 27 días, plazo inferior al propuesto (45 días).

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

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

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

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

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

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

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

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

IV.1.1.2 Indicadores de demanda (Actividad Asistencial)

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

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

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

sulta (se excluyen las que se realizan en horario de atención continuada).

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

62. El número de consultas tanto de los médicos de familia como de enfermería superan la media obtenida en Andalucía aunque, han aumentado considerablemente las visitas a domicilio de enfermería, en contraposición con las consultas en el centro, que presentan porcentajes de variación negativos que van desde el (24%) de los médicos de familia al (7%) de los pediatras. Esta disminución está justificada por la política llevada a cabo para la gestión de la demanda y que establece una reducción en el índice de frecuentación y un aumento del tiempo medio en consulta por paciente.

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

64. Respecto a los **Dispositivos de Apoyo:**

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

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

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

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

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

65. Los siguientes indicadores añaden valor a las prestaciones sanitarias y algunos se utilizan como principios que ha de seguir el Distrito para su organización asistencial, ya que la información que se obtiene se puede utilizar como fuente de mejora.

66. Continuidad asistencial

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

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

En cambio, excepto la Unidad Clínica de Andújar A, ningún centro reparte la actividad a realizar por las enfermeras

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹² Punto modificado por la alegación presentada.

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

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

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

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

69. Uso racional del medicamento.

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

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

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

Además, otro objetivo fijado es que la prescripción “por principio activo” alcance al menos un 65%. Prescripción “por principio activo” significa que los médicos han de indicar en la receta el nombre de la sustancia que produce el efecto del fármaco y no el de una marca comercial determinada, y los farmacéuticos se comprometen a dispensar aquellas especialidades que se ajusten a los parámetros de prescripción indicados en la receta, facturando, como máximo, un precio previamente acordado, por convenio, con el Servicio Andaluz de Salud.

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

71. Encuesta de satisfacción.

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

¹³ Punto modificado por la alegación presentada.

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

72. Reclamaciones y gestión del riesgo.

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

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

73. Asimismo, se regula como objetivo la figura de gestión del riesgo, que es un indicador de la calidad asistencial y de la eficiencia ya que supone, por parte del Distrito la identificación, entre el total de las reclamaciones interpuestas, de determinadas situaciones que pudieran tener una repercusión económica (responsabilidad patrimonial). En 2006 se resolvió sólo un expediente correspondiente a un daño material de escasa cuantía.

¹⁴ Punto modificado por la alegación presentada.

IV.1.2 Objetivos de gestión económica y financiera

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

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

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

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

IV.1.2.1. Financiación

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

77. El modelo de financiación de la atención primaria incluye como principal variable la población a financiar en cada distrito, incorporando elementos de estructura como la oferta de servicios de atención continuada (Horas de Médico y de Enfermería/Tarjetas Ajustadas por Edad) y la dispersión geográfica, ya que ésta constituye una importante carga en los costes de producción de los servicios asistenciales de atención primaria (Número de Centros/10.000 Tarjetas Ajustadas por Edad).

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

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

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

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

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

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

IV.1.2.2. Recursos disponibles

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

Entre los Dispositivos de Apoyo se encuentran 5 unidades radiológicas y 5 salas

de fisioterapia, 4 gabinetes odontológicos y 4 unidades de retinografía.

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

Su distribución por categorías es la siguiente:

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

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

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

85. Aunque no hay un procedimiento específico para el control en la contratación de las sustituciones y eventuales, del importe total asignado para gastos de personal, el 14% se estima como objetivo máximo para las contrataciones temporales. Por tanto, el Distrito asigna a sus centros de responsabilidad (en función de su dotación presupuestaria) un límite determinado en número y en duración para los nombramientos por sustituciones, ausencias, licencias y permisos reglamentarios, incluido el plan de vacaciones anuales y se les hace

un seguimiento de forma mensual, comparando las sustituciones efectivamente realizadas con las asignadas.

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

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

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

¹⁵ Punto modificado por la alegación presentada.

¹⁶ Punto modificado por la alegación presentada.

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

Cuadro nº 2

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

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

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

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

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

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

¹⁷ Punto modificado por la alegación presentada.

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

Cuadro nº 3

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

IV.1.3 Seguimiento y evaluación

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

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

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

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

Pero el programa de contabilidad analítica que el Distrito tenía implantado (COAN - hyd), aunque es un sistema de costes integrado en la contabilidad presupuestaria, en el año 2006 no permitía la imputación de costes presupuestados por actividad asistencial, por lo que no se ha podido obtener la información relativa a los posibles márgenes en los que se puede mover la producción de servicios ni la coherencia entre la actividad desarrollada con los costes utilizados.

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

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

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

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

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

96. Así, de todos los objetivos que debe cumplir la Unidad de Gestión en todas

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

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

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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

Ya desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andaluces (incluidos los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica), aun cuando no estaban reguladas por el Decreto 195/1985.(§9 y 10)

V.1. DE LA FISCALIZACIÓN DE REGULARIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁸ Punto modificado por la alegación presentada.

¹⁹ Punto modificado por la alegación presentada.

²⁰ Punto modificado por la alegación presentada.

legal para la constitución, organización y funcionamiento de estas Unidades de Gestión. (§35)

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

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

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

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

²¹ Punto modificado por la alegación presentada.

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

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

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

104. Se ha constatado que, durante el año 2006, se hizo un uso indebido de la figura de la contratación menor al fraccionar el objeto de los contratos, tal y como afirma el informe anual de control financiero permanente que realiza la Intervención Provincial. (§44 y 45)

V.2. DE LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA

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

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

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

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

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

- Los resultados obtenidos, durante el 2006, por las Unidades Clínicas y el Centro de Salud de Bailén, han alcanzado un alto nivel de cumplimiento de los

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

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

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

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

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

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

Frecuentación - indica el grado de demanda del servicio para una población dada. El número de consultas tanto de los médicos de familia como de enfermería superan la media obtenida en Andalucía. Se ha producido un incremento considerable en las visitas a domicilio de enfermería, en contraposición a las consultas en el centro que presentan porcentajes de variación negativos que van desde el (24%) de los médicos de familia al (7%) de los pediatras. Esta disminución se justifica por la política llevada a cabo para la gestión de la demanda y que establece una reducción en el índice de frecuentación y un aumento del tiempo medio en consulta por paciente.

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

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

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

Asimismo, de los servicios de radio-diagnóstico señalar que, teniendo en

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

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

113. En cambio, respecto al consumo de interconsultas (indicador que mide la eficacia y la eficiencia en la capacidad de resolución de los profesionales) el Distrito supera a la tasa estándar de Andalucía en un 28%, destacando los consumos alcanzados en las especialidades de Medicina Interna, Rehabilitación/Traumatología/Reumatología y Pediatría, que superan la tasa estimada en 214, 1092 y 109 puntos. Destaca la baja capacidad de resolución que refleja Pediatría, ya que el Distrito cuenta con profesionales de esta especialidad.²² (§68)

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

²² Punto modificado por la alegación presentada.

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

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

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

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

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

Basado en dichas variables, se calcula un importe de financiación que permite, por comparación con el gasto real del ejercicio cerrado, determinar el grado de eficiencia relativa con el que ha desarrollado su actividad en ese ejercicio. En función del grado de eficiencia obtenido, (que en el año 2006 situó a Jaén Norte en el puesto 16 de los 33 distritos

andaluces) se asigna el montante máximo de recursos. (§79)

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

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

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

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

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

²³ Punto modificado por la alegación presentada.

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

119. El coste total de los puestos de trabajo cubiertos por personal sustituto y eventual alcanza los 3.531.215 €, incrementándose respecto a 2005 un 3,5%, porcentaje que proporcionalmente es inferior al aumento del presupuesto, un 10,7%, por lo que el peso de las sustituciones respecto al presupuesto total ha disminuido en el ejercicio 2006.²⁵ (§86)

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

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

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

²⁴ Punto modificado por la alegación presentada.

²⁵ Punto modificado por la alegación presentada.

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

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

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

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

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

VI. ANEXOS

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

		ESTADO DE GASTO DEL PRESUPUESTO					ANEXO III	
AÑO 2006	DENOMINACIÓN	Crédito Inicial	Modificaciones	Crédito Definitivo	Obligaciones Reconocidas	Propuesta de Pago	Pago Material	
12	<u>Funcionarios</u>	19.557.746	2.225.266	21.783.012	21.783.005	21.783.005	21.783.005	
13	Laborales	22.099	-5.918	16.181	16.181	16.181	16.181	
15	Incentivos al Rendimiento	19.500	1.454.162	1.473.662	1.473.661	1.473.661	1.473.661	
16	Cuotas, Prestaciones y Gastos Sociales a cargo del empleador	11.000	8.901	19.901	19.814	19.814	19.814	
Capítulo 1		19.610.345	3.682.411	23.292.756	23.292.661	23.292.661	23.292.661	
20	Arrendamientos y Cánones	7.812	7.354	15.166	15.166	15.166	11.363	
21	Reparaciones, Mantenimiento y Conservación	180.190	119.594	299.784	299.784	299.784	177.540	
22	Material, Suministros y Otros	2.204.897	187.707	2.392.604	2.387.871	2.387.871	1.935.140	
23	Indemnizaciones por razón del Servicio	30.109	6.490	36.599	30.055	30.055	30.055	
Capítulo 2		2.423.008	321.145	2.744.153	2.732.876	2.732.876	2.154.098	
60	Inversiones Nuevas	0	232.068	232.068	232.039	232.039	97.064	
66	Inversiones de Reposición	0	52.690	52.690	52.639	52.639	0	
Capítulo 6		0	284.758	284.758	284.678	284.678	97.064	
TOTAL GENERAL		22.033.353	4.288.314	26.321.667	26.310.215	26.310.215	25.543.824	

CARTERA DE SERVICIOS

ANEXO IV

SERVICIO	POBLACIÓN DIANA		OBJETIVO 2006		RESULTADOS	
	Definición	Habitantes	% Objet	Población a alcanzar	Cobertura población	%
Atención al alta hospitalaria	Total altas estimadas	4.058	95,00	3.855	6.647	163,80%
Atención a inmovilizados	15% >65 años (65 y más)	4.860	95,00	4.617	4.687	96,43%
Atención a personas en situación terminal	0,2% Población General	373	95,00	354	308	82,59%
Atención de ancianos residentes en instituciones	Censo real	45	95,00	385	772	1715,56%
Atención a las cuidadoras/es	50% personas necesitadas de cuidados	2.617	95,00	2.486	3.629	138,69%
Atención de ancianos en riesgo	15% de >65 años (65 y más)	4.860	95,00	4.617	4.769	98,12%
Atención a mayores de 65 años	45% población de > 65 años	14.581	95,00	13.852	7.274	49,89%
Atención a personas con HTA	15% Población General	27.971	75,00	20.978	24.246	86,68%
Atención a personas con V.I.H.	231-204/100.000 habitantes	380	60,00	228	96	25,24%
Atención a personas polimedicadas	4,5% Población > 65 años	1.458	75,00	1.094	1.940	133,05%
Educación Maternal	Nacidos Vivos (Cohorte 2006)*	2.230	55,00	1.227	976	43,77%
Atención Puerperal	Nacidos Vivos (Cohorte 2006)*	2.230	75,00	1.673	1.301	58,34%
Detección Precoz de Metabolopatías	Nacidos Vivos (Cohorte 2006)*	2.230	99,00	2.208	2.242	100,54%
Seguimiento de Salud Infantil a los 4 años	N.V. 4 años antes (Cohorte 2002)	1.910	60,00	1.146	1.169	61,20%
Vacunación Completa	N.V. 2 años antes (Cohorte 2004)	1.881	96,00	1.806	1.881	100,00%
Vacunaciones en la escuela	Matric. 1º,6º EP y 2º ESO	6.613	85,00	5.621	6.256	94,60%
Planificación Familiar	Mujeres 15-49 años	48.292	5,00	2.415	1.183	2,45%
Inmunizaciones Tétanos-difteria	1 % > 15 años (15 y más)	1.577	95,00	1.498	2.072	131,42%
Inmunizaciones Gripe (Alto riesgo)	15% Población General	27.971	95,00	26.572	28.832	103,08%
Casos TBC diagnosticados	Tasa de 18 -19/100.000 habitantes	34	95,00	32	19	56,61%
Cirugía Menor	1,5% Población General	2.797	100,00	2.797	2.187	78,19%
Cáncer de Mama	Población elegible	9.885	75,00	7.414	9.855	99,70%

CARTERA DE SERVICIOS				ANEXO IV BIS		
SERVICIO	POBLACIÓN DIANA		OBJETIVO 2006		RESULTADOS	
	Definición	Habitantes	% Objet	Población a alcanzar	Coberturas Población	%
Cartera de Servicios por Procesos Asistenciales						
Atención a personas con Diabetes (DM1+DM2)	4,5% Población General	8.391	75,00	6.293	10.942	130,40%
Atención a personas con EPOC	5,5% >40 años (40 años y más)	4.659	65,00	3.029	3.847	82,56%
Atención a adultos con asma	2,5% >15 años (15 años y más)	3.942	50,00	1.971	3.913	99,28%
Atención a niños con asma	5% <15 años (0-14 años)	1.441	50,00	720	1.354	93,99%
Seguimiento de embarazo	Nacidos Vivos (Cohorte 2006)*	2.064	72,00	1.486	1.553	75,24%

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA JAEN NORTE 2005-2006

ANEXO V

UNIDADES DE GESTIÓN Y EQUIPOS BÁSICOS		Año 2005	Año 2006	% 06/05	DISTRITO	ANDALUCÍA	DISTRITO	ANDALUCÍA
					Actividad diaria/Profesional2006	Frecuentación 2006 / 1.000 TIS		
Medicina de familia	consultas en el centro	1.749.006	1.337.797	-24%	44	45	8.261	7.745
	consultas en el domicilio	29.661	21.608	-27%	1	1	133	95
	Consultas Medicina Familia Global	1.778.667	1.359.405	-24%	45	46	8.395	7.840
Pediatria	consultas en el centro	164.911	153.038	-7%	31	31	6.200	7.213
	consultas en el domicilio	4	19	375%	0	0	1	5
	Consultas Pediatría Global	164.915	153.057	-7%	31	31	6.200	7.218
Enfermería de Familia	consultas en el centro	640.122	569.636	-11%	19	22	3.052	2.995
	consultas en el domicilio	17.811	85.340	379%	3	3	457	352
	Consultas Enfermería Familia Global	657.933	654.976	0%	22	25	3.510	3.347
DISPOSITIVOS DE APOYO					Urgencias diarias		Frecuentación	
Urgencias	urgencias médicas en el centro	141.212	150.369	6%	412	13.607	806	663
	urgencias médicas en el domicilio	29.000	31.154	7%	85	1.615	167	79
	Urgencias Médicas Global	170.212	181.523	7%	497	15.222	973	741
	urgencias enfermería en el centro	45.106	66.155	47%	181	1.000	354	330
	urgencias enfermería en el domicilio	16.846	23.150	37%	63	1.099	124	54
	Urgencias Enfermería Global	61.952	89.305	44%	245	7.884	479	384
	TOTAL URGENCIAS ATENDIDAS	187.058	270.828	45%				
					Actividad diaria/Profesional2006	Frecuentación 2006 / 1.000 TIS		
Trabajo Social	atención directa en el centro	11.931	10.970	-8%	6	5	59	48
	atención en domicilio	1.440	0	-100%	0	0	0	4
	Consultas Trabajo Social Global	13.371	10.970	-18%	6	6	59	52
Odontología	Consultas Odontología Global	18.690	16.202	-13%	11	14	87	102

Frecuentación en el centro = Total de consultas/Población*1000

Actividad diaria por profesional en el centro = Total de consultas/Nº profesionales * días hábiles

CONSUMOS DE LOS CENTROS DE SALUD							ANEXO VI
	RESULTADO ANDÚJAR A		RESULTADO ANDÚJAR B		RESULTADO ARJONA		
	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	
PERSONAL	1.942.198	1.969.157	1.479.483	1.490.469	962.558	978.302	
CAPÍTULO 2	225.388	235.397	157.759	151.242	142.495	142.406	
RECETAS	8.129.003	7.889.631	5.805.603	5.510.017	3.652.665	3.845.743	
TOTAL COSTES	10.296.589	10.094.185	7.442.845	7.151.728	4.757.718	4.966.451	
% s/ total Unidades de Gestión	15,4%	15,2%	11,1%	10,8%	7,1%	7,5%	
	ZBS BAILÉN		RESULTADO LA CAROLINA		RESULTADO LINARES A		
	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	
PERSONAL	1.361.916	1.387.301	1.533.921	1.502.841	1.731.826	1.728.169	
CAPÍTULO 2	188.840	172.038	194.426	216.048	128.180	125.478	
RECETAS	5.432.292	5.387.908	4.504.789	4.422.676	7.577.965	7.505.375	
TOTAL COSTES	6.983.048	6.947.247	6.233.136	6.141.565	9.437.971	9.359.022	
% s/ total Unidades de Gestión	10,4%	10,4%	9,3%	9,2%	14,1%	14,1%	
	RESULTADO LINARES B		RESULTADO LINARES C		RESULTADO SANTISTEBAN		
	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	TOTAL	OBJETIVO	
PERSONAL	1.706.769	1.774.293	1.489.158	1.543.418	1.278.949	1.351.918	
CAPÍTULO 2	135.919	146.869	144.762	139.351	190.788	209.556	
RECETAS	6.681.757	6.520.720	5.640.552	5.787.463	4.427.336	4.362.197	
TOTAL COSTES	8.524.445	8.441.882	7.274.472	7.470.232	5.897.073	5.923.671	
% s/ total Unidades de Gestión	12,8%	12,7%	10,9%	11,2%	8,8%	8,9%	

ANEXO VII

EVALUACIÓN PARA INCENTIVOS DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA				
UGC	Objetivos Comunes	Objetivos Específicos	Objetivos Conseguídos	Clasificación (1)
Andújar A	33,70	21,44	55,14	251
Andújar B	44,18	27,93	72,11	152
Arjona	44,18	40,00	84,18	59
La Carolina	36,55	18,80	55,35	250
Linares A	39,78	23,60	63,38	224
Linares B	40,97	31,78	72,75	145
Linares C	38,56	39,75	78,31	110
Santisteban	42,41	40,00	82,41	71

(1) Clasificación de las ugc del dsjn por los objetivos conseguidos en comparación con todas las ugc de Andalucía (260).

OBJETIVOS COMUNES

UGC	Tiempo medio consultas	Satisfacción usuarios	Asistencia domiciliaria	Prescripción por principio activo	Calidad de la prescripción	Adecuación al estándar de interconsultas	Total
Ponderación objetivos	15	10	10	5	15	5	
Andújar A	15,00	5,52	10,00	1,71	1,48	0,00	33,70
Andújar B	15,00	9,21	10,00	5,00	4,98	0,00	44,18
Arjona	15,00	5,66	10,00	5,00	7,18	1,35	44,18
La Carolina	15,00	8,01	10,00	2,03	1,51	0,00	36,55
Linares A	15,00	6,92	10,00	3,98	3,88	0,00	39,78
Linares B	15,00	4,73	10,00	4,88	6,36	0,00	40,97
Linares C	15,00	2,92	10,00	5,00	5,64	0,00	38,56
Santisteban	12,50	7,78	10,00	5,00	7,13	0,00	42,41
Total	117,50	50,73	80,00	32,60	38,14	1,35	320,31
% s/ total	98%	63%	100%	82%	32%	3%	67%

Nota: los objetivos se evalúan en función de los valores óptimo y mínimo establecidos por el SAS para cada uno de ellos.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ANEXO VIII

ASISTENCIA SANITARIA

1) DIRAYA:	<p>es el sistema informático de gestión de la atención sanitaria. Su finalidad es integrar toda la información (diagnósticos y prescripciones) de cada usuario, con independencia del profesional o nivel y dispositivo asistencial que la genere: atención primaria, atención especializada, urgencias y hospitalización.</p> <p>Consta de un conjunto de módulos relacionados que comparten información, de los que destacamos:</p> <p>1.1 MTI: Módulo de tratamiento de información de la Historia de Salud Digital se extraen todos los indicadores de actividad y de información de las derivaciones a consultas especializadas (coordinado con INFHOS, sistema de Información de Hospitales que nos da información de las derivaciones como 1ª visita de Atención Primaria).</p> <p>1.2 DIÁBACO: Módulo de extracción de información de la Historia de Salud Digital explota los datos de actividad de cartera de servicios y procesos asistenciales necesarios para evaluar los acuerdos de gestión clínica.</p>
2) MICROESTRATEGY Farma:	Indicadores cuantitativos y cualitativos de Uso Racional del Medicamento.
3) SIGAP:	<p>Sistema de Información y Gestión de Atención Primaria en aquellos aspectos aún no desarrollados por Diraya, además de contener información e indicadores de actividad asistencial, de programas de salud (fisioterapia, trabajo social, etc) y de cartera de servicios</p> <p>3.1) TASS: Sistema de Información en aquellos centros donde no se ha implantado Diraya. PASSIT- Es un sistema de explotación de datos del TASS</p> <p>3.2) FICHA DAR: Sistema de Registro de las Salas de Rehabilitación del Distrito.</p>
4) SISTEMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Alta frecuentación</u>: Monitorización permanente de la frecuentación a la urgencias y las consultas ordinarias. - <u>Calor</u>: Seguimiento de las patologías derivadas de la ola de calor y de los pacientes susceptibles de agravamiento por las altas temperaturas. - <u>Telecuidados</u>: Continuidad de cuidados, seguimiento de pacientes frágiles que son dados de alta en fin de semana o víspera de festivos. - <u>Seguimiento de cuidadoras de grandes discapacitados</u>
5) SVEA:	Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía
GESTIÓN ECONÓMICA	
6) JÚPITER:	Sistema de Gestión Contable, presupuestaria y financiera
7) COAN-hyd-	contabilidad analítica de gestión de centros de responsabilidad en hospitales y distritos
8) GERHONTE:	Gestión de Recursos Humanos (para Veterinarios SIRHUS- Gestión de Recursos Humanos de personal Funcionario)
9) REVISTA DE COMPRAS	(Intranet SAS) y CATÁLOGO DE BIENES HOMOLOGADOS (Consejería de Economía y Hacienda).
10) WHECO:	Programa propio de gestión de suministros.
11) PUBLILINE	(Gestión telemática de anuncios de licitación y adjudicación): Instrumento dirigido a facilitar el ejercicio de las competencias sobre contratación administrativa.

VII. ALEGACIONES

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 10 y 97)

10. Ya desde el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud (1997-1999) se contemplaba la necesidad de incrementar la autonomía y responsabilidad de los profesionales sanitarios, descentralizando la gestión en las siguientes áreas: recursos humanos, bienes, servicios e inversiones así como organización interna y de producción. Es un hecho reconocido que, desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andaluces (incluidos los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica, aun cuando no estaban reguladas por el Decreto 195/1985.

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

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

Ya desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andalu-

ces (incluidos los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica) sin la consiguiente cobertura legal. (§9 y 10)

ALEGACIÓN Nº 1

La conclusión emitida por la Cámara de Cuentas sobre la inexistencia de cobertura legal de las Unidades de Gestión Clínica durante el ejercicio objeto de fiscalización es incorrecta.

Desde hace años el Servicio Andaluz de Salud para hacer efectivos los compromisos que, en materia de Atención Sanitaria ha establecido el gobierno de la Junta de Andalucía, ha utilizado como instrumento el Contrato Programa con sus centros donde se establecen las actividades a realizar, los objetivos y la distribución de recursos necesarios. Un elemento fundamental en este Contrato Programa es la Gestión Clínica, como nuevo modelo organizativo de cara a mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la gestión de los servicios, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos, todo ello plasmado en los acuerdos de Gestión Clínica.

En el año 2003, en la Ley 44/2003 de 21 noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, en el título I, en su artículo 10 aparece la Gestión Clínica como instrumento de las Administraciones Sanitarias, para establecer los medios y procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales.

Es por ello que la Consejería de Salud y el propio Servicio Andaluz de Salud vienen desarrollando la estrategia centrada en la Gestión Clínica como elemento nuclear en el proceso de rediseño organizativo de nuestra organización y en este marco la Unidad de Gestión Clínica se presenta como la estructura organizativa donde se desarrolla la Gestión Clínica.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 18)

18. _____

ALEGACIÓN Nº 2

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 19, 25 y 98)

19. _____

25. _____

98. _____

ALEGACIÓN Nº 3

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 20 y 98)

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

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

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

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

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

ALEGACIÓN Nº 4

**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

La redacción del primer párrafo del texto objeto de alegación es confusa debido a que mezcla los procesos de asignación y ejecución presupuesta-

ria con el de asignación de financiación lo que puede inducir a errores de interpretación. La Contabilidad Presupuestaria del centro de gasto 6946, Distrito Sanitario Jaén Norte, recoge la totalidad de gastos correspondientes al citado Distrito, es en el Anexo de financiación del documento del Contrato Programa del ejercicio 2006 donde no se realiza asignación de importes en concepto de Productividad e Inversiones. Adicionalmente, la documentación administrativa justificativa de los importes consignados como modificaciones presupuestarias obran en la Subdirección de Presupuestos del Servicio Andaluz de Salud, unidad directiva que tal y como se señala a continuación tiene atribuidas las funciones de distribuir el crédito entre los diferentes centros presupuestarios que constituyen el Servicio Andaluz de Salud.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 21)

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

ALEGACIÓN Nº 5

De nuevo se aprecia en el texto del Informe Provisional una redacción que induce a errores de interpretación, tal y como se ha expresado en

la ALEGACION anterior del presente informe de alegaciones a la CUESTION OBSERVADA Nº 20. Tal y como se explicó al equipo de fiscalización durante la fase de trabajo de campo por parte de la Subdirección de Presupuestos del SAS, se debe diferenciar claramente los procesos de asignación y ejecución presupuestaria del proceso de asignación de financiación.

Los créditos cargados al inicio del ejercicio presupuestario en cada uno de los centros del Servicio Andaluz de Salud, no constituyen en ningún caso previsiones iniciales, ni en lo relativo a gastos de personal ni tampoco en cuanto a compra de bienes y servicios. Con objeto de optimizar la ejecución presupuestaria, el SAS dispone de una unidad central que no consume crédito (no tiene imputaciones de ningún tipo de gasto) desde donde se distribuye el crédito a los centros de gasto a lo largo del ejercicio.

Las previsiones de gasto iniciales las constituyen las cantidades que en virtud del modelo de financiación se asignan a cada centro tal y como se refleja en el Informe Provisional, en el apartado IV.1.2.1. Financiación.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 23 y 99)

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

por un total de 106.654€, de los que 43.170€ corresponden al capítulo VI y el resto se ha contabilizado como gastos corrientes en bienes y servicios.

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

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

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

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

Asimismo, durante el ejercicio, se han generado obligaciones por 19.886€, que no se han podido imputar al presupe-

sto corriente y que se suman a la deuda pendiente de pago del Servicio Andaluz de Salud. (§23 y §42)

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

ALEGACIÓN Nº 6

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Adicionalmente, con el fin de aportar información que permita valorar la importancia relativa de la cifra de obligaciones pendiente de imputar al presupuesto al cierre del ejercicio 2006, debería indicarse de forma expresa que la misma representa una significativa disminución respecto del ejercicio anterior y supone tan sólo un 0,7% respecto de las obligaciones reconocidas con cargo al capítulo II del presupuesto de gastos del Distrito del ejercicio 2006.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 25)

25. Capítulo I - Gastos de personal. El importe asignado, inicialmente, al Distrito para las retribuciones de personal fue de 21.469.787€, importe diferente al consignado en las previsiones iniciales y que asciende a 19.610.345€ (un 89% del total del presupuesto).

Se han practicado modificaciones de crédito por valor de 3.682.411€. Con respecto al ejercicio anterior, el presupuesto definitivo se ha incrementado en un 11%. Este aumento está justificado por un acuerdo aprobado sobre política

de personal que contempla, entre otras, mejoras de incrementos salariales para los profesionales de las instituciones sanitarias y se distribuye, principalmente, entre los gastos correspondientes a las retribuciones básicas y complementarias del personal estatutario eventual y para la atención continuada así como, para el complemento de la productividad (un 72%).

ALEGACIÓN N° 7

Nos remitimos a lo expuesto en la ALEGACION anterior formulada a la CUESTION OBSERVADA N° 21.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 28)

28. _____

ALEGACIÓN N° 8

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 31 y 100)

31. _____

100. _____

ALEGACIÓN N° 9

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 35 y 101)

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

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

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

101. De los conceptos retributivos variables señalar que, durante el año 2006, para la percepción del Complemento al Rendimiento Profesional se habían fijado, en algunos casos, los mismos objetivos que los establecidos para la asigna-

ción de una bolsa de incentivos en los Acuerdos de Gestión, formalizados entre el Distrito y sus Unidades de Gestión Clínicas.

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

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

ALEGACIÓN Nº 10

En base a los motivos que a continuación se exponen y de acuerdo con la documentación aportada al equipo de fiscalización durante la realización del trabajo de campo, **no existe duplicidad alguna** en el cobro de productividad por parte de las Unidades de Gestión Clínica.

La asunción del modelo de trabajo de Gestión Clínica ha sido voluntaria desde sus comienzos en el año 1.999,

hasta la actualidad, siendo incorporado como objetivo en Contrato Programa, según se ha expuesto en la ALEGACION anterior a la CUESTION OBSERVADA Nº 10. El Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, establece que todos los equipos asistenciales se constituirán en Unidades de Gestión Clínica en un plazo máximo de 36 meses a partir de la fecha de publicación del Decreto (Boja num. 140, 17 de julio de 200. Aquellos profesionales que se adscribían a trabajar con el nuevo modelo, firmaban un acuerdo de gestión con el Distrito, con más objetivos que los profesionales no adscritos a Unidades de gestión Clínica y con mayor dificultad en su consecución. Por este motivo llevaban parejo unos incentivos en forma de productividad variable. Existían por tanto diferencias evidentes en el nivel de exigencia en objetivos y otros aspectos de gestión clínica entre las UGCs y el Equipo Básico de Atención Primaria de Bailén por lo que no existe duplicidad alguna en la percepción de productividad.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 36 y 102)

36. En materia de organización y control de los recursos materiales, no hay procedimiento interno aprobado oficialmente, aunque se ha dispuesto de un manual que establece criterios para la coordinación y segregación de las actuaciones en materia de contratación, su-

ministros, contabilidad y almacenes. Se ha constatado, que durante el ejercicio fiscalizado, no se había comenzado a aplicar la mayoría de los objetivos y aspectos señalados en el manual.

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

En consecuencia, y en determinados casos, se han detectado algunas incidencias como que: no estén definidas las unidades peticionarias o que las peticiones de suministros se cumplimenten de forma incorrecta o insuficiente o que, de los consumos de cada uno de los centros no se realicen recuentos físicos de almacén para su cotejo con lo informatizado. (§38 y 40)

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

ALEGACIÓN N° 11

Efectivamente, en el ejercicio 2006 no se había comenzado a aplicar la mayoría de los objetivos y aspectos señalados en el manual, porque tal manual se implantó en marzo de 2007 tal y como se describe en la ALEGACION siguiente a la CUESTION OBSERVADA N° 38.

Por tanto, la redacción del párrafo alegado debería hacerse un adecuado uso de los tiempos verbales a la hora de señalar la ausencia de protocolos documentados durante el ejercicio 2006 y describir como elemento de mejora por parte del Distrito la implantación posterior, en el mes de marzo del año 2007, del manual de procedimientos al que se alude, cuya versión actualizada a noviembre de 2007 se aportó al equipo de fiscalización durante la fase de realización del trabajo de campo. El citado manual es objeto de revisiones y actualizaciones periódicas, encontrándose actualmente vigente su versión actualizada a febrero de 2009.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos n° 38 y 102)

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

No están definidas las unidades peticionarias, ya que algunos productos solo son solicitados por las Zonas Básicas de

Salud, mientras que para otros productos la demanda se realiza desde algunos centros de salud y determinados consultorios locales. Asimismo, se ha verificado que en algunos petitorios no hay firma ni sello de la unidad peticionaria.

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

En consecuencia, y en determinados casos, se han detectado algunas incidencias como que: no estén definidas las unidades peticionarias o que las peticiones de suministros se cumplimenten de forma incorrecta o insuficiente o que, de los consumos de cada uno de los centros no se realicen recuentos físicos de almacén para su cotejo con lo informatizado. (§38 y 40)

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

ALEGACIÓN N° 12

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Sí están definidas las unidades peticionarias. Este hecho fue acreditado al equipo de fiscalización en las visitas realizadas durante la realización del trabajo de campo, en las que pudieron comprobar que cada suministro solicitado en su correspondiente petitorio es imputado a través del programa informático WHECO a su correspondiente unidad peticionaria. Aquellos consultorios locales que tienen punto de urgencias solicitan a través del petitorio correspondiente y reciben el material directamente. El resto de los consultorios locales son suministrados por su centro de cabecera. Existen unidades ubicadas físicamente dentro de algunos centros: Odontología, Rayos X, Fisioterapeuta, Salud Mental y Sanidad Ambiental, que por las particularidades de sus pedidos, lo hacen directamente al Distrito y no a través del Centro donde se ubican, estando también perfectamente identificado la petición y el suministro en la aplicación informática WHECO.

Debido a la gran dispersión geográfica que tiene el Distrito y al dinamismo de la gestión diaria, en ocasiones puntuales, para poder garantizar la adecuada asistencia sanitaria, pudiera haber ocurrido que se sirvieran pedidos sin que quedara constancia de la firma o sello del responsable de la unidad peticionaria. Independientemente de que pueda existir algún caso puntual en

el que no haya quedado evidencia expresa de la autorización de la petición mediante firma del petitorio, los responsables de cada unidad tienen conocimiento de tales suministros a través del seguimiento mensual que se entrega a cada Unidad de Gestión Clínica.

No obstante lo expuesto, al haber identificado la propia Dirección del Distrito aspectos mejorables en la gestión del ciclo completo de aprovisionamiento, se elaboró un manual de normas y procedimientos con el fin de protocolizar las actuaciones del área de Contabilidad y Suministros y se implantó en marzo de 2007 tal y como se expone en la ALEGACION anterior a la CUESTION OBSERVADA N° 36.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 40 y 102)

40. _____

102. _____

ALEGACIÓN N° 13

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 42 y 99)

42. _____

99. _____

ALEGACIÓN N° 14

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 45 y 104)

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

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

104. Se ha constatado que, durante el año 2006, se hizo un uso indebido de la figura de la contratación menor al fraccionar el objeto de los contratos, tal y como afirma el informe anual de control financiero permanente que realiza la Intervención Provincial. (§44 y 45)

ALEGACIÓN N° 15

Entendemos que esta información parcial extraída del informe de auditoría de cumplimiento del ejercicio 2006 realizado por la intervención provincial está sesgada y que debería completarse con la información aportada en el propio informe de la Intervención donde se recoge que el universo selección ha sido de 1555 documentos o líneas con un importe

de 1.209.236,04 euros, habiéndose comprobado 508 (33%) siendo 38 los documentos afectados por incidencias (7%).

Adicionalmente, según se acredita en los informes posteriores emitidos por la Intervención el Distrito ha tenido una evolución decreciente del uso del contrato menor.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 66)

66. Continuidad asistencial

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

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

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

Procesos Asistenciales Integrados. Conjunto de actividades preventivas, de

pruebas diagnósticas y terapéuticas a realizar por los profesionales de los niveles de atención primaria y especializada con la finalidad de incrementar el nivel de salud y grado de satisfacción.

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

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

ALEGACIÓN Nº 16

En el párrafo alegado se mezclan los conceptos de personalización y de sectorización, lo que puede inducir a interpretaciones erróneas.

En el Distrito Jaén Norte, todos los servicios están personalizados al 100%, a excepción de algunas tareas de servicios comunes de enfermería como por ejemplo la extracción de muestras de sangre para analíticas.

Se entiende por personalización la atención sanitaria del Médico y Enfermera, quienes desarrollan todas las intervenciones de oferta de servicios, programas y procesos a cada

uno de los usuarios asignados a los mismos, en las distintas etapas de su ciclo vital.

La sectorización se refiere a la delimitación de un sector geográfico determinado que sea atendido por un mismo profesional. En el SAS se propone la sectorización de municipios de más de 8.000 habitantes.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 67)

67. _____

ALEGACIÓN Nº 17

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 68 y 113)

68. _____

113. _____

ALEGACIÓN Nº 18

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 72)

72. _____

ALEGACIÓN Nº 19

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 85 y 118)

85. _____

118. _____

ALEGACIÓN Nº 20

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos nº 86 y 119)

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

Tal y como se expone en el siguiente cuadro, el coste total de los puestos de trabajo cubiertos por personal sustituto y eventual alcanza los 3.531.215€, incrementándose respecto a 2005 un 3,5%, porcentaje que proporcionalmente es inferior al aumento del presupuesto, un 10,7%, por lo que el peso de las sustituciones respecto al presupuesto total ha disminuido en el ejercicio 2006.

119. El coste total de los puestos de trabajo cubiertos por personal sustituto y eventual alcanza los 3.531.215€, incrementándose respecto a 2005 un 3,5%, porcentaje que proporcionalmente es inferior al aumento del presupuesto, un 10,7%, por lo que el peso de las sustituciones respecto al presupuesto total ha disminuido en el ejercicio 2006. (§86)

ALEGACIÓN Nº 21

**ALEGACIÓN ADMITIDA
PARCIALMENTE**

Con respecto al primer párrafo, entendemos que el hecho de que las contrataciones sean superiores a la media en una Unidad de Gestión Clínica por sí solo no es un dato concluyente. Es necesario analizar el absentismo de cada zona, la incidencia y la prevalencia de la incapacidad temporal y realizar un análisis comparativo teniendo en cuenta la plantilla de cada zona y el número y composición de consultorio locales para poder extraer conclusiones relevantes sobre el % de contrataciones temporales.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 89)

89. _____

ALEGACIÓN Nº 22

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 93 y 123)

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

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

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

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

ALEGACIÓN Nº 23

La contabilidad presupuestaria y la contabilidad analítica no tienen por

que coincidir ya que los criterios de imputación en ambos casos son distintos, en el primer caso prima el principio de registro de las obligaciones en el momento del devengo, en tanto que la contabilidad analítica prima el principio de consumo de los recursos en el proceso productivo, razón por la cual juegan un papel importante entre otros elementos: la variación de existencias, afectación de guardias, etc. En todo caso, como criterio de calidad en el proceso de afectación de costes directos y el de imputación de los indirectos, se asume que deben conciliar en Capítulo I en +,-, un 1% y en el resto de capítulos en torno a un +,-, 3% ambas contabilidades. En el ejercicio 2006 el Distrito Jaén Norte efectuó la conciliación dentro de los niveles de calidad exigidos.

En base a lo expuesto, no existe el incumplimiento señalado en el Informe Provisional, dado que ambos registros se encuentran conciliados.

CUESTIÓN OBSERVADA (puntos 94 y 124)

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

yen diversos indicadores de resultados obtenidos de los diferentes sistemas de información implantados en los centros.

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

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

ALEGACIÓN Nº 24

La mayoría de datos no necesitan auditoría, ya que son datos extraídos centralizadamente de los sistemas de información (cartera de servicios, procesos asistenciales, derivaciones, actividad y frecuentación, etc. Desde los Sistemas de Información (MTI-Citas, Diábaco y SIGAP, INFHOS, COAN, GERHONTE,...). Solamente una parte pequeña de toda la actividad es mecanizada por el Distrito que si exigen aporte documental.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 97)

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

vigente el Decreto 195/85, de 28 de agosto, *sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía*.

Ya desde el año 2000, en la mayoría de los centros de atención primaria andaluces (incluidos los del Distrito) se han venido implantando y consolidando las nuevas fórmulas organizativas (Unidades de Gestión Clínica), aun cuando no estaban reguladas por el Decreto 195/1985.(§9 y 10)

ALEGACIÓN N° 25

Ver ALEGACIÓN al CUESTION OBSERVADA N° 10 del presente informe de alegaciones.

CUESTIÓN OBSERVADA (punto 114)

114. _____

ALEGACIÓN N° 26

ALEGACIÓN ADMITIDA