TRIBUNAL DE CUENTAS

N.º 1614

INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021

TRIBUNAL DE CUENTAS

El Pleno del Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de su función fiscalizadora establecida en los artículos 2.a), 9 y 21.3.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas, y a tenor de lo previsto en los artículos 12 y 14 de la misma disposición y concordantes de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, ha aprobado, en su sesión del 27 de marzo de 2025, el Informe de Fiscalización de los Sistemas de Información de Sanidad y Salud Pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021 y ha acordado su elevación a las Cortes Generales, así como al Gobierno de la Nación, según lo prevenido en el artículo 28 de la Ley de Funcionamiento.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 11
I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR 11
I.2. ÁMBITOS OBJETIVO, SUBJETIVO Y TEMPORAL 11
I.3. OBJETIVOS Y ALCANCE 12
I.4. CONTEXTO EN EL QUE SE ENMARCA LA FISCALIZACIÓN 13
II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN 16
II.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, ALERTAS Y EMERGENCIAS 16
II.1.1. Los órganos colegiados con funciones de coordinación: influencia en los sistemas de información y herramientas para el desempeño de las funciones de Secretaría 16
II.1.2. Sistemas de información de alertas y emergencias 19
II.1.3. Sistemas de información para vigilancia epidemiológica: la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica 21
II.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN PREVISTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA TOMA DE DECISIONES COMO CONSECUENCIA DE LA ORDEN SND 234/2020 54
II.2.1. Aspectos generales 54
II.2.2. Capacidad asistencial 57
II.2.3. Sistema de información para la vigilancia epidemiológica del COVID-19: CMC y SERLAB 61
II.2.4. Recursos humanos 67
II.2.5. Sistemas de información relacionados con la gestión de recursos materiales en el periodo de emergencia sanitaria 68
II.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD EXTERIOR 75
II.3.1. Análisis de los sistemas de información en materia de control de personas en medios de transporte internacionales 77
II.3.2. Soporte en los sistemas de información de las medidas adoptadas en los aeropuertos como consecuencia de la pandemia 78
II.3.3. Soporte en los sistemas de información y seguimiento de las medidas adoptadas en los puertos como consecuencia de la pandemia 87
II.3.4. Soporte en los sistemas de información y seguimiento de las medidas adoptadas en relación con el tránsito internacional de pasajeros por vía terrestre como consecuencia de la pandemia 89
II.3.5. Sistemas de información en relación con "casos importados COVID-19" 90
II.3.6. Sistema Informático de Sanidad Exterior (SISAEX) 91
II.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN RELATIVOS A LA ADMINISTRACIÓN Y REGISTRO DE VACUNAS 96
II.4.1. Sistemas de vacunación y registro vacunación estatal 97
II.4.2. Sistema de información para el seguimiento de la vacunación COVID-19 (REGVACU) 100

II.4.3. Vacunación internacional 106
II.5. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO, DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ANALIZADOS, INCLUIDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES APLICABLES EN MATERIA DEL ESQUEMA NACIONAL DE SEGURIDAD 113
II.5.1. Aspectos relacionados con el cumplimiento del ENS 113
II.5.2. Análisis de las políticas de seguridad 114
II.5.3. Categorización de los sistemas a efectos del ENS 114
II.5.4. Marco operacional y medidas de protección 115
II.5.5. Protección de datos 117
II.5.6. Estrategia y planificación de las tecnologías de la información 117
II.5.7. Expedientes tramitados y recursos económicos asignados para el desarrollo y mantenimiento de sistemas de información 120
II.5.8. Estructura organizativa en materia de tecnologías de la información 124
II.6. CUMPLIMIENTO DE LAS PREVISIONES LEGALES EN RELACIÓN CON LA LEY ORGÁNICA 3/2007 PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES, Y CON LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO 128
II.6.1. Cumplimiento de la LO 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres 128
II.6.2. Cumplimiento de la Ley 19/2013 de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno (LTAIBG) 129
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 131
III.1. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, ALERTAS Y EMERGENCIAS 131
III.2. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISEÑADOS PARA LA TOMA DE DECISIONES A PARTIR DE MARZO DE 2020 135
III.3. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD EXTERIOR 137
III.4. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 140
III.5. CONCLUSIONES SOBRE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ANALIZADOS, INCLUIDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES APLICABLES EN MATERIA DEL ESQUEMA NACIONAL DE SEGURIDAD 142
III.6. CONCLUSIONES EN RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA LEY PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES Y DE LA LEY 19/2013, DE TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO 145
ANEXOS 147
ALEGACIONES FORMULADAS 283

RELACIÓN DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AGE	Administración General del Estado
CCAA	Comunidades Autónomas
CCAES	Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias
CGHCG	Casos Graves Hospitalizados Confirmados de Gripe
CHOSP	Casos Hospitalizados Confirmados de Gripe
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CNE	Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII
CNM	Centro Nacional de Microbiología
CMC	Cuadro de Mando y Control
CSP	Comisión de Salud Pública
CVI	Centro de Vacunación Internacional
DG	Dirección General
DGA	Declaración General de Aeronave
DGSP	Dirección General de Salud Pública
DMS	Declaración Marítima de Sanidad
DORA	Documento de Regulación Aeroportuaria
DUEPORT	Ventanilla Única Marítimo-Portuaria
ECDC	Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (*European Center for Disease Prevention and Control*)
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria
ENI	Esquema Nacional de Interoperabilidad
ENS	Esquema Nacional de Seguridad
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional
FCS	Formulario de Control Sanitario
GRP	Punto Porcentual de Alcance Bruto (Gross Rating Point)
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
IRAs	Infecciones Respiratorias Agudas
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III

LCSP	Ley de Contratos del Sector Público
LGS	Ley General de Sanidad
LGSP	Ley General de Salud Pública
LTAIBG	Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno
MSND	Ministerio de Sanidad
MTER	Ministerio de Política Territorial
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa (“Polymerase Chain Reaction”)
PDIA	Prueba de Detección de Infección Activa
PRTR	Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia
REGLAMENTO (CE)	Reglamento del Parlamento Europeo y Consejo
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
RPT	Relación de Puestos de Trabajo
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo (Severe Acute Respiratory Syndrome)
SIAE	Sistema de Información y de Atención Especializada
ScVGE	Sistema Centinela de Vigilancia de la Gripe en España.
SEIVIHSIDA	Sistema Estatal de Información sobre Vih Y Sida
SELAE	Sociedad Estatal de Loterias y Apuestas del Estado
SERLAB	Sistema Estatal de Recogida de las Pruebas Diagnósticas de Laboratorio de Sars-Cov
SGSE	Subdirección General de Sanidad Exterior
SIAPR	Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida
SIM	Sistema de Información Microbiológica
SINIVIH	Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de Vih
SISAEX	Sistema Informático de Sanidad Exterior
SISAEX-AHS	Módulo de Actuaciones Higiénico Sanitarias de Sisaex
SISAEX-VAC	Módulo de Vacunación Internacional de Sisaex
SIVIES	Sistema para la Vigilancia en España

SIVIRA	Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda
SNS	Sistema Nacional de Salud
SpTH	Spain Travel Health
SVGE	Sistema de Vigilancia de la Gripe en España
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VRS	Virus Respiratorio Sincitial

RELACIÓN DE CUADROS

CUADRO Nº 1 COMPARATIVA CASOS NOTIFICADOS AL CCAES Y A SIVIES SEGÚN INFORMES PUBLICADOS 35

CUADRO Nº 2 COMPARATIVA DE DATOS NOTIFICADOS AL CCAES Y A SIVIES SEGÚN INFORMES PUBLICADOS 37

CUADRO Nº 3 DIVERGENCIAS DATOS CNE (SIVIES) Y CCAES 39

CUADRO Nº 4 COMPARATIVA INFORMACIÓN DISPONIBLE SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN 42

CUADRO Nº 5 DIFERENCIAS ENTRE INFORMES MOMO Y PANEL MOMO 54

CUADRO Nº 6 COSTES DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS CONTROLES SANITARIOS EN AEROPUERTOS 80

CUADRO Nº 7 IMPORTE DE LA CONTRATACIÓN PARA CONTROLES SECUNDARIOS POR PARTE DE LAS AUTORIDADES PORTUARIAS 88

CUADRO Nº 8 COMPARATIVA ESTADÍSTICAS SANIDAD EXTERIOR SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN 95

CUADRO Nº 9 RESULTADO REPRODUCCIÓN CRUCES REGVACU PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CIUDADANOS 104

CUADRO Nº 10 REGISTROS CON INFORMACIÓN QUE DIFIERE ENTRE LO REMITIDO POR EL AGENTE Y LOS DATOS OBTENIDOS DEL TSI 105

CUADRO Nº 11 REGISTROS CON INFORMACIÓN REMITIDA POR EL AGENTE, PERO SIN INFORMACIÓN DE TSI 105

CUADRO Nº 12 ACTUACIONES SOLICITADAS Y EJECUTADAS SEGÚN NIVEL DE PRIORIDAD ESTABLECIDO 108

CUADRO Nº 13 INCIDENCIAS DETECTADAS EN TABLA VIAJEROS (SISAEX-VAC) 109

CUADRO Nº 14 COMPARATIVA PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL 111

RELACIÓN DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA Nº 1 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 22
DIAGRAMA Nº 2 TIPOS DE NOTIFICACIÓN DE LAS EDOS 23
DIAGRAMA Nº 3 ESQUEMA DE NOTIFICACIÓN RENAVE 27
DIAGRAMA Nº 4 ESQUEMA DE NOTIFICACIÓN RENAVE II 29
DIAGRAMA Nº 5 REGISTROS CARGADOS SEGÚN ORIGEN DE LA CARGA 40
DIAGRAMA Nº 6 SISTEMA VIGILANCIA DE LA GRIPE 45
DIAGRAMA Nº 7 ESQUEMA FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA CENTINELA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE 46
DIAGRAMA Nº 8 NUEVO ESQUEMA SISTEMA VIGILANCIA DE LA GRIPE 48
DIAGRAMA Nº 9 COMPARATIVA EXCESOS DE FALLECIDOS CALCULADOS POR EL SISTEMA MOMO VS FALLECIDOS POR COVID-19 SEGÚN INE 53
DIAGRAMA Nº 10 DISPOSICIONES NORMATIVAS ADOPTADAS COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA DE COVID-19 56
DIAGRAMA Nº 11 ESQUEMA DE FLUJOS DE INFORMACIÓN DE LA APLICACIÓN CMC 59
DIAGRAMA Nº 12 NORMATIVA SERLAB 62
DIAGRAMA Nº 13 FLUJO DE INFORMACIÓN 63
DIAGRAMA Nº 14 ENVÍOS REGISTRADOS SOBRE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS 65
DIAGRAMA Nº 15 FLUJO DE INFORMACIÓN DE SERLAB 66
DIAGRAMA Nº 16 FLUJOS DE INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS 70
DIAGRAMA Nº 17 PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS MATERIALES 71
DIAGRAMA Nº 18 PROCESO DE DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y GESTIÓN DE EXISTENCIAS 74
DIAGRAMA Nº 19 ESQUEMA APLICACIONES INFORMÁTICAS 77
DIAGRAMA Nº 20 ESQUEMA DE FLUJOS DE LA INFORMACIÓN DE LOS CONTROLES SANITARIOS EN AEROPUERTOS 81
DIAGRAMA Nº 21 EVOLUCIÓN IMPLANTACIÓN QR DIGITAL 83
DIAGRAMA Nº 22 INFORMES DIARIOS RECIBIDOS POR SANIDAD EXTERIOR 86
DIAGRAMA Nº 23 ESQUEMA CONTROLES SANITARIOS EN PUERTOS ESPAÑOLES 88
DIAGRAMA Nº 24 ESQUEMA PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO DE VACUNACIÓN DE COVID-19 (REGVACU) 102
DIAGRAMA Nº 25 ESQUEMA OPERATIVA ESTÁNDAR EN UN CVI 107
DIAGRAMA Nº 26 ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL DEL SNS 119

I. INTRODUCCIÓN

I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR

Esta fiscalización se ha efectuado a iniciativa del Tribunal de Cuentas, que la incluyó en el Programa de Fiscalizaciones para 2021 el apartado dedicado a las actuaciones en el ámbito de la Administración General del Estado (AGE) y de sus organismos dependientes y se incardinaba en el Plan Estratégico del Tribunal de Cuentas 2018-2021[1], en el que el Pleno estableció los objetivos de la función fiscalizadora y los criterios de la actividad. La *Fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021* se enmarca en el objetivo estratégico 1 *Contribuir al buen gobierno y a la mejora de la actividad económico-financiera del sector público* y, en concreto, en el objetivo específico 1.2. *Fomentar buenas prácticas de organización, gestión y control de las entidades públicas* y en el 1.4. *Incrementar las fiscalizaciones operativas* y, dentro de este objetivo específico, en la medida M.3. *Impulsar las auditorías de sistemas informáticos.*

A este respecto, la aparición de una nueva enfermedad respiratoria, el COVID-19, tuvo un impacto sin precedentes en todos los ámbitos que dio lugar a la adopción de un numeroso conjunto de medidas por todas las Administraciones Públicas que afectaron a la actividad económica y a la vida de los ciudadanos. Esta fiscalización se dirige al análisis de la situación precedente y la respuesta en el ámbito de los sistemas de información de sanidad y salud pública del Ministerio de Sanidad, habida cuenta de los recursos que fueron dedicados a tal fin.

El Pleno del Tribunal de Cuentas aprobó las Directrices Técnicas de esta fiscalización el 27 de julio de 2021, siendo modificadas el 24 de febrero de 2022.

I.2. ÁMBITOS OBJETIVO, SUBJETIVO Y TEMPORAL

Han constituido el ámbito objetivo de la presente fiscalización los sistemas de información a disposición del actual Ministerio de Sanidad (MSND[2]) para el desarrollo de sus competencias en materia de vigilancia, alertas y emergencias epidemiológicas, vacunación y sanidad exterior en relación con el tráfico de viajeros. Un sistema de información se define en el Real Decreto 3/2010, como “un conjunto organizado de recursos para que la información se pueda recoger, almacenar, procesar o tratar, mantener, usar, compartir, distribuir, poner a disposición, presentar o transmitir”, de lo que se deduce que se integran en él no solo sistemas y aplicaciones informáticas, sino también procedimientos y recursos de diversa índole dirigidos a la gestión de la información, en este caso sanitaria, y que los sistemas de información son el soporte imprescindible para la toma de decisiones de los poderes públicos, de conformidad.

El ámbito subjetivo de la fiscalización ha comprendido la Secretaría de Estado de Sanidad del MSND, incluyendo el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)[3], dependientes de la referida Secretaría de Estado, y la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud.

El ámbito temporal de la fiscalización se ha referido a los ejercicios 2019, 2020 y 2021, sin perjuicio de que las comprobaciones se han extendido a los procedimientos aplicados en el momento en que

[1] Reemplazado por el Plan Estratégico 2024-2027, aprobado el 30 de mayo de 2024.

[2] Ver Anexo 1 sobre estructura orgánica del MSND.

[3] PCR

se han realizado, o en ejercicios anteriores o posteriores, cuando ello ha contribuido a la consecución de los objetivos de esta fiscalización.

Se solicitó información complementaria al Ministerio de Política Territorial (MTER), y a los entes públicos, AENA SME SA, Puertos del Estado y ocho Autoridades Portuarias[4], en relación con las funciones de Sanidad Exterior.

I.3. OBJETIVOS Y ALCANCE

La fiscalización propuesta, de carácter operativo y de cumplimiento de acuerdo con lo dispuesto en la Norma Técnica 6 de las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, ha tenido por objeto el análisis de los sistemas de información del MSND, desde la perspectiva de los principios de legalidad, eficacia, eficiencia, economía, y transparencia. En particular, se han verificado los siguientes aspectos:

1. El funcionamiento y fiabilidad de los sistemas de información utilizados por el Ministerio de Sanidad en materia de vigilancia epidemiológica, alertas y emergencias sanitarias, vacunas y gestión de la sanidad exterior con carácter previo a la declaración de la Emergencia Sanitaria de Importancia Internacional (en adelante ESPII) por la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo los procedimientos aplicados para recopilar, validar, procesar, explotar y difundir la información, los sistemas informáticos utilizados y los recursos empleados.
2. Las actuaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad con el fin de gestionar la ESPII en relación con la adecuación, actualización y desarrollo de los sistemas de información correspondientes.
3. La coordinación entre el Ministerio y los órganos, entes y unidades administrativas intervinientes en los procedimientos.

Asimismo, se han abordado las cuestiones relacionadas con las previsiones contenidas en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, y en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en todo aquello que, de conformidad con dicha normativa, tuviera relación con el objeto de las actuaciones fiscalizadoras.

El examen ha incluido la aplicación de todas aquellas pruebas y procedimientos de auditoría que se han considerado necesarios sobre los informes, documentos, aplicaciones informáticas y registros contables y extracontables obrantes en los órganos que conforman el ámbito subjetivo de esta fiscalización.

La fiscalización se ha realizado de acuerdo con las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas aprobadas por el Pleno en su sesión de 23 de diciembre de 2013, sin que se hayan producido limitaciones que hayan impedido cumplir los objetivos previstos[5].

[4] Bahía de Algeciras, Alicante, Almería, Baleares, Barcelona, Bilbao, Santander y Valencia.

[5] En relación con las alegaciones del Ministerio de Sanidad, en las que sostiene el criterio de que la fiscalización se extiende a cuestiones materiales no relacionadas con sistemas de información o manifiesta aspectos que deben incluirse (como la gestión de las comunidades autónomas) o excluirse de la fiscalización, cabe señalar que los objetivos y el ámbito de la fiscalización son los definidos en este apartado introductorio del informe y así fueron establecidos en las Directrices Técnicas aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 27 de julio de 2021, modificadas el 24 de febrero de 2022. Los resultados de la fiscalización se ajustan a los objetivos marcados y son los que se exponen en este informe sin que se haya producido ninguna limitación al alcance de la misma.

Los órganos del MSND, así como el INGESA, el ISCIII, el MTER y los entes dependientes del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana (AENA SME SA, Autoridades Portuarias y Puertos del Estado) a los que se solicitó información, cumplieron con el deber de colaboración con el Tribunal de Cuentas establecido en los arts. 7 de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas y 30 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, que regula su funcionamiento.

I.4. CONTEXTO EN EL QUE SE ENMARCA LA FISCALIZACIÓN

El art. 43 de la Constitución Española reconoce "el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios". La ejecución de ese mandato se estructura en dos áreas de acción:

- La promoción de la salud pública, destinada a "prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales", como señala el art. 2 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP).

- La prestación de servicios de asistencia sanitaria a los ciudadanos (comúnmente conocida como función asistencial), articulada a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), en cuya gestión intervienen las comunidades autónomas (CCAA).

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), en sus principios generales reconoce la importancia de la gestión de la información en el ámbito de la promoción de la salud pública y en la provisión de la asistencia sanitaria, al declarar en su art. 8 "como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica". Asimismo, la referida LGS encomienda a la Administración General del Estado, en sus arts. 40 (apartados 13 y 16), 72 y en la disposición adicional segunda, entre otras, respectivamente, las siguientes funciones:

- "El establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas, de interés general supracomunitario".
- "La coordinación general sanitaria fijando medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las Administraciones Públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del Sistema Nacional de Salud".
- "El establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas en las materias objeto de la presente Ley".
- "La adopción de los criterios básicos mínimos y comunes en materia de información sanitaria".

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que configura aspectos clave en la coordinación y organización de la asistencia sanitaria, una vez asumieron todas las comunidades autónomas competencias en la materia, dedica, a su vez, su art. 53 al "Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud", configurado bajo la responsabilidad del Ministerio de Sanidad (MSND) de tal suerte que "garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las Administraciones sanitarias".

Por su parte, la LGSP, se refiere en su art. 40 al Sistema de Información en Salud pública, indicando que en él se integran los sistemas de información en materia de salud pública o cuya información sea relevante en la toma de decisiones en esta materia, con independencia de su titularidad.

A este respecto, un sistema de información se define como "un conjunto organizado de recursos para que la información se pueda recoger, almacenar, procesar o tratar, mantener, usar, compartir, distribuir, poner a disposición, presentar o transmitir"[6]. De esta definición se deduce que se integran en este concepto no solo sistemas y aplicaciones informáticas, sino también procedimientos y recursos de diversa índole dirigidos a la gestión de la información, en este caso sanitaria.

Sin duda, los sistemas de información son el soporte imprescindible para la toma de decisiones de los poderes públicos, pero lo fueron con mayor intensidad, si cabe, durante la crisis sanitaria del COVID-19, en la que las modalidades de trabajo no presencial experimentaron un auge sin precedentes.

El art. 13 de la LGSP configura la salud pública como una competencia compartida[7], contemplando la creación de una "Red de Vigilancia en salud pública" y, de acuerdo con el art. 65 de la Ley 16/2003, corresponde al MSND "la declaración de actuaciones coordinadas del Sistema Nacional de Salud", entre otros, en caso de que fuera preciso "responder a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública"[8].

En el periodo fiscalizado, operaba la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, regulada por el RD 2210/1995, gestionada por el Estado, a través del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del ISCIII, en el marco de la coordinación de la Dirección General de Salud Pública (DGSP) del MSND.

A su vez, la LGSP alude a la vacunación, en su art. 19, como medida de prevención de salud, encomendando al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) la aprobación de un calendario único nacional.

Por último, la AGE ostenta competencias en el ámbito de la sanidad exterior, que según el art. 8 de la LGS queda definido como el "conjunto de actividades que se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías, y del tráfico internacional de viajeros".

A este respecto, es preciso aludir al Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI)[9], que es un instrumento jurídico de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS, cuya finalidad es "ayudar a la comunidad internacional a prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública". El Reglamento, entre otros

[6] Glosario del RD 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Electrónica, vigente en el periodo fiscalizado, derogado por el actualmente vigente Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad.

[7] Corresponde a la Administración General del Estado, a las comunidades autónomas, a las ciudades de Ceuta y Melilla y a la Administración local, en el ámbito de sus competencias, la organización y gestión de la vigilancia en salud pública.

[8] Creada con posterioridad al periodo fiscalizado, en virtud del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.

[9] Instrumento de ratificación publicado en el BOE de 12 de marzo de 2008.

aspectos, define el concepto de "emergencia de salud pública de importancia internacional"[10] (ESPII) y establece el procedimiento para su declaración por el Director General de la OMS.

Desde que el RSI (2005) entró en vigor en nuestro país, en junio de 2007, se han declarado siete ESPII: Gripe A H1N1 (2009), Poliovirus (2014), Ébola (2014-2016 y 2019-2020), Zika (2016), COVID-19 (2020-2023) y Viruela del Mono (*monkeypox)* (2023).

A finales de 2019, se produjo el brote de una neumonía atípica en China que motivó la declaración de una ESPII por la OMS el 30 de enero de 2020, y que desembocó en declaración de pandemia internacional por la propia OMS el 11 de marzo de 2020, con un impacto tanto en la salud pública como en la vida de las personas con una magnitud desconocida en la era contemporánea y que produjo un impacto masivo y generalizado en todos los ámbitos sanitarios, sociales y económicos[11].

La virulencia y grado de transmisión del virus desbordó cualquier escenario previsto, por lo que las autoridades debieron afrontar un reto sin precedentes en materia de sanidad y salud pública con el fin de adoptar las medidas precisas para contener la ola de contagios, atender a los pacientes afectados por la enfermedad, garantizar los suministros para el Sistema Nacional de Salud en un contexto de disrupción del mercado internacional de productos sanitarios, y obtener, procesar y ofrecer información sobre la situación de la pandemia, lo que conllevó la declaración del Estado de Alarma entre marzo y junio de 2020 (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo) y entre octubre de 2020 y mayo de 2021 (Real Decreto 956/2020, de 25 de octubre), con medidas extraordinariamente excepcionales.

Paralelamente se aprobaron medidas de respuesta, entre las que puede citarse, entre otras, el Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptaban determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública y, poco después, el Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptaban medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19.

A su vez, la magnitud de la crisis originada por la pandemia motivó la constitución de la *Comisión para la reconstrucción económica y social* en el seno del Congreso de los Diputados cuyos trabajos cristalizaron en un Dictamen[12], aprobado en Comisión el 5 de julio de 2020, y refrendado por el Pleno del Congreso de los Diputados el 22 de julio de 2020 que contiene un conjunto de conclusiones que incluyen propuestas de medidas de mejora, a partir de las situaciones derivadas de la pandemia, refiriéndose algunas de ellas al ámbito objetivo de esta fiscalización.

Uno de los factores más efectivos en la defensa frente a la pandemia fue la campaña de vacunación llevada a cabo a partir de diciembre de 2020, coordinada en toda la Unión Europea. En el ámbito nacional, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la *Estrategia de vacunación frente al COVID-19 en España,* que estableció los criterios de administración de las vacunas recibidas y que fue objeto de sucesivas actualizaciones.

A partir de 2022, la situación epidemiológica fue progresivamente tendiendo a la normalización. En ese contexto, la ESPII se declaró finalizada por el Director General de la OMS, tras la deliberación del Comité de Emergencias del RSI, el 4 de mayo de 2023, constituyendo en adelante "un problema

[10] Es un evento extraordinario que "constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad y podría exigir una respuesta internacional coordinada".

[11] Véase Anexo 2 con el marco normativo.

[12] Puede consultarse en https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf.

de salud establecido y persistente". En España, la finalización de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 se declaró en virtud de Acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de julio de 2023.

II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

La exposición de los resultados de la fiscalización se estructura como sigue:

1. Sistemas de información de vigilancia epidemiológica, alertas y emergencias, Red de Vigilancia Epidemiológica (SIVIES), sistemas especiales de vigilancia: redes centinela de enfermedades respiratorias y gripe (SVGE, SIVIRA), del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA-VIH), Sistema de Información Microbiológico y Monitor de Mortalidad (MoMo).

2. Herramientas y sistemas específicos de seguimiento, monitorización y toma de decisiones en relación con la emergencia del Covid-19: SERLAB, Cuadro de Mandos y Control (CMC), capacidad asistencial, recursos humanos y materiales.

3. Sistemas de Información de Sanidad Exterior, SISAEX-Actuaciones Higiénico Sanitarias, sistema de control de viajeros internacionales desplegado como consecuencia del Covid-19 (*Spain Travel Health*).

4. Sistemas de información relativos a la vacunación, Registro de Vacunación del Covid-19 (REGVACU) y vacunación internacional (SISAEX-VAC).

5. Aspectos relacionados con la implementación, desarrollo y mantenimiento y cumplimiento del Esquema Nacional de Seguridad.

6. Objetivos transversales: cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2007, de Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres y de la Ley 19/2013, de Transparencia, Acceso a la Información y Buen Gobierno.

Se ha analizado el marco normativo de cada sistema, información que recibe, explota y que resulta del mismo, productos de explotación de la información, la coherencia, integridad y trazabilidad del universo completo de sus tablas de datos (sin muestreo), incluyendo pruebas de calidad del dato, comprobaciones sobre el estado, examen de los expedientes de contratación para su desarrollo y entrevistas con usuarios y responsables tecnológicos. En el Anexo 45 se recogen, además, los aspectos analizados de cada sistema, incluyendo la metodología.

II.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, ALERTAS Y EMERGENCIAS

II.1.1. Los órganos colegiados con funciones de coordinación: influencia en los sistemas de información y herramientas para el desempeño de las funciones de Secretaría

Dentro de las atribuciones del MSND, se encuentra la llevanza de la secretaría ejecutiva del CISNS y la de la Comisión de Salud Pública (CSP). A su vez, en el seno de estos órganos, se han creado otros para el estudio, seguimiento y propuesta de cuestiones específicas, a los que también da soporte técnico y administrativo el precitado MSND. En el ámbito del MSND se han creado, entre otras la Ponencia de Vacunas, la de Vigilancia Epidemiológica y la de Alertas, así como la de Vacunas.

Como consecuencia de la emergencia del Covid-19 se incrementó la frecuencia de celebración de sesiones. Cabe destacar la creación en 2020 de la nueva "Comisión de Salud Digital", constituida el 22 de julio de ese año, conformada por dos Subcomisiones, la preexistente que se reunió tres veces en 2021 y la Subcomisión de Servicios y Tecnologías para la Salud Digital. Revisadas las actas anteriores a 2020 del CISNS en relación con sistemas de información, únicamente se incluían acuerdos de distribución de recursos con cuantías limitadas.

La mayor relevancia de los aspectos relacionados con los sistemas de información se plasmó también en la denominada "Declaración de Zaragoza", de 10 de marzo de 2022, adoptada por el MSND y las CCAA, que contenía el acuerdo político para constituir la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, integrada por las redes de vigilancia nacionales y de las comunidades y ciudades autónomas, con criterios coordinados de organización, gestión y calidad de información, destacando el compromiso de "impulsar la modernización de los sistemas de información vinculados a la Vigilancia en Salud Pública y una infraestructura digital, que facilite la disponibilidad y la oportunidad de los datos, para el SNS y cada comunidad y ciudad autónoma, tanto los que proceden del entorno sanitario como los no sanitarios". Este acuerdo no adoptó la formalidad de una sesión del CISNS, aunque parte de su contenido se incorporó a la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública, también de 2022.

Las tareas de apoyo técnico y secretariado del CISN y la CSP se efectúan por el MSND con herramientas ofimáticas comerciales sin que se haya habilitado ninguna herramienta específica para custodiar las actas y acuerdos y acceder y explotar de manera ágil y rápida la documentación y contenido de sus sesiones, lo que afecta a la integridad, seguridad, trazabilidad y, cuando proceda, confidencialidad, del repositorio de convocatorias, actas y acuerdos. En el epígrafe II.2.3 del Informe de fiscalización nº 1.495, aprobado el 21 de diciembre de 2022, sobre las *actuaciones para las relaciones de cooperación multilateral entre la administración general del estado y las comunidades autónomas desarrolladas en el marco de la gestión de la pandemia COVID-19*, se aludía a la ausencia de plataformas digitales en el ámbito del soporte de las conferencias sectoriales y otros órganos de cooperación y coordinación con las comunidades autónomas. A este respecto, el proyecto *Cooper@* impulsado por el Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, está destinado a constituir una plataforma digital de colaboración interadministrativa habiéndose regulado en el Real Decreto-ley 6/2022 y en la Orden PJC/385/2024, de 30 de abril. El MSND manifestó en el trámite de alegaciones que está a la espera de la implementación de esta plataforma.

La pandemia de COVID-19, de una intensidad y con unos efectos desconocidos en las últimas décadas, requirió una respuesta excepcional y, en consecuencia, se incrementó exponencialmente la frecuencia de las reuniones de los órganos de coordinación, destacando entre ellos el CISNS, ya que en 2019 se celebraron 5 sesiones, mientras que en 2020 y 2021, 68 y 51, respectivamente (más de diez veces más, con una frecuencia en promedio de una reunión semanal, aproximadamente).

De las pruebas realizadas se ha evidenciado que los sistemas implantados por el MSND para el desempeño que le corresponde como secretaría ejecutiva del CISNS: elaboración de las propuestas de actas de las sesiones, mantenimiento de un sistema de información sobre los asuntos tratados y los acuerdos adoptados o mantenimiento de un repositorio de la documentación e informes

distribuidos y aprobados, admiten un amplio margen de mejora[13]: Los principales resultados son los siguientes:

- No existe una base de datos tabulada y de acceso ágil al repositorio de los órdenes del día, acuerdos adoptados y la documentación complementaria generada, lo que precisa un trabajo manual en caso de requerirse la consulta de antecedentes, ya que la custodia, elaboración y distribución de la documentación se efectúa a través de herramientas ofimáticas comerciales. En este sentido, la estructura de los acuerdos y actas del CISNS no permite seguir la pista de auditoría de manera ágil y eficaz, ya que los anexos no siempre se incorporan a los acuerdos.

- La falta de una herramienta tecnológica fiable de apoyo, máxime con una frecuencia de celebración de sesiones tan elevada, no ha contribuido a que existiera una continuidad en el desempeño de las tareas: custodia de documentación, seguimiento de acuerdos y soporte administrativo, entre otras tareas.

Estas mismas incidencias son extensibles al desempeño de las tareas de secretaría ejecutiva de la CSP[14] y de las ponencias dependientes, si bien la secretaría de esa Comisión ha sido desempeñada desde su creación por la DGSP, órgano que ha tenido continuidad en el MSND, aunque se haya variado su denominación parcialmente durante etapas anteriores[15].

Al igual que en el caso del CISNS, la CSP también vio incrementada de manera drástica la frecuencia de celebración de sesiones, pasando de 9 en 2019 a 32 y 50, en 2020 y 2021, respectivamente, (entre tres y cinco veces, más).

En lo que respecta a la documentación de la actividad de las ponencias y grupos de trabajo, cabe destacar que estos órganos carecen de infraestructura administrativa y soporte tecnológico, lo que redunda en que la documentación resultante de sus sesiones: propuestas, deliberaciones y documentos técnicos no se soporta con un grado de rigor, integridad y seguridad suficiente ya que tienden a emplearse herramientas ofimáticas comerciales y se fundamenta en la dedicación de los empleados públicos que las integran, lo que implica un mayor coste de tiempo y riesgo de error en la llevanza de los asuntos de estas ponencias y una menor eficacia y agilidad en la búsqueda de documentación y cuestiones tratadas en sesiones pasadas. Esto ha sido un factor que, acentuado por las dificultades provocadas por la pandemia y la acumulación de trabajo, ha impedido documentar con suficiente grado de detalle las sesiones de las ponencias como órganos colegiados (art. 18 de la Ley 40/2015), limitándose a redactarse un resumen de la reunión en el que únicamente figura el día de celebración, un listado de puntos con los “temas del día” y un sucinto resumen de la discusión y los acuerdos alcanzados, lo que no facilita su estudio y consulta por parte, ni siquiera, de los propios técnicos del MSND y de las CCAA[16].

[13] La alegación del MSND en la que manifiesta que las herramientas ofimáticas comerciales eran suficientes y adecuadas para la llevanza de la Secretaría ejecutiva del CISNS, contrasta con la existencia de una inversión concreta en el PRTR (Inversión 3, componente 11) a la que responde la iniciativa del proyecto “Cooper@” para dar soporte a las Conferencias Sectoriales, enmarcada en el Real Decreto-ley 6/2022, que evidencia que la Administración General del Estado había identificado la necesidad de introducir mejoras en el soporte tecnológico a la actividad de los órganos colegiados y de cooperación, como también se recoge en el informe 1.495 del Tribunal de Cuentas, ya citado.

[14] Creada por acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del SNS, de 14 de diciembre de 1992.

[15] Entre 2018 y 2020 se denominó, DG de Salud Pública, Innovación y Calidad. A partir de 2020, el órgano quedó definido como DG de Salud Pública. Anteriormente, ha sido denominado DG de Salud Pública y Sanidad Exterior o DG de Salud Pública y Consumo, entre otros nombres.

[16] Las deliberaciones y acuerdos de las ponencias no son públicos.

II.1.2. Sistemas de información de alertas y emergencias

Uno de los aspectos de la vigilancia en salud pública y en el que interviene, además, el MSND es la gestión de alertas sanitarias y, en su caso, emergencias, principalmente cuando provienen del ámbito internacional o si su ámbito excede una CCAA.

El MNSD había creado el Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR) de acuerdo con la previsión del art. 13 de la LGSP, en virtud de consensos de la Ponencia de Alertas de Salud Pública (8 de noviembre de 2012) y aprobado por la CSP el 6 de febrero de 2013[17]. El SIAPR está constituido por una Red de centros de enlace autonómicos designados por las CCAA que se coordina con el Centro de Enlace Nacional, función que asumió el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (CCAES). Para dar soporte al mismo, se había desarrollado una herramienta tecnológica que estaba en servicio desde mayo de 2015.

Sin embargo, la herramienta no respondió adecuadamente a sus propósitos, ya que la experiencia de uso no cumplió los objetivos planteados debido a una velocidad de respuesta insatisfactoria y a que la elevada complejidad de las interfaces dificultó la adhesión de los usuarios de las CCAA. Esta herramienta tampoco contenía unos criterios que, partiendo del riesgo potencial de la amenaza (enfermedad, contagiosidad, letalidad, entre otros), permitieran graduar la alerta a gestionar y guiar la propuesta para definición de una enfermedad como de "declaración obligatoria". De hecho, la aplicación tuvo 124 accesos en 2020 y en 2021, cuatro.

En los PGE de 2018 (prorrogados en 2019 y 2020), dentro del programa 313B "Salud Pública, Sanidad Exterior y Calidad", en su subapartado 3.2 "Coordinación de alertas y emergencias", se incluyó una actividad denominada "Desarrollo de una herramienta informática de comunicación y gestión de alertas sanitarias del Sistema Nacional de Alertas Sanitarias", lo que evidencia que el MSND ya antes de la aparición de la pandemia había identificado una carencia en lo que respecta a herramientas tecnológicas para monitorización de alertas y emergencias sanitarias.

En este contexto el Dictamen de la *Comisión para la reconstrucción económica y social*, aprobado por el Congreso de los Diputados en julio de 2020, incluyó una conclusión, la 19.2, instando a "dotar a la vigilancia epidemiológica de instrumentos y tecnologías que faciliten sistemas de alerta precoz y respuesta rápida, con un funcionamiento continuo e ininterrumpido las veinticuatro horas del día".

En marzo de 2023 seguía pendiente de culminar el desarrollo de estas medidas y, de hecho, el Acuerdo de Consejo de Ministros de 4 de julio de 2023, por el que se declara el final de la emergencia sanitaria originada por el COVID-19, entre los anexos, incluye recomendaciones a cuyo seguimiento se insta a la ciudadanía y a las autoridades sanitarias, y se refiere, en el marco del "fortalecimiento del marco estratégico de preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias" a la necesidad de "impulsar el desarrollo del Sistema de Alerta Precoz de Respuesta Rápida de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública", enmarcado en la Estrategia de Salud Pública, aprobada por el CISNS en Pleno el 15 de junio de 2022. En el RD 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, se crea y regula el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida como uno de los sistemas que forma parte de la Red, regulándose en los artículos 21 a 24 y estableciéndose en la disposición transitoria primera que, hasta la actualización

[17] También recibió el visto bueno del CISNS el 21 de marzo de 2013.

de los protocolos para la detección de alertas y respuesta rápida, seguirán resultando de aplicación los protocolos actualmente en vigor [18].

Como consecuencia de la ausencia de una herramienta tecnológica adecuada, se ha constatado que la mayor parte de la gestión de estas alertas se desarrolla por el CCAES a través de herramientas ofimáticas comerciales, comunicaciones por correo electrónico, telefónicas o videoconferencias o en el marco de las sesiones de las ponencias o grupos de trabajo que usualmente se convocan para analizar las alertas y mediante la utilización del "módulo de incidencias" del sistema de vigilancia epidemiológica gestionado por el ISCIII como herramienta para la comunicación de las alertas epidemiológicas, pese a que esa no era su finalidad. Estas prácticas no permiten un adecuado nivel de integridad, seguridad, trazabilidad y confidencialidad de las alertas y eventos que se gestionan y, además, conllevan una mayor carga de trabajo, al requerir cumplimentar individualmente las cuestiones y trasladar las comunicaciones y registrarlas en hojas de cálculo *ad hoc* soportadas en herramientas ofimáticas comerciales[19].

De hecho, cuando se produjo la alerta por listeriosis en 2019, con una incidencia y repercusión mucho más localizada que el de una enfermedad respiratoria, ya tuvo lugar una cierta dispersión en las vías de comunicación tanto en la información remitida a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), como en la información enviada al CCAES, que no se canalizó a través de ninguna herramienta específica de gestión de emergencias sanitarias, según se deduce de la sesión de la Ponencia de Alertas, el 23 de agosto de 2019 y se pondrá de manifiesto en el apartado II.1.3 siguiente.

En relación con esta cuestión, el MSND carecía de un conocimiento suficiente sobre las características de los sistemas de información sobre alertas y emergencias de las CCAA. De hecho, tras las dificultades experimentadas en 2020 en el periodo de emergencia máxima por el COVID-19, en 2021 el MSND coordinó la realización de una encuesta para conocer las capacidades de las CCAA y si se habían dotado de sistemas de gestión de alta disponibilidad[20].

Por último, cabe destacar que el funcionamiento de este sistema de alertas y emergencias debe ser complementario de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que se analiza seguidamente, con el que procede que sea interoperable.

[18] El MSND manifestó en el trámite de alegaciones que, en 2024, en el marco del expediente de contratación 202250PA0003, se prevé desarrollar un nuevo aplicativo para la gestión de las alertas de salud pública en los puntos de entrada (COHISAL).

[19] En el trámite de alegaciones el MSND indicó que, asociado al hito 281 de la Inversión 3, componente 18 del Plan de Transformación, Recuperación y Resiliencia, se está desarrollando un Sistema de Información para la Red de Vigilancia en Salud Pública que incluye el sistema nacional de alerta precoz y respuesta rápida (HEIMDAL *Herramienta integral de manejo de alertas en España*) cuya primera versión ya estaba desarrollada a principios de 2024, lo que evidencia que se había identificado un ámbito en el que los recursos existentes no estaban respondiendo a las necesidades.

[20] El último "Informe de evaluación del sistema de alerta precoz y respuesta rápida del Sistema Nacional de Salud" que aparece publicado en la web del MSND, de julio de 2023, señala que: "A nivel autonómico, más de la mitad de las CCAA (57,9 %, (11/19)) afirma disponer de un Sistema de Alertas. Aunque las restantes no hayan definido un Sistema de Alertas con un modelo organizativo específico que dé cobertura de forma continuada, todas las CCAA. llevan a cabo la atención de las alertas que reciben. En las CCAA. sin un sistema concreto, las alertas recibidas en horario laboral se atienden de forma ordinaria, y fuera del horario laboral, los profesionales llevan a cabo la atención de las alertas de forma voluntaria y no remunerada en la mayoría de los casos".

II.1.3. Sistemas de información para vigilancia epidemiológica: la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La RENAVE es el sistema creado en 1995 al servicio del SNS para la recogida y el análisis de la información epidemiológica procedente de las CCAA y por ello para la detección y control de enfermedades en España, siendo gestionado por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), dentro del marco normativo general de la LGSP, arts. 12 y siguientes, y comprendida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (RD 1030/2006, de 15 de septiembre). La RENAVE fue creada mediante el RD 2210/1995[21], de 28 de diciembre.

La RENAVE se gestiona a través de la DGSP del MSND, que tiene atribuida la planificación y coordinación y desarrollo de la Red de Vigilancia en Salud Pública, incluida la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, así como la gestión de alertas de ámbito supraautonómico y punto focal sobre las alertas de origen internacional[22] y por el ISCIII a través del Centro Nacional de Epidemiología, que, en virtud del art. 16.1 c) de su Estatuto, aprobado por RD 375/2001, tiene encomendada como función "el desarrollo de acciones técnicas para el cumplimiento de lo estipulado en el RD 2210/1995, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica".

La vigilancia epidemiológica en todo el mundo se ha enfrentado a un reto sin precedentes en las últimas décadas constituido por la pandemia del COVID-19, declarada como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (en adelante ESPII) por la OMS en enero de 2020, como ya se ha referido.

A este respecto, la vigilancia epidemiológica, con arreglo al precitado RD, se estructura en un sistema básico y en los sistemas especiales, que sintéticamente se muestran en el siguiente gráfico:

[21] El art. 13 de este RD fue modificado por el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, en lo que respecta a la declaración de las enfermedades incluidas en los anexos I y II, que también fueron afectados. Cabe recordar que dichos anexos habían sido actualizados en virtud de la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, de acuerdo con lo estipulado en el propio RD.

[22] Las CCAA asumen las funciones de vigilancia epidemiológica en su ámbito competencial. A este respecto, todas las CCAA, incluidas las Ciudades Autónomas, de acuerdo con su respectiva organización interna, disponen de unidades de salud pública, que gestionan los eventos comunicados por la red asistencial, formada por los centros de atención primaria y especializada, los laboratorios sanitarios y, en su caso, por los centros sanitarios privados, en la medida en que los facultativos están obligados a comunicar, preceptivamente, los casos de determinadas enfermedades o la aparición de patógenos. En función de la enfermedad reportada, del resultado de la investigación del caso o casos y de su incidencia epidemiológica, entre otros parámetros, las autoridades de salud pública han de reportar a la RENAVE el evento, de acuerdo con el ya referido RD 2210/1995, de 28 de diciembre.

DIAGRAMA Nº 1
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Sistema básico y sistemas especiales



Fuente: Elaboración propia.

Del resultado del análisis se desprende lo siguiente:

- El marco normativo de la remisión de la información contenido en el RD 2210/1995 no permitía explotar plenamente el potencial de las nuevas tecnologías de la información en materia de interoperabilidad y de disponibilidad de la información integrada en tiempo real, por el momento en el que fue redactado, teniendo en cuenta que sus antecedentes corresponden a una información que se fundamenta en un esquema de fichas en soporte papel, procedentes de la larga tradición de vigilancia epidemiológica existente en nuestro país. Los mandatos de la LGSP 33/2011, en particular sus arts. 13.3[23] y 40[24] seguían pendientes de desarrollo al inicio de la pandemia, sin que se hubieran realizado actuaciones relevantes al respecto entre 2012 y 2019.

- Tras la pandemia se aprobó la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública, de 2022, el Real Decreto-ley 5/2023 y, principalmente, el Real Decreto 568/2024 por el que se crea la Red de Vigilancia en Salud Pública. Este RD prevé en su art. 13.2, dentro de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública varios sistemas, entre ellos el Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Sin embargo, de acuerdo con sus disposiciones transitorias, en tanto no se regule el citado sistema de vigilancia, se integrará en la Red como sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles la RENAVE, prevista en el Real Decreto 2210/1995, que por tanto sigue vigente en 2025. El nuevo sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles citado aun no sido aprobado, habiéndose sometido a consulta pública en mayo de 2023 un Proyecto de Real Decreto, destinado a sustituir al RD 2210/1995, siendo el último trámite del que hay constancia.

[23] Art. 13.3 LCSP 33/2011: Con el fin de coordinar los diferentes sistemas de vigilancia se creará la Red de Vigilancia en Salud Pública, que incluirá entre sus sistemas el de alerta precoz y respuesta rápida. Este sistema tendrá un funcionamiento continuo e ininterrumpido las veinticuatro horas del día. La configuración y funcionamiento de la Red de Vigilancia en salud pública serán determinados reglamentariamente.

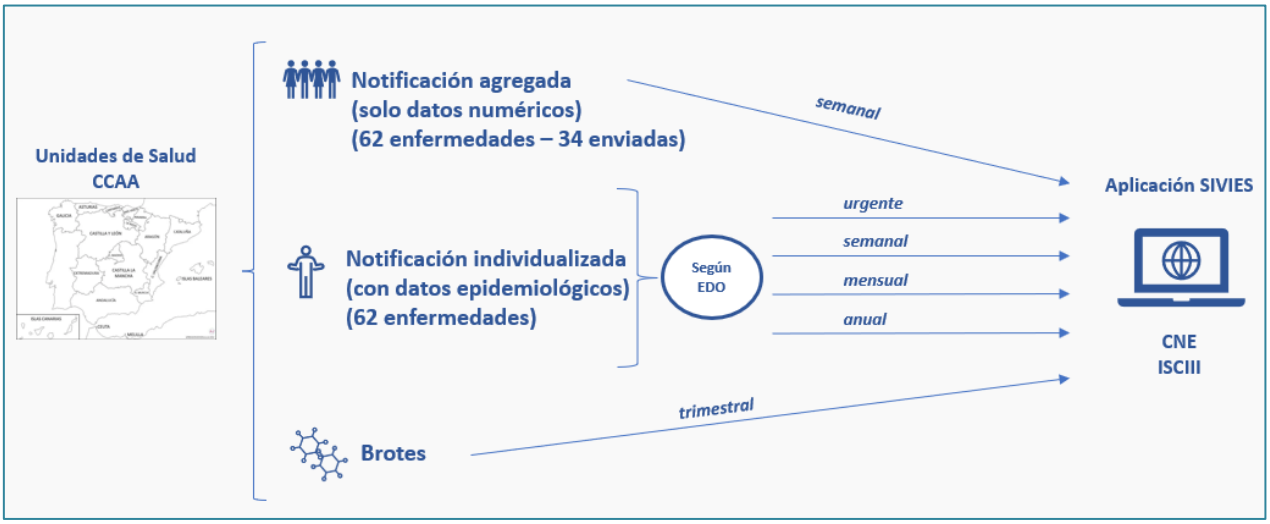
[24] Art 40: Los sistemas de información en materia de salud pública o cuya información sea relevante en la toma de decisiones en esta materia, con independencia de su titularidad, integrarán el Sistema de Información en Salud pública.

- La reforma introducida por el Real Decreto-ley 5/2023, consolida la información epidemiológica sobre las enfermedades respiratorias agudas (SARS; entre ellas el COVID-19) a los efectos de su vigilancia una vez concluida la emergencia, pero no aborda la modernización de la vigilancia epidemiológica, ni culmina el desarrollo reglamentario de la LGSP ni supone una reforma del marco normativo orientado a una vigilancia integral en salud pública, como la aludida en la Estrategia acordada en el CISNS en 2022. Como se ha indicado anteriormente, siguen pendientes de culminar los mandatos previstos en la LGSP y en las Estrategias de Vigilancia de Salud Pública y de Salud Digital, que deberían realizarse mediante el desarrollo reglamentario del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio.

II.1.3.1.a) Información que se notifica a la RENAVE

El desarrollo de la información se recoge en el Anexo 3 y Anexo 4 del Informe que se resume en el diagrama siguiente:

DIAGRAMA Nº 2
TIPOS DE NOTIFICACIÓN DE LAS EDOS



Fuente: Elaboración propia a partir de Manual SIVIES.

En relación con la información sobre notificaciones agregadas, se han apreciado dos circunstancias relevantes:

- En primer lugar, si bien en la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo y en los Protocolos de 2013 se amplió el número de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) hasta 62 enfermedades[25], se ha acreditado que en el sistema de información que sustenta a la RENAVE, denominado SIVIES, solo se ha registrado en el periodo fiscalizado información respecto de las 34 previstas en la normativa previa a 2015, debido a que el ISCIII no adaptó esta aplicación para tratar las notificaciones de las enfermedades restantes, pese a que determinadas CCAA han venido comunicándolas durante el periodo, comunicaciones que no han sido grabadas ni tratadas. Así, la información agregada sobre los casos de listeriosis

[25] Véase Anexo 3 y Anexo 4.

de 2019 no figura en SIVIES y, el informe anual sobre el seguimiento de esa enfermedad en los años 2019 y 2020 se publicó en junio de 2023.

- En segundo lugar, en la medida en que en la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica se había debatido la conveniencia de abandonar la modalidad de notificación agregada, aunque sin concretarse en una modificación normativa que lo hubiera refrendado, el grado de cumplimiento de la obligación de envío semanal fue descendiendo a lo largo de los años, siendo en 2019 y en 2021 un 45 % y un 94 % inferior al número de notificaciones de 2011 (Ver Anexo 5).

Adicionalmente y, en relación con todos los envíos, la remisión de la información a RENAVE y su seguimiento por parte del CNE y el MSND adolece de una deficiencia significativa como es la ausencia del carácter preceptivo de la comunicación de la inexistencia de casos en un periodo de referencia, lo que implica que, en caso de falta de envío por un declarante, no es posible discriminar el incumplimiento de la obligación de notificar de la ausencia de casos en ese periodo.

II.1.3.1.b) Obtención de la información a enviar a la RENAVE

La fuente inicial de información para la RENAVE está constituida por la red asistencial de atención primaria y especializada del SNS y las unidades de salud pública que detectan, analizan y canalizan los eventos de interés comunicados por la red asistencial de atención primaria y especializada[26]. En este sentido, son las unidades de salud pública autonómicas las que analizan las situaciones que surgen en su ámbito territorial y remiten la información preceptiva a RENAVE (nivel estatal).

El MSND y el CNE carecían de información sobre las características de los sistemas de información de vigilancia en salud pública de las CCAA, cuyas capacidades eran en 2019 y seguían siendo, en 2021, muy heterogéneas entre sí. Ello revela que, a final de 2021 el MSND no había desarrollado su labor de coordinación adecuadamente, puesto que carecía de una información suficiente sobre las funcionalidades de los sistemas de información de salud pública de las CCAA y el estado de situación de la red de vigilancia epidemiológica, desde un punto de vista funcional y tecnológico.

De hecho, en el segundo semestre de 2020, el MSND y el CNE efectuaron un estudio sobre las características de los sistemas de información partiendo de un cuestionario que remitieron a los responsables de las CCAA, de cuyo análisis se desprenden las siguientes consideraciones, que se recogen con mayor detalle en el Anexo 6:

- Solamente contestaron al cuestionario once CCAA, a pesar de que la situación sanitaria requería un alto grado de coordinación.

- De las respuestas recibidas por el MSND y el CNE del ISCIII, se extrae la conclusión de que no existía una plena integración con las aplicaciones de atención primaria (solo cinco de once comunidades que contestaron) y hospitalaria (solo seis de once), por lo que en el resto debía producirse un trabajo de extracción, envío y explotación de la información. Solo en tres CCAA de once existía una utilización conjunta de los sistemas de información asistencial y de salud pública.

[26] La AGE solo tiene competencias directas en el ámbito de la gestión sanitaria de INGESA en Ceuta y Melilla y en la coordinación en el nivel estatal.

- Dos de las once CCAA manifestaron en el cuestionario que carecían de sistemas automatizados de recogida de datos epidemiológicos.

- Antes de 2020, ninguna CCAA había desarrollado mecanismos en sus sistemas informáticos para obtener solo los nuevos casos aparecidos y efectuar "cargas incrementales" en SIVIES, de tal suerte que los envíos diarios contenían todos los casos anteriores. Como se detallará más adelante, esta circunstancia dificultó el flujo de información cuando se declaró la pandemia de COVID-19, en 2020, al incrementarse innecesariamente el volumen y tamaño de los ficheros trasmitidos, al reemplazar totalmente los nuevos envíos de determinadas CCAA los registros preexistentes. Esta debilidad no se corrigió en todas las CCAA hasta 2022[27].

Este análisis fue ampliado y completado con posterioridad con recursos procedentes del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia (PRTR), plasmándose en diciembre de 2022 mediante la publicación en la web del MSND de un documento denominado "Análisis del estado de desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación en la vigilancia en salud pública en el SNS[28]". El referido análisis se fundamentó en un estudio cuya elaboración se encargó a una empresa externa, por importe de 138.000 euros[29]. Se considera una buena práctica efectuar actuaciones que permitan conocer las características de los sistemas de las CCAA y otras instituciones con las que se debe coordinar la gestión de procedimientos y de información.

Por tanto, de las respuestas analizadas por el MSND se desprende que, tanto en 2019 como en 2021, el grado de interoperabilidad[30] entre los sistemas de información de atención sanitaria y los de salud pública en el ámbito del SNS era muy limitado, lo que requería que se llevaran a cabo trabajos de cumplimentación y transformación manual por parte de los facultativos médicos que identifican los eventos de interés de salud pública y, a su vez, por los empleados públicos de las unidades de salud pública de las CCAA, que también necesitaban tratar y transformar la información manualmente tanto para desarrollar su cometido como para remitir la información que proceda a la RENAVE.

En relación con la alegación del Ministerio de Sanidad en la que invoca el informe de la Agencia de Protección de Datos sobre el Proyecto de Real Decreto por el que se crea y regula la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública (después RD 568/2024), manifestando que no cabe "un acceso indiscriminado de datos identificativos", cabe puntualizar que la interconexión o interoperabilidad entre sistemas de información de salud pública y asistenciales no implica necesariamente que se produzca un "acceso ilimitado o indiscriminado" de los empleados públicos de las unidades de salud pública, ni un intercambio de todos los campos de información, ya que, como el propio Ministerio conoce, existen múltiples alternativas disponibles para establecer modulaciones o medidas de prevención de accesos indebidos, lo que no es óbice para que ese personal pueda acceder a la información que proceda en sus labores de prevención, entre otras, vigilancia epidemiológica, superando la histórica compartimentación de la información y cumpliendo lo previsto en la Ley 33/2011 y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

[27] Se corrigió como respuesta a la pandemia del COVID-19, como se detalla en el subepígrafe siguiente.

[28] "https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/vigilanSP/doc/Analisis_TICs_VSP.pdf".

[29] Expediente de contrato de servicios 202150PAS004, impulsado por la DGSP.

[30] El RD 4/2010, por el que se regula el Esquema Nacional de Interoperabilidad en el ámbito de la Administración Electrónica, define la interoperabilidad como "la capacidad de los sistemas de información y de los procedimientos a los que estos dan soporte, de compartir datos y posibilitar el intercambio de información y conocimiento entre ellos".

Por otra parte, debe señalarse como hechos posteriores, que el art. 19.4 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública alude expresamente a la garantía de la interoperabilidad de la información.

Adicionalmente, el propio MSND ha promovido actuaciones fundamentadas en la interoperabilidad, como la Historia Clínica Interoperable, de lo que se deduce que la carencia identificada por el Tribunal es compartida por el Ministerio. De hecho, en su escrito de alegaciones, el MSND manifestó que en el "Plan de Transformación Digital de Atención Primaria" liderado por la Sec. Gral. de Salud Digital junto con las CCAA se dedica una línea de actuación específica a la posibilidad de usar datos clínicos asistenciales para salud pública. Como consecuencia de lo anterior, pese a que tecnológicamente era viable la implantación de sistemas integrados a todos los niveles, con las medidas de seguridad y de protección de datos que procediera, el escaso desarrollo tecnológico provocaba que, con frecuencia, se invirtiera mucho tiempo de trabajo en tareas de cumplimentación y transformación manual de información, con un mayor riesgo de error.

En conclusión, la primera barrera para la obtención de una información precisa en tiempo y forma para la RENAVE se encontraba en la falta de interoperabilidad existente entre las unidades asistenciales (atención primaria y hospitalaria) y las de salud pública.

II.1.3.2. PROCEDIMIENTO DE REMISIÓN DE INFORMACIÓN A LA RENAVE

II.1.3.2.a) Análisis del procedimiento de envío de la información a la RENAVE

Para el envío de las categorías de información del diagrama nº 3, individualizada y agregada, el sistema se sustenta en la aportación de información por parte de los declarantes, que son las autoridades de salud pública, principalmente, de las CCAA, aunque el sistema está diseñado para que también el MSND, a través del CCAES o Sanidad Exterior, el propio CNE y el Ministerio de Defensa[31] puedan comunicar información a la RENAVE.

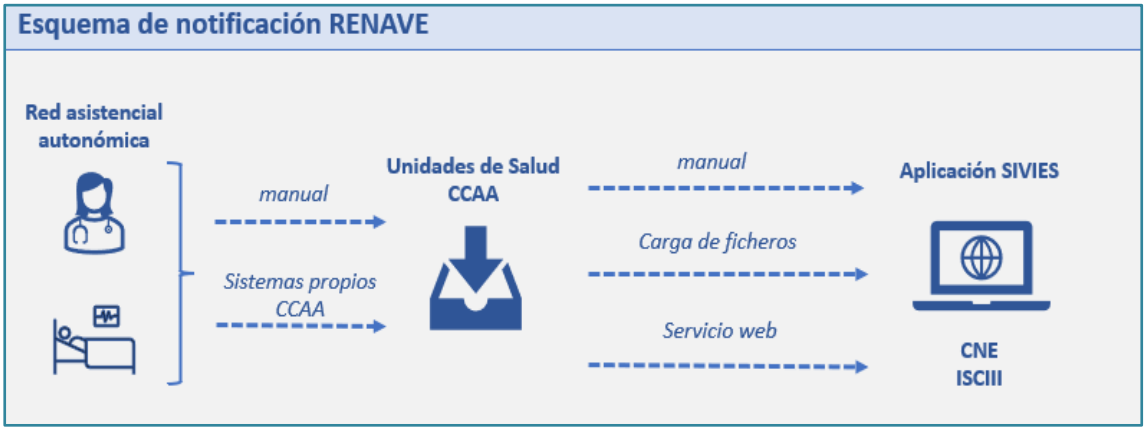
Para dar soporte tecnológico a la RENAVE y permitir la recepción, análisis y explotación de la información se implantó la aplicación SIVIES con la vocación de constituir una herramienta de gestión integral. La primera versión de SIVIES fue puesta en producción en marzo de 2012, introduciéndose nuevas funcionalidades en 2014, 2015 y 2020.

En el siguiente gráfico se muestran los cauces habilitados por el sistema SIVIES para recibir las categorías de información procedente de las CCAA[32] o de otros declarantes:

[31] Orden DEF/3385/2009, de 10 de diciembre, sobre enfermedades de declaración obligatoria en el ámbito de las Fuerzas Armadas

[32] El número de ficheros remitidos por CCAA y aprobados se recoge en el Anexo 7.

DIAGRAMA Nº 3
ESQUEMA DE NOTIFICACIÓN RENAVE



Fuente: Elaboración propia a partir de Manual SIVIES.

Como se detalla en el Anexo 8, el medio utilizado en mayor medida fue el envío a través de la carga de ficheros, un 59 %, seguido del sistema "servicio web-máquina a máquina" (24 %) que, sin embargo, solo fue utilizado en el primer periodo de 2020 por tres CCAA[33], mientras que en el 17 % restante, SIVIES no permite identificar el medio.

Por otra parte, de acuerdo con el desarrollo establecido en los anexos del RD 2210/1995 y en los Protocolos, se configuraron los campos de información que se deben cumplimentar en las distintas modalidades[34] de notificación a través de SIVIES, con el detalle de contenido que figura en las "fichas" por enfermedad previstas en esta normativa[35].

En el Anexo 9 se presentan las estadísticas de registros almacenados categorizados por tipo de notificación.

Del análisis efectuado se desprende lo siguiente[36]:

[33] En concreto, Comunidad Valenciana, La Rioja y Cataluña. A 31 de diciembre de 2019, solo una CCAA (Comunidad Valenciana) tenía capacidad técnica para ello.

[34] Como se ha indicado antes: agregados, individuales y brotes.

[35] Es importante tener en cuenta que un fichero puede abarcar una o varias declaraciones de información, esto es, que puede responder a casos de una sola enfermedad o agrupar en la información correspondiente a múltiples enfermedades y periodos. Como resultado, los ficheros cargados en SIVIES pueden reemplazar registros correspondientes a casos anteriores, si hubiesen sido comunicados previamente, o insertar nuevos, como más adelante se expone.

[36] El análisis del procedimiento de envío de la información a SIVIES no ha comprendido la totalidad del periodo fiscalizado, ya que la base de datos proporcionada por el ISCIII solo abarcaba la información de las tablas que contienen los registros de envíos (SIVIES Audit) en el periodo comprendido entre el último trimestre de 2019 y enero de 2022, momento en el que fue generada.

- El ISCIII no pudo restaurar ninguna copia de seguridad de sus bases de datos anteriores a mayo de 2021, lo que revela debilidades significativas en la integridad y seguridad de los sistemas de información[37].

- Adicionalmente, hasta la introducción de las mejoras motivadas por la respuesta al COVID-19, en junio de 2020, SIVIES carecía de una funcionalidad que permitiera identificar la modalidad de carga de los ficheros remitidos, por lo que tenía una laguna de trazabilidad de la información significativa.

- Existen debilidades en lo que respecta a la integridad y trazabilidad de la base de datos en relación con la carga, las fechas de inserción, las modificaciones de los registros y las operaciones de borrado de ficheros, cuyo detalle se presenta en el Anexo 10.

- Se han realizado borrados físicos y lógicos[38] sin que consten procedimientos que indiquen cuándo debe realizarse uno y otro. En el caso del borrado físico[39] se eliminan completamente los registros, por lo que la información desaparece, con la consiguiente pérdida de trazabilidad del proceso. En los borrados lógicos, no ha quedado constancia del usuario que ejecutó el borrado, lo que no es acorde con un grado suficiente de trazabilidad e integridad de la información[40]. Se ha detectado que 180.819.391 registros se han borrado físicamente en el periodo de la pandemia (un 92 % del total de borrados físicos del histórico de SIVIES), como consecuencia de las cargas acumulativas derivadas del COVID-19, según se expone más adelante.

II.1.3.2.b) Esquema del procedimiento de carga

En el diagrama siguiente se muestra el esquema de notificación a RENAVE:

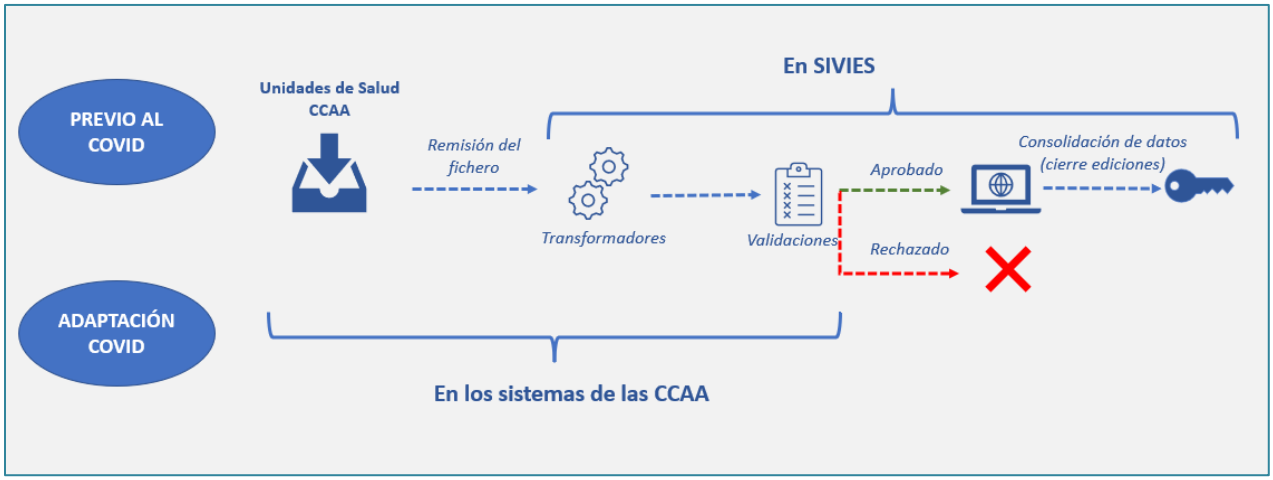
[37] El MSND manifestó en sus alegaciones que "el CCAES disponía de descargas puntuales de los datos de SIVIES desde el 24 de junio de 2020 y diarias desde el 3 de agosto de 2020". Sin embargo, de acuerdo con el Anexo II del RD 3/2010 que se refiere a medidas de seguridad de sistemas de información, vigente hasta 2022, establece que *las copias de seguridad deben mantener el mismo nivel de seguridad que los datos originales en cuanto a integridad, confidencialidad, autenticidad y trazabilidad* y, además abarcar aspectos correspondientes a *Información de trabajo de la organización, aplicaciones en explotación, incluyendo los sistemas operativos, datos de configuración y claves de confidencialidad*, requisitos que no son cumplidos por descargas puntuales de datos. Adicionalmente, SIVIES es administrado por el ISCIII y se aloja en sus servidores.

[38] El borrado físico supone eliminar un registro de la base de datos. El borrado lógico marca el registro en la base de datos como eliminado, pero no suprime el registro de la misma.

[39] Este sistema fue ampliamente utilizado durante la crisis sanitaria, como se expone más adelante.

[40] Como, por ejemplo, id de registro 201683812 insertado en SIVIES el 30/12/2021 en el fichero aprobado con "idcarga" 110156 y donde la fecha de actualización *("f.update"*) de 14/01/2022 se correspondería con la fecha del borrado lógico porque no consta ningún nuevo fichero que actualizara la información.

DIAGRAMA Nº 4
ESQUEMA DE NOTIFICACIÓN RENAVE II
Esquema previo al COVID-19 y Adaptación COVID-19



Fuente: Elaboración propia a partir de Manual SIVIES.

Del análisis del procedimiento de carga se desprende:

- Los modelos de cargas de ficheros son más complejos y adolecen de mayores debilidades que los soportados en modelos interoperables. En el caso de SIVIES, los ficheros debían transformarse desde sus formatos originales al compatible y solo cuando se realizaba la acción de aprobación surtían efectos en las bases de datos de trabajo de la RENAVE. A este respecto, el 14,2 % de los ficheros se encontraban en estado intermedio[41] y un 21,37 % habían sido rechazados (mayor detalle en el Anexo 11).

- Pese a que las autoridades declarantes son las CCAA al ostentar la competencia principal en materia de salud pública, el personal del CNE del ISCIII efectuó materialmente la carga de los ficheros en SIVIES en un número significativo de ocasiones (2.037, un 10,7 % de los ficheros en el periodo último trimestre de 2019 a enero de 2022), cometido que correspondía a las autoridades de salud pública autonómicas, como se detalla en el Anexo 12.

La realización de las tareas de carga de ficheros en SIVIES por parte de personal del CNE pone de manifiesto debilidades en la coordinación entre el ISCIII, el MSND y las CCAA, que se deben a las siguientes causas, que ya existían antes de la pandemia de COVID-19:

- La ausencia de un suficiente grado de interoperabilidad entre los sistemas autonómicos y estatales.

- La dificultad de los propios sistemas de salud pública de las CCAA para producir ficheros con una estructura compatible con la requerida por el SIVIES, pese a que el ISCIII había desarrollado unas herramientas, denominadas “transformadores”, que permitían convertir la información a la estructura requerida para la integración en SIVIES.

[41] El 53 % (2.223 ficheros) de los de estado intermedio llevaba en esa situación más de seis meses (4º trimestre 2019 – 3er trimestre 2021), sin justificación.

II.1.3.2.c) Demoras en la recepción de la información en la RENAVE

Se ha identificado la existencia de demoras significativas en la entrada de la información en RENAVE procedente de los declarantes. Indudablemente, la aparición de la pandemia de COVID-19 concentró los recursos de las unidades de salud pública y de vigilancia epidemiológica, aunque ya antes venían produciéndose dificultades. Así, excluidos los registros correspondientes al COVID-19, se ha evidenciado que los periodos promedio de envío de las notificaciones alcanzan los 329 días en 2020 en el caso de las declaraciones individualizadas, de 308 días para los brotes y 66 días para declaraciones agregadas, cuando el plazo para enviarlas es de 21 días en las agregadas, de 90 días en el caso de los brotes e inmediato, semanal, mensual o anual en las individualizadas (dependiendo de la modalidad establecida para cada enfermedad).

Como ilustra con más detalle el Anexo 13, se producen retrasos en el envío de todas las modalidades de información, agregada, individualizada, de brotes y en todas las periodicidades, urgente, semanal, mensual y anual. Esta situación existía en 2019 y no se ha corregido con posterioridad.

El impacto de la pandemia en los servicios de salud pública y epidemiología se evidencia, con mayor detalle, si se toma como referencia el descenso en los de casos por otras enfermedades distintas al COVID-19 notificados (en torno a un 56 %) en 2020, el momento crítico de la crisis sanitaria, con respecto del ejercicio 2019, tal y como se muestra en el Anexo 13.

Paralelamente, se han advertido debilidades en el "cierre de la información" ya que no se declara como consolidada la notificación individualizada y solo el 46 % de las notificaciones agregadas se habían declarado como tal (véase mayor detalle en el Anexo 14)[42].

Estas dificultades se producen, por una parte, por la ausencia de interoperabilidad entre los sistemas asistenciales y de salud pública, en el que se mantiene el concepto de notificación, propio de un procedimiento en papel, que como se ha podido apreciar quiebra en los momentos críticos, al requerir una mayor cantidad de trabajo de cumplimentación manual. El escaso desarrollo de la interoperabilidad proviene de una infradotación de inversiones en sistemas de información de salud pública y epidemiología, aspecto que se ha debatido reiteradas veces en las Ponencias y en la Comisión de Salud Pública.

Tal y como señala el MSND en sus alegaciones, según los datos de la Sociedad Española de Informática de la Salud, el porcentaje de gasto de las CCAA en tecnologías de la información y la comunicación en relación con el gasto sanitario total del Sector Público en España osciló entre un mínimo del 1,16 % y 1,19 % en 2019 y 2013, respectivamente, y un máximo del 1,36 % en 2021, poniendo de relieve el significativo aumento en dicho año. Dicho aumento de gasto se refleja también en la asignación de fondos europeos del PRTR a la transformación digital en el sector sanitario, al que se aludirá en el epígrafe II.5.6.

Cabe destacar que el retraso en el envío de la información y las limitaciones de medios humanos y técnicos, agravados por la situación pandémica desde 2020, ha afectado a la elaboración por parte del CNE de las memorias anuales de la RENAVE. Así, la memoria de los años 2017 y 2018, plasmada en un documento conjunto, se publicó en 2020, mientras que la de 2016 fue publicada en la web en 2018 y ya no se publican memorias anuales globales posteriores al periodo 2017-2018. En sus alegaciones, el ISCIII manifestó que se ha abandonado la práctica de elaborar memorias anuales globales, optándose por publicar informes por enfermedad, si bien el retraso en la

[42] En el trámite de alegaciones el ISCIII indicó que cada CCAA dispone de más información sobre sus casos a fin de realizar las actuaciones de salud pública y de prevención y control correspondientes en sus territorios.

publicación persiste en algunos casos. Por ejemplo, a finales de 2024, los informes de 18 enfermedades referentes a 2023 no se han publicado[43].

Por su parte, el *Informe epidemiológico sobre la situación de la listeriosis en España, años 2018 y 2019,* se publicó en junio de 2023. De hecho, si bien la web del MSND publicó un informe de cierre del brote de listeriosis el 27 de septiembre de 2019[44], la información sobre el cierre del brote se registró en SIVIES el 12 de febrero de 2020 cuatro meses y medio después del fin del evento, cuando el precitado RD estipula un plazo máximo de tres meses desde la extinción del brote para que las Comunidades Autónomas afectadas remitan el informe final al MSND[45]. El último informe anual publicado sobre listeriosis, que carece de fecha de elaboración, corresponde a 2022.

En el trámite de alegaciones, el ISCIII manifestó que, en 2024, hay nueve CCAA que no pueden hacer declaración individualizada semanal, solo pueden hacerla una vez al año para la mayor parte de las enfermedades.

II.1.3.2.d) El módulo de incidencias de SIVIES

SIVIES cuenta con una herramienta denominada "módulo de incidencias", de carácter flexible, que permite el envío de avisos por parte de los usuarios, con la posibilidad de elegir los destinatarios e incorporar ficheros adjuntos, siendo además posible vincular la incidencia con las notificaciones de brotes o casos individuales. En el curso de la fiscalización se han identificado deficiencias significativas en la utilización de esta herramienta:

- El módulo de incidencias ha devenido en una herramienta utilizada no solo para remitir avisos a otras autoridades de salud pública, sino para remitir comunicaciones de incidencias o eventos, entre otro tipo de información, a través del circuito de SIVIES, incluyendo la remisión de ficheros adjuntos con la información correspondiente a declaraciones obligatorias por este medio, al margen del proceso de carga ordinario y que, adicionalmente, se efectúe el envío de ficheros con la información del sistema específico del VIH-SIDA, pese a no estar previsto para este fin. Es preciso señalar que no existe ningún control sobre los ficheros adjuntos que se incorporan a las incidencias, dando lugar a la inclusión de información sanitaria sin encriptar de pacientes sujetos a investigación epidemiológica, lo que no es acorde con la ausencia de datos personales en el sistema SIVIES[46].

- SIVIES contempla una funcionalidad que permite relacionar los casos individualizados con su brote y la incidencia correspondiente. Sin embargo, la falta de cumplimentación adecuada de los campos correspondientes de interrelación en cada ficha (ficha caso individual, ficha brote e incidencia) impide explotar esta funcionalidad.

[43] Campilobacteriosis, Cólera, Criptosporidiosis, Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae, Fiebres hemorrágicas víricas, Fiebre tifoidea y paratifoidea, Giardiasis, Hepatitis B, Hepatitis C, Herpes zóster, Hidatidosis, Infección por E. coli verotoxigénica, Leptospirosis, Listeriosis, Rabia, Salmonelosis, Triquinelosis/triquinosis y Yersiniosis.

[44] https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/listeriosis/docs/Informe_cierre_Listeriosis_20190927.pdf.

[45] En el Anexo 16 se incluye más detalle sobre la emergencia de la listeriosis de 2019.

[46] En relación con la alegación del MSND, en las que afirma que sí había datos personales almacenados en SIVIES, es preciso aclarar que el ISCIII, que es el organismo en cuyos servidores se aloja el sistema, en el anexo de tratamiento de datos personales cumplimentado sobre las EDOs en SIVIES, declara que los datos que se tratan y almacenan son "de salud" y "que no permiten la identificación de las personas".

- En este sentido, de las 45.591 incidencias que se han tramitado en el módulo de SIVIES (2012-enero de 2022), más del 62,6 % (28.554) se encontraban sin definir su categoría (de brote, *cluster*, caso esporádico, comunicación de contactos, de riesgo potencial).

- Por otro lado, como se puede deducir de lo anteriormente expuesto, el diseño de SIVIES, basado en un procedimiento tradicional en papel, supone que los brotes se notifican por las CCAA y Ciudades Autónomas, sin que SIVIES permita detectar brotes de forma automatizada en función de la información de las declaraciones individuales comunicadas previamente o también en el caso de brotes que afectan a CCAA limítrofes[47].

- En la crisis de la listeriosis, de 2019, la información de las notificaciones individualizadas, y sobre brotes e incidencias no era congruente entre sí.

II.1.3.2.e) Calidad del dato[48]

La vigilancia epidemiológica es una labor que requiere un alto grado de precisión, así como el manejo de múltiples categorías de información, ya que las características de cada elemento de vigilancia determinan qué campos es preciso recabar, lo que ha dado lugar a la configuración en SIVIES de un modelo de datos muy complejo.

Del análisis realizado se desprende lo siguiente:

- SIVIES no recoge ningún código identificativo personal individualizado del paciente (documento nacional de identidad, pasaporte u otro, ni siquiera del propio MSND como el CIP SNS[49]) que permita interoperar de manera automatizada los casos con otros sistemas de información[50], lo que implica que las posibles actuaciones de otras autoridades de salud pública, derivadas de la notificación, que necesiten un seguimiento del caso, requieren efectuar gestiones al margen del circuito de notificación, ya sea a través del módulo de incidencias o al margen de SIVIES, por vía telefónica o correo electrónico.

- El propio informe global anual de la RENAVE correspondiente al periodo 2017-2018[51], último anual global publicado, reconoce una falta de calidad de la información de las variables básicas en la notificación individual (edad, sexo, distribución geográfica y semana de notificación) y una ausencia de información sobre otras variables (estado de vacunación, identificación microbiológica del agente causal), lo que merma la profundidad del potencial

[47] En las alegaciones, el MSND manifiesta que el Administrador puede configurar un "umbral" de casos individuales. Sin embargo, dicha funcionalidad no constaba en ningún manual técnico de SIVIES, ni se evidenció su configuración o utilización en el periodo analizado ni el MSND ha aportado ninguna documentación al respecto. Por otra parte, la notificación de un brote requería la declaración expresa, ya que la información de brotes y la de notificaciones individuales no estaba integrada.

[48] A los efectos del análisis contenido en este subepígrafe no sean han considerado los datos correspondientes al COVID-19, siendo este último objeto de un subepígrafe específico (II.3.3).

[49] En relación con la alegación del MSND sobre el informe de la Agencia de Protección de Datos sobre cesiones indiscriminadas de datos personales, cabe señalar que existen procedimientos para anonimizar, seudonimizar o modular los datos disponibles permitiendo, paralelamente, que la información de interés epidemiológico esté integrada o sea interoperable, cumpliendo por tanto lo previsto en la normativa de protección de datos y de gestión de datos de los pacientes y favoreciendo una gestión más eficaz y eficiente.

[50] Registra un campo propio denominado "IDDecReg", pero en las actuaciones practicadas se detecta que no es interoperable con ningún otro sistema de información.

[51] En el trámite de alegaciones, el ISCIII manifestó que se ha reemplazado el modelo de elaborar un único informe anual global, por la publicación de un informe por cada enfermedad, como se ha indicado antes.

análisis y las capacidades del sistema de vigilancia para ofrecer información para la prevención, la toma de decisiones, la preparación o asignación de recursos. En la revisión efectuada sobre la calidad del dato, desde un punto de vista formal, aunque SIVIES teóricamente incorpora validaciones automáticas de control de valores incoherentes, de las pruebas realizadas, se han identificado incidencias adicionales correspondientes a valores vacíos o ilógicos que se detallan en el Anexo 17.

- Se han detectado discrepancias entre el número de casos reportados a través de las declaraciones agregadas respecto de las individualizadas sobre un mismo periodo temporal. Esta incidencia se ha identificado en la información sobre la varicela y la enfermedad meningocócica, destacando que en la varicela de 2019 los casos comunicados por medio de notificaciones agregadas suponen prácticamente el doble que en las individualizadas.

Estas incidencias se deben a la configuración de SIVIES como un modelo heredado de un procedimiento tradicional en papel basado en remisiones sucesivas de información, procedimiento que no ha explotado la evolución tecnológica más reciente y se encuentra técnicamente superado, resultando la notificación agregada, en cierto modo, superflua, ya que con un despliegue de sistemas de información interoperables, por parte de las CCAA y del MSND, una vez que la información sobre casos confirmados de enfermedades estuviera disponible, es técnicamente posible facilitar su disponibilidad, incluso en tiempo real, en los sistemas de vigilancia epidemiológica. En el marco del PRTR (Componente 17) y de la Estrategia de Salud Digital, se encontraban en desarrollo actuaciones orientadas a implantar un nuevo modelo de sistema de información, proyecto denominado “SIVIES Plus”, que se hallaba en su fase final de implementación en 2024.

II.1.3.3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE EL COVID-19 EN 2020 Y 2021

Como se ha señalado, el 31 de diciembre de 2019, las autoridades locales de la República Popular de China comunicaron a la OMS, la aparición de casos de neumonía de origen desconocido, siendo secuenciado el código genético el 12 de enero de 2020. Si en todos los ámbitos de la sociedad el COVID-19 tuvo un impacto drástico, si cabe aún lo fue mayor en el área de gestión de la vigilancia epidemiológica.

Desde un punto de vista teórico, a los efectos de su monitorización por la RENAVE de España, los posibles casos de COVID-19 ya se incardinaban como enfermedad de declaración obligatoria, en la medida en que se consideraba como un síndrome respiratorio agudo severo (SARS), que ya había sido declarado de comunicación obligatoria y urgente en 2003, y figuraba en los protocolos de la RENAVE vigentes a 1 de enero de 2020[52].

Cabe destacar que, desde los inicios de la pandemia, tanto el MSND como el ISCIII publicaron en sus respetivas páginas web información abierta destinada a los ciudadanos y a los profesionales, lo que se considera una buena práctica desde el punto de vista de la transparencia en la situación epidemiológica y de la gestión realizada.

Como ya se indicado en el subapartado II.1 Análisis del contexto, la dimensión de la pandemia de COVID-19 implicó un impacto extraordinario y desconocido en el último siglo, afectando

[52] Orden SCO/1496/2003, de 4 de junio, por la que se completan las disposiciones en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en relación con la declaración obligatoria y urgente del Síndrome Respiratorio Agudo Severo.

singularmente a las unidades administrativas con funciones relacionadas con la vigilancia epidemiológica.

Para realizar el análisis se han diferenciado los periodos siguientes:

II.1.3.3.a) Periodo enero – 15 de marzo de 2020:

Inmediatamente después de la declaración del COVID-19 como ESPII por la OMS el 30 de enero de 2020, en España, el 31 de enero de 2020, a propuesta del CNE del ISCIII y del CCAES, la Ponencia de Alertas de la CSP acordó el protocolo de vigilancia de la nueva enfermedad. Sin embargo, no se ha identificado en la información facilitada una adopción formal de la "ficha" con los campos de información para reportar a la RENAVE los casos de SARS-COVID-19 a través de SIVIES. De las pruebas realizadas se desprende que la primera ficha, cuya primera propuesta de trabajo era de 17 de enero, constaba de 127[53] campos de información que debían ser cumplimentados.

El seguimiento se efectuaba mediante un sistema individualizado de los casos, por un parte, a través de la herramienta SIVIES gestionada por el CNE y, por otra, mediante comunicaciones *ad hoc,* por correo electrónico al CCAES dependiente del MSND. A los efectos de la confirmación, una parte sustancial de las muestras de los pacientes fueron objeto de análisis en el laboratorio del Centro Nacional de Microbiología (CNM) del ISCIII, como centro de referencia en la medida en que, en ese momento, las instalaciones con capacidad técnica para confirmar casos positivos de COVID-19 eran extremadamente limitadas.

Las debilidades preexistentes de los sistemas de información de la RENAVE, tanto en lo que respecta a los sistemas de información estatales (SIVIES), como los autonómicos, unido a la dimensión que estaba adquiriendo la situación, desembocaron en serias dificultades para la gestión y explotación de la información. Esta dificultad afectó, en mayor medida, a los envíos de información a través de SIVIES. En este sentido, de la documentación aportada se desprende que las comunicaciones de algunas CCAA se realizaban en formatos diversos (procesador de texto, documentos de solo lectura*)*, o capturas de pantalla de sus propias aplicaciones, hojas de cálculo en formatos diversos o, incluso, como incidencias de SIVIES, y en líneas generales con la información incompleta.

Con el fin de disponer de información lo más actualizada posible, en la sesión de la Ponencia de alertas de 26 de febrero de 2020 se acordó el envío diario de datos agregados sin seguimiento epidemiológico al CCAES, en formato de hoja de cálculo no estandarizada. De este modo, se crearon dos circuitos oficiales de notificación paralelos: los correos electrónicos al CCAES con datos numéricos agregados y las notificaciones de casos individuales a través de la aplicación SIVIES del ISCIII.

Ello conllevó la elaboración también de informes distintos, el elaborado por el CCAES denominado "Actualización (diaria). Enfermedad por el coronavirus (COVID-19)", que se publicaba diariamente en la página web del MSND y que se mantuvo durante toda la pandemia, y en paralelo los

[53] En el resumen de la sesión de la Ponencia de 29 de enero de 2020, no hay referencia alguna concreta a SIVIES ni a los campos de información para seguimiento epidemiológico, si bien en el trámite de alegaciones, el MSND manifiesta que el 27 de enero de 2020 los responsables de SIVIES distribuyeron por correo electrónico a los miembros de la Ponencia un documento en el que constaban los campos de información de la ficha de vigilancia del SARS-COVID-19 y que la configuración del sistema generaba los metadatos automáticamente.

publicados diariamente por el CNE en la página web del ISCIII (el primero publicado es de finales de febrero de 2020).

Como consecuencia de lo anterior, el MSND disponía de dos vías paralelas de información sobre el COVID-19, con un grado de detalle distinto:

- Por una parte, SIVIES estaba diseñado para recibir y analizar información epidemiológica, que como se ha indicado en el caso del COVID-19 incluía 127 campos de información sobre cada caso individual, lo que supuso que, como consecuencia de este detalle, no resultase operativo por su exigencia en aquellos momentos de gran incremento de la cifra de casos y presión sobre el sistema de salud.

- Por otro lado, un procedimiento de envío de información, con una información agregada, sin datos epidemiológicos, elaborada *ad hoc* para el CCAES por los responsables de salud pública de las CCAA, con el fin de disponer de una información con la menor demora temporal posible. En el cuadro siguiente se muestra el detalle de la comparación entre esta información "ad hoc" y la que se recibía a través de SIVIES.

CUADRO Nº 1
COMPARATIVA CASOS NOTIFICADOS AL CCAES Y A SIVIES SEGÚN INFORMES PUBLICADOS
(número de casos notificados y porcentaje)

FECHA INFORME[54]	CASOS NOTIFICADOS SEGÚN INFORMES PUBLICADOS		SIVIES/CCAES
	CCAES	SIVIES	(%)
28/02/2020	31	18	58
02/03/2020	119	33	28
03/03/2020	123	57	46
05/03/2020	251	107	43
09/03/2020	999	140	14
11/03/2020	2.128	229	11
13/03/2020	4.209	575	14

Fuente: Elaboración propia en base a informes del CNE (3 a 9).

Esta doble vía, en un contexto de incertidumbre y máxima presión sobre las estructuras de salud pública estatales y autonómicas, desembocó en una información divergente. Así, como se muestra en la tabla anterior, el 28 de febrero solo el 58 % de los casos se habían notificado al CNE a través de SIVIES. Por lo tanto, la información epidemiológica era incompleta para poder abordar un análisis

[54] - Ruta web a los informes del CCAES:

"https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_"número"_COVID-19.pdf".

- Ruta web a los informes del ISCIII:

"https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx".

sobre las características clínicas o los factores de riesgo. En este sentido, las CCAA mantuvieron dificultades severas para reportar la información a la aplicación SIVIES durante los meses de marzo, abril y, en algunos casos, también mayo de 2020, como se expone más adelante. En relación con estas circunstancias, en las sesiones de la Ponencia de Alertas de 6 y 10 de marzo de 2020, los representantes técnicos del MSND y de las CCAA y Ciudades Autónomas reconocieron la debilidad de los sistemas de información de salud pública y se recalcó internamente la obligatoriedad de informar a través de SIVIES de los casos de COVID-19.

Sobre los procedimientos de trabajo del CCAES para la elaboración del documento diario de "Actualización …" cabe indicar que se realizaron sobre hojas de cálculo elaboradas con aplicaciones ofimáticas comerciales, como solución de emergencia, con el consiguiente riesgo de error y laboriosidad[55].

II.1.3.3.b) Periodo 16 de marzo al 10 de mayo de 2020

El 14 de marzo de 2020 se declaró por el Gobierno de la Nación el Estado de Alarma (RD 463/2020[56]). Como consecuencia de las atribuciones excepcionales conferidas al MSND, se dictaron Órdenes con obligaciones de remisión de información al MSND (Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, modificada por Orden SND/267/2020, de 20 de marzo) que comprenden aspectos epidemiológicos y de recursos materiales y técnicos. Estas Órdenes incorporan el envío preceptivo de información agregada (número de casos confirmados de COVID-19, casos hospitalizados, ingresados en UCI o fallecidos entre otros campos) por correo electrónico al CCAES. En la información remitida consta el desglose de la estadística por sexo y edad, aunque el literal de las Órdenes no hacía referencia a la obligatoriedad de facilitar este detalle.

Del análisis realizado de la información correspondiente a ese periodo se desprende que:

- Se consolida la doble vía de información mediante la declaración individual a través de SIVIES y, a partir de la entrada en vigor de las Órdenes precitadas, a través de la información agregada por correo electrónico al CCAES. La práctica, frecuente ya antes de 2020, de remitir información a través de correo electrónico, en este caso con hojas de cálculo anexas, se refrenda en las Órdenes del MSND, circunstancia que, si bien resulta comprensible debido a la situación excepcional existente en ese periodo, pone de manifiesto la inexistencia de un canal de comunicación adecuado con los servicios de salud de las CCAA. Asimismo, supone ratificar este canal de remisión frente a otros más seguros y eficaces, pese a las deficiencias y riesgos que comportaba: ausencia de trazabilidad e integridad, mayor vulnerabilidad, limitaciones de capacidad de análisis y mayor riesgo de error, entre otros[57].

- Respecto de SIVIES se destaca que una CCAA[58] mantuvo hasta el 11 de mayo la remisión de documentos de texto, ficheros de solo lectura y hojas de cálculo que se cargaban manualmente por personal del ISCIII.

- En el cuadro siguiente se pone de manifiesto que el 20 de marzo de 2020, de los 19.980 casos notificados al CCAES solo se había recibido información en SIVIES de 3.657 casos (el 18 %). Más aún, en esa fecha, según el propio informe publicado, SIVIES carecía de la

[55] En el Anexo se recoge mayor detalle del análisis de estos informes y la información que lo sustentan.

[56] Véase el Anexo 2.

[57] En el Anexo del informe se recoge un análisis de estos informes y las hojas que los sustentan.

[58] Islas Baleares.

información correspondiente a cuatro CCAA[59]. Estas diferencias se mantienen a lo largo de este periodo, si bien disminuyen progresivamente a lo largo del mismo:

CUADRO Nº 2
COMPARATIVA DE DATOS NOTIFICADOS AL CCAES Y A SIVIES SEGÚN INFORMES PUBLICADOS
(número de casos y porcentaje)

FECHA INFORME[60]	CCAES	SIVIES
16/03/2020	9.191	710
18/03/2020	13.716	1.276
20/03/2020	19. 980	3.657
23/03/2020	33.089	15.875
24/03/2020	39.673	18.609
25/03/2020	47.610	20.648
26/03/2020	56.188	25.113
27/03/2020	64.059	28.468
30/03/2020	85.195	46.921
[…]	[…]	[…]
27/04/2020	209.465	198.876
[…]	[…]	[…]
07/05/2020	221.447	217.543

Fuente: Elaboración propia en base a informes del CNE (10 a 18, 26 y 29).

II.1.3.3.c) Periodo 11 de mayo de 2020 en adelante

Respecto de este periodo cabe destacar lo siguiente:

- Las medidas adoptadas, tanto de contención epidémica, como de refuerzo de medios (capacidad de diagnóstico, mejoras técnicas, entre otras) implicaron que la capacidad de detección de los casos de COVID-19 permitiera monitorizar la situación de manera mucho más precisa.

[59] Región de Murcia, Castilla-La Mancha, Navarra y Cantabria.

[60] - Ruta web a los informes del CCAES:

"https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_"número"_COVID-19.pdf".

- Ruta web a los informes del ISCIII:

"https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx".

- Para responder a los problemas que se habían planteado, el 29 de abril de 2020 la Ponencia de alertas acordó el contenido de la nueva ficha para la remisión de información en relación con el COVID-19, cuya simplificación se había propuesto en la sesión de 16 de marzo. Esta simplificación se formaliza a través de la Orden SND/404/2020, de 11 de mayo. Esta Orden regula las obligaciones de remisión de información en relación con la vigilancia epidemiológica del COVID-19, declarada singularmente como EDO específica (antes lo era genéricamente como SARS).

- A pesar de que la Orden SND/404/2020, entró en vigor el 12 de mayo, las CCAA necesitaron un periodo de adaptación y la última de ellas empezó a cargar regularmente información el 25 de mayo de 2020[61].

- Esta Orden mantiene la obligación de remitir información agregada al CCAES, de tal manera que se mantiene una doble vía de información: al CNE del ISCIII, a través de SIVIES, y agregada por correo electrónico al CCAES.

- Además, se mantuvo la práctica de publicar dos informes de ámbito estatal sobre la evolución del COVID-19: uno por el CCAES en la web del MSND y otro por el CNE en la página web del ISCIII, lo cual no resulta una práctica adecuada, desde el punto de vista de la coordinación y racionalidad.

A este respecto, en este periodo el CCAES trabaja con dos fuentes de información paralelas, la que recibe directamente de las autoridades de salud pública de las CCAA y una extracción de datos de SIVIES para la elaboración del documento "Actualización …". Hasta la publicación de la actualización nº 120, de 29 de mayo de 2020, el CCAEs no comenzó a incorporar como fuente principal de sus informes la información proveniente de SIVIES[62].

Por otro lado, en los datos publicados entre el informe diario de "Actualización" del CCAES y los informes COVID-19 del ISCIII se han detectado diferencias de criterio entre ambas unidades:

- A partir del informe nº 34, de 15 de julio de 2020 y hasta el 12 de mayo de 2021 el CNE del ISCIII excluye de sus estadísticas publicadas los casos de infectados y fallecidos por COVID-19 anteriores al 10 de mayo de 2020, esto es, iniciando el cómputo a cero en la fecha de entrada en vigor de la Orden SND/404/2020. En los informes no consta justificación de esta medida que origina una divergencia de más de 200.000 casos con la información que publica el CCAES, como ilustra el Cuadro nº 3:

[61] Cataluña.

[62] En relación con lo señalado en las alegaciones sobre la fecha en la que se comenzó a utilizar SIVIES para los informes de seguimiento, debe destacarse que, anteriormente, se incorporó información procedente de SIVIES sobre algunos aspectos, como datos por grupo de edad (informe nº 52, de 22 de marzo, no coincidente con los datos totales) y en informes de acceso restringido interno para altos cargos del MSND desde el 25 de marzo de 2020, si bien no constituyó la fuente principal de información hasta, al menos, el 25 de mayo de 2020, como reconoce el Ministro de Sanidad en la sesión del CISNS de 25 de mayo, de 2020 (página 2, párrafo final del Acta), por lo que no puede aceptarse la alegación.

CUADRO Nº 3
DIVERGENCIAS DATOS CNE (SIVIES) Y CCAES
Datos de Informes periodo 15 de julio 2020 a 12 de mayo 2021
(número de casos notificados y porcentaje)

FECHA INFORME	CCAES (A)	CNE (B)	DIFERENCIA (B-A)
15/07/2020	257.494	22.995	- 234.499
30/07/2020	285.430	50.724	- 234.706
27/08/2020	429.507	194.044	- 235.463
30/09/2020	769.188	533.857	- 235.331
28/10/2020	1.136.503	899.246	- 237.257
25/11/2020	1.605.066	1.371.376	- 233.690
29/12/2020	1.893.502	1.657.580	- 235.922
12/05/2021	3.592.751	3.359.025	- 233.726

Fuente: Elaboración propia en base a informes del CCAES (163, 174, 194, 218, 238, 258, 280 y 373) e informes del CNE (34, 37, 41, 46, 50, 54, 59 y 78).

- A partir del informe nº 79, de 19 de mayo de 2021, el CNE del ISCIII cambia de criterio y recupera las estadísticas del periodo anterior al 10 de mayo de 2020, sin que tampoco conste justificación del cambio de criterio en el informe. Como consecuencia de ese cambio, las discrepancias entre las cifras reflejadas en los informes del CNE del ISCIII y del CCAES se reducen de manera muy significativa. No obstante, a finales de 2021, vuelven a surgir diferencias entre los datos publicados en cada uno de los informes, si bien cuantitativamente ya no alcanzaron una importancia significativa.

- Sin embargo, a partir de marzo de 2022, con la adopción de la nueva estrategia de vigilancia de la enfermedad, solo se testeaba a determinados colectivos de población, por lo que las magnitudes dejan de tener continuidad con las anteriores. El 4 de julio de 2023, por otra parte, el Consejo de Ministros acordó la finalización de la emergencia sanitaria, de tal manera que el COVID-19 pasa a ser objeto de seguimiento ordinario por la RENAVE, como otras enfermedades respiratorias agudas.

II.1.3.4. PROBLEMAS DETECTADOS EN LA APLICACIÓN SIVIES EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL COVID-19

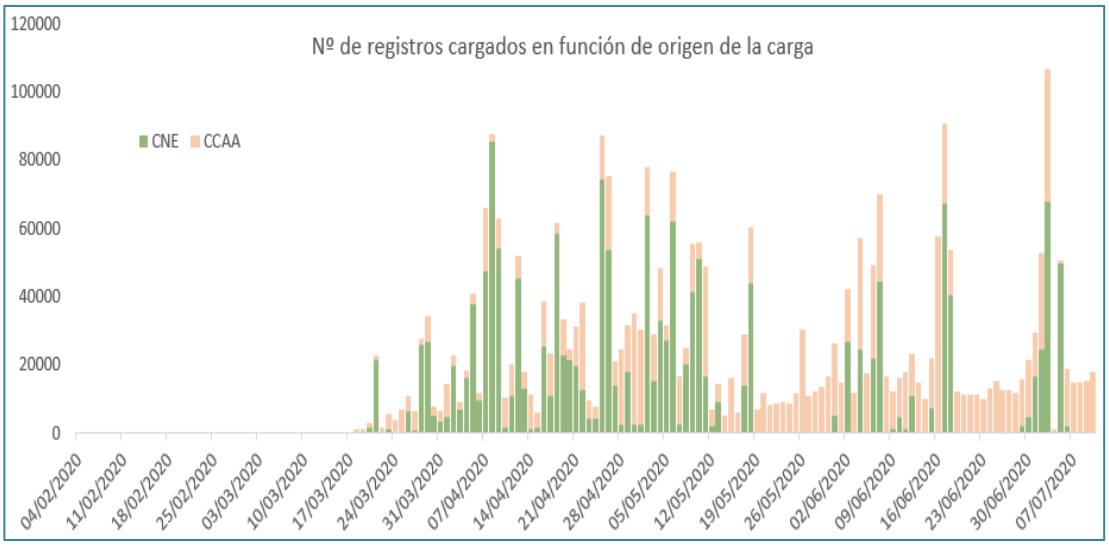
Sobre la aplicación SIVIES se realizan las siguientes consideraciones:

- En relación con la Información remitida a SIVIES sobre el COVID-19 en los meses de marzo y abril de 2020, cabe destacar que los datos obrantes en las BBDD de SIVIES en la actualidad, así como los analizados por el Tribunal (copia de seguridad de enero de 2022) se corresponden con las bases de datos actualizadas con posterioridad por las unidades de salud pública de las CCAA y Ciudades Autónomas, ya que la información originalmente cargada fue sometida a un proceso de depuración constante durante los años 2020, 2021 y 2022. Cabe recordar que el ISCIII no pudo restaurar las copias de seguridad históricas

anteriores a mayo de 2021, si bien, existían informes diarios en su web, entre otra información complementaria que ha sido posible analizar[63].

- El 47 % de los de registros cargados hasta el 10 de julio de 2020 fue gestionado por dos personas del CNE del ISCIII, pese a que supone asumir una tarea que correspondía a las CCAA, incrementando, además, las cargas de trabajo y el riesgo de error. El detalle se recoge en el siguiente gráfico:

DIAGRAMA Nº 5
REGISTROS CARGADOS SEGÚN ORIGEN DE LA CARGA
Periodo Febrero – Julio de 2020
(número de registros cargados)



Fuente: ISCIII.

De los antecedentes examinados se desprende una evolución creciente del número de casos de la enfermedad que puso de manifiesto la necesidad de aumentar la velocidad de procesamiento de SIVIES. Como resultado de las mejoras introducidas, se pasó de una media de velocidad de carga de 50,66 registros por minuto en el periodo febrero-junio de 2020 en la función de añadir registros, a una velocidad de carga de 201,58 registros por minuto en promedio a partir del 25 de junio de 2020 y hasta el final de 2020. Este hecho puso de manifiesto que, antes del 25 de junio de 2020 SIVIES estuvo siendo sometido a unas cargas para las que no estaba preparado, sin que se hubiesen detectado previamente estas carencias.

La implantación del nuevo modelo de información epidemiológica del COVID-19 a partir del 11 de mayo de 2020 racionalizó la información a enviar al definir un conjunto de información menor, de 27 variables, frente a las 127 anteriores. Con ello se produjo una mejora, puesto que, como ejemplo, se pasó de un 45 % de los ficheros rechazados a un 25 %.

[63] En consecuencia, como se indica en las alegaciones, el ISCIII tiene disponible la información de los registros de su base de datos, que comprende series históricas anteriores incluso a la puesta en marcha de SIVIES en 2012, pero no fue posible restaurar las tablas de datos anteriores al 1 de junio de 2020, entre ellas, a destacar por ejemplo, las que se utilizaron en 2020 para la preparación de los informes en la primera oleada de la pandemia.

No obstante, se suscitó un nuevo problema a los efectos de la gestión de la información del COVID-19: el creciente volumen de los ficheros que se comienzan a enviar por las CCAA y la ausencia de envíos de carácter incremental suponía que cada envío incluía el conjunto de toda la información desde el primer periodo, obligando a reemplazar los registros anteriormente grabados. A final de 2021 cinco CCAA[64] mantenían todavía la carga total de sus registros en cada remisión de información sobre el COVID-19 (no incremental)[65].

Como consecuencia de lo anterior, la capacidad de proceso de SIVIES quedó comprometida, ya que ni la configuración del sistema de información ni los servidores del ISCIII estaban dimensionados en ese momento para absorber envíos diarios de ficheros de gran volumen de algunas de las CCAA.

Es preciso tener en cuenta que la crisis sanitaria supuso un incremento muy significativo en el volumen de información gestionada. Así, desde noviembre de 2019 se procesaron 277 ficheros, mientras que en ese mismo periodo de 2020 y 2021, fueron 2.038 y 3.020, en torno a diez veces más. Por otra parte, entre 2012 y 2019, el número de registros de casos individuales grabados en SIVIES osciló entre 142.369, en 2012 y 320.484 en 2016. Sin embargo, en 2020, se tramitaron 2.097.853 y en 2021, 4.763.389, esto es, un 1.386 % más con respecto a 2016.

Para el análisis y solución de los problemas detectados fue precisa la creación de un grupo de trabajo entre el ISCIII y el MSND. Este grupo extendió sus trabajos desde el 1 de septiembre de 2020 hasta su cierre en diciembre del mismo año. Asimismo, el ISCIII tramitó varios contratos por el procedimiento de emergencia para solventar las incidencias detectadas (211.579 euros invertidos IVA incluido). Los problemas planteados eran los siguientes:

- Se producían bloqueos en SIVIES por la realización de cargas simultáneas de los ficheros de las CCAA. Para su solución fue necesario establecer un proceso secuencial de carga.

- La validación on-line tenía como consecuencia un largo tiempo de carga de ficheros, por lo que se implementó (6/10/2020) una validación externa a SIVIES para que las comprobaciones se realizasen en origen, previamente al envío a SIVIES, por las propias CCAA. Asimismo, posteriormente (1/11/2020), se implementó una validación rápida (en bloque en lugar de registro a registro) para aquellas CCAA que no usaban el validador externo.

- También se ha señalado que los datos de SIVIES han estado en depuración continua, con porcentajes de actualización que pueden alcanzar una variación elevada (incluso superior al 20 % de casos) que supusieron un riesgo de que las conclusiones obtenidas con la información original quedaran desvirtuadas, como se aprecia en los dos cuadros siguientes. En este sentido, la propia página de datos abiertos del MSND advierte que los datos publicados son provisionales y que deben interpretarse con precaución porque ofrecen la información disponible en el momento de su extracción. En este sentido, la variabilidad de la información publicada se pone de manifiesto en la tabla siguiente, en la que se comparan los datos del Instituto Nacional de Estadística, procedentes de los certificados de defunción, con los datos a determinadas fechas publicados por el CCAES en la página web del MSND y con la copia de seguridad de la base SIVIES analizada en los trabajos de fiscalización:

[64] Murcia, Navarra, Comunidad de Madrid, Melilla y Principado de Asturias.

[65] Véase Anexo 15.

CUADRO Nº 4
COMPARATIVA INFORMACIÓN DISPONIBLE SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN
Desglose por estado del paciente
(número de casos)

ESTADOS DEL PACIENTE	Nº INFORME CCAES FECHA CONSOLIDACIÓN DATOS FECHA DE REFERENCIA DE DATOS	INFORME CCAES	INE[66]	COPIA BBDD SIVIES ENERO 2022
	"Nº 102 10/5/2020 a las 21:00"			
Confirmados	10/05/2020	227.436	N/A	268.595
Hospitalizado	10/05/2020	122.971	N/A	107.737
UCI	10/05/2020	11.348	N/A	9.344
Fallecidos	10/05/2020	26.744	42.018	29.313
	"Nº 282 31/12/2020 a las 14:00"			
Confirmados	31/12/2020	1.928.265	N/A	2.025.512
Hospitalizados	30/12/2020	211.064	N/A	239.105
UCI	30/12/2020	18.251	N/A	21.963
Fallecidos	30/12/2020	50.837	74.839	57.847
	"Nº 387 01/06/2021 a las 14:00"			
Confirmados	01/06/2021	3.682.778	N/A	3.753.814
Hospitalizado	31/05/2021	4.655[67]	N/A	368.290[67]
UCI	31/05/2021	1.285[67]	N/A	36.575[67]
Fallecidos	31/05/2021	79.983	104.074	81.707
	"Nº 533 30/12/2021 a las 19:00"			
Confirmados	30/12/2021	6.294.745	N/A	6.647.779
Hospitalizados	29/12/2021	10.768[67]	N/A	441.686
UCI	29/12/2021	1.803[67]	N/A	44.430
Fallecidos	29/12/2021	89.405	114.922	90.336

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE, los Informes del CCAES y SIVIES.

[66] Los datos del INE comprendían periodos mensuales completos. En la información sobre abril de 2020 que sería la que corresponde con el informe nº 102 del CCAES, los casos confirmados (29.565) y sospechosos (12.453) suman 42.018; para el informe nº 282 de diciembre de 2020, casos confirmados (60.358) y sospechosos (14.481); para el informe nº 387 los datos de junio de 2021, casos confirmados (89.074) y sospechosos (14.969) y síndrome inflamatorio multisistémico asociado (31);y para el informe nº 533 los datos de diciembre de 2021 casos confirmados (99.802), sospechosos (15.076) y síndrome inflamatorio multisistémico asociado (44).

Como ampliación de lo anterior, del análisis de la información publicada como datos abiertos en la página web del MSND se ha podido comprobar la realización de depuraciones de datos muy significativas de determinadas CCAA, en promedio del 4 % (80.000 casos de COVID-19) y alcanzaron hasta el 20 % de los casos (más de 30.000 casos en una CCAA[68]) a 4 de enero de 2021, tal y como se detalla en el Anexo 18.

II.1.3.5. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LAS DEBILIDADES IDENTIFICADAS EN LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL COVID-19

Cabe resaltar que la situación descrita desde enero de 2020 venía propiciada, entre otras, por las siguientes circunstancias:

- Epidemiológicamente se produjo un incremento muy rápido y significativo de los casos, especialmente concentrado en determinadas áreas del territorio nacional en lo que se conoció como la "primera ola" de contagios de COVID-19 (finales de febrero-abril de 2020). Como es de conocimiento público, el incremento drástico de casos de COVID-19 con necesidad de atención hospitalaria intensificó la presión asistencial de manera muy extrema, especialmente sobre las unidades de cuidado intensivo (UCI) y las urgencias, y supuso un riesgo de colapso de las capacidades del SNS, encontrándose la capacidad de diagnóstico muy limitada, acuciada por los problemas internacionales de suministro. Ello propició la necesidad de disponer de una información actualizada (casi en tiempo real) para la toma de decisiones en el nivel autonómico y en el estatal que no se compadecía con la concepción tradicional de la epidemiología (notificación periódica).

- La carga extrema de trabajo a la que fue sometido el nivel asistencial dificultaba que los facultativos recopilasen y registrasen los casos en los sistemas de información de gestión de los propios centros hospitalarios y, en su caso, de atención primaria, lo que dificultaba que se produjera la información necesaria para las unidades de salud pública, que son los responsables de la información epidemiológica.

- Las debilidades preexistentes de la RENAVE desde el punto de vista de la gestión y transmisión de la información, entre las que destaca la ausencia de interoperabilidad de los sistemas de información de salud pública de las CCAA con SIVIES, y la heterogeneidad existente entre las capacidades técnicas de los propios sistemas de información de salud pública de las CCAA, ya descritos anteriormente. Uno de los problemas que sufrían estos sistemas, es, a su vez, la ausencia de integración de los sistemas de información del nivel asistencial (atención primaria y especializada) con los de salud pública, lo que precisaba la transformación o cumplimentación manual de la información por parte de las unidades de salud pública a los efectos de notificar a la RENAVE los casos. En un contexto de escasez de medios humanos y técnicos y con las extremas cargas de trabajo, afloraron las debilidades que ya habían sido puestas de manifiesto en el seno de las Ponencias y de la CSP en el pasado. De hecho, como ya se ha referido en el subepígrafe II.1.3.2, hubo incidencias en relación con la gestión de la información sobre la listeriosis, detalladas en el Anexo 16 y en la sesión de la propia Ponencia de Alertas de 23 de agosto, se rogó que se utilizara SIVIES para la notificación de casos de listeria. Cuando se produjo la emergencia

[67] Las cifras de hospitalizados y de UCI que se publican en el informe CCAES son de la capacidad asistencial en el día, ya que se dejaron de publicar datos acumulados, mientras que la información de SIVIES mantuvo cifras acumuladas.

[68] Comunidad Valenciana.

del COVID-19 las debilidades persistían y nuevamente hubo dificultades para que se incorporara la información en SIVIES[69].

A su vez, la definición de una ficha de información tan prolija (127 campos) en un momento muy preliminar de la emergencia por parte de la RENAVE (enero de 2020), dificultó la cumplimentación de la información preceptiva a enviar, ya que exigía una carga de trabajo significativa de recopilación y cumplimentación, sin que, además, hubiera habido tiempo de adaptar los distintos sistemas de información autonómicos para que se pudiese generar esa información con procesos total o parcialmente automatizados. Como se ha indicado, con ocasión de la aprobación de la Orden SND/404/2020, de 11 de mayo, atendiendo a la propuesta de la Ponencia, esta cuestión se corrigió reduciéndose los campos a cumplimentar a 27 variables.

- Las dificultades para obtener y gestionar la información en el nivel estatal también se agravaron por las debilidades organizativas y de recursos técnicos y humanos. Estas deficiencias habían contribuido a un debilitamiento de los procedimientos y sistemas y supusieron una dificultad para abordar el reto extremo al que fue sometido el sistema de gestión de la información, tanto en lo que tiene que ver con la gobernanza, como con los procedimientos, la coordinación y las herramientas tecnológicas y debió ser suplido con un esfuerzo excepcional de todas las personas involucradas en todos los niveles de la Administración.

- En relación con la gobernanza de la RENAVE, desde el punto de vista de la organización estatal pivota sobre dos unidades administrativas: el Centro Nacional de Epidemiología, y el CCAES. El CNE es una unidad dependiente de la Subdirección General de Servicios Aplicados, Formación e Investigación del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), organismo orgánicamente adscrito al Ministerio de Ciencia y con doble dependencia funcional (de Sanidad y de Ciencia). Por su parte, el CCAES siempre ha dependido orgánica y funcionalmente del MSND, siendo en la actualidad una Subdirección General dependiente de la DGSP. El ISCIII a través del CNE “desarrolla acciones técnicas” en cumplimiento del RD 2210/1995, administrando la aplicación SIVIES, que es la herramienta para gestionar la información de la RENAVE mientras que los representantes del MSND coordinan las Ponencias (Alertas y Vigilancia Epidemiológica), en las que se propone la información que se envía y se coordina.

El MNSD ha venido impulsando una modificación sobre esta configuración organizativa, mediante la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública [70]. En lo que respecta a las herramientas de vigilancia, el modelo de seguimiento del COVID-19, siguiendo las recomendaciones del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) que proponía la “readaptación de los sistemas de vigilancia de gripe en sistemas de vigilancia sindrómica de las infecciones respiratorias agudas, que engloba a varios virus respiratorios”, se ha orientado a un

[69] En relación con las alegaciones del MSND en las que atribuye a una CCAA la responsabilidad de los problemas con la gestión de la información, es preciso reiterar que los problemas de la gestión de la información sobre el brote de listeriosis se trataron en reuniones de la Ponencia de Alertas, en cuyas sesiones se puso de manifiesto que los cauces previstos en la normativa no se utilizaron adecuadamente, de tal manera que la información que se remitió a través de la herramienta SIVIES no era consistente, como se detalla en los referidos Anexos 12 y 13 del Informe.

[70] El Consejo de Ministros remitió a las Cortes Generales un Proyecto de Ley de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, cuya tramitación no había finalizado al tiempo de disolverse las Cortes, en virtud de Real Decreto 400/2023, de 29 de mayo, de disolución del Congreso de los Diputados y del Senado y de convocatoria de elecciones. El 30 de enero de 2024 fue aprobado el nuevo Proyecto de Ley por el Consejo de Ministros que tras su tramitación en las Cortes Generales, fue rechazado por el Congreso de los Diputados en marzo de 2025.

sistema centinela en el que se efectúa el seguimiento de múltiples enfermedades respiratorias, en fase de implementación, abandonándose un modelo de vigilancia individual de cada caso.

II.1.3.6. SISTEMA ESPECÍFICO: VIGILANCIA CENTINELA DE LA GRIPE Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

La vigilancia de la gripe en España tiene como finalidad una visión del comportamiento de los virus gripales circulantes, tanto en el conjunto del Estado español como en cada CCAA. La vigilancia centinela de la gripe, a diferencia de la vigilancia universal, solo recoge los casos sospechosos detectados en las consultas de atención primaria de la red centinela de médicos y pediatras. En España la vigilancia de la gripe se fundamentaba antes de la pandemia en diversos sistemas que operaban de manera complementaria, como muestra el diagrama siguiente:

DIAGRAMA Nº 6
SISTEMA VIGILANCIA DE LA GRIPE
Periodo anterior a la pandemia de COVID-19[71]



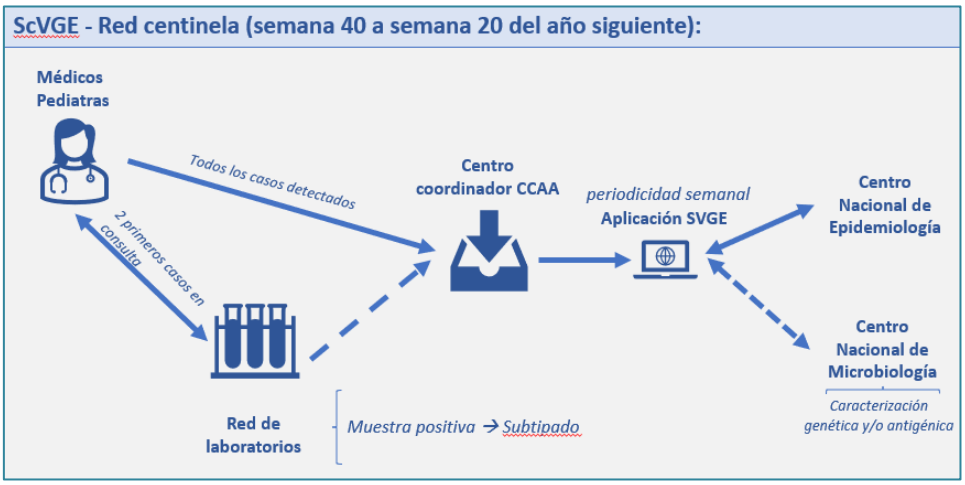
Fuente: Elaboración propia.

II.1.3.6.a) El sistema vigilancia de la gripe: situación hasta 2020

El esquema de funcionamiento del sistema es el siguiente:

[71] En el Anexo 19 se recoge la base normativa. El funcionamiento del esquema centinela se basa en la vigilancia de una serie de colectivos de población, que no conocen su inclusión, para que en función de los resultados obtenidos en esta muestra se pueda extrapolar la incidencia al ámbito de todo el territorio. La inclusión es voluntaria para el médico y para el Sistema Público de Salud, sin retribución alguna. El sistema centinela se fundamenta en 16 redes centinela formadas por médicos y pediatras voluntarios presentes en las CCAA, coordinadas en este ámbito por el CNE del ISCIII, y por 20 laboratorios (Red de Laboratorios de Gripe en España -REGLEG-), coordinados por el CNM, también dependiente del ISCIII.

DIAGRAMA Nº 7
ESQUEMA FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA CENTINELA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE



Fuente: Elaboración propia.

Para el soporte y llevanza del sistema centinela de la gripe, el CNE del ISCIII disponía en 2019 de la herramienta SVGE, sobre la que no se ha podido identificar la fecha concreta de entrada en producción, aunque se almacenan registros procedentes al menos desde 2010, sin que conste la realización de desarrollos y mejoras recientes, lo que revela que estaba sustentada en una tecnología no actual.

Sobre la remisión de información cabe concluir lo siguiente:

- En relación con la adhesión al sistema, cabe destacar que tres CCAA[72] no formaron parte del sistema centinela de vigilancia de la gripe en la temporada 2019-2020, una[73] de ellas desde la temporada 2018-2019, lo que afecta a la representatividad nacional del sistema.

- Es importante destacar que, de acuerdo con la información proporcionada por el ISCIII, la aparición de la COVID-19 en 2020 produjo una distorsión[74] de las redes centinela que participaban en el ScVGE, como consecuencia, entre otras razones de la deslocalización de los médicos integrantes de la red, afectando a la información de la temporada 2019-2020 a partir de la semana 12, y la paralización de la red centinela en la temporada 2020-2021.

- Se ha detectado que la herramienta tecnológica SVGE no permitía el seguimiento automatizado de la calidad de los datos recibidos procedentes de los profesionales sanitarios implicados, en relación con el envío de la información requerida o, en su caso, de los certificados negativos de casos, según lo previsto en la Guía. Analizada la información que consta en la base de datos se detecta que en la temporada 2018-2019[75] solo el 11,50 % de

[72] En concreto Aragón, Región de Murcia y Galicia, *Informe de Vigilancia de la Gripe en España temporada 2019-2020 (Desde la semana 40/2019 hasta la semana 20/2020).*

[73] Aragón.

[74] Según el propio Informe del CNE de Vigilancia de Gripe y otros virus respiratorios en España, Sistemas y fuentes de información de la temporada 2020/2021 (noviembre de 2020).

[75] Última temporada sin "distorsión" causada por el COVID-19.

los profesionales remitieron la información de la temporada completa, como detalla el Anexo 20 del Informe.

En cuanto a la calidad de los datos, se ha analizado la información de la temporada 2018-2019, detectándose nulos en campos con información relevante, como es el caso de muestras tomadas sin resultado comunicado (5 %) o sin fecha de toma de muestra (3 % de las muestras).

Además, con carácter complementario al sistema centinela, opera la notificación de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG), desde 2011 y la notificación agregada de casos hospitalizados de gripe (CHOSP), independientemente de que cumplan el criterio de gravedad desde 2017.

De la revisión efectuada sobre la calidad del dato se desprende que en CHOSP el número de hospitales que participan en cada CCAA no era estadísticamente homogéneo[76]. A su vez, se han identificado incidencias en cuanto a la trazabilidad de la información que impiden valorar la calidad del dato recibido en SVGE desde el punto de vista de la integridad de la información.

II.1.3.6.b) Sistema de vigilancia integral de enfermedades respiratorias (a partir de 2021)

Como se ha indicado previamente, después de la declaración de la pandemia, se planteó por el CNE del ISCIII una evolución del sistema centinela para que recogiera no solo la gripe sino todas las enfermedades respiratorias agudas, ya que la antigüedad y la complejidad del desarrollo de la aplicación SVGE no permitía su evolución a las recomendaciones internacionales del ECDC y la OMS, en las que se marcaban como objetivos la vigilancia integral de las enfermedades respiratorias en el tiempo y el espacio. Esta vigilancia integral supone incluir dentro de la vigilancia centinela a la gripe, el COVID-19 y el virus respiratorio sincitial (VRS), esto es, todas las enfermedades respiratorias presentes o emergentes y con ello la ampliación del sistema de información vigente hasta el momento. En el ámbito nacional no se adoptó ningún acuerdo formal por la CSP ni el CISNS en el periodo fiscalizado, aunque en la Declaración de Zaragoza, de marzo de 2022, se refrendó este planteamiento para el nuevo modelo de vigilancia en salud pública.

La pandemia puso de manifiesto la falta de adecuación del sistema de vigilancia implantado para responder a una enfermedad respiratoria emergente como el COVID-19, que afectó profundamente al funcionamiento de las redes centinela en todas las CCAA.

El nuevo esquema se presenta en el gráfico siguiente:

[76] Véase el Anexo 21.

DIAGRAMA Nº 8
NUEVO ESQUEMA SISTEMA VIGILANCIA DE LA GRIPE



Fuente: Elaboración propia.

Como consecuencia de lo indicado, el ISCIII promovió el desarrollo de la aplicación SIVIRA[77] para lo que ha invertido 54.184 euros (IVA incluido).

El proceso de puesta en producción de SIVIRA requería la actualización de los sistemas de las CCAA, por lo que aquellas CCAA que no pudieron adaptarse continuaron transitoriamente remitiendo la información a través de una adaptación para este fin de SVGE (dos comunidades de las que remiten información seguían en 2022 en situación transitoria[78]).

Como resultado de este proceso, la primera temporada con datos en SIVIRA es la 2020-2021, en la que se consolidan datos enviados a través de ambas aplicaciones, si bien el ámbito territorial al que se extendía era limitado, sin comprender todo el territorio nacional[79].

1. Vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas en atención primaria (IRAs)

Este sistema centinela es una evolución del sistema anterior en cuanto unifica la vigilancia centinela de todas las infecciones respiratorias agudas y se caracteriza por reunir los datos de vigilancia epidemiológica y virológica en una misma población, de forma que proporciona información sobre

[77] Sistema de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG): Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios.

[78] Cataluña y Andalucía.

[79] El ISCIII en el trámite de alegaciones manifestó que se ha incrementado la participación en el sistema centinela, de tal manera que "en la temporada 2023-24 participan 13 CCAA con 15,4 % de población vigilada, lo que se traduce en un sistema centinela capaz de dar información representativa a nivel nacional". En relación con esta cuestión, el ISCIII manifestó, a su vez, que no es necesario que la población centinela represente la misma proporción sobre el total en cada territorio. A este respecto, sin embargo, hay que considerar que la ausencia total de varias CCAA introduce un sesgo estadístico si se tiene en cuenta, además, que la participación de los facultativos es voluntaria.

las tasas de incidencia de la enfermedad y de circulación del agente infeccioso a la que está asociada esa actividad en la población de referencia.

Respecto de esta información se realizan las siguientes observaciones:

- De la información analizada, cerrada a mayo de 2022, se desprende que doce CCAA[80] envían información sobre casos, siete sobre muestras de laboratorio[81] y solo ocho sobre población cubierta[82], lo que evidencia que el sistema estaba en proceso de despliegue y que la población centinela vigilada es menor[83].

- En la temporada 2021-2022 en la copia de la base de datos de SIVIRA, solo siete CCAA habrían comunicado datos desde el inicio de la temporada mientras que 5 comenzaron a remitir a lo largo de esta[84].

El diseño del sistema muestra debilidades en la trazabilidad de la información ya que, en SIVIRA, a diferencia de SVGE, no se identifica a los profesionales sanitarios, por lo que no se puede validar la calidad del dato recibido, comparando el número de médicos y pediatras centinelas que informan por este conducto frente al fichero poblacional. En este mismo sentido, no se prevé la existencia de certificados negativos cuando no hay casos en el periodo de referencia, lo que dificulta implantar sistemas de validación eficaces. Existen retrasos en las notificaciones de casos y resultado de las muestras, reconocidos en los boletines publicados por el ISCIII, en los que se advierte sistemáticamente (informes semanales de la campaña 2021-2022, a partir del nº 47 de 28 de noviembre de 2021) que “las tasas de incidencia de la última semana podrían estar afectadas por retraso en la notificación”.

Además, se han identificado incidencias en la calidad del dato (falta de fecha de referencia de muestras) y defectos iniciales en el diseño de la aplicación (véase el Anexo 22).

2. Vigilancia centinela de infecciones respiratorias agudas en hospitales (IRAG)

Este sistema propone la implementación de una vigilancia de IRAG a nivel nacional, que proporcione información oportuna sobre un conjunto de enfermedades respiratorias agudas (entre ellas COVID-19 y gripe en el ámbito hospitalario), incluyendo el patrón de gravedad de los mismos.

[80] No consta que remitieran información sobre casos las siguientes CCAA: La Rioja, Extremadura, Aragón, Islas Canarias, Navarra, Principado de Asturias y País Vasco.

[81] No consta que remitieran información sobre muestras de laboratorio las siguientes CCAA: Comunidad Valenciana: Aragón: Región de Murcia: Islas Baleares, Islas Canarias, Navarra, Cantabria, Castilla y León, Galicia, Ciudad Autónoma de Ceuta, Principado de Asturias y País Vasco.

[82] No consta que remitieran información sobre población cubierta las siguientes CCAA: Aragón, Región de Murcia, Islas Baleares, Islas Canarias, Castilla-La Mancha, Navarra, Cantabria, Galicia, Ciudad Autónoma de Ceuta, Principado de Asturias y País Vasco.

[83] La población teóricamente vigilada se pasa de 978.366 personas en SVGE en la temporada 2019-2020, a 797.769 personas en SIVIRA en la temporada 2021-2022, siendo no homogéneo, el número de facultativos y pacientes incluidos entre unas CCAA y otras, lo que revela el descenso en la adhesión al nuevo sistema.

[84] Consta que remitieran información de casos a lo largo de la temporada las siguientes CCAA: Comunidad Valenciana, Andalucía, Cantabria, Melilla y Ceuta. No consta que remitieran información de casos las siguientes CCAA: La Rioja, Extremadura, Islas Canarias, Navarra, Principado de Asturias y País Vasco.

En el caso de IRAG la información que se remite es semejante a la vista para IRAs, esto es, información anual poblacional, información semanal relativa a los casos y, finalmente, información semanal referente a las muestras tomadas.

Respecto de IRAG se realizan las consideraciones siguientes:

- El fichero anual poblacional facilitado por el ISCIII, y cerrado en mayo de 2022, solo comprendía la información remitida por once CCAA[85], con dieciséis hospitales integrados y una población vigilada de 5.641.312 personas, frente a 102 hospitales y más de 24 millones de personas vigiladas según indicaba el informe de vigilancia de la gripe de la temporada 2019-2020 de SVGE. Este hecho pone nuevamente de manifiesto la situación no consolidada de SIVIRA.

- El número de CCAA que habían remitido información en mayo de 2022 sobre casos y muestras es de once CCAA[86] y veintitrés hospitales, respectivamente.

SIVIRA es una aplicación que, en el momento de la revisión, se encontraba todavía en fase de despliegue en el conjunto del territorio nacional. Se fundamenta, como su predecesora SVGE, en un esquema de remisiones de ficheros propio de un procedimiento en papel sin que se aborde de manera global la interoperabilidad de los sistemas y la verdadera transformación digital del procedimiento.

Asimismo, se remarca que en el sistema de información no constan cambios en relación con el sistema centinela anterior para la solución de los problemas derivados de los retrasos en el envío de la información, de la voluntariedad de la participación de los profesionales sanitarios, y finalmente no constan revisiones globales del procedimiento anterior para valorar el ajuste, por ejemplo, de la representatividad de la población vigilada.

Por último, con el esquema vigente de remisiones anuales y semanales no garantiza suficientemente la trazabilidad de la información, de forma que sea posible garantizar la calidad del dato, mediante la identificación de los profesionales sanitarios y de los hospitales que remiten la información, así como dejar constancia de la inserción y, en su caso, edición o eliminación de los registros grabados en SIVIRA[87].

3. La gripe como enfermedad de declaración obligatoria en SIVIES

El protocolo de RENAVE establece la notificación de una muestra de los casos de gripe a través de la red centinela del SVGE, lo que supone, por tanto, la remisión por este sistema de una muestra de la población total, pero, adicionalmente el protocolo mantuvo la notificación agregada de todos los casos de gripe por el sistema EDO a través de SIVIES.

[85] No consta que remitieran el fichero anual poblacional las siguientes CCAA: Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha, Navarra, Cantabria, Ciudad Autónoma de Melilla, Ciudad Autónoma de Ceuta, Principado de Asturias y País Vasco.

[86] No consta que remitieran el fichero de casos y muestras las siguientes CCAA: Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha, Navarra, Cantabria, Ciudad Autónoma de Melilla, Ciudad Autónoma de Ceuta, Principado de Asturias y País Vasco.

[87] El ISCIII indica que con SIVIRA se prevé consolidar la información dos semanas después de su envío.

La pandemia provocó la suspensión del envío de la información a través del sistema centinela, sin embargo, en la notificación agregada[88] a través SIVIES se continuaron declarando casos de gripe (véase el Anexo 23).

Al recabarse a través de métodos distintos, la información no es plenamente congruente entre los boletines de la red centinela y la información de brotes de SIVIES. Adicionalmente, a partir de 2020 no se puede continuar la serie, ya que en el modelo IRAs no se singulariza el virus de la gripe, sino que se engloban todas las enfermedades respiratorias en su conjunto (gripe, COVID-19, VRS, entre otros)[89].

II.1.3.7. SISTEMA ESPECIAL DE VIGILANCIA DEL VIH-SIDA Y SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA

II.1.3.7.a) La vigilancia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida humana (VIH) y la enfermedad del SIDA

Los Protocolos de la RENAVE de 2013 aludían al compromiso de "unificar la vigilancia de la infección por VIH, incluyendo la declaración de diagnóstico de VIH, diagnóstico de sida y muerte (relacionada y no relacionada con VIH) como eventos en la evolución de la infección", dicha unificación no se ha llevado a cabo. Por tanto, la vigilancia de las infecciones por VIH y de la enfermedad de SIDA se encuentra en una situación transitoria que, a octubre de 2024, se había extendido durante más de 8 años.

Por otra parte, el sistema de vigilancia está desdoblado en el sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH), gestionado por el CNE y por otro, el Registro Nacional de casos de SIDA, bajo la responsabilidad del MSND[90], que recopila la información de los Registros autonómicos.

De las actuaciones efectuadas se deducen las siguientes deficiencias:

- La herramienta tecnológica ha quedado desfasada y no funciona desde 2020.

- No se ha logrado integrar los registros del Sistema Estatal de Información sobre VIH y SIDA.

- El procedimiento para remitir los datos por parte de las CCAA se efectúa a través de herramientas inadecuadas, en la medida en que se utiliza la herramienta de incidencias de SIVIES que no estaba prevista para este fin. De hecho, se han transmitido datos sanitarios a través de una herramienta que no permitía limitar el acceso a esa información suficientemente a otros usuarios de SIVIES sin responsabilidad en este ámbito.

---

[88] Datos disponibles hasta principios de mayo de 2022, fecha de la copia de seguridad de la BBDD de SIVIES.

[89] El ISCIII trasladó en sus alegaciones que "*es positivo tener registros individualizados en donde se señala dónde no se ha notificado el resultado. Esto añade calidad al análisis epidemiológico, porque permite eliminar los missing (datos faltantes), una vez comprobado que la distribución de características de interés es la misma en los que tienen y no tienen esa información y puede alertar de diferencias en estas características que, de ocurrir, se pueden corregir".* El Tribunal no ha podido contrastar la realización de esta práctica por parte del CNE del ISCIII, al no haberse aportado soporte documental.

[90] Orden de 18 de diciembre de 2000 por la que se crea un fichero de datos de carácter personal, gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (actualmente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), relativo al Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH) y capítulo IV del RD 2210/1995.

Aunque todas las CCAA remiten la información de los casos positivos del VIH, en lo que respecta al registro del SIDA, en las memorias publicadas en 2021 y 2022[91], no constaban los datos de cuatro CCAA y de las dos Ciudades Autónomas[92]. En lo que respecta a las publicadas en 2023 y 2024, solo resta una comunidad pendiente de incorporar datos[93].

II.1.3.7.b) Sistema de Información Microbiológico (SIM)

El Sistema de Información Microbiológica (arts. 22 y siguientes RD 2210/1995) es una parte del sistema básico de la RENAVE, encargado de "recoger información sobre patología infecciosa confirmada por laboratorio con el objetivo de aportar información específica para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles". El sistema recogía información sobre 35 microorganismos y se fundamenta en una red de 102 laboratorios de todo el territorio nacional.

Sin embargo, la información microbiológica no está integrada con la información epidemiológica en el nivel estatal, ya que no existe ningún campo identificativo que vincule el "caso" desde un punto de vista del reporte microbiológico con la notificación, antes referida, de enfermedades. Así, los laboratorios de referencia, entre ellos el del CNM del ISCIII analizan las muestras remitidas por las autoridades sanitarias o de salud pública y, con los resultados, son estas autoridades las que comunican la información que proceda, pero no se definió un circuito o sistema de información autónomo de la información microbiológica, por lo que la información de la "muestra" analizada y del "caso" (paciente) son estancas entre sí, no pueden explotarse o analizarse conjuntamente a nivel estatal o, si se hace este tipo de análisis, pueden estar reportándose múltiples veces el mismo caso. De hecho, cuando se produjo la crisis de la listeria, en agosto de 2019, en la sesión de 23 de agosto de la Ponencia de Alertas se efectuaron indicaciones para evitar duplicados en el reporte en SIVIES de las muestras enviadas al CNM y para trazar los casos. Es más, en el curso de los trabajos se detectaron 224 casos duplicados por una CCAA que, depurados, correspondían a 112 casos (*chlamydia trachomatis*) al notificarse tanto por el SIM como por la autoridad sanitaria de una CCAA[94].

De hecho, el ISCIII manifestó en el trámite de alegaciones que en 2021, como se recoge en el Anexo 24 se dejó de recibir información en el marco del SIM, de lo que se colige que no se completó el desarrollo del mismo.

Como consecuencia han existido retrasos y dificultades en la elaboración de los informes anuales, ya que el último informe anual del SIM corresponde al año 2017, publicado en febrero de 2020.

II.1.3.8. SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE LA MORTALIDAD DIARIA POR TODAS LAS CAUSAS (MOMO)

El sistema de monitorización de la mortalidad diaria por todas las causas (MoMo) fue desarrollado en 2004, en el marco del «Plan de acciones preventivas contra los efectos de las temperaturas excesivas», coordinado por el Ministerio de Sanidad, para reducir el impacto sobre la salud de la población como consecuencia del exceso de temperatura.

[91] https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.html.

[92] Comunidad Valenciana, Extremadura, Islas Canarias, Ciudad Autónoma de Melilla, Ciudad Autónoma de Ceuta y Principado de Asturias.

[93] Comunidad Valenciana.

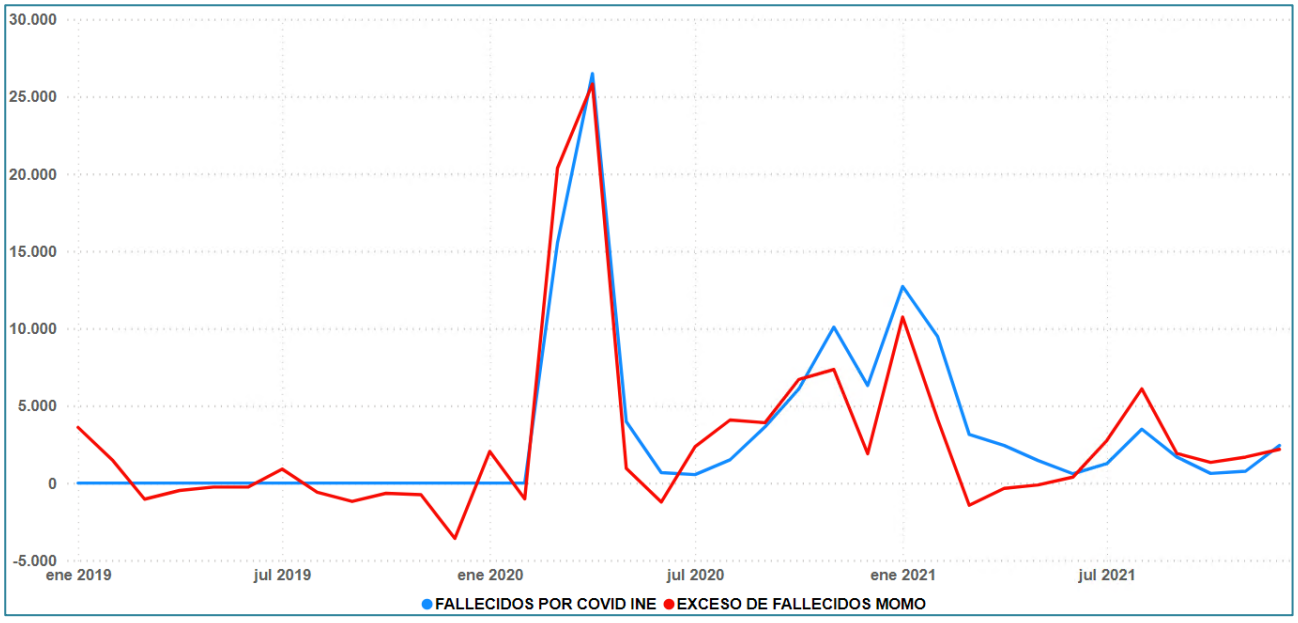
[94] Cataluña.

El objetivo de MoMo es identificar las desviaciones de mortalidad diaria observada con respecto a la esperada según las series históricas de mortalidad, y permite estimar de forma indirecta el impacto de cualquier evento de importancia en Salud Pública, siendo el ente responsable de este sistema el ISCIII, a través del CNE.

El cálculo de MoMo se basa inicialmente en las bases de datos que proporciona el Ministerio de Justicia sobre defunciones diarias por todas las causas procedentes de los registros civiles informatizados de municipios, que corresponden a un 93 % de la población española por lo que resulta necesario efectuar una extrapolación para calcular las defunciones totales. Esta información se actualiza con los datos consolidados del INE, una vez que están disponibles.

En el curso de los trabajos de fiscalización se ha comprobado que, ya con la información consolidada procedente del INE, MoMo refleja la aparición de anomalías en los índices de mortalidad, mostrando que está produciéndose una enfermedad o una causa de mortalidad emergente con impacto en salud pública. En este sentido, se han comparado los excesos de defunciones calculados por MoMo con los datos de defunciones causadas por el COVID-19 según SIVIES, comprobándose, como se muestra en el gráfico siguiente, que la evolución de la mortalidad sigue patrones tendenciales simétricos:

DIAGRAMA Nº 9
COMPARATIVA EXCESOS DE FALLECIDOS CALCULADOS POR EL SISTEMA MOMO VS FALLECIDOS POR COVID-19 SEGÚN INE
Período 2019-2021
(número de fallecidos)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de sistema MOMO e INE.

Asimismo, se ha comprobado que MoMo, en los momentos iniciales de la pandemia, partiendo de los datos provisionales procedentes de los registros civiles informatizados permitió identificar un exceso en el número de defunciones. Así, la comparación entre los informes, referidos al 29 de abril y al 29 de diciembre, ambos de 2020, con la de esas fechas se recoge a continuación:

CUADRO Nº 5
DIFERENCIAS ENTRE INFORMES MOMO Y PANEL MOMO
(número fallecidos)

FECHA INFORME PUBLICADO (PERIODO DE DATOS)	INFORMES MOMO			PANEL MOMO			DIFERENCIAS		
	OBSERVADOS	ESTIMADOS	EXCESOS	OBSERVADOS	ESTIMADOS	EXCESOS	OBSERVADOS	ESTIMADOS	EXCESOS
INFORME A 29/04/2020 17/03/2020-28/04/2020	78.096	47.434	30.662	60.820	35.002	25.817	17.276	12.432	4.845
INFORME A 29/12/2020 20/07/2020-20/12/2020	183.841	157.656	26.186	196.727	172.792	23.936	-12.886	-15.136	2.250

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los informes y datos panel Momo (datos extraídos en mayo de 2023 y filtrados a la fecha del informe Momo correspondiente).

II.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN PREVISTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA TOMA DE DECISIONES COMO CONSECUENCIA DE LA ORDEN SND 234/2020

II.2.1. Aspectos generales

Una vez finalizado el proceso de transferencia de la gestión de la atención sanitaria (al margen de Ceuta y Melilla) a las CCAA, en lo que respecta a la gestión del SNS, se promulgó la Ley 16/2003, de Cohesión del SNS, que contempla como uno de sus ámbitos de atención prioritaria la habilitación de sistemas de información para asegurar la coordinación y cohesión del SNS. A tal fin, la ley dedica su capítulo V al sistema de información sanitaria y, en particular, el art. 58 de la Ley preveía la creación de un "*Instituto de Información Sanitaria*", como órgano que garantizara la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las Administraciones sanitarias en distintos ámbitos: toma de decisiones sobre el SNS, difusión para profesionales sanitarios y ciudadanos, así como prestaciones.

Sin embargo, esta iniciativa de la Ley no ha tenido continuidad y el impulso de estas medidas ha sido limitado y desigual en el tiempo. En relación con ello hay que señalar:

- El Instituto de Información Sanitaria como tal, nunca ha existido[95]. Formalmente, desde un punto de vista orgánico, al tiempo de su creación, se adscribió a la denominada Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, órgano con rango de Dirección General. En 2019[96], las funciones de la precitada Agencia y del Instituto se encontraban atribuidas a la DGSP, que las ejerció a través de la Sub. Gral. de Información Sanitaria hasta marzo de 2020. A partir de la reorganización introducida por el RD 735/2020, todas las funciones contempladas

[95] En sus alegaciones, el MSND señaló que, *como entidad, el Instituto de Información Sanitaria se referencia a la página web https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/portada/home.html.*

[96] De acuerdo con el Real Decreto 1047/2018, de 24 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

en el capítulo V de la Ley 16/2003 se asumieron por la Secretaría General de Salud Digital, que ya no menciona a la Agencia ni al Instituto[97].

- Por tanto, de acuerdo con las alegaciones del MSND, las funciones que la Ley 16/2003 atribuye al Instituto de Información Sanitaria se plasman en la información que consta en la ya referida página web https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm. Cabe señalar que a efectos de la información disponible para la difusión, la herramienta que cumple en mayor medida la función de difundir datos sobre el SNS es el portal web "*Sanidad en datos*" [98], gestionado por la Secretaría General de Salud Digital y, en particular, por la Sub. Gral. de Información Sanitaria. El portal indicado contiene una amplia información orientada al análisis estadístico y la divulgación, lo cual supone una buena práctica, pero que se recibe y publica con un importante desfase temporal, ya que la información se recopila desde su fuente original, principalmente los servicios de salud de las CCAA, y se tabula y analiza por la Sub. Gral. de Información Sanitaria[99].

En el momento de inicio de la crisis sanitaria las características de la información recibida y gestionada por el MSND sobre la capacidad asistencial, de recursos humanos y de disponibilidad de materiales del SNS en su conjunto, no estaba diseñada para la gestión de una situación de emergencia, sino para ofrecer información para la elaboración de estadísticas o para cuestiones de atención sanitaria al ciudadano (receta electrónica, tarjeta sanitaria, entre otras). En este sentido, la exposición de motivos del RD 463/2020 por el que se declaró el Estado de Alarma el 14 de marzo de 2020, remarca que "la rapidez en la evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, requiere la adopción de medidas inmediatas y eficaces *[…]*" que "se encuadran en la acción decidida del Gobierno para proteger la salud y seguridad de los ciudadanos, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública".

En relación con la alegación del MSND en las que señala que no procede disponer de un sistema de naturaleza gestora, cabe puntualizar que los arts. 65 y 65 bis de la Ley 16/2003, aluden a las estrategias y a la información para respuesta ante situaciones de emergencia. El MSND carecía de las capacidades para obtener una información actualizada sobre los recursos y capacidades del SNS sin un desfase temporal significativo como se evidenció en marzo de 2020. A este respecto, el ejercicio por cada CCAA de sus competencias en materia de gestión asistencial no es óbice para que el MSND disponga de información, menos exhaustiva que la estadística, pero con mínimo desfase temporal posible sobre las capacidades del SNS con agilidad para la toma de decisiones. Esta necesidad viene corroborada por el hecho de que el proyecto de Ley de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública[100], dedica uno de sus ocho artículos a la obligación del suministro de datos a dicha Agencia por parte de todas las administraciones públicas, instituciones, entidades y organismos del sector público y privado, así como las personas físicas o jurídicas, para evaluar el estado de salud de la población, realizar las funciones de seguimiento y vigilancia en salud pública y la detección precoz y la evaluación de riesgos para la salud, así como suministrar la información necesaria del Sistema Nacional de Salud, del sector sanitario privado y de otros sectores y ámbitos

[97] El Real Decreto 718/2024, de 23 de julio, derogó el RD 735/2020, manteniendo las funciones contempladas en el capítulo V de la Ley 16/2003 en el ámbito competencial de la Secretaría General de Salud Digital, a través de la Sub. Gral. de Información Sanitaria.

[98] "https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/home.html".

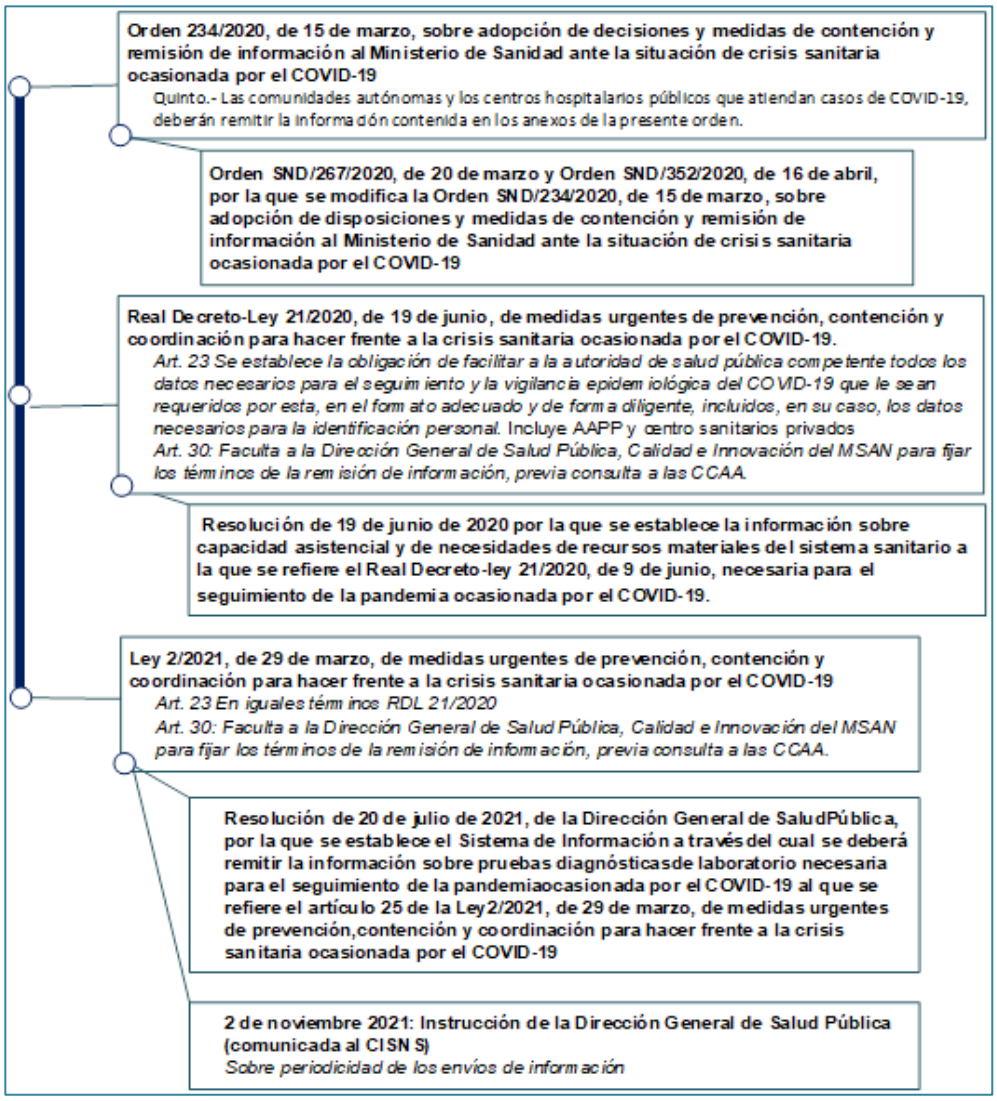
[99] El MSND publica un calendario de difusión de la información: "https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/portada/docs/Calendario_DifusionSIS.pdf".

[100] En marzo de 2025, tras su tramitación en las Cortes, el Pleno del Congreso de los Diputados no aprobó el proyecto de Ley de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública.

implicados en la respuesta para evaluar el estado de preparación para responder a las emergencias de salud pública.

Con el fin de disponer de datos actualizados en los que basar la toma de decisiones, a lo largo de la crisis sanitaria se publica normativa en la que se reitera la obligación de remitir información por parte de la CCAA y Ciudades Autónomas al MSND, según se relaciona en el cronograma siguiente[101]:

DIAGRAMA Nº 10
DISPOSICIONES NORMATIVAS ADOPTADAS COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA DE COVID-19



Fuente: Elaboración propia.

La reiteración en el establecimiento de la obligación de remitir información que se aprecia en el literal de las disposiciones referidas en el diagrama pone de nuevo de manifiesto la ausencia de un

[101] El contenido de esta normativa se analiza a lo largo de este apartado.

previo desarrollo normativo adecuado, que estableciese medidas para asegurar el cumplimiento en tiempo y forma. Como ya se ha puesto de manifiesto en este y otros Informes de este Tribunal, ni la Ley 40/2015, del Sector Público, ni la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, ni la LGS contemplan medidas en caso de que las CCAA no atiendan en tiempo y forma las obligaciones de remisión de información, con la excepción de la declaración por el CISNS de una "*actuación coordinada*" de las previstas en el art. 65 de la Ley 16/2003.

A través de la Orden SND/234/2020, la primera de las relacionadas en el gráfico anterior, se inicia la solicitud de información a las CCAA y Ciudades Autónomas con el fin de "*facilitar el seguimiento y la toma de decisiones en la gestión de la crisis sanitaria*", información que, en la primera versión de la Orden, se estructura en los bloques siguientes:

- Capacidad asistencial.
- Información epidemiológica.
- Recursos humanos.
- Necesidades materiales.

La Orden decayó el 21 de junio de 2020 con la expiración del Estado de Alarma, sin embargo, la obligación de comunicar la información relativa a capacidad asistencial y necesidades materiales se mantuvo con posterioridad al Estado de Alarma, en virtud del Real Decreto-ley 21/2020 y la Ley 2/2021[102]. Por tanto, la Orden SND/234/2020 no ha sido formalmente derogada, si bien su contenido ha sido reemplazado *de facto* por la Resolución de 19 de junio de 2020 que desarrolla el Real Decreto-ley 21/2020, sustituida por la Resolución de 20 de julio de 2021[103].

Como desarrollo práctico de la normativa anterior, la urgente toma de decisiones en la primera oleada de la pandemia requería la recogida y explotación de la información aportada. Como ya se ha indicado, no existía un sistema de información previo que pudiese ser utilizado, lo que motivó que el MSND promoviera el desarrollo de una aplicación específica denominada Cuadro de Mando y Control (CMC), una iniciativa que se valora positivamente por este Tribunal, en un contexto extremadamente adverso, debido a la situación epidemiológica y a las medidas de contención del contagio vigentes.

Sin embargo, esta aplicación se configuró como una solución en relación exclusivamente con la recogida y explotación parcial de la información de los cuatro bloques anteriormente enunciados. El sistema CMC entró en producción el 14 de abril de 2020 y supuso una inversión de 1.056.320 euros, como consta en el Anexo 46 del informe y se analiza a continuación.

II.2.2. Capacidad asistencial

Como se ha expuesto previamente, una de las categorías de información cuya remisión se estableció por medio de la Orden SDN 234/2020, fue la correspondiente a la disponibilidad

[102] El referido Real Decreto-ley 21/2020 se tramitó como proyecto de ley por las Cortes Generales, que tras su tramitación fue derogado por la Ley 2/2021.

[103] Resolución de 20 de julio de 2021, de la DGSP, por la que se establece el Sistema de Información a través del cual se deberá remitir la información sobre pruebas diagnósticas de laboratorio necesaria para el seguimiento de la pandemia ocasionada por el COVID-19 al que se refiere el artículo 25 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Como consecuencia de la declaración de la finalización de la emergencia sanitaria originada por el COVID-19, adoptada en el Acuerdo de Consejo de Ministros de 4 de julio de 2023, estas obligaciones de remisión de información decayeron, sin perjuicio de obligaciones específicas que se puedan adoptar por los órganos competentes.

asistencial. Esto es así puesto que uno de los riesgos originados por la pandemia de COVID-19 fue el potencial colapso de los recursos asistenciales, derivado del número de ingresos y de que los pacientes graves de COVID-19 tendían a precisar una hospitalización por un tiempo prolongado y con un requerimiento de recursos muy específico (servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos, equipamientos de asistencia respiratoria, entre otros). La compleja situación que se vivió en aquel tiempo motivó la adopción de medidas urgentes.

En relación con esta materia, la información acerca de la atención especializada de la que dispone el MSND en su función de coordinación del SNS se recoge en la aplicación "*Sistema de Información de Atención Especializada*" (SIAE), que según la página web del MSND, en julio de 2022, figuraba actualizado a enero de 2022 y, según se indica, con datos provisionales respecto del ejercicio 2020[104]. Como se deduce de estas fechas, aunque se trata de una información estadística muy extensa y detallada, no resulta adecuada en la gestión de la crisis sanitaria que precisaba de información actualizada sin desfase temporal. Adicionalmente, en relación con la atención primaria la herramienta disponible era la aplicación "Sistema de Información de Atención Primaria" (SIAP), igualmente dirigida hacia la explotación estadística, y asimismo con un importante desfase temporal en la recepción de la información (en diciembre de 2023 figuraban los datos provisionales de 2022 de todas las CCAA salvo una[105]). De lo expuesto, se deduce la debilidad de los sistemas de información del MSND, que no permitían conocer la disponibilidad asistencial del SNS en tiempo real, ni con un grado de actualización suficiente.

Como consecuencia de la situación expuesta, la precitada Orden SND/234/2020 estableció la comunicación al MSND con periodicidad diaria, excepto domingos[106], directamente por los centros hospitalarios de información sobre camas ocupadas, con distinción entre enfermos COVID-19 y otras patologías, ingresos y altas en las últimas 24 horas, con el detalle de si la hospitalización era convencional, en unidades críticas con o sin respirador, y hasta junio de 2020 se requería de las CCAA la misma información en relación con otros centros no sanitarios públicos y privados[107].

En la redacción inicial de la Orden SND/234/2020, las CCAA y Ciudades Autónomas debían remitir adicionalmente los datos agregados de los centros hospitalarios, duplicando, por tanto, la información ya enviada por los centros hospitalarios, circunstancia que se corrigió en la Orden SND/267/2020, de 20 de marzo.

Tras la aprobación de la Orden SND/234/2020, la información se transmitió, como solución de emergencia, al correo electrónico habilitado al efecto, medio que, pese a su agilidad, adolece de limitaciones en cuanto a seguridad y robustez.

Posteriormente, como mejora en los procesos de gestión de la información, el 14 de abril de 2020 entró en producción la aplicación CMC[108], uno de cuyos módulos tiene como finalidad la recepción y explotación de la información prevista en esta Orden.

---

[104] En diciembre de 2023 figuran los datos provisionales de 2022.

[105] https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap".

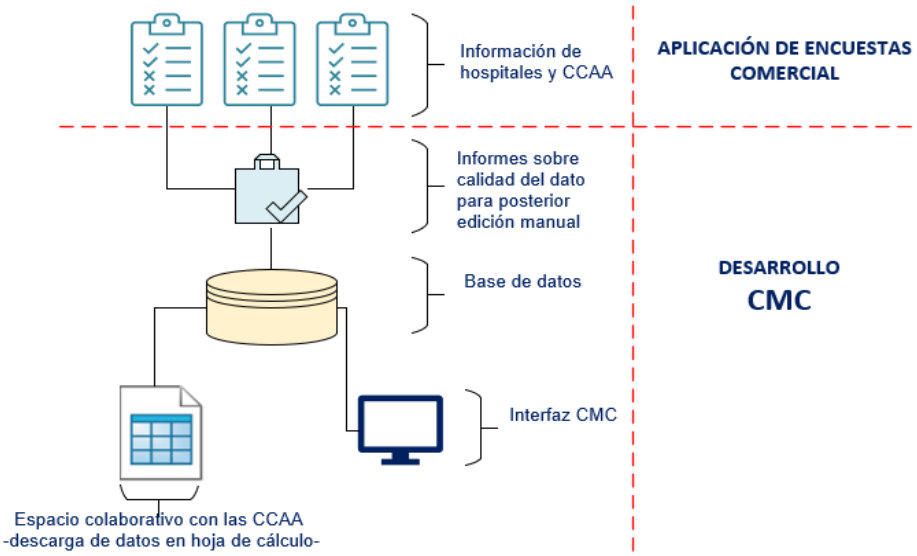
[106] Se excepcionan los domingos en la Resolución de 19 de junio de 2020.

[107] Esta información ha seguido remitiéndose al MSND hasta el 13 de julio de 2023 y puede consultarse en la web "https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/capacidadAsistencial.html".

[108] CMC incluye otros módulos relativos al consumo y disponibilidad de productos sanitarios, información epidemiológica y de recursos humanos que se analiza posteriormente en este apartado.

El esquema de funcionamiento de CMC contemplaba el envío de información por parte de CCAA, Ciudades Autónomas y centros hospitalarios, como se muestra en el siguiente diagrama. Adicionalmente, en CMC se habilitó un espacio colaborativo para la descarga de ficheros. Gráficamente el esquema de CMC es el siguiente:

DIAGRAMA Nº 11
ESQUEMA DE FLUJOS DE INFORMACIÓN DE LA APLICACIÓN CMC



Fuente: Elaboración propia.

En relación con el procedimiento de envío de la información por parte de centros hospitalarios y CCAA, el MSND utilizó una herramienta de encuestas de código abierto que ya se venía empleando por distintas unidades del Ministerio. Como ventaja de esta solución puede indicarse que la herramienta no tuvo coste para las arcas públicas, era flexible y conocida por los gestores. Sin embargo, de la revisión realizada de la base de datos de CMC se deducen las siguientes consideraciones en relación con la calidad del dato:

- Entre la base de datos de CMC y la aplicación de encuestas no existía comunicación directa, y como consecuencia, las sucesivas remisiones de información de un centro hospitalario para corregir erratas se grababan directamente en la base de CMC, sin realizar un borrado lógico del envío anterior[109]. Como consecuencia, la selección del último envío para su explotación estadística se realizaba mediante la programación posterior, solución que se considera poco eficiente[110]. El resultado de lo anterior es que, de 1.387.000 registros, aproximadamente un 3 %, se corresponde con envíos repetidos.

- Adicionalmente, al basarse la comunicación de la información en una plantilla fija, sin posibilidad de adaptación a las características del centro hospitalario, el 45 % de los registros

[109] Un centro hospitalario realizó doce remisiones de la información referida a un mismo día.

[110] A este respecto se ha identificado una debilidad que permitía duplicar el envío (e incrementar las magnitudes) si se efectuaban dos remisiones en un mismo minuto.

almacenados en la base de datos no contienen información (por ejemplo hospitales sin UCI que remiten registros con el valor cero en este concepto durante todo el periodo).

- Como se ha indicado, la aplicación de encuestas y la base de datos no se encontraban interconectadas. En consecuencia, no se producían validaciones de congruencia de los datos con remisiones anteriores del mismo centro hospitalario para detectar errores en la grabación de datos. Esta circunstancia exigió la implantación de informes de calidad del dato y la posterior edición manual en caso de que se hubiese detectado una errata derivada de la información suministrada por el agente[111]. Se han identificado algunas incidencias como la falta de registro de las ediciones manuales de datos o incongruencias menores en los registros.

Por otro lado, en relación con el cumplimiento de la obligación de comunicación de información se indica:

- En el caso de falta de información de un obligado, se repetían los datos de la remisión del día anterior hasta un máximo de 72 horas. De esta inserción automática de registros no quedaba constancia en la base de datos, ni en la interfaz del usuario, aunque el MSND indica en sus alegaciones que se podía conocer mediante los informes periódicos de calidad del dato.

- El número de hospitales con obligación de comunicación de la información, según la propia aplicación CMC, era de 581, siendo el grado de cumplimiento muy elevado en el periodo de aplicación.

En cuanto a la difusión de la información, en el documento publicado por MSND, con la actualización diaria de la información, se incluía el detalle de la disponibilidad asistencial. De las discrepancias detectadas[112] se deduce que la información se trató y depuró manualmente de forma paralela a la aplicación CMC, sin que finalmente en esta última aplicación figuren datos ajustados.

En cuanto a la utilización de esta herramienta, consta en los registros que no más de 113 usuarios tuvieron acceso. Diez de ellos concentran el uso real de la herramienta (accesos realizados en más de 100 días). El promedio en el resto de los usuarios es de siete días con acceso.

[111] Tal y como el MSND manifestó en sus alegaciones, los agentes suministradores de datos recibían un justificante generado de la información aportada.

[112] Véase el Anexo 25.

II.2.3. Sistema de información para la vigilancia epidemiológica del COVID-19: CMC y SERLAB

II.2.3.1. REMISIÓN DE INFORMACIÓN AGREGADA AL MINISTERIO

La Orden SND/234/2020 contempló el envío de información epidemiológica directamente al Ministerio, al margen de la información de vigilancia epidemiológica gestionada por el CNE del ISCIII. Dicha información se remitió por correo electrónico y su explotación fue efectuada tanto por el CCAES, como se ha analizado en el epígrafe II.1.3.3 anterior, y complementariamente, también a través de la aplicación CMC, bajo la dirección directa de la entonces existente Secretaría General de Sanidad. Esta última vía constituyó una tercera vía de explotación de la información que se utilizó para generar mapas e indicadores clave (KPI) para la alta dirección, incluida la Presidencia del Gobierno, al margen de los circuitos gestionados por los funcionarios del CCAES y del ISCIII. Sin embargo, la utilización de las interfaces de CMC de vigilancia epidemiológica fue limitada, ya que solo accedieron 34 usuarios y el promedio de días en que lo hicieron fue de seis.

II.2.3.2. EL SISTEMA ESTATAL DE RECOGIDA DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LABORATORIO DE SARS-COV (SERLAB)

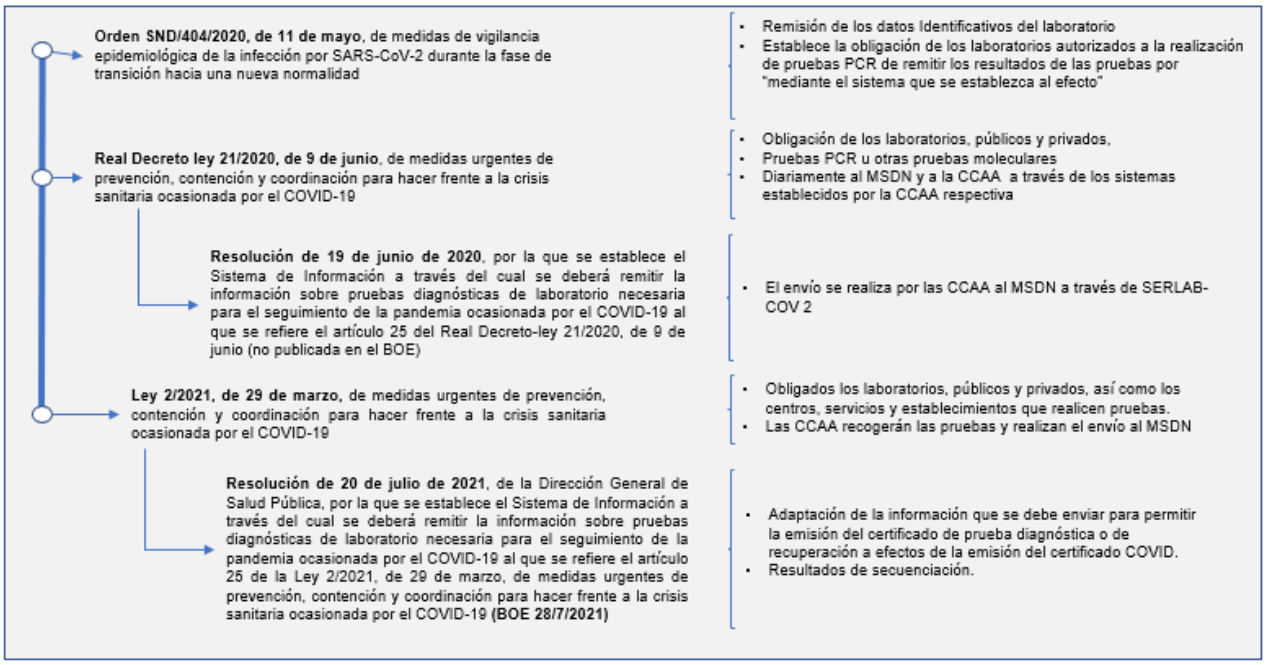
El fundamento jurídico de este sistema de información se encontraba en la Resolución de la DGSP de 19 de junio de 2020[113], posteriormente sustituida por otra Resolución de 20 de julio de 2021, amparadas ambas por el RDL 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19[114].

Cabe destacar que la evolución de este sistema de información fue paralela a la de la pandemia y tiene su reflejo en la normativa publicada en relación con la remisión de información relativa a la realización de pruebas diagnósticas, como muestra el diagrama siguiente:

[113] Resolución por la que se establece el Sistema de Información a través del cual se deberá remitir la información sobre pruebas diagnósticas de laboratorio necesaria para el seguimiento de la pandemia ocasionada por el COVID-19 al que se refiere el artículo 25 del Real Decreto-ley 21/2020.

[114] Posteriormente tramitado proyecto de ley y derogado tácitamente por el art. 25 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo.

DIAGRAMA Nº 12
NORMATIVA SERLAB
Comparativa con normativa pandemia



Fuente: Elaboración propia.

El Sistema estatal de recogida de las pruebas diagnósticas de Laboratorio de SARS-CoV (SERLAB), tiene como objetivo permitir la identificación precoz de nuevos casos positivos, ubicándolos geográficamente, para la coordinación de acciones a nivel supra e inter autonómico.

El sistema se soporta en la aplicación SERLAB, a través de la cual se recaban los datos de todas las pruebas realizadas en los laboratorios, públicos y privados, autorizados en España para la realización de pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 mediante PCR[115] u otras pruebas moleculares, que se envían por las CCAA, Ciudades Autónomas, así como por el ISCIII y el Ministerio de Defensa y Sanidad Exterior, a través del servidor de intercambio seguro establecido al efecto en el marco de la aplicación SERLAB-CoV-2.

Adicionalmente, complementando a la anterior, la aplicación SERLAB-INF permite su explotación estadística a través de múltiples indicadores y la representación de la georreferenciación de los datos mediante mapas.

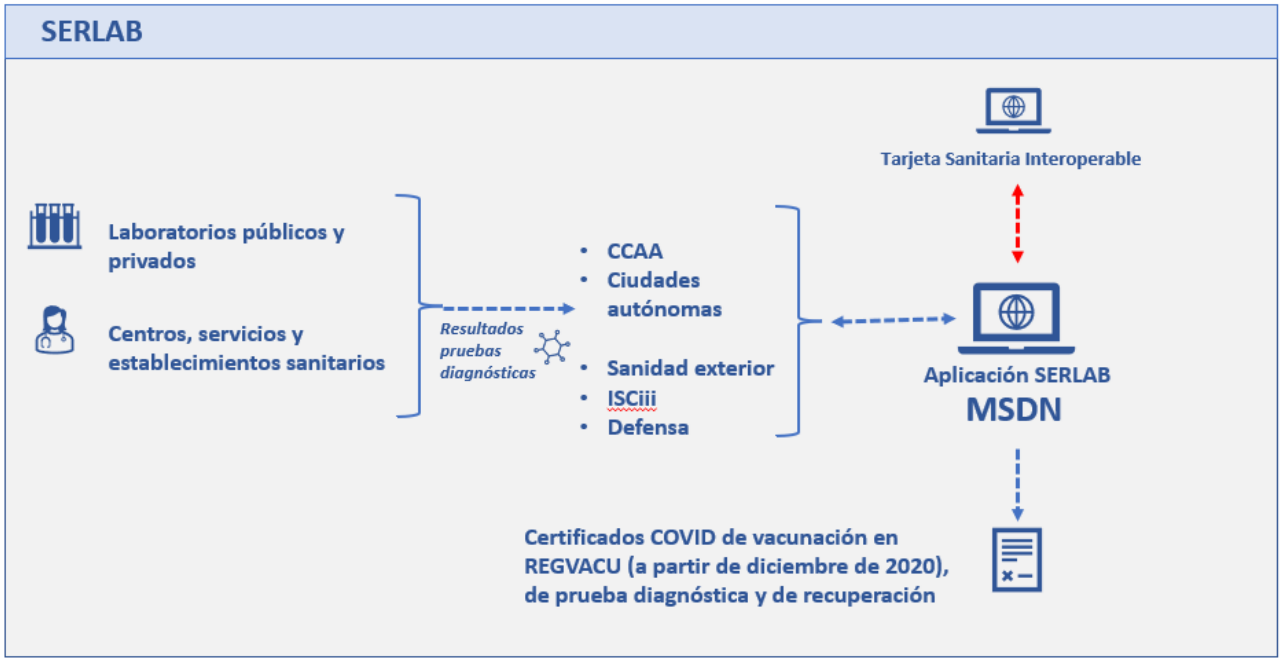
Este Tribunal considera una buena práctica la implantación de un sistema interoperable en tiempo real que permite a los ciudadanos obtener evidencia de los actos sanitarios en relación con su persona en todo el territorio nacional y, además, su desarrollo efectivo en un tiempo extraordinariamente reducido, en una coyuntura extraordinariamente excepcional, a tenor de los datos epidemiológicos y las medidas de contención vigentes.

Los recursos invertidos para su puesta en funcionamiento fueron 1.123.820,80 euros, con el detalle que se muestra en el Anexo 46 de este informe.

[115] *Polymerase chain reaction*.

SERLAB se puso en producción el 31 de mayo de 2020 y, en síntesis, el esquema del procedimiento referente a las pruebas diagnósticas se refleja en el gráfico siguiente:

DIAGRAMA Nº 13
FLUJO DE INFORMACIÓN



Fuente: Elaboración propia.

II.2.3.2.a) Comunicación de la información

En relación con la comunicación de la información se realizan las consideraciones siguientes:

- El total de registros en la tabla principal se corresponde con el número de pruebas diagnósticas notificadas como realizadas hasta el 15 de marzo de 2022, que era de 88.179.511[116].

- Las autoridades remitentes son 22: las 17 CCAA y las 2 Ciudades Autónomas, así como el Ministerio de Defensa, el ISCIII y los servicios de sanidad exterior en relación con el sistema *Spain Travel Health* (SpTH), (examinado en el epígrafe II.3.2.2). En relación con este punto hay que destacar que hasta el cuarto trimestre de 2020 no se recibió la información con regularidad de todas las comunidades[117] y solo en marzo de 2021[118] comenzó la carga de las pruebas efectuadas en los aeropuertos, que estaban bajo el ámbito de responsabilidad de la SGSE del propio MSND. Adicionalmente entre la información registrada en SERLAB y la de los sistemas de sanidad exterior se producen discrepancias que, en 2021, afectaban al 16 % de los registros procedentes de aeropuertos. En el Anexo 26 se muestran estas

[116] Las comprobaciones se han realizado sobre una copia de la base de datos de fecha 15/03/2022 facilitada por el MSND.

[117] De los registros se desprende que, hasta el último trimestre de 2020, no se comenzó a recibir información de una Comunidad Autónoma (Navarra).

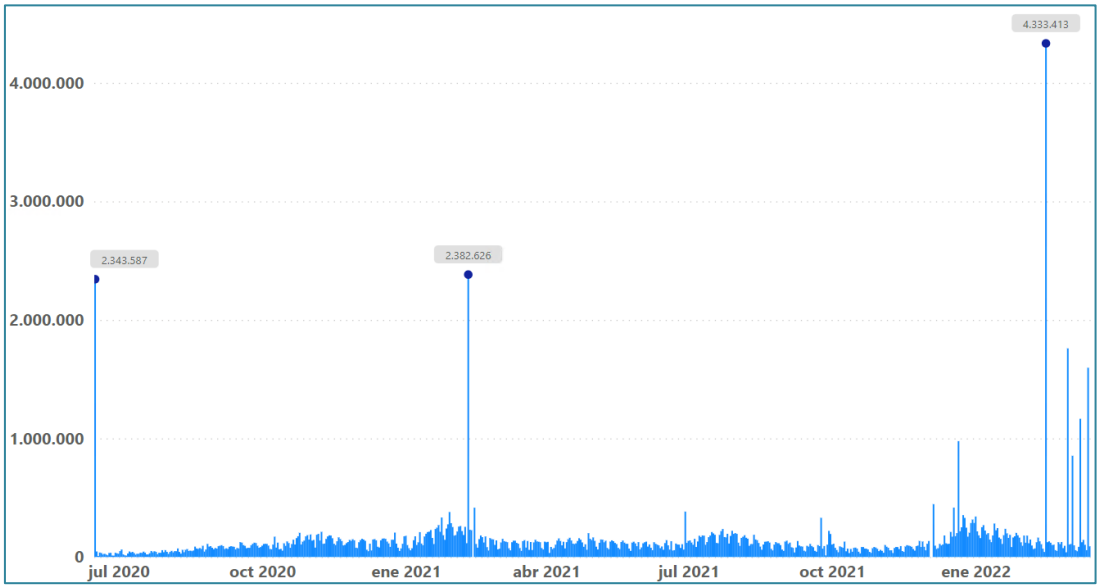
[118] Primera carga en marzo de 2021 con datos acumulados desde noviembre de 2020.

diferencias, así como otras incidencias en la carga de la información por parte de determinadas CCAA o Ciudades Autónomas.

- De acuerdo con las Resoluciones arriba referidas la remisión de la información sobre la realización de pruebas diagnósticas por parte de las CCAA o Ciudades Autónomas se debe efectuar con periodicidad diaria. Del análisis cuyo resultado se refleja en el siguiente diagrama, se desprende que se realizaron cargas masivas de datos que reemplazaron un conjunto de datos correspondientes a periodos anteriores, afectando a la trazabilidad e integridad de la base de datos del sistema SERLAB y revelando posibles debilidades en los sistemas de información autonómicos, que requirieron un reemplazo completo de sus registros. Así, se ha verificado que se produjo una carga inicial de 2.343.587 registros con fechas de realización de la prueba diagnóstica entre el 1 de enero de 2020 y el 15 de junio de 2020 y, adicionalmente se realizaron otras cargas puntuales masivas de datos por parte de CCAA o Ciudades Autónomas, sin que quede trazabilidad en la base de datos de si se trata de subsanación de errores o de nuevas pruebas no registradas con anterioridad[119]. En el diagrama siguiente se muestran los envíos registrados en la base de datos, que corresponden al periodo 16 de junio de 2020 al 15 de marzo de 2022:

[119] Así, se han identificado cargas de 2.382.626 registros el 10 de febrero de 2021, de 4.333.413, el 15 de febrero de 2022 y los días 1, 9 y 14 de marzo de 2022, de 1.759.543, 1.165.820 y 1.595.456 registros, respectivamente. El MSND manifiesta en el trámite de alegaciones que sus servicios sí disponían de trazabilidad, al tener constancia de los reemplazos solicitados. A este respecto, el MSND señala que “las cargas masivas se autorizaron para algunas CCAA cuando se detectaban cambios drásticos no justificados en los datos aportados por una de ellas” y que “tras comprobar que ésta tenía identificadas las modificaciones que debían realizarse, para evitar el borrado y sustitución uno a uno de los registros, cuando su número era elevado, se procedía a la carga masiva como forma de optimizar el escaso tiempo disponible”. Si bien se puede comprender la razón aducida para ejecutar estas cargas masivas, el Tribunal estima que las cargas masivas se identifican externamente a las tablas que conforman la base de datos del sistema y que esos reemplazos alteraban la integridad de la información custodiada, modificando, además un número elevado de registros.

DIAGRAMA Nº 14
ENVÍOS REGISTRADOS SOBRE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
Período 16/06/2020 – 15/03/2022
(número de envíos)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la BBDD de SERLAB.

- Al margen de esas cargas masivas, se ha identificado que existía un desfase temporal en el registro de las pruebas en SERLAB con respecto al envío diario establecido en la normativa, mientras que en el manual de la herramienta se estipuló un plazo máximo de siete días. Así, el 20 % de los registros se grabaron con un desfase mayor de 7 días, pese a que se configuró el sistema para que se efectuaran envíos diarios. A este respecto, también cabe destacar que 150.723 registros han sido objeto de modificación transcurridos más de 100 días desde la fecha de realización de la prueba, sin que quede trazabilidad en la base de datos de los cambios introducidos[120].

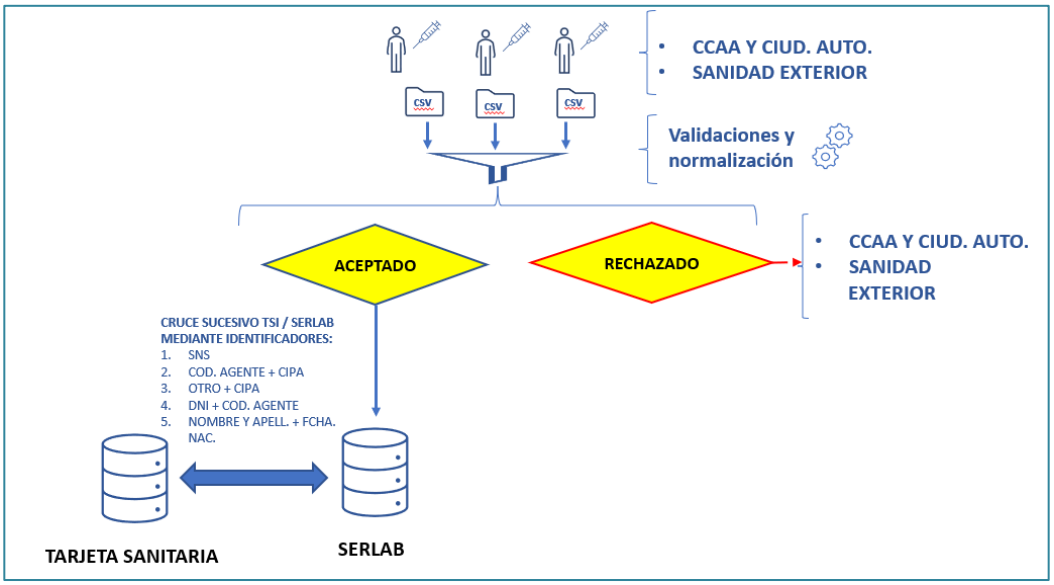
II.2.3.2.b) Análisis de la información

SERLAB partía de la captura de la información identificativa del ciudadano sometido a prueba diagnóstica por el "agente", en general, el Servicio autonómico de salud en cuyo territorio se efectuase la prueba diagnóstica (ya fuera realizada en un centro sanitario público o privado). Los declarantes remitían la información mediante ficheros de texto al MSND, que partiendo de esta información de pruebas realizadas ejecutaba un contraste con la base de datos de "tarjeta sanitaria

[120] En el trámite de alegaciones el MSND manifiesta que el retraso se produjo en el 26 % de los casos, pero que un 20 % corresponde a las recargas sustitutivas masivas de datos ya referidas y un 2 % a la carga inicial de datos, por lo que el retraso afecta al 4 % de los registros. Sin embargo, debe señalarse que las cargas masivas, como se ha indicado antes, alteran la trazabilidad e integridad de la información, particularmente en lo que respecta a la inserción en la tabla de cada registro que es el momento en que puede ser analizado y que es un dato esencial de SERLAB por el tipo de información que almacenaba (pruebas clínicas de ciudadanos), por lo que en el 20 % de registros, que fueron afectados por cambios masivos, no puede conocerse si la remisión se hizo en plazo.

individual”[121] (TSI) para verificar y completar la información recibida, tal y como muestra el diagrama siguiente:

DIAGRAMA Nº 15
FLUJO DE INFORMACIÓN DE SERLAB



Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que la estructura y contenido de los registros que proporcionaban los sistemas de información de las entidades remitentes era heterogéneo entre sí, aunque hubiera un mínimo conjunto de datos homogéneo. En este sentido, los campos de información remitidos se encuentran en un intervalo entre los seis campos que aporta una CCAA[122] y los 30 en el caso de otra[123]. Además de esta circunstancia, existían divergencias en la configuración y contenido de la información de los distintos campos. Esta heterogeneidad muestra las diferentes capacidades de los distintos sistemas autonómicos en relación con la información referida a pruebas diagnósticas. Para superar la falta de estandarización se aplicaba un proceso de “normalización automatizada” de la información que implicaba un “mapeo” de los campos de la información. Esta estandarización implicó que aquellos registros en los que no se pudo determinar el contenido del campo “resultado de la prueba” correspondiente se completó con la palabra “otros”, en lugar de negativo o positivo, siendo significativo que este resultado constaba en 351.434 registros.

Posteriormente, como muestra el diagrama nº 17, para el cruce e identificación del paciente en la base de datos TSI se ejecutaba una búsqueda sucesiva jerarquizada de los identificadores normalizados sobre la persona a la que correspondía la prueba diagnóstica. Si el cruce era exitoso, como ocurrió con el 95,3 % de los registros, se tomaban los datos del paciente procedente de la base de datos TSI del MSND. Sin embargo, para un 4,7 % de las pruebas no fue hallada

[121] TSI contiene a todos los ciudadanos beneficiarios de asistencia sanitaria pública, incluyendo colectivos protegidos con conciertos de las mutualidades de funcionarios o refugiados, entre otros y asigna un código único vitalicio que el MSND consideraba permanente, por encima del DNI, el NIE u otro.

[122] Murcia.

[123] Aragón.

coincidencia en TSI, lo que evidencia la heterogeneidad de los códigos identificativos asignados entre los diferentes sistemas de información autonómicos y las dificultades para construir modelos plenamente interoperables. En la medida en que la producción de efectos *ad extra* de SERLAB se fundamentaba en el cruce con TSI, el cruce infructuoso dificultó que se tuvieran en consideración esas pruebas a los efectos procedentes.

Este proceso muestra la complejidad para construir sistemas interoperables en el ámbito de la salud, la heterogeneidad de los sistemas autonómicos y el atraso en estos avances cuando se produce la pandemia.

Sin embargo, como resultado de este cruce se han detectado diferencias entre la información, una vez normalizada, procedente de los sistemas de información de las CCAA y la obtenida del cruce con TSI, que es la que finalmente se tuvo en consideración por el MSND, en lo que respecta a datos de los ciudadanos que afecta a un porcentaje no significativo de los registros y cuyo detalle se refleja en el Anexo 27 del informe.

Cabe precisar que, una vez ejecutado el cruce, SERLAB se configuró para que se ejecutara un proceso de seudonimización no reversible[124] sobre la información de carácter personal que constaban en los ficheros de pruebas diagnósticas.

II.2.3.2.c) Explotación de la información de SERLAB

En cuanto a la explotación de la información generada por SERLAB, se ha examinado si existían divergencias entre la información publicada por el CCAES sobre la realización de pruebas diagnósticas durante el periodo fiscalizado y los registros de la base de SERLAB, resultando que las divergencias en el número de casos positivos reportados se han situado entre el 3 % y el 5 % en las fechas examinadas[125], si bien es preciso tener en cuenta que los datos han estado sujetos a actualizaciones durante el periodo como consecuencia de las ya mencionadas cargas masivas de reemplazo[126] y depuraciones y que hay divergencias como consecuencia de las diferencias de criterios sobre el cómputo de los resultados de las pruebas de autodiagnóstico[127], particularmente en el último periodo de 2021. Conforme se indica en alegaciones, en el momento de publicarse no había diferencias en los datos entre la base de SERLAB y los datos publicados en los informes.

II.2.4. Recursos humanos

La excepcionalidad de la crisis sanitaria originada por el COVID-19 incrementó la presión asistencial sobre los recursos del SNS, concentrándose además las necesidades en determinados perfiles profesionales del personal sanitario: neumología, urgencias, cuidados intensivos, entre otros. A este

[124] Para la identificación del registro SERLAB, genera el campo "ID_Individuo_Prueba" como clave única identificativa para cada registro en la base de datos, mediante la combinación de determinados campos.

[125] *Actualización 282,* véase el Anexo 28 y *Actualización 532,* Anexo 29.

[126] Ilustradas en el Anexo 30. El MSND indica en sus alegaciones que la Sub. Gral. de Información Sanitaria realizaba comprobaciones semanales en el marco de la publicación en la web.

[127] A finales de 2021, se produjeron discrepancias en cuanto al criterio sostenido para registrar o no el resultado de las pruebas de autodiagnóstico. En este sentido, en la sesión de la Ponencia de Alertas de 29 de diciembre de 2021 el Acuerdo fue registrar solo las pruebas de autodiagnóstico que fueran confirmadas por los servicios de salud a posteriori. Sin embargo, el criterio de una CCAA (Cataluña) fue diferente a las demás, ya que las registró en su totalidad sin confirmación posterior de sus centros de salud y servicios de salud pública.

respecto, se movilizaron profesionales de otras especialidades como apoyo para dar respuesta a la situación creada.

La ya referida Orden SND/234/2020 previó el envío de información sobre recursos humanos, aunque la misma solo se produjo de manera efectiva entre el 26 de marzo y el 26 de junio de 2020, como acreditan las tablas de respaldo del sistema. La estructura y contenido de la información sufrió tres modificaciones en su periodo de vigencia, por lo que las tablas carecen de consistencia interna suficiente para ser analizadas.

En CMC figuran dos bases de datos, una conformada con la información sobre recursos humanos remitida al MSND entre el 26 de marzo y el 29 de mayo de 2020, y otra con los datos sobre contrataciones entre el 5 de abril y el 26 de junio. No consta explotación externa de esta información ni que se utilizara para fundamentar propuestas de traslados temporales de personal sanitario entre CCAA durante la vigencia del Estado de Alarma entre marzo y junio de 2020. Aunque teóricamente pudo utilizarse para apoyo en el cálculo de los indicadores de capacidad de los servicios de salud pública en la "transición hacia la nueva normalidad"[128], de mayo y junio de 2020, el uso que se le dio por el personal del MSND fue muy limitado, ya que solo constan 27 personas que hayan accedido y el promedio de días en el que accedieron fue dos (quince de ellos solo accedió un día).

II.2.5. Sistemas de información relacionados con la gestión de recursos materiales en el periodo de emergencia sanitaria

La emergencia del COVID-19 produjo una disrupción de los mercados ordinarios de aprovisionamiento de los suministros específicos requeridos para la gestión de la emergencia: mascarillas, *tests*, reactivos para pruebas diagnósticas, gafas, batas, guantes, respiradores, geles, entre otras categorías, cuya demanda se multiplicó, sin que existiera disponibilidad de existencias suficientes ni tampoco capacidad de producción. En ese contexto de urgencia extrema, en el marco de las facultades previstas en el art. cuatro a) de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, y de las recogidas en el RD 463/2020, por el que se decretó el Estado de Alarma, el Ministro de Sanidad, mediante Orden comunicada de 5 de marzo de 2020, que fue objeto de diversas modificaciones posteriores, acordó establecer el suministro centralizado por la Administración del Estado para el Sistema Nacional de Salud (SNS) de una serie de productos necesarios para la protección de la salud (mascarillas, gel, guantes, batas, gafas, respiradores, test, entre otros) los cuales, como se analiza en varios informes del Tribunal de Cuentas[129], fueron adquiridos mediante tramitación de emergencia tanto por la Dirección General (DG) de Cartera como por el INGESA. Dichos productos fueron adquiridos por el MSND principalmente entre marzo y abril de 2020 para su distribución entre las CCAA y Ciudades Autónomas integrantes del SNS con objeto de paliar las dificultades de suministro en que estas se encontraban. A su vez, a partir de mayo de 2020[130] se acordó en el CISNS la constitución de una reserva estratégica nacional con productos derivados de dichas compras.

---

[128] El Consejo de Ministros, en sesión de 28 de abril de 2020, aprobó el "Plan para la transición hacia una nueva normalidad", que configuraba varias fases de flexibilización de las medidas de contención de la propagación en función de una serie de parámetros, siendo uno de ellos el "número de profesionales de los servicios de vigilancia epidemiológica dedicados al seguimiento del COVID-19 en relación con el número de casos".

[129] *Informe de fiscalización de los contratos de emergencia celebrados en 2020 para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 por los ministerios del Área de Administración Económica del Estado y sus Organismos Autónomos*, aprobado el 20 de diciembre de 2023 e *Informe de fiscalización de la contratación de emergencia celebrada durante el ejercicio 2020 en el ámbito de la Administración socio-laboral y de la Seguridad Social como consecuencia de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*, aprobado el 26 de mayo de 2022.

[130] Sesiones del CISNS de 25 de mayo de 2020, 19 de junio y 13 de julio de 2020.

En consecuencia, la gestión de los suministros adquiridos requirió habilitar sistemas para efectuar el seguimiento de los suministros que se iban recibiendo, las solicitudes y la distribución a los destinatarios y las existencias disponibles.

En ese contexto, en la Orden SND 234/2020, de 15 de marzo, se incluyó un bloque de información a enviar al MSND por las CCAA correspondiente al abastecimiento de productos necesarios para la protección de la salud pública, ya que, hay que tener presente, que junto con la contratación por parte del Gobierno de España se mantuvo abierta la vía de la contratación por parte de CCAA y Ciudades Autónomas, entidades locales, y otros entes para el aprovisionamiento de los materiales que necesitaban, pues la entrega por parte del MSND tenía carácter complementario. De esta manera, se estableció un sistema de información para que las CCAA comunicaran al MSND las existencias de productos de que disponían con la finalidad de que desde el MSND se pudieran remitir los productos que fueran necesarios de entre los que se habían podido adquirir.

En lo que respecta al propio MSND, por una parte, se contrató de emergencia por INGESA el servicio de logística para almacenamiento y transporte de suministros recibidos en el marco de las compras y, por otra parte, internamente, la DG de Cartera asumió la recepción de las solicitudes de suministros y la dirección sobre el reparto de los mismos, mientras que INGESA era responsable de las relaciones directas con la empresa de logística, control de existencias y control de la ejecución de las órdenes de la DG de Cartera.

También es necesario aludir a la existencia de donaciones de suministros y productos al MSND de empresas privadas y de Estados extranjeros para responder a la emergencia que se produjeron durante el periodo y que fueron gestionadas junto con los suministros adquiridos.

A su vez, en relación con el seguimiento y utilización de estos suministros, el CISNS abordó, en su sesión plenaria de 25 de mayo de 2020, la constitución de una reserva estratégica nacional y de reservas estratégicas autonómicas de material y productos sanitarios, que se concretó en sucesivos Acuerdos de 17 de junio de 2020 y de 16 julio de 2020[131]".

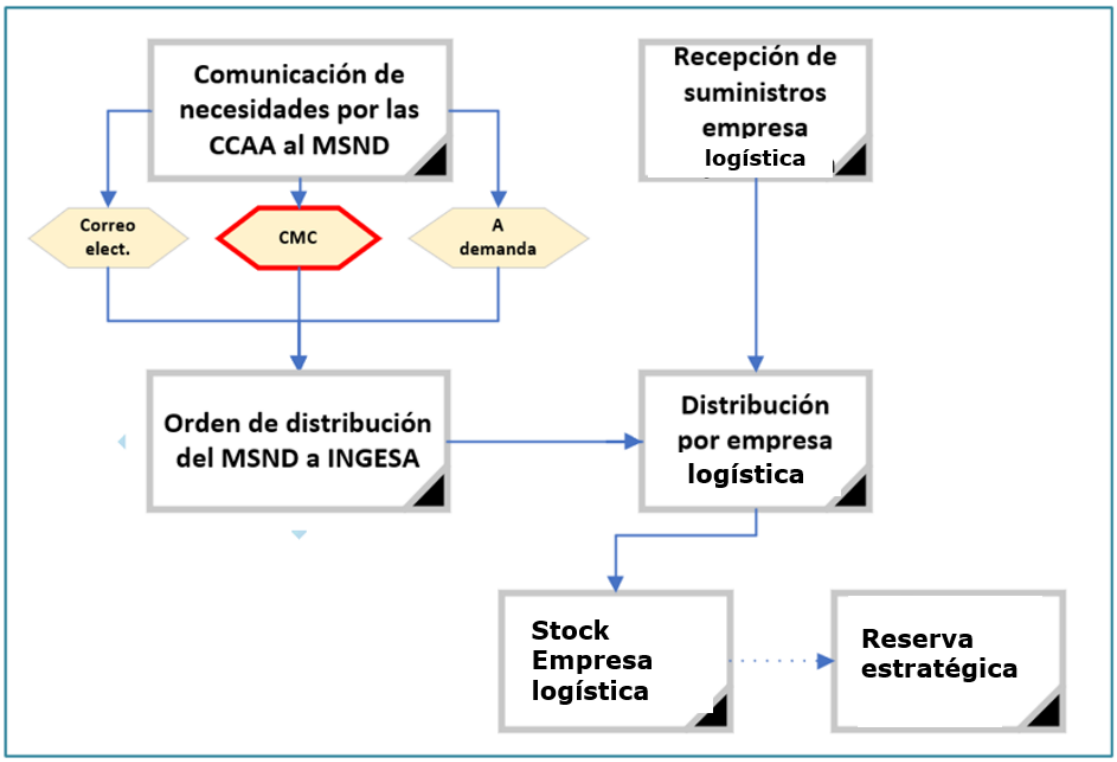
II.2.5.1. FLUJOS DE INFORMACIÓN

En síntesis, la atribución de cometidos[132] de cada fase se efectuó como se muestra en el diagrama:

[131] En relación con esta cuestión, el Dictamen de la Comisión para la reconstrucción económica y social, aprobado por el Pleno del Congreso el 3 julio de 2020, contenía las siguientes conclusiones y recomendaciones relacionadas con esta cuestión: (1) *Organizar una red nacional de depósitos de reserva de material sanitario estratégico. (2) Definir, con respeto a las competencias de las CCAA y en coordinación y colaboración con las mismas, un Plan Estratégico Nacional de prevención ante crisis sanitarias […]. (3) Que el Plan Estratégico defina el contenido, regulación y los medios para la provisión de una Reserva Estratégica que garantice el abastecimiento de material sanitario, de protección, productos químicos y sustancias básicas, maquinaria crítica, materias primas, etc, para posibles futuras pandemias. Y que ante futuras emergencias de salud pública o nuevas olas epidémicas es necesario establecer una "Reserva Estratégica de Productos Sanitarios Críticos", en coordinación con el sector tecnológico sanitario*.

[132] El seguimiento integral de las diferentes fases de gestión de los materiales, comporta las siguientes actuaciones: recepción de materiales adquiridos, verificaciones de calidad, devoluciones a proveedores, disponibilidad de materiales adquiridos, recepción de necesidades de productos desde las CCAA, Ciudades Autónomas y centros hospitalarios, distribución de productos, control de entregas en destino, control de la caducidad, seguimiento de la destrucción de materiales y gestión de existencias.

DIAGRAMA Nº 16
FLUJOS DE INFORMACIÓN EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS



Fuente: Elaboración propia.

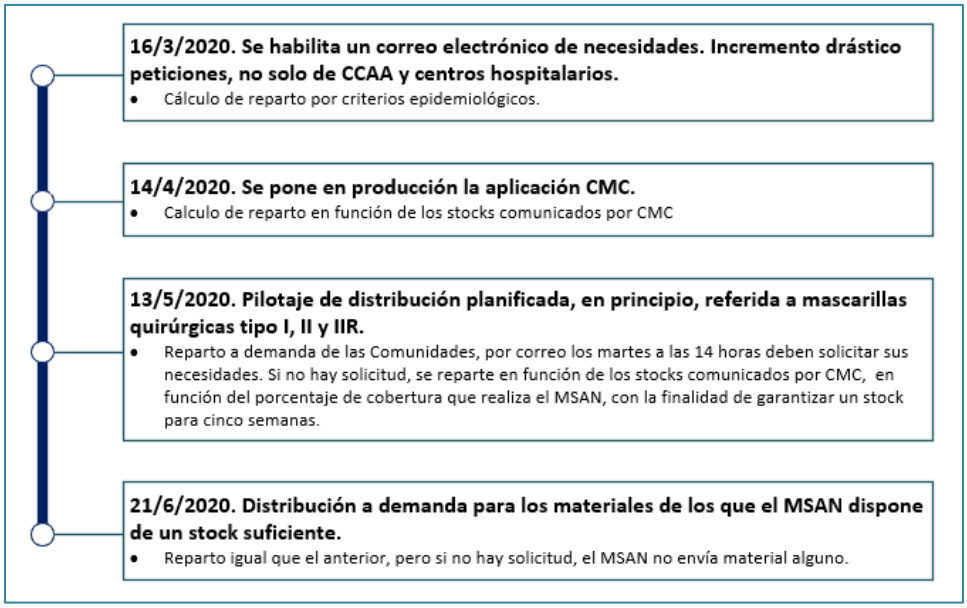
A este respecto, el MSND encomendó a INGESA las tareas antes referidas sobre los suministros adquiridos para responder a la primera oleada de la pandemia. La insuficiencia de medios motivó que se reforzara temporalmente este organismo con empleados públicos procedentes de otros entes y órganos dependientes de la AGE ("Grupo Logístico) que apoyaron al INGESA en el desempeño de las tareas de gestión de estos suministros.

II.2.5.2. COMUNICACIÓN Y EXPLOTACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELATIVA A CONSUMOS Y DISPONIBILIDAD DE PRODUCTOS SANITARIOS REMITIDOS POR LAS CCAA Y CENTROS HOSPITALARIOS

La decisión estratégica de ejecutar compras centralizadas para su distribución en el SNS implicaba la necesidad de conocer las existencias de materiales y los consumos de determinados productos sanitarios de las CCAA y de los centros hospitalarios para calcular sus necesidades futuras y con ello la distribución de los suministros adquiridos por el MSND.

Por tanto, el 15 de marzo de 2020, fecha de la entrada en vigor de la Orden 234/2020, se establece la obligación de remitir información sobre consumos y disponibilidad de productos de las CCAA, Ciudades Autónomas y centros hospitalarios. A lo largo del periodo, las soluciones implementadas para el envío de estos datos y los criterios de reparto por el MSND de los productos adquiridos evolucionaron como se muestra el siguiente esquema:

DIAGRAMA Nº 17
PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS MATERIALES



Fuente: Elaboración propia.

El día siguiente a la entrada en vigor de la Orden SND/234/2020, esto es, el 16 de marzo de 2020, se habilitó una dirección de correo electrónico para recoger las solicitudes de CCAA, Ciudades Autónomas y centros hospitalarios. Sin embargo, la situación de emergencia de aquel momento desbordó este recurso, ya que se recibió un volumen de solicitudes extremadamente elevado, incluyendo un número significativo procedente de entidades de sectores ajenos al SNS, debido a la acuciante situación en esas fechas.

Si bien, la comunicación por correo electrónico no se considera, como se viene reiterando, un procedimiento adecuado para estas comunicaciones interadministrativas, ya que no garantiza unos estándares mínimos de autenticidad, seguridad, integridad y trazabilidad, se entiende que fuera utilizada habida cuenta de la premura y la escasez de recursos técnicos y humanos y, en general, la situación existente[133].

[133] En sus alegaciones el MSND invoca el art. 44 de la Ley 40/2015, sobre comunicaciones entornos cerrados y entre Administraciones para justificar la utilización del correo electrónico. Sin embargo, este argumento no puede aceptarse ya que el correo electrónico inicialmente habilitado para atender las solicitudes de materiales (y que se mantuvo activo), así como otras direcciones individuales y colectivas utilizadas por el MSND y el INGESA en la gestión de estos suministros no constituían en modo algo un entorno cerrado, sino que se recibían y enviaban comunicaciones entre entes públicos y privados (instrucciones de envío, comunicaciones de necesidades, aportación de documentación, entre otras intercambios de información). Tampoco las comunicaciones efectuadas entre la empresa de logística, INGESA, la DG de Cartera y los destinatarios de suministros distribuidos pueden considerarse un entorno cerrado al comprender todo tipo de órganos y entidades públicas y privadas. Por otra parte, a mayor abundamiento, en el curso de las actuaciones fiscalizadoras, el Tribunal evidenció, por una parte, la intensa dificultad para reconstruir la pista de auditoría de las comunicaciones y, por otra, la profusión de mensajes enviados y recibidos, lo que muestra que, transcurrido un periodo inicial, el correo electrónico no constituye una herramienta adecuada para gestionar procesos complejos y sensibles, desde el punto de vista del número de envíos y la información que se custodia y transmite. Por último, el MSND utiliza entornos cerrados y habilitados específicamente en su relación ordinaria con las CCAA, incluso a través de determinados módulos de CMC, pero no en los procesos en los que el Tribunal acreditó que se empleó el correo electrónico y que se recogen expresamente en el Informe.

Como solución al problema planteado, el 14 de abril de 2020 entró en producción un módulo de la aplicación CMC[134] con esta finalidad. En relación con este envío y recepción de la información de consumos y disponibilidad a través de CMC se realizan las consideraciones siguientes:

- Los obligados al envío de información eran las CCAA, Ciudades Autónomas y centros hospitalarios (inscritos en el registro de centros de atención especializada gestionado por el MSND a partir de la información proporcionada por las CCAA). El envío de cada CCAA se correspondía, de acuerdo con el procedimiento establecido, con las cifras agregadas de los centros hospitalarios incluidos en su ámbito e incorporaba adicionalmente todos los centros de almacenamiento y consumo de la misma. En paralelo, cada centro hospitalario debía remitir su propia información. Esta doble vía de entrada para la misma información incrementó la complejidad en el tratamiento de los datos. En relación con lo anterior, en los cálculos para la distribución de productos, la D.G. de Cartera tomó como referencia la información remitida por las CCAA[135].

  Esta solución de doble remisión difería de la adoptada en materia de disponibilidad asistencial, en la que la CCAA o ciudad autónoma solo tenía que informar, en su caso, de la parte adicional a la información remitida por los centros hospitalarios.

- El envío de la información a través de CMC se realizaba mediante la misma aplicación de encuestas, ya explicada previamente en relación con la disponibilidad asistencial.

  - De los 954.880 registros almacenados en la base de datos para el periodo marzo 2020-diciembre 2021, un 33,7 % son valores con magnitud cero o corresponden con envíos repetidos[136] y, por tanto, no válidos a efectos de las estadísticas.

  - No se implementaron validaciones suficientes sobre la congruencia de los datos enviados (por ejemplo, la falta de interoperabilidad entre la aplicación comercial de encuestas utilizada para recibir los datos de los agentes suministradores y la base de CMC tenía como consecuencia la ausencia de validaciones automáticas en la entrada de datos en relación con comunicaciones anteriores de la misma Comunidad o centro hospitalario).

  - Como consecuencia de lo anterior, la depuración de estos errores en el suministro de la información por los agentes se debía efectuar manualmente por parte del personal del MSND con los datos ya cargados en CMC, sin que se dejara traza de las rectificaciones realizadas, si bien se elaboraron informes de calidad del dato para el seguimiento de estas incidencias.

  - A su vez, se ha detectado que la falta de validación en la entrada de datos, indicada previamente, permite una rendición asimétrica, en la medida en que se informaba de la

[134] Su esquema de funcionamiento ya se ha expuesto en relación el módulo de disponibilidad hospitalaria.

[135] Las cifras de disponibilidad y consumos comunicadas por CCAA y centros hospitalarios difieren entre sí. A este respecto, la información que enviaban las CCAA comprendía más aspectos. En consecuencia, no resultaba adecuada su utilización indistinta o el cotejo entre las dos fuentes como medio de validación de la información para su utilización en los informes de seguimiento sobre disponibilidad y consumo, como se indica en las alegaciones. Como se ha detallado, la D.G. de Cartera utilizó la cifra remitida por la CCAA.

[136] La interfaz de CMC solo toma en consideración el último envío realizado por cada remitente. A título ilustrativo, un centro hospitalario llegó a realizar 8 envíos sobre un mismo periodo en relación con sus existencias disponibles y consumo de suministros materiales.

disponibilidad de existencias de un determinado producto, pero no se aportaba el dato del consumo de la semana previa.

- Por otro lado, se detectan otros datos no congruentes como algunos hospitales que incluyen cifras de consumo de elementos como "*Respiradores"*, que no es un bien de naturaleza consumible.

A la vista de lo anterior, cabe afirmar que la utilización de esta aplicación comercial de encuestas satisfizo las necesidades del MSND como solución de emergencia para la recepción de información y el cálculo del reparto por criterios epidemiológicos, si bien no se planteó ni abordó posteriormente la puesta en marcha de otras herramientas más adecuadas para la gestión de las existencias y su distribución.

El procedimiento de envío de información por parte de CCAA y centros hospitalarios tuvo una periodicidad semanal hasta noviembre de 2021, momento en el que pasó a mensual. En líneas generales se cumplió con regularidad por las entidades participantes, salvo la Ciudad Autónoma de Melilla, que pese a depender su asistencia sanitaria de INGESA, solo envió la información correspondiente al 27 de marzo de 2020. En lo que respecta a los centros hospitalarios, este envío de información partió del Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que lleva el MSND con la colaboración de las CCAA. De la revisión efectuada se ha comprobado que el grado de cumplimiento ha sido elevado.

En cuanto a la utilidad contenida en CMC para el reparto por criterios epidemiológicos o en función de los *stocks* comunicados, su utilización se limitó al periodo entre su puesta en producción, el 14 de abril de 2020 y el 21 de junio de 2020, fecha a partir de la cual ya solo se distribuían los productos sobre los que el MSND tenía existencias suficientes, en caso de demanda de las CCAA. Sin embargo, hay que remarcar que, al mismo tiempo, durante todo el periodo que comprende la base de datos aportada (marzo 2020-marzo 2022), el MSND remitió a los Consejerías de las CCAA y Ciudades Autónomas un informe en el que se detallaba la disponibilidad de productos sanitarios y la duración estimada de las existencias de cada entidad participante, de acuerdo con el cálculo estimado en función de consumos anteriores comunicados a través del CMC. Se ha comprobado que estos informes eran congruentes con la información grabada en CMC.

Finalmente, en cuanto a la utilización de la información proporcionada por la aplicación, a la interfaz de explotación de datos han accedido 63 personas en todo el periodo marzo 2020-marzo 2022, de los que el 58 % se corresponde con accesos de personal directivo, sin que consten accesos del personal de la DG de Cartera, teóricamente principal usuario de este módulo de CMC, ni de las CCAA, lo que evidencia que se precisa una estrecha colaboración funcional-técnica para conseguir que las utilidades de las aplicaciones desarrolladas se ajusten a las necesidades funcionales.

Sí fue ampliamente utilizado por DG de Cartera y por las CCAA el espacio colaborativo, configurado al margen de la aplicación, en el que semanalmente se situaba una exportación en hoja de cálculo que contenía la información del periodo.

Una vez recibida la información sobre las necesidades, el reparto de materiales dentro del SNS se realiza como se ha descrito en el Diagrama Nº 17 anterior, de manera que, el sistema de gestión de existencias sirvió para el control de todos los materiales cualquiera que fuera su destino.

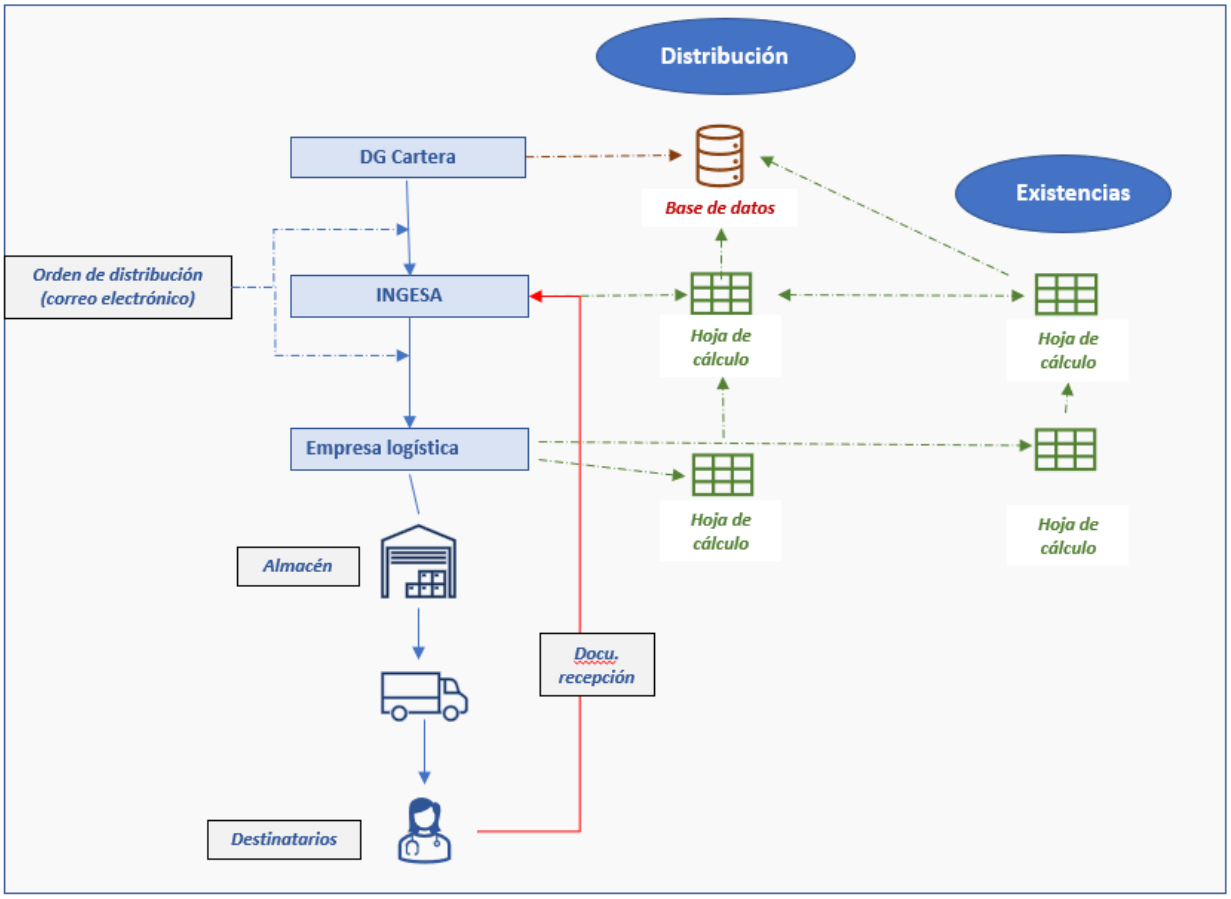
Debe destacarse que, además de distribuirse a entidades en el ámbito del SNS, esto es, CCAA y Ciudades Autónomas, también se distribuyó material a entidades ajenas al mismo desde los primeros meses de adquisición (Instituciones sin fines de lucro, Organizaciones no gubernamentales, otros ministerios, entidades locales, entre otras instituciones públicas y privadas).

Los cálculos de los parámetros establecidos para la distribución del material a las entidades del SNS se efectuaron con hojas de cálculo de aplicaciones ofimáticas comerciales y no se han hallado incidencias en los cálculos.

A partir del 21 de junio de 2020 se efectuó la distribución a demanda de aquellos productos sobre los que el Ministerio tenía un nivel de existencias suficiente. La petición se realizaba por las CCAA y Ciudades Autónomas los martes de cada semana por correo electrónico, cuyas limitaciones ya se han reseñado.

El sistema de información relativo al proceso de distribución y gestión de almacén de los productos se ilustra en el diagrama siguiente[137]:

DIAGRAMA Nº 18
PROCESO DE DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y GESTIÓN DE EXISTENCIAS



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar en el gráfico, para el seguimiento de la gestión y distribución de productos se elaboraron tres ficheros diferentes:

[137] Adicionalmente, en el caso de donaciones, en determinadas ocasiones, la distribución se realizó directamente por la propia entidad o empresa donante.

- La hoja de cálculo de la empresa de logística, contratada para la recepción, el almacenamiento y envío de las existencias, que disponía de su propia lógica de codificación.

- La hoja de cálculo de INGESA, que recogía los datos de la empresa logística, a los que tenía acceso en línea, complementándolos con otros como la identificación de los contratos o donaciones de los que procedía el material y los datos de los controles de calidad.

- La base de datos de la Dirección General de Cartera, que reproducía el trabajo de INGESA con estandarización adicional de determinados campos. Esta base es la que ha utilizado esta Dirección General para gestionar la distribución.

Como se deduce del gráfico, el proceso era el siguiente:

- La DG de Cartera establecía las cantidades a distribuir a las CCAA y, en su caso, a otras entidades (Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, entidades locales, Instituciones sin fines de lucro, otros Estados).

- INGESA controlaba la ejecución del contrato con la empresa de la logística, gestionaba los certificados de conformidad de los destinatarios finales e incorporaba los resultados de las comprobaciones de calidad a sistemas de seguimiento interno.

El MSND adquirió un total de 917 millones de unidades de suministros, destacando 717 millones de mascarillas quirúrgicas, 104 millones de mascarillas FPP2 y FFPP3, 8.049 respiradores y más de 4 millones de buzos, siendo distribuidas 625 millones de unidades de existencias, principalmente entre abril de 2020 y 2022.

Este Tribunal comparte la aseveración realizada en los escritos de alegaciones del MSND de que la situación a la que se enfrentaron las personas que tuvieron que gestionar la respuesta a la pandemia fue absolutamente excepcional por la magnitud de la emergencia, el reto que afrontaban y la complejidad para coordinar la respuesta, debiendo destacarse el gran esfuerzo realizado. En ese sentido, se comprende que en los primeros momentos se utilizaran cualesquiera medios disponibles. Sin embargo, , en lo que se refiere a la gestión de los recursos adquiridos no se reforzaron las herramientas que soportan la información de que disponían las dos unidades administrativas que realizaron la gestión (dependientes de INGESA y de la DG de Cartera) . Una hoja de cálculo de una herramienta ofimática comercial carece de propiedades necesarias para soportar el seguimiento de cientos de millones de elementos. El Tribunal identificó en las fuentes originales de la información de INGESA y la DG de Cartera que, en relación con varias categorías de productos y suministros, no se podía seguir la pista de auditoría. Por ello, se indicó por el INGESA en sus alegaciones que en 2024 “se prevé el desarrollo de una herramienta informática de seguimiento y control complementario” al de la empresa logística.

II.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD EXTERIOR

La CE[138] configura la sanidad exterior como una competencia exclusiva del Estado y la LGS[139] y la LGSP[140] la delimita indicando que forman parte de la misma todas aquellas actividades que se

[138] Ar. 149.1.16ª.

[139] Art. 38 y ss.

[140] Art. 36 y ss.

realicen en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros[141].

Por su parte, el RD 1418/1986, de 13 de junio, desarrolla las funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de sanidad exterior, centrándose el análisis en los sistemas de información vinculados con el control sanitario del tráfico internacional de personas en puertos y aeropuertos.

El ejercicio de las competencias relativas a sanidad exterior le corresponde a la Subdirección General de Sanidad Exterior (SGSE), que se ha mantenido durante el periodo fiscalizado bajo la dependencia de la DGSP del MSND.

La sanidad exterior en España se asienta sobre una estructura compleja:

- Una estructura central, la SGSE, dependiente, como ya se ha indicado, de la DGSP.

- Una estructura territorial, compuesta por las unidades administrativas de sanidad exterior, que están integradas en las Áreas de Sanidad de las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno en las CCAA y provincias y se encuentran adscritas orgánicamente al Ministerio de Política Territorial (MTER), a través de la DG de la Administración General del Estado en el territorio, pero que mantienen una dependencia funcional de la SGSE del MSND, que imparte las directrices del servicio desde un punto de vista técnico.

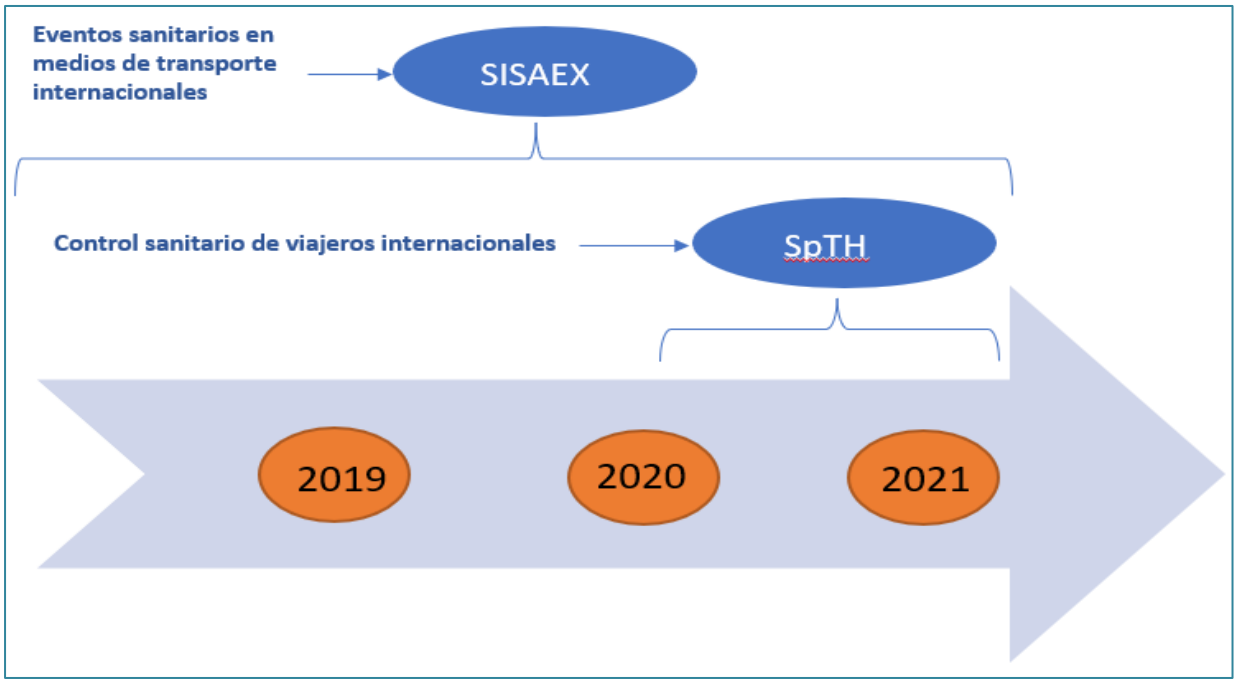
En esta materia, las unidades de sanidad exterior se activan en los supuestos de un evento de salud pública en fronteras, esto es, cualquier situación que se produce en un medio de transporte internacional, que tiene algún tipo de repercusión para la salud pública y que requiere de la actuación de sanidad exterior.

La pandemia de COVID-19 supuso un reto sin precedentes para la sanidad exterior, ya que la magnitud de la epidemia y sus características alcanzaron una dimensión excepcional, que afectaba a todos los flujos de viajeros, para lo que su estructura y medios no estaban dimensionados.

En consecuencia, y como respuesta a la pandemia de COVID-19, los controles en fronteras diseñados para evitar la propagación del virus, y con ellos los sistemas de información que permitieron su operativa, experimentaron una transformación radical. En este sentido, las aplicaciones informáticas vinculadas con los sistemas de información de sanidad exterior se esquematizan en el gráfico siguiente:

[141] En el Anexo 2 se relaciona la normativa de aplicación en el periodo.

DIAGRAMA Nº 19
ESQUEMA APLICACIONES INFORMÁTICAS
Sistemas de Información de Sanidad Exterior
(periodo 2019 – 2021)



Fuente: Elaboración propia.

El Sistema Informático de Sanidad Exterior (SISAEX)[142] permite el soporte de la actividad de los equipos de sanidad exterior en relación con los eventos sanitarios, mientras que *Spain Travel Health* (SpTH) se desarrolló para el soporte del control sanitario de viajeros internacionales en puertos y aeropuertos, y fue implementado como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

II.3.1. Análisis de los sistemas de información en materia de control de personas en medios de transporte internacionales

El sistema de información de sanidad exterior en materia de tráfico internacional de personas tiene como finalidad el almacenamiento y explotación de la información derivada de las actuaciones de los equipos de sanidad exterior en frontera en respuesta a un evento de carácter sanitario. Como ya se ha indicado anteriormente, la aplicación en producción antes y durante la pandemia del COVID-19 se denomina SISAEX.

El número de eventos de salud documentados en SISAEX fue más de 500 en cada uno de los ejercicios 2019, 2020 y 2021, como se recoge en el Anexo 31.

[142] Creado por la Orden SAS/3160/2009, de 16 de noviembre.

En su origen, esta aplicación tenía como finalidad la emisión de certificados y autorizaciones[143], y, posteriormente, se amplió su funcionalidad para documentar la respuesta a eventos sanitarios, fundamentalmente, a través del registro de los informes elaborados por los inspectores como resultado de sus labores de monitorización ordinaria y respuesta a eventos.

Respecto de estos procedimientos soportados por SISAEX en relación con esta materia se realizan las siguientes consideraciones:

- Los procedimientos generales descritos que se recogen en el Manual de alertas sanitarias en fronteras elaborado en 2012 no se encuentran actualizados, puesto que, entre otras cuestiones, carece de referencias a SISAEX como sistema informático aplicable, e incluso señala que los informes de las actuaciones realizadas elaborados por los inspectores se remitirán por correo electrónico a la SGSE.

- Asimismo, el *Manual de alertas* tampoco hace referencia a la automatización de la recepción de las Declaración Marítima de Sanidad (DMS), mediante su incorporación a la declaración única de escala que se presenta a través de la denominada *ventanilla única marítima-portuaria* (DUEPORT) que se constituye en la Autoridad Portuaria correspondiente.

- SISAEX fue diseñada con la finalidad de emitir certificados y autorizaciones en el marco de las funciones de sanidad exterior, y tiene una utilidad limitada en el marco de los controles sanitarios, puesto que es utilizada como simple soporte de actuaciones, incluso con las carencias respecto de esta función que se exponen más adelante. Dada la antigüedad y complejidad del desarrollo, SISAEX no era una aplicación adecuada para gestionar ni para evolucionar hacia las nuevas funcionalidades que se requerían como consecuencia de la situación epidémica, como fueron los controles de cuarentenas, los controles sanitarios en aeropuertos o la búsqueda de contactos en medios de transporte internacionales[144].

II.3.2. Soporte en los sistemas de información de las medidas adoptadas en los aeropuertos como consecuencia de la pandemia

II.3.2.1. REGISTRO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL TRÁNSITO EN EL PERIODO PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE LOS CONTROLES SANITARIOS EN AEROPUERTOS (ENERO-JUNIO 2020)

El primer protocolo adoptado por Sanidad Exterior para responder a la situación creada en los primeros días de 2020 en Wuhan se dicta el 28 de enero de 2020, dos días antes de la declaración de la ESPII por la OMA y se denomina *Procedimiento de Actuación de Sanidad Exterior ante el*

[143] Como son: 1) Salvoconducto Mortuorio; 2) Autorización de entrada de cadáveres; 3) Autorización de salida de cadáveres; 4) Solicitud de Traslado Internacional de cadáveres; 5) Certificado de Libre Plática; 6) Autorización de desembarco de cadáveres; 7) Autorización de desembarco de enfermos; 8) Autorización de salida; 9) Certificado de Abanderamiento; 10) Control Sanitario del Buque (Certificado de Exención de Control de Sanidad a bordo/ Certificado de Control de Sanidad a bordo); 11) Certificado de Inspección de Botiquines; 12) Formulario de Informe de Pruebas (FIP); 13) Certificado de Desinfección/ Desinsectación; 14) Despacho entrada piezas anatómicas; 15) Despacho salida piezas anatómicas.

[144] En el trámite de alegaciones se indica que SISAEX no fue el medio mediante el que se debía informar del seguimiento de las cuarentenas. No obstante conviene destacar que en diversos documentos del expediente contractual de SpTH, se aludía expresamente a SISAEX como la herramienta en la que se elaborarían los informes de los controles, circunstancia que no se produjo.

brote de infección respiratoria aguda por el nuevo coronavirus 2019nCoV[145] que fue renovado y actualizado sucesivamente, siendo la segunda versión de 10 de febrero de 2020.

En la actualización del Procedimiento de Actuación, comunicada el 10 de febrero de 2020, se incorpora la solicitud a la aerolínea de que todos los pasajeros y tripulantes cumplimenten durante el vuelo la ficha de localización de pasajeros (formulario de control sanitario -FCS-) que deberían ser entregadas a sanidad exterior a la llegada.

Sin embargo, SISAEX no permitía obtener una estadística de los controles efectuados que precisaba un análisis de los campos texto de los registros.

A su vez, en los procedimientos indicados se puso de manifiesto la falta de adecuación de SISAEX para esta materia, puesto que estos protocolos prevén que las comunicaciones de los equipos desplazados con la SGSE en relación con las actuaciones realizadas se efectúen por correo electrónico, quedando SISAEX fundamentalmente para el soporte del informe final. Adicionalmente sobre este punto, se considera que el correo electrónico no es el medio adecuado para la transmisión de este tipo de información que puede incluir datos sanitarios, ya que no garantiza ninguna trazabilidad, integridad y seguridad en la comunicación y registro de la información.

En marzo de 2020 se suspende el tránsito internacional de viajeros, y desde el 15 de mayo con la reapertura de vuelos internacionales como consecuencia de la nueva situación epidemiológica que se refleja en el Plan para la Transición a la nueva normalidad[146], se incluye la exigencia de que todas las personas procedentes del extranjero deberían guardar cuarentena los 14 días posteriores a su llegada.

II.3.2.2. REGISTRO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LOS CONTROLES SANITARIOS EN AEROPUERTOS (JULIO DE 2020 A DICIEMBRE DE 2021): IMPLANTACIÓN DE LOS CONTROLES SANITARIOS EN AEROPUERTOS, COSTES Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta la situación epidemiológica del momento, el 28 de abril de 2020 el Consejo de Ministros adoptó el *Plan para la transición hacia una nueva normalidad*, en el que comienza a contemplarse la reapertura del tráfico internacional de viajeros en un futuro cercano.

Para esta reapertura se planificó por el MSND un esquema de controles sanitarios de entrada en los aeropuertos que incluía un sistema para la gestión y monitorización del tránsito de viajeros, que, dada la estructura organizativa de sanidad exterior en la periferia, suponía la intervención de los dos ministerios implicados; MSND, como responsable funcional, y MTER, que es el Ministerio del que dependen los medios personales de sanidad exterior, así como del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana y el Ministerio del Interior.

De acuerdo con lo previsto Real Decreto-ley 21/2020, se suscribió el 26 de junio de 2020 el Convenio entre el MSND-DGSP y AENA SME SA, para el control sanitario de la entrada de pasajeros de vuelos internacionales en los aeropuertos gestionados por AENA SME, SA, que

[145] Este procedimiento mantenía los procedimientos ordinarios previos e indicaba que se consideraba más efectivo y menos costoso la vigilancia de los pasajeros en los puntos de origen que el *screening* en los puntos de entrada, sin medidas restrictivas.

[146] Aprobado por el Consejo de Ministros el 28 de abril de 2020.

contempló una duración de un año prorrogable por dos periodos de seis meses[147]. A tal efecto, AENA SME SA, se comprometía a la realización de tales funciones desde el punto de vista de la operativa aeroportuaria, mediante la aportación de los recursos humanos, sanitarios, materiales y de apoyo, entre ellos, la aplicación informática de gestión.

La disposición adicional primera del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, y, posteriormente la Ley 2/2021 concretaron que la recuperación de los costes derivados de la implantación de los controles sanitarios por AENA se tendría que llevar a cabo en el marco del Documento de Regulación Aeroportuaria (DORA) 2017-2021, o, si no fuese posible en este, podrían ser recuperados en cualquiera de los siguientes DORAs, previa supervisión de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia. En este mismo sentido, en base al Convenio entre el MSND y AENA SMS SA, la sociedad estatal tendría el derecho a recuperar los costes en que pudiera incurrir en el ejercicio de las obligaciones designadas por el Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de junio y concretadas en la cláusula segunda del mismo. Dicho convenio, firmado el 26 de junio de 2020 (BOE de 10 de julio) fue objeto de 4 adendas con una vigencia máxima de cuatro años y sustituido por un nuevo Convenio suscrito el 28 de junio de 2022, con vigencia de un año.

Los costes incurridos en la implantación de los controles y los sistemas informáticos[148], de acuerdo con la información remitida por AENA, fueron los siguientes en el periodo 2020- septiembre 2021:

CUADRO Nº 6
COSTES DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS CONTROLES SANITARIOS EN AEROPUERTOS
Período 2020 – septiembre 2021
(euros)

DESCRIPCIÓN GASTO	CONTABILIZADO AENA (PERIODO 2020 — SEPTIEMBRE. 2021)
Control primario	30.527.935,36
Control secundario	30.549.738,80
Control Prueba diagnóstica de Infección Activa (PDIA)	1.052.717,40
Aplicaciones informáticas	45.965,42
TOTAL	**62.176.356,98**

Fuente: Elaboración propia a partir de información de AENA.

Adicionalmente a estos importes, a partir de junio de 2021, se establece en el Convenio la cesión de la aplicación Spain Travel Health (SpTH) al MSND[149] y, posteriormente a dicha cesión, este ministerio adjudicó en 2021 contratos en relación con SpTH por importe de 3,7 millones de euros, con la finalidad de adaptarlo, entre otras medidas, a la validación de las las pruebas diagnósticas

[147] Hasta la firma del Convenio el inicio de las actuaciones necesarias se realizó en virtud de una carta encargo de fecha 19/6/2020 dirigida por el Secretario General de Sanidad al Presidente de AENA. Véase el informe del Tribunal de Cuentas número 1.490.

[148] Para más detalle sobre los costes incurridos por AENA y su recuperación a través del DORA, véase el informe 1.490 "https://www.tcu.es/repositorio/acdf0d46-c1d5-4a20-8281-8a447e54369c/I1490.pdf".

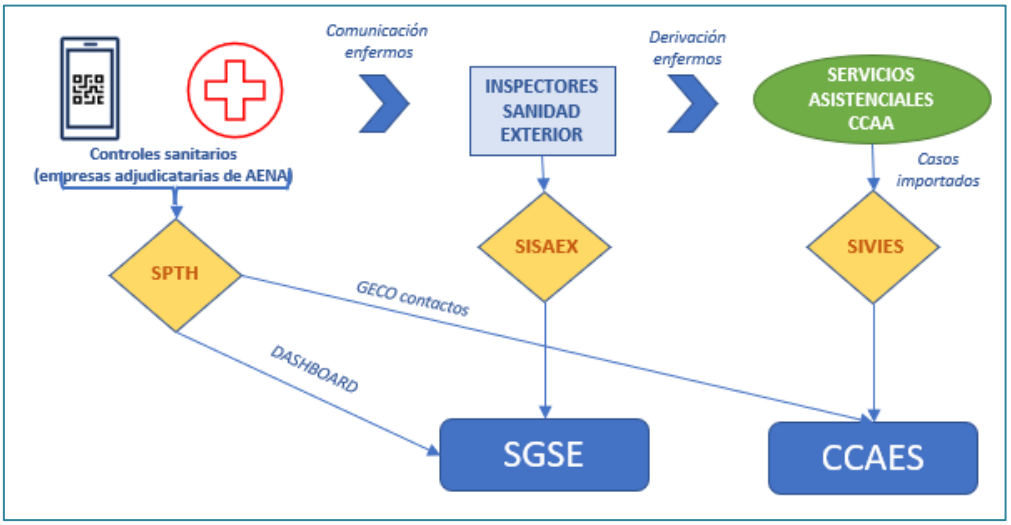
[149] De acuerdo con la redacción original y las sucesivas adendas al convenio, AENA SME SA cedía el sistema informático SPTH y su código fuente al MSND para realizar por cuenta de este último los desarrollos evolutivos necesarios para el cumplimiento. El convenio contemplaba que, a la finalización de la ESPII, la cesión finalizara, si bien el MSND podría solicitar una prórroga del periodo de cesión.

de Infección Activa (PDIAs) y de los certificados digitales aportados y para recoger la realización de test en los momentos de alta demanda, entre otros.

Por otra parte, los controles sanitarios en aeropuertos, como se ha indicado, se configuran en el Convenio MSND-AENA, en el que se definen las obligaciones que se asumen por ambas partes. El desarrollo de estas funciones se realiza mediante Resoluciones de la DGSP[150], en las que se estructuran los controles implantados en función de la experiencia adquirida, la disponibilidad de PDIAs para la realización de pruebas y, por supuesto, en función de la evolución de la pandemia.

El sistema de información en este caso se esquematiza en relación con las administraciones, unidades y aplicaciones informáticas que intervienen en el procedimiento del modo siguiente:

DIAGRAMA Nº 20
ESQUEMA DE FLUJOS DE LA INFORMACIÓN DE LOS CONTROLES SANITARIOS EN AEROPUERTOS



Fuente: Elaboración propia.

AENA SME SA encargó a una empresa externa, en el marco de un contrato adjudicado con anterioridad al periodo fiscalizado, pero en ejecución en 2020, el desarrollo de la herramienta denominada *Spain Travel Health* (SpTH), que es la aplicación diseñada para gestionar el flujo de entrada de pasajeros de viajeros internacionales en España. Esta aplicación fue empleada durante todo el periodo de pandemia para el soporte del control sanitario de viajeros internacionales en los aeropuertos.

SpTH permitió a través de un formulario web o de una aplicación para teléfonos inteligentes que el viajero facilitase su información personal, de contacto en destino, del vuelo y asiento, así como la respuesta a preguntas relativas a su estado de salud y contactos. Estos datos se convertían a un código QR digital que era escaneado en los controles del aeropuerto a su llegada. Debe destacarse muy positivamente el diseño del soporte de los controles en un sistema operable multiplataforma y

[150] Véase el Anexo 2.

omnicomprensivo[151], que supuso un factor que coadyuvó a que pudiera existir movilidad de pasajeros, incluidos turistas, en un contexto sanitario muy difícil.

El sistema destacaba por su flexibilidad y adaptación a las diferentes necesidades, siendo objeto de mejoras introducidas en los meses siguientes a su creación. Así, en posteriores evoluciones de SpTH se incluyó la posibilidad de adjuntar resultados de PDIAs acreditativas o el certificado COVID-19 digital.

SpTH se diseñó para documentar la actividad operativa ordinaria de las empresas adjudicatarias de los contratos y con ello permitió la gestión de los flujos de viajeros a través de los controles sanitarios establecidos. Sin embargo, en el análisis de la información grabada en la base de datos de SpTH, que se expone a continuación, se ponen de manifiesto carencias en el diseño de la aplicación en relación con la trazabilidad de la información y la realización de estadísticas precisas para el seguimiento y explotación analítica de la información, si bien hay que tener en cuenta que el diseño, desarrollo y puesta en producción de SpTH se efectuó en un periodo de tiempo extremadamente ajustado (40 días para su primera versión) teniendo en cuenta la dimensión del proyecto tecnológico, desde el punto de vista del número de usuarios potenciales, la actividad y registros a gestionar y la necesidad de su adaptación frecuente al contexto sanitario en cada periodo, lo cual se considera un hito a remarcar.

Adicionalmente, debe indicarse que SpTH fue desarrollado por AENA SME SA, con la supervisión de la Sub. Gral. de Sanidad Exterior, para la gestión ordinaria de los operadores de los controles sanitarios, sin que se habilitase la posibilidad de que los servicios territoriales de sanidad exterior grabasen su actividad como supervisores de estos controles sanitarios, ni en su papel de agentes de la autoridad en el caso de derivación de un enfermo a los servicios asistenciales de las CCAA. El registro de estas actuaciones se mantuvo en SISAEX y en informes específicos, sin que existiera interoperabilidad alguna entre aplicaciones, lo que incrementaba el riesgo de discrepancia de fuentes de información sobre una misma actividad e incrementaba el coste en términos de horas de trabajo de todos los agentes intervinientes.

Como resultado de lo expuesto, fue necesario un intensísimo trabajo de supervisión y análisis funcional del desarrollo informático por parte de la SGSE y de la Secretaría General de Salud Digital, que contaban con personal y medios técnicos insuficientes. En particular, la SGSE carecía de personal con perfil funcional con experiencia previa en la coordinación del desarrollo de proyectos tecnológicos.

II.3.2.3. ANÁLISIS DE SPAIN TRAVEL HEALTH (SPTH)[152]

A continuación, se expone el resultado de los trabajos realizados en relación con el procedimiento indicado:

[151] Además, el sistema recibió valoración muy positiva por una entidad internacional calificadora del transporte aéreo y galardones de innovación.

[152] El análisis se ha realizado sobre una copia de seguridad de la base de datos de fecha 28/2/2022.

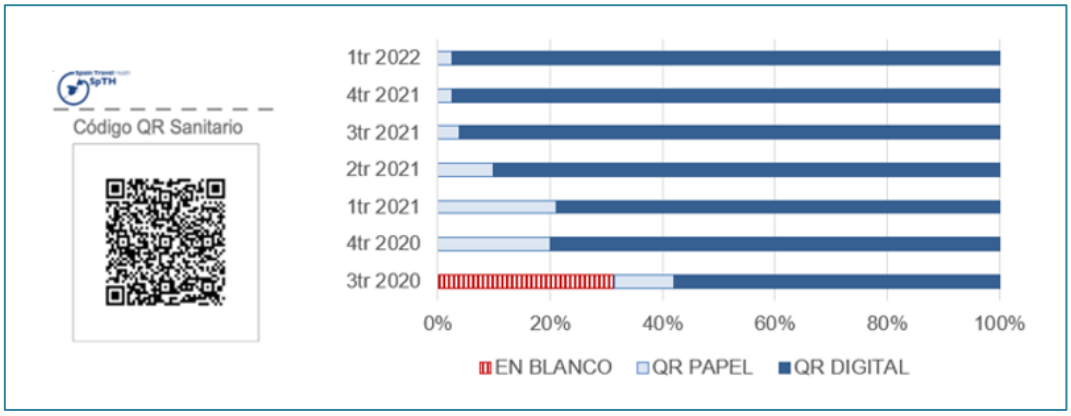
II.3.2.3.a) Generación del código QR

El sistema recogía información aportada por el viajero vía aplicación móvil o web[153] que fue evolucionando de acuerdo con la evolución de la emergencia sanitaria. Este Formulario de Control Saniario (FCS) fue evolucionando en cuanto a la información requerida de acuerdo con los conocimientos adquiridos respecto del contagio del virus.

Como consecuencia de la información ingresada, la aplicación generaba un código QR al pasajero con el que agilizar su tránsito por los controles a la llegada al aeropuerto de destino. Pese a que inicialmente se preveía que el código QR fuese la única vía posible, la realidad (países de origen con dificultades de acceso a internet, aerolíneas que no lo exigían en origen) determinó que la opción de presentar el FCS cumplimentado en papel, se mantuviese en el tiempo.

La evolución se muestra en la siguiente tabla, en la que progresivamente se puede apreciar la evolución positiva de la implantación del QR digital de acuerdo con la información recogida en SpTH:

DIAGRAMA Nº 21
EVOLUCIÓN IMPLANTACIÓN QR DIGITAL
SpTH – Controles sanitarios en aeropuertos españoles
(porcentaje número de QR en digital sobre QR en papel)



Fuente: Elaboración propia a patir de BBDD SpTH.

Como se muestra en el gráfico se ha detectado la existencia de registros sin información un 31,34 % (1.072.775 registros) en el tercer trimestre de 2020, que se corresponden fundamentalmente con el periodo inicial de implantación de los nuevos controles.

II.3.2.3.b) Llegada de viajeros y control primario

Respecto de la llegada de viajeros internacionales se han comparado los datos que figuran en la web de AENA respecto de los que se incluyen en el panel de control de SpTH (denominado *Dashboard*) utilizado por MSND, obteniéndose una diferencia del 2,5 % en el segundo semestre de 2020 y del 1,18 % en 2021, sin que haya sido posible conciliar las diferencias.

[153] Esta información incluía datos identificativos del viajero, de contacto, información del vuelo, así como un formulario de control sanitario (FCS), que contenía parámetros para detectar una sospecha de infección activa.

Asimismo, en una conciliación adicional efectuada con la información procedente de la empresa adjudicataria de los controles, si se toma como referencia el desglose del número de QR escaneado (viajeros que cruzaron el control primario) en los ejercicios 2020 (segundo semestre) y 2021, las divergencias suponen un 5 % del total, tomando como referencia los datos del *Dashboard*.

Se identifican discrepancias diarias durante todo el año 2021 en los datos registrados en el sistema de QR escaneados con respecto a las magnitudes del *dashboard* (en torno a 3.485 en promedio de viajeros más según el referido *dashboard* que los QR registrados)[154].

Adicionalmente, se han identificado, otras incidencias, entre las que cabe destacar la falta de fiabilidad de la información sobre el asiento del viajero en la aeronave (el asiento 1-A se ha reportado en una proporción 30 veces superior a la que hubiera correspondido[155]), afectando a la potencial traza de los contactos, valores ilógicos de fechas de llegada y la falta de calidad de los datos identificativos o de contacto con viajeros[156]. En este sentido, la información de SpTH no permitió realizar ningún seguimiento del 16 % de los viajeros que debían cumplir cuarentena.

II.3.2.3.c) Control secundario

En el control secundario se realizaba la evaluación clínica del viajero por el personal sanitario de la empresa externa adjudicataria del contrato correspondiente. De la revisión de la información se deduce que hasta marzo de 2021 no estuvo plenamente operativa en SpTH una utilidad para recoger la evaluación sanitaria realizada por el control secundario por lo que previamente se utilizaban los medios de la empresa adjudicataria, sin que esta información se haya volcado posteriormente en SpTH, lo que impide reconstruir el volumen de su actividad a través de esta herramienta[157]. En consecuencia, los datos de SpTH correspondientes a 2020 no recogen el número de controles efectivamente realizados por las empresas de control secundario:

En 2021, a pesar de la implantación de esta mejora en el sistema, siguieron persistiendo las diferencias entre los datos grabados en SpTH y los aportados por la empresa adjudicataria del control secundario. En porcentaje, partiendo de los datos de la empresa adjudicataria sobre pasajeros sujetos a control secundario, los casos remitidos por el control primario alcanzaron en torno a un 0,43 %-0,45 % del total de pasajeros que atravesaron los controles primarios en el periodo 2020-2021, según si se toma como referencia la cifra de viajeros según SpTH (37.316.413 personas) o los de la empresa adjudicataria (35.409.144 viajeros).

[154] En el Anexo 32 del informe se recoge una representación gráfica.

[155] En alegaciones se apunta que el dato del asiento era obligatorio hasta abril de 2022, pero se podía cumplimentar con posterioridad, una vez el viajero dispusiera del mismo ya que el número del asiento era totalmente dependiente del modelo y configuración de los aviones, por lo que la aplicación de reglas de calidad en la entrada revestía gran complejidad, y que, adicionalmente, para facilitar el control de viajeros, se disponía en SpTH de una funcionalidad que mostraba asientos cercanos a un pasajero que estuvieran en la misma fila que otro, de forma que permitía identificar contactos estrechos. Al respecto hay que indicar que los datos analizados muestran que el dato del asiento 1-A mantiene la proporción indicada, lo que implica que la modificación con posterioridad no se llevaba a cabo.

[156] Véase Anexo 33.

[157] En el trámite de alegaciones, el MSND indicó que esta funcionalidad se activó el 28 de octubre de 2020, aunque hasta principios de 2021 la Subdirección General no tuvo acceso a las tablas, por lo que no era posible disponer de información de 2020 a través de SpTH, lo que ha impedido comprobar el volumen de actividad en ese periodo.

II.3.2.3.d) Realización de pruebas de detección de infección activa (PDIAs) en el aeropuerto de llegada

Del análisis de las tablas de SpTH respecto de las PDIAs realizadas entre el 23/11/2020 y el 28/02/2022 se desprende que aquellos registros de antigüedad superior a tres meses se transferían para su almacenamiento a una tabla histórica en la que no se mantenían los posibles datos identificativos y tampoco el campo de información sobre derivación directa a Sanidad Exterior (en caso de que el resultado de la prueba hubiera sido positivo)[158]. Por tanto, SpTH no permite conocer con fiabilidad suficiente el número total de pasajeros derivados en todo el periodo a Sanidad Exterior desde el área de test.

A su vez, en las tablas consta un número de controles aleatorios que no coincidía con los porcentajes de viajeros instruidos por la SGSE[159].

Adicionalmente se señala que entre el 9 de junio y el 29 julio de 2021, no hay pruebas volcadas en el sistema, que, sin embargo, sí figuran en la hoja auxiliar de control que elaboraba la SGSE [160].

II.3.2.3.e) Cuarentenas

Para el seguimiento y control de las cuarentenas se celebró un acuerdo con el Ministerio de Defensa para el seguimiento de estas cuarentenas. Se elaboró por la SGSE un protocolo en el que el Ministerio de Defensa asumía el seguimiento de la cuarentena y la comunicación de las incidencias al MSND, que era, según el protocolo, el encargado de enviar los datos de las personas que debían ser objeto de seguimiento, comunicar a las CCAA a través del CCAES las cuarentenas iniciadas y gestionar las denuncias que pudieran ser pertinentes. Del análisis de la información se deduce que de los viajeros en cuarentena (del 22/02/2021 al 16/08/2021), solo contaban en SpTH con datos válidos de localización para el 84 %.

En este sentido, el seguimiento se sustentó en hojas de cálculo elaboradas con aplicaciones ofimáticas comerciales, cuestión que pese a ser una solución de urgencia que puede estar justificada en un primer momento ante la magnitud de la emergencia, se continuó todo el periodo fiscalizado, sin que se desarrollase un sistema de información que facilitase el procedimiento de seguimiento y de comunicaciones, para esta ni para las cuarentenas aprobadas posteriormente. Este tipo de hojas no aseguran un mínimo de trazabilidad, integridad y seguridad. No consta ningún registro de expedientes sancionadores iniciados por potenciales incumplimientos de las cuarentenas.

[158] En el trámite de alegaciones el MSND señaló que esa información sí está disponible en otra tabla de base de datos del sistema, denominada “Historia clínica”. Sin embargo, tomando como referencia un mismo periodo, no concuerda el número de pacientes derivados directamente a Sanidad Exterior al comparar los campos de las tablas de la base de datos indicadas por el MSND en su escrito.

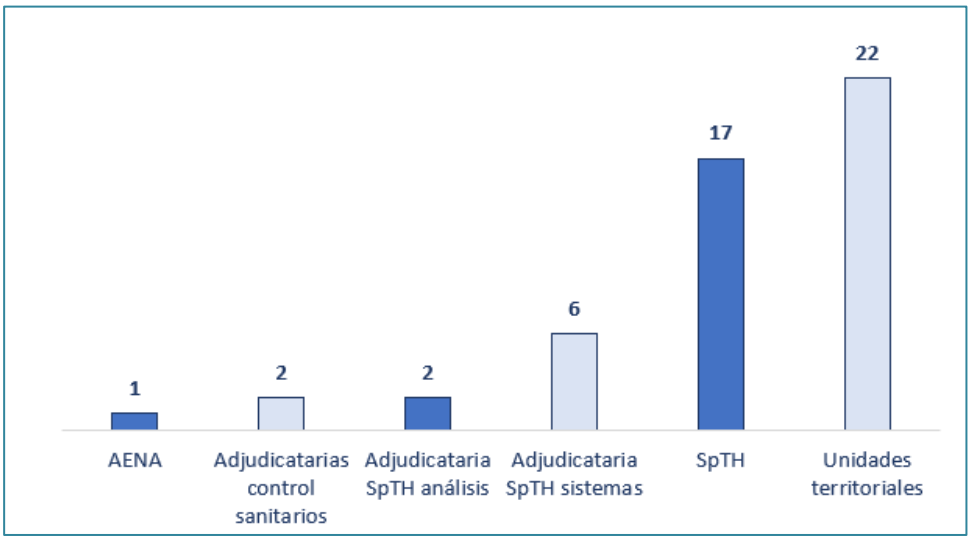
[159] El MSND manifestó en el trámite de alegaciones que en los países que no tenían fijado un porcentaje del 99 % en periodos punta de tránsito se podía reducir el porcentaje de aplicación para agilizar el tránsito, según la Resolución de aplicación. Sin embargo, incluso en los países de origen con un porcentaje de revisión del 99 %, sobre los que no se preveía reducir el porcentaje real, el control efectivo realizado fue menor al previsto en la regla de aplicación.

[160] Véase mayor detalle relativo a la calidad del dato en Anexo 33.

II.3.2.3.f) Seguimiento de los controles sanitarios establecidos en aeropuertos

Sobre las fuentes de información a efectos de la monitorización del alcance de los controles y explotación de la información generada, se muestran en el gráfico siguiente los informes recibidos diariamente para el seguimiento y análisis en la SGSE:

DIAGRAMA Nº 22
INFORMES DIARIOS RECIBIDOS POR SANIDAD EXTERIOR
Categorización por origen del informe
(número de informes)



Fuente: Elaboración propia respecto del 2 de diciembre de 2021.

Del análisis de la información se desprende lo siguiente:

- En el desarrollo de SpTH se priorizó la respuesta urgente a la operatoria de los controles sanitarios, sin que se tuviesen en cuenta suficientemente las necesidades de seguimiento y análisis de la información por parte de la SGSE, que se fundamentó en la revisión de los informes recibidos por correo electrónico, que como ya se ha señalado en el curso de este informe, no es un medio idóneo, ya que no garantiza una adecuada integridad, trazabilidad, autenticidad y seguridad en la transferencia de información. A este respecto, el personal funcional de la SGSE careció de acceso directo a una copia de la base de datos de SpTH en el periodo fiscalizado, pese a que fue solicitado por la propia SGSE a los responsables de la Secretaría General de Salud Digital para la valoración sanitaria de la misma. La SGSE realizó el análisis y seguimiento de la operatoria de los controles sanitarios mediante la agregación en hoja de cálculo de los volcados diarios de SpTH que les proporcionaba la empresa adjudicataria a través de AENA. Cabe destacar que los informes estadísticos de seguimiento realizados por la SGSE se basaron durante todo el periodo fundamentalmente en la información agregada de este volcado.

- En el caso de los informes de los adjudicatarios de los controles sanitarios, en los respectivos contratos se estableció la posibilidad de que los informes diarios resultantes se remitiesen a la SGSE a través de SISAEX, previsión que no llegó a concretarse, y, como consecuencia, se recibían por correo electrónico desde AENA. A este respecto, la falta de interoperabilidad y flexibilidad de SISAEX supone una debilidad del sistema de información de sanidad exterior.

- En el caso de los informes de los servicios territoriales de sanidad exterior, en su función de supervisión y de derivación de enfermos a los servicios asistenciales, también fue necesaria su supervisión individual y agregación posterior, nuevamente por la falta de flexibilidad de SISAEX para proporcionar los informes necesarios, lo que incrementó el riesgo de error y conllevó una mayor carga de trabajo, tanto para los servicios centrales como para los territoriales del MSND.

Este procedimiento, que cabe calificar de complejo, se mantuvo incluso cuando se desarrolló una utilidad denominada "*dashboard*" que permitía una visualización estadística del proceso. Nuevamente, se pone de manifiesto la necesidad de un análisis flexible del personal de perfil tecnológico y el destinatario del sistema (funcional) de las necesidades en materia de seguimiento y análisis estadístico de la información, que eviten complejos procesos de validación, consolidación y seguimiento. Posteriormente se produjo el desarrollo del "*Portal de Informes",* para mejorar la explotación estadística, en producción a partir de agosto de 2021.

A este respecto, no parece una práctica adecuada el hecho de que la unidad administrativa responsable de coordinar los controles higiénico-sanitarios (la SGSE) tuviera un acceso con tanta demora al portal de informes (hasta agosto de 2021) y a una base de datos agregada de los registros del sistema SpTH para efectuar análisis epidemiológicos específicos (noviembre de 2021), teniendo en cuenta que el control sanitario de viajeros finalizó en octubre de 2022.

Finalmente, se señala nuevamente la insuficiencia del personal de la SGSE, especialmente acusado en lo que se refiere a personal con un perfil profesional adecuado para participar en la implementación de proyectos tecnológicos, puesto que en la práctica tres funcionarios debían atender el diseño evolutivo de SpTH en función de la situación de la pandemia, la supervisión del funcionamiento de los controles sanitarios y de los equipos de sanidad exterior y el análisis estadístico de la información. En este sentido, dichos empleados públicos tenían perfil funcional sanitario, sin que el MSND los dotara de capacitación específica en relación a la participación y coordinación de proyectos tecnológicos.

Como resultado del complejo acceso a la información se han identificado diferencias que no han podido ser conciliadas entre las diversas fuentes referidas que se detallan en el Anexo 34.

II.3.3. Soporte en los sistemas de información y seguimiento de las medidas adoptadas en los puertos como consecuencia de la pandemia

El Real Decreto-Ley 21/2020, en su disposición adicional segunda, atribuyó a las Autoridades Portuarias y al Ente Público Puertos del Estado, la puesta a disposición de los recursos necesarios a Sanidad Exterior para el control higiénico-sanitario de los viajeros, produciéndose la reapertura del tránsito, salvo cruceros, el 1 de julio de 2020[161].

El modelo que se implantó, distinto del previsto para el tránsito aéreo, consiste en el desarrollo por el ente Puertos del Estado de una herramienta específica, "SpTH-marítimo" y la implantación de controles sanitarios, por parte de cada Autoridad Portuaria.

De este modo, los controles sanitarios en puertos supusieron el control a bordo por las navieras de la identificación del pasajero y su código QR, mientras que, en las terminales portuarias, los controles consistieron en la toma de temperatura y, en su caso, la valoración sanitaria realizada por

[161] Resolución de 29 de junio de 2020, de la DGSP, Calidad e Innovación, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España.

personal médico contratado externamente en el control secundario por cada Autoridad Portuaria, como muestra el diagrama:

DIAGRAMA Nº 23
ESQUEMA CONTROLES SANITARIOS EN PUERTOS ESPAÑOLES
SpTH Marítimo



Fuente: Manual SpTH.

En la tabla siguiente se presentan, en síntesis, los importes de los contratos adjudicados por las Autoridades Portuarias durante el periodo 2020-2021 para la implantación de estos controles secundarios:

CUADRO Nº 7
IMPORTE DE LA CONTRATACIÓN PARA CONTROLES SECUNDARIOS POR PARTE DE LAS AUTORIDADES PORTUARIAS
Período 2020 – 2021
(euros)

AUTORIDAD PORTUARIA	IMPORTE TOTAL	% INVERSIÓN
Alicante	26.541,15	3,95
Almería	15.000,00	2,23
Bahía de Algeciras	9.155.46	1,36
Baleares	151.749,00	22,59
Barcelona	196.705,65	29,28
Bilbao	123.523,25	18,39
Santander	78.599.23	11,70
Valencia	70.591,75	10,51
TOTAL	**584.110,80**	**100,0**

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, como se ha indicado previamente, Puertos del Estado, con el asesoramiento funcional de la SGSE y técnico de la Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS desarrolló una herramienta específica, denominada "SpTH-marítimo". El importe de los contratos adjudicados (excluido el IVA) ascendió a 249.690 euros, con un primer contrato de desarrollo por importe de 188.000 euros y uno segundo de adaptación a la validación de los certificados COVID-19 digitales[162].

Es importante destacar que, durante el periodo fiscalizado, los datos de los que dispuso la SGSE fueron los que procedían de informes periódicos y resúmenes de cifras del tránsito de viajeros proporcionados por Puertos del Estado. El personal de la Sub. Gral. de Sanidad Exterior no dispuso de acceso a la aplicación y en octubre de 2022, cuando se dieron por finalizados los controles sanitarios a viajeros internacionales, pese a que el traspaso de las bases de datos al MSND por parte del Ente Puertos del Estado, que según las alegaciones de este Ente tuvo lugar en abril de 2022. Estas circunstancias impidieron un análisis y estudio por parte de la unidad administrativa responsable de coordinar el control sanitario de viajeros de procedencia internacional, mientras se encontraron operativos los controles.

En el Anexo 35 del informe, se muestra el resultado de los controles sanitarios realizados.

La limitada información de la que dispone la SGSE en relación con los controles sanitarios marítimos a través de informes de Puertos y sin acceso directo a la aplicación, unida a la falta de fiabilidad y detalle de la información grabada en SISAEX determina que no sea posible la conciliación entre ambas fuentes.

La entrada a puertos españoles de los buques de pasaje tipo cruceros se reinició a partir del 7 de junio de 2021[163], sin que se aplicasen los controles sanitarios expuestos anteriormente, sino que los controles se realizaron por las navieras de acuerdo con el protocolo recogido en el documento *Medidas sanitarias para el restablecimiento de los cruceros internacionales* elaborado por el MSND.

II.3.4. Soporte en los sistemas de información y seguimiento de las medidas adoptadas en relación con el tránsito internacional de pasajeros por vía terrestre como consecuencia de la pandemia

España tiene frontera terrestre con Francia, Portugal y con Marruecos, en este caso en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Durante el periodo fiscalizado el tránsito terrestre con Marruecos no estuvo abierto al tránsito con posterioridad a marzo de 2020.

[162] El segundo contrato fue adjudicado en 2022 por importe de 61.690 euros.

[163] Resolución de 27 de mayo de 2021, de la Dirección General de la Marina Mercante, por la que se adoptan medidas sanitarias para los buques de pasaje tipo crucero. La actividad de los cruceros había sido suspendida mediante la Orden PCM/216/2020, de 12 de marzo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 12 de marzo de 2020, por el que se establecen medidas excepcionales para limitar la propagación y el contagio por el COVID-19, mediante la prohibición de entrada de buques de pasaje procedentes de la República italiana y de cruceros de cualquier origen con destino a puertos españoles, y prorrogada posteriormente a través de la Resolución de 23 de junio de 2020, de la Dirección General de la Marina Mercante, por la que se establecen medidas restrictivas a los buques de pasaje tipo crucero, para afrontar la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

En el caso de Portugal y Francia, los tratados internacionales en vigor[164] (Acuerdo de Schengen) permiten el libre tránsito entre los países firmantes, aunque reconoce a los países la potestad de imponer controles durante un periodo limitado por razones de seguridad nacional.

En este sentido, en el marco de las medidas excepcionales adoptadas como consecuencia de la pandemia, entre ellas, a destacar los periodos en los que estuvo en vigor el Estado de Alarma (marzo-junio de 2020 y octubre 2020-mayo 2021)[165], se establecieron limitaciones al libre tránsito de viajeros, tanto de salida de España, como de entrada por vía terrestre procedentes de Francia y Portugal por razones sanitarias. En la medida en que la AGE carece de dependencias y unidades administrativas de Sanidad Exterior en las fronteras terrestres con estos Estados, no hubo un control higiénico-sanitario específico como el previsto para la vía aérea y marítima en los periodos de limitación de tránsito, sino que el control se ejerció por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y, por tanto, no se recogen en ningún sistema de información del MSND, careciendo, por tanto el Ministerio de información sobre los controles que se realizaron, sobre el número de personas controladas y el resultado de estas actuaciones[166].

II.3.5. Sistemas de información en relación con "casos importados COVID-19"

Los controles establecidos en los puertos y aeropuertos tenían como objeto prevenir la entrada de viajeros con COVID-19. Hay que tener en consideración, sobre este particular, la naturaleza del proceso clínico del COVID-19, con un periodo de incubación asintomático en el que las pruebas diagnósticas no permiten la detección del virus en una persona (viajero en este caso).

En relación con los casos importados de los que se tiene constancia por haberse notificado al ISCIII o al MSND por los servicios asistenciales o de salud pública de las CCAA o que han sido derivados a su entrada en el país, de acuerdo con los sistemas de información implicados, se efectúan las siguientes observaciones:

- Una fuente de información procede del informe COVID que era emitido por el CNE del ISCIII, a partir de su herramienta SIVIES. En este sentido, SIVIES recoge la información remitida por las CCAA en la que se declara si un caso de COVID-19 es importado. Sin embargo, en la ficha incluida en el protocolo aprobado no se incluye el detalle de la vía de entrada (aérea, marítima o terrestre). En relación con esta información, en la revisión realizada se ha observado que en el 22,7 % de los casos notificados de COVID-19 por las CCAA a SIVIES, estas no completaron el campo de información en el que se especifica si es un caso importado o no. Asimismo, como se ha indicado previamente, en SIVIES no existen datos identificativos del enfermo y, como consecuencia, no es posible su conciliación con las otras fuentes de información, entre ellas las dos herramientas de

[164] Acuerdo de Adhesión del Reino de España al Convenio de Aplicación del Acuerdo de Schengen. Instrumento de ratificación de 23 de julio de 1993 (BOE núm. 81, de 5 de abril de 1994): "https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/tramites-y-gestiones/extranjeria/acuerdo-de-schengen/#:~:text=El %20Acuerdo %20de %20Schengen %20es,exteriores %20(con %20terceros %20pa %C3 %ADses)".

[165] Véase Anexo 2.

[166] En el trámite de alegaciones, el MSND aclaró que, con posterioridad al periodo fiscalizado, se implantó una adaptación de SpTH+ en el ejercicio de los controles sanitarios de las fronteras terrestres de Ceuta y Melilla en el año 2022. El sistema estuvo activo desde el inicio del tránsito terrestre con Marruecos, el 17 de mayo de 2022, hasta la supresión de los controles sanitario de viajeros en octubre de 2022. Este sistema fue una adaptación de SPTH (adaptación del formulario y lectura de QR mediante la propia aplicación en un dispositivo móvil, debido a la complejidad de montar equipos fijos con la web de operadores de SpTH en la frontera terrestre)".

Sanidad Exterior (SISAEX y SpTH). De acuerdo con el informe 532 del CCAES[167] el número de casos importados fue de 21.005 individuos y, atendiendo al informe 111 del ISCIII, 21.206 de acuerdo con el ISCIII[168].

- En la base de datos de SPTH los datos de derivaciones a CCAA no forman parte de los que se incluyen en la utilidad estadística *dashboard*. A este respecto, la información es grabada principalmente por los empleados de las empresas adjudicatarias de los contratos de los controles sanitarios y, como se ha indicado, es poco precisa y con defectos de calidad. Asimismo, como también se ha señalado, en la copia de la base de datos facilitada al Tribunal, en concreto en la tabla que almacena el historial correspondiente a la derivación desde el área de test no constaba el campo en el que se recoge la información sobre derivación[169]. Por tanto, SpTH no permite conocer con fiabilidad suficiente el número total de pasajeros derivados finalmente a los servicios sanitarios de las CCAA procedentes de los controles documentados en el sistema.

- La información de la SGSE se sustenta en los informes preparados por las unidades de sanidad exterior en el territorio. A este respecto, no ha sido posible extraer de los registros de SISAEX el número de casos de COVID-19 "importados", ya que este sistema no permite la diferenciación de las actuaciones por COVID-19 respecto del resto, por lo que fue necesaria su depuración manual por la SGSE en base a los informes individuales de cada actuación realizados por los servicios territoriales.

Atendiendo a lo expuesto anteriormente, el grado de coordinación en relación con la información sobre casos importados es insuficiente, ya que Sanidad Exterior y el CNE del ISCIII operan como compartimentos estancos, pese a encontrarse ambos bajo la dependencia funcional de la DGSP del MSND en este ámbito. A este respecto, sin perjuicio de que las competencias asistenciales y de salud pública correspondan a las CCAA, si Sanidad Exterior identificaba un caso, hasta que la CCAA no lo confirmaba y comunicaba a la RENAVE, no era conocido por el CNE y, adicionalmente, Sanidad Exterior carecía de información sobre casos importados comunicados por las CCAA, lo que redunda en unos procedimientos que no son acordes con los principios de buena gestión y el de coordinación, sin que se haya explorado la solución de sistemas en que la información sea interoperable con flujos de información en tiempo real.

II.3.6. Sistema Informático de Sanidad Exterior (SISAEX)

II.3.6.1. PUESTA EN PRODUCCIÓN Y FINALIDAD

SISAEX está integrado por los módulos de mercancías, higiénico-sanitario (SISAEX-AHS) y vacunas (SISAEX-VAC), por ello es preciso remarcar que las observaciones de este subepígrafe se refieren en exclusiva al módulo denominado "actuaciones higiénico-sanitarias" (AHS) y más

[167] Informe "Actualización nº 532. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 29.12.2021 (datos consolidados a las 19:00 horas del 29.12.2021)".

[168] Informe 111 "Situación de COVID-19 en España a 29 de diciembre de 2021" (ISCIII).

[169] En sus alegaciones el MSND reitera que "la base de datos de pruebas diagnósticas de SpTH sí permitía la extracción de los viajeros con test positivo que se derivaban a las CCAA", pero que "el dashboard no tenía estos datos porque se utilizaba para la operativa del control primario y del área de test, pero solo de test realizados y sus resultados". Sin embargo, tomando como referencia un mismo periodo en el que constan datos de ambas fuentes, no coincide el número de pacientes derivados directamente a CCAA.

concretamente en relación con las actuaciones relacionadas con el tránsito internacional de personas[170].

Es preciso destacar que el uso de SISAEX difiere según la vía de acceso de los viajeros:

- El ámbito de uso principal de SISAEX es el de los pasajeros y tripulaciones que llegan a territorio nacional por vía marítima, en la medida en que el Reglamento Sanitario Internacional estaba más detallado para esta modalidad de tránsito. A este respecto, SISAEX sustentaba la expedición de documentos en el marco del tránsito de viajeros y buques, entre ellos las DMS.

- Por medios aéreos, debido a la dinámica del tránsito de viajeros (masivo en cuanto a volumen y ágil en los tiempos de gestión), el uso de SISAEX se producía como herramienta de registro de incidencias gestionadas por las unidades de sanidad exterior, sin que existiera ningún procedimiento automatizado ni otro origen de eventos (servicios autonómicos, aerolíneas, entre otros potenciales).

- Por medios terrestres, no consta ningún registro en SISAEX. Cabe destacar que solo existen fronteras terrestres ajenas al tratado de Schengen en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, sin que existan dependencias de sanidad exterior en los puestos fronterizos con Francia y Portugal.

En materia organizativa, el responsable del servicio, de la información y del sistema de SISAEX es la SGSE, pero es el personal de los servicios territoriales de sanidad exterior el usuario ordinario de la misma.

La primera versión de esta aplicación en su configuración actual se puso en producción en 2010, mientras que para SISAEX IV la puesta en producción se llevó a cabo en 2013. Por tanto, el núcleo de la versión vigente en 2024 cuenta con una década de antigüedad, sin perjuicio de los evolutivos que se han incorporado en este periodo, con una tecnología anticuada.

SISAEX no es interoperable con otras aplicaciones relacionadas con las funciones del propio MSND como SIVIES (gestionada por el ISCIII para vigilancia epidemiológica) o SpTH. Asimismo, se realiza telefónicamente la comunicación de las alertas a los servicios asistenciales de las CCAA para la derivación de enfermos, lo que limita la trazabilidad y seguimiento de dichas derivaciones.

Es preciso destacar que la interoperabilidad está condicionada por la política de protección de datos sanitarios, ya que mientras que en SISAEX el enfermo desembarcado está identificado con nombre y apellidos, en SIVIES los datos carecen de identificación personal y en otros sistemas de información, como REGVACU y SERLAB se almacenan seudonimizados. En consecuencia, persiste una heterogeneidad de soluciones sobre el tratamiento, gestión y custodia de los datos personales de los pacientes, que afecta, tanto al cumplimiento de las obligaciones que asume el MSND sobre la protección de datos, como a la interrelación necesaria para la explotación de la información en cumplimiento de las competencias del MSND, que facilite la explotación y el traslado de la información necesaria cuando es preciso y, también, a efectos de ofrecer al ciudadano respuestas sobre los datos tratados si los solicitara.

[170] Recuérdese que SISAEX (AHS) es la aplicación informática diseñada para dar soporte a las actuaciones de los equipos territoriales de Sanidad Exterior en los posibles eventos sanitarios en el tráfico internacional de personas.

II.3.6.2. DESARROLLO Y MANTENIMIENTO

El mantenimiento correctivo y evolutivo de la aplicación se ha realizado mediante contratos sucesivos de desarrollo y mantenimiento[171] que han tenido como consecuencia que la misma empresa se ha mantenido como adjudicataria durante un periodo prolongado debido a la falta de suficiente personal tecnológico encargado de la dirección de proyectos y, por ello que la dependencia tecnológica externa del MSND sea muy importante respecto de esta aplicación.

Sobre estos desarrollos se pone de manifiesto un cierto grado de descoordinación entre el personal funcional y tecnológico, puesto que, por ejemplo, desde 2017, año en el que entró en vigor la instrucción sobre productividad, no se han desarrollado dentro de la aplicación las estadísticas con el detalle preciso, por lo que requieren de elaboración específica.

SISAEX-AHS se encuentra certificada de conformidad con el Esquema Nacional de Seguridad (ENS) en su conexión con la DUEPORT. Respecto de esta conexión, el Real Decreto 1334/2012 configuró la DMS como parte de los formularios normalizados a presentar por los buques obligados (Anexo B apartado 8 del referido RD 1334/2012), y esta se presenta electrónicamente a través de la ventanilla electrónica única implementada por las Autoridades Portuarias. En este proceso de conexión DUEPORT-SISAEX se pone de manifiesto un cierto grado de descoordinación entre los servicios de sanidad exterior y los responsables del desarrollo tecnológico, puesto que, entre otras circunstancias que se detallan en el Anexo 36, se ha detectado que:

- La interoperabilidad con SISAEX se activa en 2020, años después de que se utilizara DUEPORT para el cumplimiento de las formalidades en el tránsito de buques obligados y, por tanto, en la práctica del control del tránsito de viajeros por vía marítima.

- La primera puesta en producción en 2020 de la interoperabilidad supuso la entrada en SISAEX-AHS de todas las DMS, positivas y negativas, lo que distorsionó el procedimiento de trabajo preexistente y requirió la adopción de medidas correctoras, aunque un número no significativo de las declaraciones (1 %) siguen ingresando en SISAEX al margen de DUEPORT.

II.3.6.3. USUARIOS

Respecto de los usuarios de SISAEX se señala lo siguiente:

- Como se ha indicado, son usuarios de la aplicación la SGSE y los inspectores de las Áreas Funcionales de las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno. SISAEX mantiene un sistema de auditoría de actividad de control de accesos, pero no de las acciones concretas del usuario, circunstancia que no es acorde con la trazabilidad debida, en la medida que se gestiona información sanitaria de los viajeros y de los ciudadanos atendidos.

  Adicionalmente, se ha comprobado que permanecen activos usuarios cuyo último acceso a SISAEX se produjo hace varios años (incluso con un último acceso en 2011), como se detalla en el Anexo 37.

- La Subdirección General de Coordinación de Política Territorial del MTER no tuvo acceso a SISAEX hasta enero de 2022, lo que evidencia una coordinación insuficiente entre el MSND y el MTER, e implicaba que la información sobre la actividad de las unidades que tenía

[171] Véase el Anexo 46.

adscritas orgánicamente ese Ministerio procedía de informes elaborados *ad hoc* por la SGSE, lo que no resulta una práctica eficiente.

II.3.6.4. ESTADÍSTICAS E INFORMES DISPONIBLES EN SISAEX

Las estadísticas generadas por SISAEX presentan problemas importantes en cuanto a su configuración:

- En 2024 se encuentran limitadas por un modelo de datos que incluye parte de la información relevante dentro de campos de tipo texto libre (por ejemplo, el campo "motivo"), sin posible explotación automática. Este hecho supone que sin depuración manual previa no es posible, por ejemplo, diferenciar las actuaciones o los enfermos COVID-19 del resto por la falta de estandarización de las entradas.

- Las herramientas de extracción de estadísticas son rígidas, sin que el usuario pueda configurar los campos de salida que precisa, por lo que cualquier extracción no prevista requiere la intervención del personal informático. En este sentido, SISAEX carece de salidas e informes flexibles que permitan al personal funcional extraer la información de acuerdo con sus necesidades y supone un coste mayor en horas de trabajo para todos los intervinientes[172].

Como consecuencia de lo anterior, los empleados públicos de Sanidad Exterior destinan un número significativo de horas de trabajo a la confección de estadísticas, a su consolidación y supervisión, sin que el resultado de este trabajo quede reflejado posteriormente en SISAEX.

En este sentido, en el cuadro siguiente se muestra una comparativa[173] entre los informes estadísticos automáticos de la aplicación, con los datos que obran en los informes de seguimiento remitidos por la SGSE a MTER, así como las hojas de cálculo de trabajo internas facilitadas por la SGSE en el curso de los trabajos de fiscalización, que evidencia la falta de precisión suficiente de los datos, a lo que hay que añadir que las prácticas implantadas no son acordes con los principios de integridad y trazabilidad en la gestión de la información:

[172] A título ilustrativo, el histórico de incidencias de un buque que podría ser de ayuda para el trabajo de inspección o, como ya se ha indicado previamente, algunas estadísticas que se estiman necesarias, como es la relativa al cálculo de la productividad, sin embargo, no están disponibles de modo automático en la aplicación.

[173] En el Anexo 38 se presenta mayor detalle sobre la actividad de sanidad exterior en el ámbito de los controles sanitarios.

CUADRO Nº 8
COMPARATIVA ESTADÍSTICAS SANIDAD EXTERIOR SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN
Período 2019 – 2021
(número según concepto)

CONCEPTO	PARTES ESTADÍSTICOS SISAEX	INFORMES REMITIDOS A POLÍTICA TERRITORIAL	EXCEL ELABORACIÓN MANUAL SGSE
2019			
Actuaciones SE	786	741	733
Actuaciones COVID SE	0	0	0
Enfermos Totales Desembarcados	121	121	ND
2020			
Actuaciones SE	2.125	2.125	1.462
Actuaciones COVID SE	ND	1.405	778
Enfermos Totales Desembarcados	113	113	ND
2021			
Actuaciones SE	2.421	2.146	1.842
Actuaciones COVID SE	ND	ND	1.578
Enfermos Totales Desembarcados	686	689	ND

Fuente: Elaboración propia.

En conclusión, SISAEX es una aplicación que se desarrolló con la finalidad de responder fundamentalmente a la expedición de determinados certificados sanitarios obligatorios y autorizaciones, cuya configuración no responde a las prácticas actuales, ya que no es flexible ni interoperable.

II.3.6.5. CALIDAD DEL DATO

De los trabajos realizados sobre la base de datos que explota esta aplicación se deducen las siguientes observaciones:

- Sobre el modelo de datos y la documentación de la aplicación:

  - El modelo de datos es complejo y ha sido construido mediante la yuxtaposición de nuevas tablas al modelo original, que ya era complejo. De hecho, el propio MSND prevé abordar una reingeniería completa del sistema SISAEX[174].

  - La documentación de la aplicación (el diccionario de datos y el manual de SISAEX) son incompletos y tienen pendiente ser actualizados.

[174] Expediente de contratación 202250PA0003 *"Servicios de reingeniería y de desarrollo de aplicaciones de sanidad exterior y aguas"*, adjudicado en diciembre de 2022, para el desarrollo del sistema COHISAL.

- En relación con la calidad del dato se observa una cumplimentación incompleta de numerosos campos de las tablas analizadas, sin que se haya efectuado un análisis riguroso de los campos de cumplimentación preceptiva y de la potencialidad de incorporar campos interoperables. Se han hallado incongruencias en datos que pueden ser relevantes a los efectos de las tareas de inspección realizadas, como datos de identificadores y datos de contacto de viajeros, información sobre naves (buques y aeronaves), fechas incongruentes, entre otros. En el Anexo 39 del informe se detallan las incidencias identificadas.

II.3.6.6. ANÁLISIS DE LAS FUNCIONALIDADES DE LA APLICACIÓN

Como ya se ha indicado, la finalidad inicial de SISAEX era la emisión de certificados y autorizaciones. Posteriormente, se incluyó una funcionalidad para registrar las actuaciones de las unidades de sanidad exterior en relación con los eventos sanitarios. Sobre este punto se pueden señalar como carencias:

- Las alertas internacionales se transmiten por correo electrónico al margen de la aplicación, lo que afecta a la trazabilidad de la información en el sistema. Además, estas alertas internacionales no despliegan alarmas dentro de SISAEX ante la entrada de un buque procedente de una de estas zonas.

- En el caso de un evento sanitario de buques que hacen escala en varios puertos, los avisos a los siguientes puertos no estaban previstos y debían comunicarse por correo electrónico a los siguientes destinos, lo que no es acorde tampoco con una configuración eficiente, ni permite un seguimiento de los buques en el seno del sistema.

- La configuración vigente en 2024 de la aplicación no aporta ventajas sustanciales para el trabajo diario de inspección, sino que fundamentalmente se dirige al registro posterior de las actuaciones. En este sentido, las búsquedas dentro de la aplicación son poco operativas, el paso de pantalla poco fluido y carece de interoperabilidad con otras unidades administrativas y otras aplicaciones que podrían proporcionar información in situ al inspector y permitir el ahorro de tiempo del trabajo en la cumplimentación de datos. Tampoco se ha completado una evolución de la aplicación que permita su operación en teléfonos inteligentes.

II.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN RELATIVOS A LA ADMINISTRACIÓN Y REGISTRO DE VACUNAS

El art. 19 de la Ley 33/2011, de Salud Pública, menciona la vacunación como una acción de prevención en materia de salud pública, estableciendo, en ese mismo precepto, que el CISNS "*aprobará un calendario único de vacunas en España*". En consonancia, el art. 6 de la misma norma, como concreción del derecho de igualdad de los ciudadanos, declara que la cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública incluirá un "*calendario único de vacunación*".

El traspaso de competencias en esta materia a las CCAA y a las Ciudades Autónomas determinó que sean estas las competentes para el establecimiento, ejecución y evaluación del calendario de vacunación[175] en su territorio, así como, con carácter general, para la compra, distribución y administración de vacunas. No obstante, en marzo de 2013, en el marco de la reunión del CISNS, las CCAA acordaron inicialmente en 2013 un calendario pediátrico único y, posteriormente, en 2019 un calendario a lo largo de toda la vida del paciente. La Ponencia de Vacunas creada por el CISNS

[175] Un calendario de vacunación es una secuencia cronológica de las vacunas que se administran sistemáticamente a toda la población en un área geográfica determinada o en un país.

en 1991 para la coordinación en materia de vacunación, configurándose como un foro técnico, en el que se abordasen aspectos relevantes como, por ejemplo, la propuesta del calendario común de vacunación en España. En el seno de la referida Ponencia de Vacunas se creó, en materia de sistemas de información, el denominado Grupo de Trabajo de Sistemas de Información y Vacunaciones, que es el encargado de la elaboración de una primera propuesta en este ámbito, que, posteriormente, se somete a la Ponencia y se eleva, en su caso, a la CSP.

II.4.1. Sistemas de vacunación y registro vacunación estatal

II.4.1.1. AUSENCIA DE UN VERDADERO REGISTRO DE VACUNACIÓN EN ESPAÑA

Los registros de vacunación son sistemas de información de base poblacional que contienen información del estado de vacunación (tasa de vacunación), generalmente sobre los programas de vacunación infantil. Cuando los registros permiten actividades adicionales como conectarse con otras bases de datos, recoger información sobre efectos adversos o la gestión de los inventarios de vacunas, se denominan sistemas de información de vacunas. A este respecto, existen múltiples parámetros de interés relacionados con el seguimiento de la vacunación: datos del paciente, registro identificativo de la vacuna administrada (marca comercial, lote), descripciones de efectos adversos, información clínica del sujeto vacunado, y en su caso causas de rechazo.

El registro de información sobre la vacunación tiene relevancia desde varios enfoques, entre los que pueden destacarse los siguientes:

- Es un parámetro relevante para las acciones de prevención en materia de salud pública.
- Permite analizar la eficacia de los programas de promoción de la vacunación.
- Aporta información para la gestión sanitaria y para las compras de vacunas y dimensionamiento de los servicios.

Además, la accesibilidad de esta información por otros agentes del SNS es una buena práctica, tanto para la atención del propio paciente, como para evitar actos médicos no procedentes (inoculación de dosis repetidas o inadecuadas por error u omisión).

En junio de 2015 los miembros de la Ponencia acordaron crear un grupo de trabajo interno con la finalidad de revisar y realizar propuestas para la homogenización de definiciones y procedimientos de suministro de información sobre vacunación. En el marco de este grupo de trabajo, en 2017 la DGSP elaboró un Informe interno sobre la "*Situación de los Sistemas de Información de Vacunación en España*" cuyos datos fueron actualizados por el MSND en 2020, identificándose las siguientes cuestiones relevantes[176]:

- Se apreció heterogeneidad en los agentes y unidades involucrados en la Administración de vacunas y también en el motor tecnológico y las capacidades de los sistemas de información que soportaban la vacunación.
- La interoperabilidad y disponibilidad de la información entre las unidades de salud pública y los centros de atención primaria y especializada públicos y privados tampoco era homogénea, de tal forma que era frecuente que esta información no pudiera ser consultada

[176] Véase para más detalle el Anexo 40.

en línea por los facultativos. El grado de detalle de la información registrada también adolecía de cierto grado de heterogeneidad entre los distintos sistemas.

- Por otra parte, en ese momento solo dos comunidades habían habilitado soluciones que permitieran al ciudadano acceder en línea a su historial de vacunación, lo que se considera una buena práctica.

Esta heterogeneidad revela una insuficiente dedicación de recursos y de coordinación a los efectos de poder proporcionar a los ciudadanos unos sistemas de información que permitieran cumplir el Esquema Nacional de Interoperabilidad (ENI).

En 2019 no existía ninguna disposición normativa sustantiva que se refiriera expresamente a la coordinación a nivel estatal en relación con el establecimiento de un sistema de información o un registro estatal en relación con la vacunación, y las iniciativas previas no habían prosperado[177]. Sin embargo, la experiencia del programa de vacunación frente al COVID-19 entre finales de 2020 y 2021 tuvo un impacto sustantivo sobre esta cuestión, ya que, a propuesta de la Ponencia de Vacunas, el proyecto de creación de un sistema de información de vacunaciones en España fue revisado y acordado por la CSP el 23 de noviembre de 2021, elevándose al CISNS, que en su sesión de 2 de febrero de 2022 acordó "la creación y desarrollo de un sistema de información de vacunaciones en España". En junio de 2023 el Ministerio de Sanidad llevó a cabo una consulta pública previa al desarrollo de un Sistema de Información de Vacunaciones e Inmunizaciones (SIVAIN). En septiembre de 2024 presentó un borrador de Proyecto de Real Decreto por el que se regula el SIVAIN abriendo un proceso de audiencia e información públicas sobre el mismo.

De hecho, al margen del registro de vacunación del COVID-19, al que se aludirá después, cabe destacar que la información sobre administración de vacunas a los ciudadanos que figura en la Historia Clínica Digital[178], no permite construir un registro de vacunación completo, ni disponer de una información sistemática, interoperable y completa sobre este aspecto, ya que, de acuerdo con el RD del conjunto mínimo de datos de la historia clínica digital, figura como una información recomendable (no obligatoria) y definida como un campo "*texto*" genérico dentro de las actuaciones de "*enfermería*" y "*atención primaria*". La modificación introducida por el RD 572/2023, de 4 de julio, aborda parcialmente esta cuestión, ya que, en el anexo 5 la información sobre vacunación se configura como "codificada", lo que facilitará la interoperabilidad y la gestión de esta información.

En consecuencia, la configuración de los sistemas de información del SNS, de Salud Pública y del MSND no facilitaba la interoperabilidad al servicio del ciudadano, lo que se traducía en que, cuando los ciudadanos se desplazan y precisan recibir atención fuera de su comunidad autónoma de origen, deben justificar documentalmente sus pautas vacunales, lo que supone una debilidad estructural y comporta un perjuicio a los ciudadanos y un riesgo de errores u omisiones en la administración de vacunas[179].

La crisis originada por la pandemia supuso una reorientación y motivó que se adoptara una Declaración de actuaciones coordinadas en salud pública, en virtud del acuerdo del CISNS

[177] En la sesión de la ponencia de 23 de enero de 2020, según obra en la documentación de la ponencia, "algunas CCAA manifestaron que un SIV centralizado con datos individualizados sería costoso y difícil de mantener".

[178] RD 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, modificado por el Real Decreto 572/2023, de 4 de julio.

[179] La Estrategia de Salud Digital del MSND, de diciembre de 2021, establece la implantación de un registro estatal de vacunación como una actuación en el marco del eje "Refuerzo de los servicios digitales del SNS".

(septiembre de 2020), con arreglo a lo previsto en el art. 65 de la Ley 17/2003 de Cohesión y Calidad del SNS.

II.4.1.2. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA SOBRE VACUNACIÓN EN ESPAÑA

Cabe destacar que la información que elabora y publica el MSND sobre vacunaciones tiene naturaleza estadística y de difusión, y se centra en ofrecer magnitudes sobre las coberturas de vacunación en España presentándose en un portal web destinado a ese fin[180].

A este respecto, la información que se recibe, explota y presenta por parte de la DGSP toma esencialmente, como variables de estudio la clase de vacuna y las dosis administradas y, como variable de clasificación, la edad, partiendo del calendario de vacunación y de las definiciones propuestas por la Ponencia y acordadas por la CSP en octubre de 2017, siendo la periodicidad de la recogida y difusión de la información de carácter anual.

En este sentido, esta "*Estadística de Vacunaciones Sistemáticas*" se incluye en el inventario de operaciones estadísticas oficiales de España y se elabora por el MSND, partiendo de la información proporcionada por las CCAA, según el Acuerdo del CISNS de junio de 1992.

En relación con el procedimiento para recibir y explotar la información sobre estadística de vacunación cabe efectuar las siguientes consideraciones:

- La referida información se remite y explota a través de herramientas ofimáticas comerciales (correo electrónico y hojas de cálculo), que no garantizan un grado suficiente de autenticidad, seguridad, trazabilidad e integridad.

- El cumplimiento de la obligación de remisión de información por parte de las CCAA es irregular, existiendo desfases temporales entre la remisión de la información por parte de unas comunidades y otras. Así, la información de tres CCAA[181] de 2020 se recibió en marzo de 2021 y la de otras seis[182], en octubre de 2021, recibiéndose el resto en el intervalo entre esos meses. A este respecto, no existe ninguna norma sustantiva específica que la regule, sino que la remisión de información se sustenta en Acuerdos del CISNS, siendo el que estableció este sistema el nº 192, de 22 de junio de 1992, que regula un marco preciso de envío de la información[183].

- La DGSP que tiene a su cargo este cometido, carece de instrumentos para reclamar a las CCAA la remisión de la información preceptiva en tiempo y forma para la elaboración de las estadísticas.

- La información, además, tiene problemas de calidad, lo que dificulta presentar unos datos estadísticos completos, sistemáticos y homogéneos sobre el conjunto nacional. Entre los problemas de calidad se puede citar la falta de cumplimentación de todas las tablas de los modelos estadísticos. A su vez, en el contenido de los datos, el numerador de los indicadores

[180] "https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/coberturas/home.htm".

[181] Cataluña, Andalucía y Castilla-La Mancha.

[182] Aragón, Islas Canarias, Castilla y León, Galicia, Ciudad Autónoma de Melilla y Ciudad Autónoma de Ceuta.

[183] El Acuerdo del CISNS de 2 de febrero de 2022 por el que se propone "la creación y desarrollo de un sistema de información de vacunaciones en España" señala en su literal que "es esencial contar con normativa adecuada que respalde su creación y la obligatoriedad del deber de información de todas las partes implicadas".

de cobertura también muestra diferencias, ya que hay sistemas que toman como referencia datos basados en historia clínica electrónica de las aplicaciones de atención primaria, mientras que otros la recogen de los sistemas de información específicos de vacunas e incluso algunas, de registros nominales de vacunación existentes en su ámbito autonómico. A su vez, en lo que se refiere al denominador, hay CCAA que parten de los datos de población asegurada mediante tarjeta sanitaria, mientras que otras emplean las cifras considerando el padrón de habitantes.

Además, en el ámbito interno del MSND, tampoco las vacunas administradas por Sanidad Exterior se computan ni integran en las estadísticas de vacunación ni en los registros pese a que forman parte de la política de vacunación estatal y son administradas por personal de la Administración General del Estado bajo la dependencia funcional del propio MSND.

II.4.2. Sistema de información para el seguimiento de la vacunación COVID-19 (REGVACU)

En su apartado 6, la "*Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España*"[184] contemplaba la habilitación de un "*registro de vacunación de COVID-19 del SNS*" con el fin de disponer de una información precisa de las dosis y de los tipos de vacunas frente a COVID-19 que se iban administrando y a qué grupos de población, para constatar las coberturas alcanzadas[185]. En esa línea, el acuerdo del CISNS de 9 de septiembre de 2020 aprobó la creación por el MSND de este registro con la información procedente de las CCAA y Ciudades Autónomas, Sanidad Exterior y el Ministerio de Defensa.

Las características de este registro se establecían en la Resolución de la DGSP, de 16 de diciembre 2020, por la que se establece el Sistema de Información para el seguimiento de la vacunación frente a la COVID-19[186] que no se publicó en el BOE, según el MSND, porque sus destinatarios eran, exclusivamente las CCAA.

Para la operatoria del sistema de información relativo al registro de vacunación del COVID-19, el MSND desarrolló la aplicación REGVACU, para que albergase los datos de vacunación frente al COVID-19 de todo el país, de manera normalizada y estructurada.

Esta aplicación, como consecuencia de su adaptación a las estrategias de vacunación aprobadas, ha sido objeto de numerosas evoluciones (inclusión de nuevos grupos poblacionales, administración de dosis de refuerzo, vacunación infantil, pautas mixtas, pauta completa, entre otras). Cabe destacar la correspondiente al desarrollo de la funcionalidad para sustentar la generación de certificados de vacunación, acordada por Resolución de la DGSP de 23 de agosto de 2021[187], que tampoco fue publicada en el BOE. El esquema de expedición de estos certificados supone que su emisión y

[184] El CISNS acordó su aplicación en sesión de 28 de enero de 2021.

[185] En palabras de la propia Estrategia uno de los fines de la misma era homogeneizar la información obtenida de los registros y sistemas de información autonómicos.

[186] De acuerdo con el art. 23 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, decreto que fue tramitado como proyecto de Ley por las Cortes Generales y derogado por la Ley 2/2021, de 29 de marzo.

[187] Resolución de 23 de agosto de 2021, de la DGSP, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud para el seguimiento de la vacunación frente al COVID-19 en línea con la obligación de información establecida en el artículo 23 de la ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, y en el artículo 65 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

entrega corresponde a las CCAA con carácter general, independientemente del servicio de salud de adscripción del ciudadano, actuando el MSND como proveedor del servicio de forma adicional.

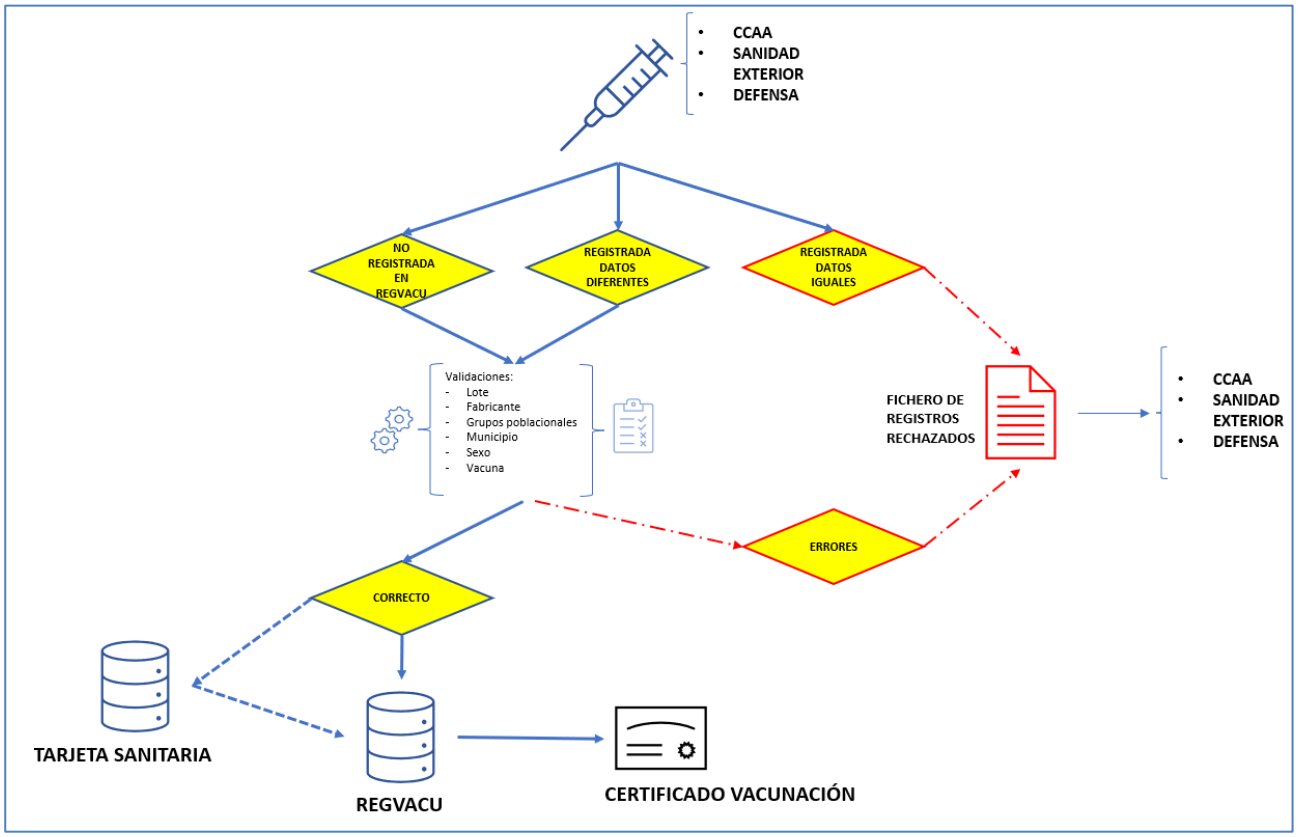
Para el desarrollo de REGVACU y sus evoluciones señaladas anteriormente se invirtieron 873.920 euros durante el periodo 2020 y 2021, como se detalla en el Anexo 46 y en el epígrafe II.5.7.

Este Tribunal considera muy positiva la implantación en un periodo de tiempo muy corto y en unas circunstancias adversas de un sistema de información global, interoperable que, además, facilita al ciudadano en tiempo real la expedición de los certificados que correspondan y a la Administración, la disponibilidad del historial de vacunación para asegurar una administración eficaz y eficiente del programa de vacunación.

Este Tribunal considera una buena práctica la implantación de un sistema interoperable en tiempo real que permite a los ciudadanos obtener evidencia de los actos sanitarios en relación con su persona en todo el territorio nacional y que facilita, a su vez, el seguimiento de la vacunación en todo el Sistema Nacional de Salud.

El procedimiento en el que se basa el sistema de información sobre vacunación COVID-19 se inicia con las remisiones diarias que las CCAA, Ciudades Autónomas, Sanidad Exterior y Defensa (en adelante, Agentes) efectúan diariamente en ficheros de texto que contienen la información sobre las administraciones realizadas o, en su caso, de la negativa a la administración, y que son cargados en la base de datos de REGVACU. En síntesis, el procedimiento se ilustra a continuación:

DIAGRAMA Nº 24
ESQUEMA PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO DE VACUNACIÓN DE COVID-19 (REGVACU)



Fuente: Elaboración propia.

La tabla principal, incluida en el volcado de la base de datos proporcionado al Tribunal[188] correspondiente a la administración de vacunas, contaba con 100.870.499 registros que se corresponden con cada una de las administraciones de vacunas realizadas y 1.945.536 registros con "negativa a la vacunación por diversos motivos"[189].

A este respecto, el resultado del programa de vacunación a 30 de junio de 2022, según la DGSP fue la administración de 95.154.072 vacunas a la población en España, sobre un total de 176.433.550 adquiridas, cifras a junio de 2022.

[188] Cerrada en marzo de 2022.

[189] Los motivos de no vacunación son los siguientes:
- vacuna rechazada por el paciente.
- inmunización contraindicada.
- existe una excepción: engloba cualquier motivo para no ser vacunada que no sea vacuna rechazada por el paciente o inmunización contraindicada.
- persona fallecida.
- persona vacunada en una CCAA.
- persona vacunada en el extranjero.

Cabe destacar, además, que la información agregada sobre el resultado del programa incluye un número de vacunas administradas en España (95.154.072), en junio de 2022, menor al que se obtiene de la base de datos de REGVACU tres meses antes (marzo de 2022: 100.870.499 vacunas administradas), lo que revela que la DGSP ha elaborado la información con fuentes distintas a la aplicación REGVACU. A este respecto, los órganos gestores con funcionarios de perfil no tecnológico (al margen de la Secretaría General de Salud Digital), en este caso la DGSP, utilizan sus propias herramientas de trabajo, principalmente fundamentadas en aplicaciones ofimáticas, para elaborar sus informes y ejercer sus funciones, sin extraer la información de los sistemas de información, como ha quedado evidenciado al no coincidir la información de las tablas del sistema REGVACU con la información agregada proporcionada por la DGSP, lo que muestra que hay un margen de mejora en la coordinación y en los procedimientos para explotar la información.

Sobre la remisión de la información a REGVACU se ha comprobado la existencia frecuente de cargas completas sustitutivas por parte de las CCAA de sus registros de vacunación (identificadas nueve CCAA[190] que ejecutaran este tipo de procedimiento), debido a errores en sus sistemas propios o como medio para el reenvío de los registros rechazados por REGVACU por errores diversos. Esta práctica, pone de manifiesto debilidades en los sistemas autonómicos y, adicionalmente, afecta a la trazabilidad e integridad de la información grabada en REGVACU, puesto que no permite verificar los posibles retrasos en el envío y grabación de la información diaria respecto de las administraciones realizadas[191].

REGVACU realiza un proceso de seudonimización no reversible[192], que asigna un identificador único y no significativo a cada persona receptora de una vacuna. Este cifrado se realiza sobre la información de carácter personal sensible.

Para verificar los procesos de seudonimización y validación, se ha reproducido el proceso de cruce de la información de la aplicación SISAEX-VAC, que gestiona la vacunación COVID-19 realizada por Sanidad Exterior, para comprobar si se han grabado correctamente en REGVACU, detectándose que de las 12.794 vacunas COVID-19 administradas por Sanidad Exterior, 206 de ellas (1,6 %) no se encontraban identificadas en REGVACU, sin que se haya acreditado en el curso de los trabajos de fiscalización las causas de esta falta de registro. La incidencia expuesta pone de manifiesto la posibilidad de que se produzcan errores de carga de la información remitida que no se identifiquen.

Para superar la heterogeneidad existente entre los sistemas de información de las CCAA en lo que respecta a los códigos identificativos individuales de los ciudadanos utilizados por cada una de ellas[193], REGVACU basa su operatividad en la información que obtiene de TSI, obtenida del cruce

[190] Comunidad Valenciana, Cataluña, Extremadura, Región de Murcia, Andalucía, Cantabria, Comunidad de Madrid, Ciudad Autónoma de Ceuta y Principado de Asturias.

[191] La sustitución supone que una CCAA carga en REGVACU un fichero que reemplaza totalmente las vacunas registradas con anterioridad desde el principio del proceso. El MSND manifiesta en el trámite de alegaciones que “las cargas masivas siempre fueron realizadas a petición de la CA correspondiente, que el coste de realizar una actualización registro a registro dado su volumen no compensa frente a estas y que, en cualquier caso, se tiene identificado cuándo se realizó cada carga y existen *backups* periódicos que permiten visualizar el estado de la base de datos antes y después de cada una de ellas”.

Sin negar dichas razones, debe insistirse en que esa identificación está en fuentes ajenas al propio sistema y dichas cargas afectan a la integridad y trazabilidad de las bases de datos de REGVACU que son reemplazadas parcial o totalmente en fecha posterior a la grabación de los datos originales.

[192] El algoritmo es semejante al utilizado para SERLAB.

[193] Existe diversidad en cuanto a la profundidad de la información que almacenan (número de campos identificativos), como en la existencia de campos comunes entre ellas, ya que cada CCAA asigna un Código Identificador propio de cada paciente (CIPA), aunque algunas tienen asignados dos o más CIPAs y no todas ellas registran el Código identificador único del MSND (CIP-SNS).

con alguno de los códigos identificativos remitidos por los Agentes. Para obtener la coincidencia de la información, se utiliza una búsqueda secuencial jerarquizada, que se inicia con el código del Sistema Nacional de Salud (CIP-SNS), que es único en todo el Estado, a diferencia del DNI[194], con duplicados posibles, o del CIP autonómico (CIP), que puede ser coincidente entre CCAA. El resultado de la reproducción de este proceso de cruce es el siguiente:

CUADRO Nº 9
RESULTADO REPRODUCCIÓN CRUCES REGVACU PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CIUDADANOS
Período 2020-marzo 2022
(número de registros)

ORDEN	TOTAL VACUNACIONES ADMINISTRADAS	100.870.499	
		Coincidencias en el cruce	Resto
↓	Código SNS	44.305.816	56.564.683
	CIP Autonómico + Agente (CCAA, Sanidad Exterior o Defensa)	38.092.739	18.471.944
	CIP ALT + Agente	0	18.471.944
	DNI + Fecha nacimiento + Agente	15.052.861	3.419.083
	Pasaporte + Agente	16.921	3.402.162
	DNI + Fecha nacimiento	776.143	2.626.019
	Pasaporte	644	2.625.375

Fuente: Elaboración propia.

Existen 2,6 millones de registros (un 2,6 % del total), correspondientes a dosis administradas en las que el sistema descrito no ha hallado coincidencia en ningún campo identificativo de la tabla matriz de la tabla TSI del MSND. Ello evidencia las dificultades para obtener la pretendida "*confluencia normalizada*", a tenor de la heterogeneidad de los códigos identificativos asignados entre los diferentes sistemas de información autonómicos y las debilidades para construir modelos plenamente interoperables. A su vez, podía traducirse en incidencias para el ciudadano derivadas de una inserción no plenamente conforme en el registro de vacunación.

En ese sentido, se ha detectado que en un mismo registro la información se pueden identificar divergencias en uno o más campos entre los datos remitidos por el Agente y los que obtenidos de TSI en hasta el 35 % del total de los registros de vacunas:

[194] A las personas que obtienen nacionalidad española se les asigna un DNI que es distinto del Número de Identificativo de Extranjeros (NIE) que podía figurar sobre esas personas en las bases de datos de tarjetas sanitarias estatal y de las CCAA.

CUADRO Nº 10
REGISTROS CON INFORMACIÓN QUE DIFIERE ENTRE LO REMITIDO POR EL AGENTE Y LOS DATOS OBTENIDOS DEL TSI
Período diciembre 2020-marzo 2022
(número de registros)

INFORMACIÓN QUE DIFIERE			NÚMERO DE REGISTROS
Código SNS	≠	Código SNS TSI	1.941
DNI (agente)	≠	DNI TSI	184.047
Fecha nacimiento (agente)	≠	Fecha nacimiento TSI	117.606
CIP autonómico (agente)	≠	CIP autonómico TSI	35.400.825

Fuente: Elaboración propia.

Y, a pesar del proceso final ejecutado, con la información del ciudadano, de acuerdo con los datos aportados por el Agente, no se obtuvo ninguna coincidencia en los registros de TSI como resultado del cruce sobre la base de ese identificador:

CUADRO Nº 11
REGISTROS CON INFORMACIÓN REMITIDA POR EL AGENTE, PERO SIN INFORMACIÓN DE TSI
Período diciembre 2020-marzo 2022
(número de registros)

COMPROBACIÓN REALIZADA				NÚMERO DE REGISTROS
Código SNS (agente)	√	Código SNS TSI	Ø	2.662
DNI (agente)	√	DNI TSI	Ø	1.739.337
Fecha nac. (agente)	√	Fecha nac. TSI	Ø	2.551.129

Fuente: Elaboración propia.

En el Anexo 41 del informe se detallan otras incidencias identificadas en el análisis de la calidad del dato.

Las incidencias detectadas ponen de manifiesto que, pese a los importantes avances logrados, existe margen de mejora para identificar las causas de las discrepancias detectadas, bien se trate de errores de grabación, de deficiencias en los registros de vacunación de las CCAA o vengan causados por la falta de actualización de los datos de TSI con el fin de culminar el proceso para que la totalidad de la información contenida en los sistemas estatales y autonómico sea interoperable en lo que sea preciso para el ciudadano.

II.4.3. Vacunación internacional

II.4.3.1. MARCO NORMATIVO Y COMPETENCIAS

La SGSE se encarga de la dirección y coordinación funcional de los CVI, y, en consecuencia, es responsable de SISAEX-VAC, que es el sistema informático de gestión de la vacunación internacional.

En síntesis, los CVI indicados constituyen un servicio sanitario donde, tras una evaluación individualizada, se asesora al viajero y se le informa sobre riesgos sanitarios inherentes a los viajes internacionales dependiendo del país de destino y de las circunstancias del viaje y del viajero. En estos centros se administran las vacunas y demás medidas preventivas o profilácticas por razones de salud pública y se expiden los correspondientes certificados médicos sanitarios y demás documentos personales de sanidad internacional, de acuerdo con los modelos del RSI (2005).

De acuerdo con la memoria de 2022 del MTER, hay 29 CVI integrados en las áreas funcionales de Delegaciones de Gobierno. Adicionalmente, debido a la alta demanda de estos servicios, la vacunación internacional a los ciudadanos se presta también por centros dependientes de CCAA y entidades locales cuyo funcionamiento se articula vía convenios mediante los que se instrumentan encomiendas de gestión, de las previstas en el art. 11 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público[195].

En el Anexo 42 del informe se muestra información sobre la actividad de estos centros autorizados en relación con los centros dependientes funcionalmente de Sanidad Exterior (centros SAEX) en el que se puede apreciar el cese de actividad como consecuencia de la pandemia.

En 2022, el número de centros autorizados era de 76 (75 autonómicos y uno local). Sin embargo, algunos convenios vigentes se suscribieron con más de diez años de antigüedad con respecto al periodo fiscalizado y no se habían actualizado por lo que no estaban adaptados al marco normativo actual ni contemplaban ninguna referencia a las posibilidades actuales de los sistemas de información, como, entre otras cuestiones, la interoperabilidad entre sistemas. En relación con estos centros gestionados por CCAA y entidades locales, se han identificado las siguientes incidencias:

- Pese a que los convenios señalan que el MSND posibilitará el acceso a la aplicación, se ha comprobado que no hay registrados usuarios de estos centros autorizados en SISAEX-VAC[196], por lo que la cláusula del convenio tiene escasa virtualidad, implicando además que no pueden disponer de la información sobre la historia clínica del viajero.

- El MSND tampoco dispone de acceso a los sistemas informáticos de los centros autorizados, ni, por tanto, a la información actualizada de los viajeros atendidos por estos, ni a sus historias clínicas en materia de vacunación internacional.

[195] Estas encomiendas se encuentran asimismo previstas en el art. 36 de la LGSP, si bien solo menciona a las CCAA como posibles entes autorizados. Sin embargo, el Real Decreto 1418/86, en su artículo 2.2.3, extiende esta previsión indicando la posibilidad del establecimiento de convenios o conciertos y otras fórmulas de cooperación y/o con otros órganos de la Administración Central, Autonómica y Local y otros Entes de derecho público o privado.

[196] La integración de los centros autorizados en SISAEX-VAC sí se encuentra solicitada por el equipo funcional para su desarrollo en el conjunto de prioridades nivel 3, sin que este se haya realizado.

II.4.3.2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN RELACIONADOS CON LA VACUNACIÓN INTERNACIONAL

La actividad ordinaria de los CVI se suspendió como consecuencia de la aparición de la pandemia y la declaración del Estado de Alarma. Este cierre se materializó en las instrucciones de la SGSE: IM/MED/1/2020, de 15 de marzo y IM/MED/2/2020, de 30 de marzo. A partir de esa fecha, la consulta se realizaría por vía telefónica y el CVI solo permaneció abierto para atender a las vacunaciones programadas tras la atención telefónica, por el tiempo mínimo imprescindible. Esta circunstancia condiciona a lo largo de este informe las estadísticas de actividad de los CVI.

La reapertura se produjo, gradualmente, a partir de junio de 2020.

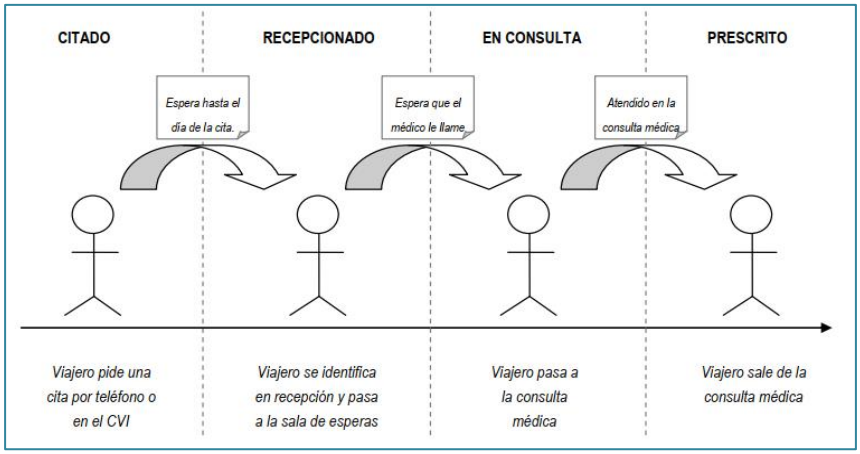
II.4.3.2.a) SISAEX-VAC

SISAEX-VAC, como ya se ha indicado, es la aplicación que soporta desde 2008 la gestión de las actuaciones en materia de vacunación internacional de los CVI, y que se configura como un módulo dentro de la aplicación SISAEX.

La normativa que regula SISAEX es la Orden SAS/3160/2009, de 16 de noviembre, por la que se crea el Sistema Informático de Sanidad Exterior, que, sin embargo, solo se refiere a la vigilancia higiénico-sanitaria en el tráfico de mercancías, sin realizar referencia alguna al módulo SISAEX-VAC.

SISAEX-VAC permite registrar la operatoria diaria de un CVI, que engloba los procesos de cita previa, consulta/modificación de citas, visita médica y visita de enfermero de las personas que desean realizar un viaje al extranjero y además permite la gestión del almacén de vacunas de cada CVI. El esquema es el siguiente:

DIAGRAMA Nº 25
ESQUEMA OPERATIVA ESTÁNDAR EN UN CVI



Fuente: Manual de SISAEX-VAC.

En la propia aplicación se encuentra disponible el Manual de la aplicación (última versión de 2020) y el tutorial de la misma (de 2009), que sigue sin actualizarse, pese al tiempo transcurrido desde su última versión.

El mantenimiento correctivo y evolutivo de este módulo se realiza en el marco de la aplicación SISAEX, habiendo sido necesarias diversas actualizaciones, la más importante el cambio de entorno en abril de 2020 y, la última de las actualizaciones importantes, ha sido el desarrollo en relación con la administración de la vacuna del COVID-19 por parte de los CVI, a la que posteriormente se hace referencia. En relación con este mantenimiento se han detectado retrasos en la puesta en producción de las utilidades requeridas por la parte funcional, tal y como se expone en el cuadro siguiente en el que se relacionan el número de actuaciones solicitadas desde el 7/12/2021 y las finalmente atendidas a fecha 28/10/2022:

CUADRO Nº 12
ACTUACIONES SOLICITADAS Y EJECUTADAS SEGÚN NIVEL DE PRIORIDAD ESTABLECIDO
Período 07/12/2021 – 28/10/2022
(número)

ORDEN	ACTUACIONES SOLICITADAS	EJECUTADAS
Prioridad 1	9	4
Prioridad 2	5	2
Prioridad 3	3	2
Prioridad 4	15	0
Prioridad 5	4	0
Prioridad 6	3	0
Prioridad 7	7	0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de información procedente de la SGSE.

La SGSE solicitó el diseño y aplicación de actualizaciones en SISAEX en cada momento temporal en que se publicaron las modificaciones de las directrices de vacunación del COVID-19. Sin embargo, del análisis efectuado, se desprende que transcurrieron entre 3 y 4 meses entre la solicitud de cada adaptación SISAEX-VAC y su implantación tanto en relación con las directrices establecidas en la Estrategia de Vacunación española, como en relación con las relativas a pauta heteróloga, registro de dosis administradas en otras CCAA y terceras y sucesivas dosis de refuerzo.

Los retrasos expuestos en la implantación revelan que las prácticas de priorización de actuaciones en el modelo de mantenimiento establecido no son adecuadas para responder a las necesidades de servicio de la SGSE.

A su vez, la experiencia de uso, tanto para los empleados públicos como para los ciudadanos es insatisfactoria, según se desprende de la información facilitada por la SGSE en el curso de la fiscalización:

- Se ha puesto de manifiesto que la configuración de SISAEX VAC al cierre de los trabajos de fiscalización no asegura una disponibilidad y fiabilidad suficiente en momentos de alta demanda, ni una velocidad de respuesta adecuada, por lo que la experiencia de uso es insatisfactoria. A este respecto, es frecuente que los servicios territoriales de Sanidad Exterior dirijan quejas a la SGSE sobre la imposibilidad de acceder, consultar o registrar actuaciones en SISAEX, según se desprende de las entrevistas efectuadas a los

responsables y de correos electrónicos de ámbito interno aportados en el curso de los trabajos.

- Carece de utilidades básicas, como la posibilidad de conocer en tiempo real la demora en la citación de un Centro de Vacunación Internacional (CVI) a través de SISAEX-VAC (por lo que el único medio es la consulta de la página web de citación de viajeros) o la de comprobar manualmente la primera cita disponible para cada CVI.

- La experiencia de gestión de cita previa para el ciudadano admite un amplio margen de mejora, ya que la interfaz es compleja y tiene funcionalidades muy limitadas[197].

II.4.3.2.b) Análisis de la información

Del análisis de la base de datos de SISAEX-VAC[198], cerrada a marzo de 2022, se desprenden los siguientes resultados:

- En relación con el diseño de la base de datos, el modelo de datos sobre el que se estructura la información que se almacena en SISAEX-VAC no es adecuado, al haber adquirido una gran complejidad, ya que partiendo del modelo inicial se han ido efectuando sucesivas adaptaciones, lo que ha derivado en una estructura que dificulta su administración y evolución, como se ha puesto de manifiesto en el desarrollo de utilidades *ad hoc* para la extracción de estadísticas.

- Se han apreciado incidencias significativas en la calidad de los datos custodiados, como muestra el siguiente cuadro:

CUADRO Nº 13
INCIDENCIAS DETECTADAS EN TABLA VIAJEROS (SISAEX-VAC)
Período 2019-2021
(número de registros y porcentaje)

TABLA RELATIVA A LOS DATOS PERSONALES DE LOS VIAJEROS (TABLA VAC_VIAJERO) 1.692.921 REGISTROS		
CAMPO NÚMERO IDENTIFICADOR	**NÚMERO REGISTROS**	**%**
Un mismo NIF y diferente nombre y apellidos	Detectado 1 mismo NIF para 7 personas diferentes	
Sin NIF/NIE	64.484	3,8
Identificador ficticio o de prueba	> 2.400	> 0,1
Duplicados (mismo NIF, nombre y apellidos)	24.674 (11.656 registros únicos)	1,5
Duplicados (con simples diferencias en acentos, guiones, etc.)	60.780	3,6

Fuente: Elaboración propia.

[197] En las pruebas realizadas en los trabajos de fiscalización se ha detectado que siempre aparece un mensaje de error de sesión expirada en el primer intento que se realiza, a pesar de no haber transcurrido los 15 minutos establecidos para la expiración, siendo necesario ingresar los datos una segunda vez.

[198] A partir de una copia de la base de datos proporcionada por el MSND a los efectos del análisis.

- Existe una debilidad significativa, que afecta a la integridad y trazabilidad de la información registrada, consistente en la ausencia de grabación de la fecha de inserción del registro, lo que impide conocer la antigüedad de estas incidencias y, además, pone de manifiesto la falta de validaciones adecuadas en el momento de la inserción de la información y la inadecuada depuración posterior de la misma.

- A su vez, las deficiencias en los registros almacenados de los viajeros, principalmente duplicados, pueden suponer un riesgo para la correcta atención a los pacientes, lo que motivó el desarrollo de una utilidad para la fusión de fichas de viajero, que puede realizarse por determinado personal de los CVI, de forma irreversible. Esta falta de reversibilidad se une a la circunstancia adicional de que ni el profesional que ha realizado esta consolidación ni la fusión realizada quedan reflejadas en la auditoría de la base de datos. Esta deficiencia pone de manifiesto la necesidad de mejorar la entrada de datos en SISAEX para prevenir este tipo de duplicidades y los riesgos derivados de las mismas, así como la insuficiencia de la auditoría de datos actualmente configurada en SISAEX-VAC.

- Asimismo, a pesar de que se prevén claves para el registro de la no asistencia del viajero a la cita programada, en la tabla correspondiente no figura ninguna cita con la clave "*no asistida*". Esta deficiencia impide realizar una adecuada valoración automática de las cargas de trabajo.

- Como resultado del análisis de la calidad del dato los datos se han detectado deficiencias en la tabla "*administración de vacunas*", particularmente en el campo "*lote*" en el 2 % de los registros, información que se considera clave para la trazabilidad de la administración de vacunas.

- En el Anexo 43 se detallan otras incidencias detectadas.

Por último, se han apreciado deficiencias en cuanto a las estadísticas de actividad disponibles en SISAEX-VAC y en cuanto a la gestión de los usuarios:

- SISAEX VAC proporciona estadísticas de actividad para cada una de las áreas funcionales, sin embargo, no dispone de la posibilidad de extraer estadísticas automáticas agregadas de todos los CVIs, ni estadísticas con desglose por profesional, estas últimas necesarias para el cálculo de complementos retributivos del personal.

  Como se ha indicado previamente, el cálculo estadístico anual que realiza la SGSE de la actividad de los CVIs se fundamenta en la remisión por parte de estos en hojas de cálculo, basadas en un modelo elaborado por la SGSE, que se consolidan finalmente por esta unidad. Se considera un procedimiento poco adecuado, puesto que consumen horas de trabajo del personal técnico en trabajos de posible automatización, el riesgo de error es mayor y no cumple los principios de trazabilidad e integridad. No se ha acometido la transformación digital de este procedimiento que permitiría corregir dichas deficiencias, lo, que supondría que tanto los actos sanitarios, como la supervisión de esta actividad y, finalmente, las estadísticas derivadas se realicen dentro de una aplicación, sin remisiones de hojas de cálculo, correcciones y agregaciones manuales.

  En la Memoria Anual del MTER correspondiente al ejercicio 2020 se incluye la estadística de actividad de los CVIs, puesto que dependen orgánicamente de este ministerio, elaborada a partir de los informes remitidos por SGSE y no mediante el acceso directo a la aplicación. En la tabla siguiente figura la comparación de la información contenida en este documento

con los datos de SISAEX, apreciándose que presentan discrepancias entre sí, recogidas seguidamente:

CUADRO Nº 14
COMPARATIVA PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL
Período 2019 – 2021
(número de citas, viajeros, vacunas administradas)

EJERCICIO	CÁLCULO TCU SOBRE SISAEX	MEMORIA MTER 2020	ESTADÍSTICA AUTOMÁTICA SISAEX	ESTADÍSTICA MANUAL ELABORADA POR SG. SE
CITAS REALIZADAS				
2019	148.640	nd	148.640	nd
2020	58.682	nd	58.682	nd
2021	90.106	nd	90.218	nd
VIAJEROS ATENDIDOS				
2019	120.597	170.012	168.309	168.647
2020	45.794	43.160	42.890	43.160
2021	76.996	nd	52.543	55.690
VACUNAS ADMINISTRADAS				
2019	94.822	92.992	94.814	94.817
2020	30.794	30.460	30.792	30.460
2021	46.350	nd	46.345	43.214

Fuente: Elaboración propia.

Las diferencias evidencian la complejidad generada en la elaboración de esta información estadística, como consecuencia de la falta de depuración y revisión de los datos en la propia aplicación, circunstancia que, además, conduce a inexactitudes. Asimismo, se remarca nuevamente que la falta de un diseño flexible de las estadísticas que permita la explotación completa de la información de la base de datos, de acuerdo con las necesidades funcionales, tiene como consecuencia un consumo de horas de trabajo del personal técnico en funciones puramente estadísticas.

En relación con esta cuestión como ya se ha indicado, la Secretaría General de Coordinación de la AGE en el Territorio, responsable de la coordinación del personal de las áreas funcionales, no ha tenido acceso a SISAEX VAC hasta enero de 2022, por lo que el conocimiento de la actividad de las áreas funcionales por los servicios centrales del MTER se ha realizado mediante los informes estadísticos remitidos por SGSE, que se reproduce en la Memoria que elabora el MTER. Esta información es necesaria para la evaluación de las cargas de trabajo de las áreas funcionales y, adicionalmente, para el cálculo de las retribuciones de productividad del personal. Nuevamente, se pone de manifiesto la dificultad de la relación orgánica y funcional entre los dos ministerios involucrados.

- También se aprecia una falta de depuración en el panel de usuarios (usuarios sin actividad)[199].

En el trámite de alegaciones, el MSND manifestó que, en el marco de la reingeniería del sistema SISAEX[200], se desarrollaría una herramienta nueva para dar servicio a la vacunación internacional (proyecto VIVAC).

II.4.3.2.c) Actuaciones de los centros de vacunación internacional en relación con la pandemia de COVID-19

Con fecha 9 de abril de 2021, los 29 CVI de Sanidad Exterior comenzaron a operar como centros de administración de vacunas contra el COVID-19, dirigiendo su ámbito de actuación a aquellos colectivos que, por sus características específicas, eran de difícil atención por los servicios de salud de las CCAA en el contexto de la Estrategia General de Vacunación frente a COVID-19 en España. La participación de los CVIs de Sanidad Exterior se integraría en la planificación estratégica de la Comunidad Autónoma, siguiendo los niveles de priorización que cada CA tuviera establecidos.

Para soportar la operatoria ordinaria de esta vacunación COVID-19 fue necesario el desarrollo de una utilidad dentro de SISAEX-VAC. Este nuevo desarrollo se ha diseñado como una utilidad diferenciada, que no se integra en el esquema del modelo de datos de SISAEX-VAC previo, en parte debido a la singularidad de la vacunación COVID-19 y también a la complejidad del modelo.

De la revisión de la información contenida en la tabla referida a la vacunación COVID-19 se desprende que los CVIs de sanidad exterior administraron un total de 15.309 vacunas en 2021. Sin embargo, esa cifra no concuerda con la agregación de los partes estadísticos de los CVI, que reflejan 9.387 vacunas administradas, en parte debido a los retrasos en el registro en la aplicación de dichas vacunas[201]. Ello muestra las debilidades de SISAEX para ofrecer estadísticas fiables.

Por otra parte, fue necesario que la información de las vacunas administradas por los CVI se encontrase disponible en REGVACU y con ello se pudieran emitir los correspondientes certificados de vacunación. La interoperabilidad entre SISAEX VAC y REGVACU se instrumenta mediante un fichero específico que se remite diariamente a REGVACU, para que esta aplicación valide y cargue los datos. De acuerdo con la información recibida el número de registros rechazados por REGVACU es de una media de cinco diarios.

Cabe destacar que la interconexión de SISAEX-VAC con REGVACU fue la que se implantó en último lugar pese a que ambos sistemas estaban administrados por el MSND y requirió un desarrollo específico, lo que revela las dificultades de esta aplicación para interoperar. En el epígrafe II.4.2 se analizan las incidencias identificadas en este proceso.

[199] Véase el Anexo 44.

[200] Expediente de contratación 202250PA0003.

[201] En relación con la calidad del dato, se han detectado ocho registros introducidos por duplicado, (dieciséis identificadores de vacuna idénticos introducidos dos veces). Asimismo, se ha detectado un duplicado adicional respecto de una administración que, a pesar de tener diferente identificador de la administración, se corresponde con el mismo NIF, fecha de nacimiento, fecha de administración y dosis. Estos errores ponen de manifiesto defectos en la validación de entrada de los datos.

II.5. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO, DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ANALIZADOS, INCLUIDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES APLICABLES EN MATERIA DEL ESQUEMA NACIONAL DE SEGURIDAD

El análisis comprende la revisión del marco normativo de cumplimiento y las cuestiones relacionadas con la implementación, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, si bien es preciso aclarar que la fiscalización no comprende todos los sistemas de información gestionados por el MSND y el ISCIII.

A este respecto, todos los sistemas analizados del MSND se gestionan bajo la responsabilidad de la organización administrativa de ese Ministerio, se sustentan en su infraestructura tecnológica y se explotan con arreglo a las políticas generales del Departamento.

Análogamente, en lo que respecta al ISCIII, en su condición de organismo con personalidad jurídica propia, se han analizado cuestiones generales en lo que afectaban o daban soporte a los sistemas objeto de esta fiscalización, que son los relacionados con la vigilancia epidemiológica y, por tanto, con dependencia funcional del MSND. No se ha efectuado ninguna actuación sobre aspectos relacionados con el Ministerio de Ciencia e Innovación.

En lo que respecta al INGESA, no se han efectuado actuaciones en relación con sistemas de información vinculados con la Gerencia de Informática de la Seguridad Social ni tampoco con la función asistencial desarrollada en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

En referencia a las disposiciones normativas, el art. 156 de la Ley 40/2015 regula el Esquema Nacional de Seguridad[202] (en adelante ENS) y el ENI[203]. El ENS se desarrollaba en el periodo fiscalizado por el RD 3/2010[204] y el ENI por el RD 4/2010. A continuación, se señalan los principales resultados del análisis.

Cabe señalar, a su vez, que el MSND como consecuencia de la pandemia fue sometido a una carga de gestión excepcionalmente elevada que afectó ampliamente a sus servicios tecnológicos para los que no tenía dimensionados sus recursos, toda vez que, una vez completada la transferencia de la gestión del SNS a las comunidades autónomas, y salvo en determinados ámbitos (INGESA en las Ciudades Autónomas, las de Sanidad Exterior, formación sanitaria especializada, entre otras) desarrollaba esencialmente funciones de coordinación.

II.5.1. Aspectos relacionados con el cumplimiento del ENS

Las cuestiones identificadas en el curso de los trabajos de fiscalización se han puesto de manifiesto, en su caso, a los responsables del MSND y del ISCIII. En el Anexo 45 se describe el ámbito objetivo del análisis efectuado.

[202] El ENS tiene por objeto establecer la política de seguridad en la utilización de medios electrónicos en el ámbito de la presente Ley, y está constituido por los principios básicos y requisitos mínimos que garanticen adecuadamente la seguridad de la información tratada.

[203] El ENI comprende el conjunto de criterios y recomendaciones en materia de seguridad, conservación y normalización de la información, de los formatos y de las aplicaciones que deberán ser tenidos en cuenta por las Administraciones Públicas para la toma de decisiones tecnológicas que garanticen la interoperabilidad.

[204] Derogado con posterioridad por el RD 311/2022, de 3 de mayo.

II.5.2. Análisis de las políticas de seguridad

El MSND dispone de una política de seguridad, de aplicación a todos los órganos y unidades centrales y territoriales y por los organismos públicos dependientes del mismo y que se recoge en la Orden SSI/321/2014, de 26 de febrero, que no ha sido actualizada pese a los cambios organizativos, las modificaciones normativas, la evolución tecnológica y la máxima prioridad de estas cuestiones al tiempo de cerrar los trabajos de fiscalización, si bien, el MSND manifestó que estaba en curso una propuesta de actualización de la precitada Orden.

El ISCIII cuenta con una política de seguridad propia aprobada por la Resolución de la Dirección del 28 de noviembre de 2020. Pese a que en los aspectos relacionados con el servicio al SNS, el ISCIII depende del MSND, la política de seguridad del ISCIII no efectúa ninguna referencia a la existente en el MSND, aunque sí a la del Ministerio de Ciencia e Innovación, que es de 2019.

Ni el MSND ni el ISCIII efectúan designaciones formales de los responsables de los sistemas de información, aunque "*de hecho*" sí se han asignado esas responsabilidades a empleados públicos concretos de las respectivas organizaciones[205].

II.5.3. Categorización de los sistemas a efectos del ENS

La categorización de un sistema de información se regía en el periodo fiscalizado por el art. 43 y el anexo I del RD 3/2010[206].

II.5.3.1. MINISTERIO DE SANIDAD

A efectos de categorización en el ámbito del MSND hay que distinguir entre los sistemas ordinarios y los desarrollados específicamente como consecuencia de la emergencia sanitaria del COVID-19:

- Los sistemas analizados destinados a dar servicio a sanidad exterior se clasificaron como de categoría "*media*" (SISAEX-VAC; SISAEX-AHS). Estos sistemas, junto con otros administrados por el MSND se sometieron a una auditoría tecnológica orientada a obtener una certificación de conformidad con el ENS en diciembre de 2021. El MSND era, en ese momento, el único Ministerio de la AGE con esa certificación (recibida ya en 2019). En relación con la revisión de conformidad con el ENS efectuada por la empresa externa, en el certificado emitido se señala que se extiende a la "recogida de información sanitaria que afecta a los enfermos desembarcados en las DMS" como "a los historiales médicos de la vacunación internacional".

- Por el contrario, los sistemas de información específicos desarrollados con ocasión de la pandemia REGVACU y SERLAB no se sometieron a una auditoría de seguridad con los requisitos estipulados en el ENS (RD 3/2010 y, a partir del 5 de mayo de 2022, RD 311/2022), por considerarse por el MSND aplicaciones de carácter temporal, si bien se realizaron controles de carácter interno. En relación con las alegaciones, del MSND, este Tribunal no ha cuestionado que el MSND realizara controles de seguridad de ámbito interno

[205] El MSND alegó que en la ficha de cada aplicación consta la unidad administrativa responsable desde el punto de vista funcional, así como la persona de contacto en el área tecnológica. Sin embargo, estas fichas se documentan en hojas de trabajo editables, sin que conste una designación firmada por ningún órgano o autoridad, lo que se considera pertinente ya que el RD 3/2010 (derogado por el RD 311/2022), alude a los responsables de los sistemas en diversos preceptos.

[206] Derogado con posterioridad por el RD 311/2022, de 3 de mayo, que lo recoge en sus art. 40 y siguientes y en el anexo I.

sobre esos sistemas de información (verbigracia valoraciones ACIDT o test COCS-AGE y pruebas adicionales previas a la puesta en producción o implantación de actualizaciones) que no pueden equipararse ni cumplen los requisitos de los Reales Decretos antes citados para ser consideradas auditorías de seguridad. A mayor abundamiento, el propio Ministerio manifestó en sus escritos de alegaciones que la utilización de estos sistemas ha devenido permanente y la propia Secretaría General de Salud Digital hizo constar la clasificación como de categoría "media" de REGVACU y SERLAB en el cuestionario de ciberseguridad cumplimentado en el curso de la fiscalización, lo que implicaba que de acuerdo con el RD 3/2010 (art. 34 y Anexos I y III), debían someterse a una auditoría de seguridad de conformidad con el ENS.

- Por otro lado, el Tribunal de Cuentas ha apreciado que en los trabajos destinados a emitir el certificado de conformidad con el ENS que afectaron a SISAEX-AHS, la aplicación de sanidad exterior, no se expresaron salvedades en relación con la excesiva complejidad del modelo de datos y las deficiencias de los datos almacenados, que constituían una debilidad significativa, como se ha analizado en el subapartado II.3 y en el epígrafe II.4.3 y, teniendo en cuenta que tanto SISAEX-AHS como SISAEX-VAC contienen información sanitaria de ciudadanos[207].

II.5.3.2. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Con anterioridad a 2021, ninguno de los sistemas de información gestionados por el ISCIII y analizados en este informe fueron sometidos a autoevaluación.

En diciembre de 2021, el ISCIII incluyó en su ejercicio de autoevaluación a SIVIES que se categorizó como de nivel "*básico*". Sin embargo, las características de SIVIES y también de los sistemas de información que sustentan el sistema especial del SIDA (SeiVIHSIDA) y centinelas (primero SIVIRA y SVR), debieron ser considerados de categoría "*media*" dada la repercusión en el ámbito de sus funcionalidades para la organización (derechos de las personas, proteger los activos a su cargo y funcionamiento diario de servicio) en relación con, al menos, una dimensión de seguridad de los mismos[208]. La omisión de un análisis y adecuada valoración de las dimensiones de los sistemas de información supone un riesgo para la correcta ejecución de las funciones del organismo, especialmente en el caso de SIVIES, como se puso de manifiesto en 2020. De hecho, el ISCIII en los expedientes de contratación de emergencia tramitados en 2020 y 2021 calificó como "critico" el sistema SIVIES a efectos de justificar la necesidad de contratar externamente los servicios de mejora y mantenimiento del sistema.

II.5.4. Marco operacional y medidas de protección

Se ha analizado el marco operacional y las medidas de protección adoptadas por el MSND y el ISCIII en relación con la infraestructura que soporta los sistemas de información revisados, así como las específicas de las herramientas que han sido objeto de análisis. En este sentido, tanto el MSND

[207] En relación con la alegación del MSND sobre SISAEX, el alcance de la auditoría de cumplimiento del ENS de este sistema y su modelo de datos en los que discrepa de lo afirmado en el texto, cabe señalar que el propio Ministerio ha abordado una reingeniería de SISAEX para corregir las debilidades actuales de la aplicación (expediente de contratación 202250PA0003, que comprende el desarrollo de la aplicación COHISAL, en ejecución en 2024). A este respecto, en los resultados de la fiscalización, que se ha realizado con las bases de datos y documentación, modelo de datos incluido, proporcionados por el MSND, en concreto en el subapartado II.3 y en el epígrafe II.4.3, figuran numerosas discrepancias e incoherencias en los registros almacenados en SISAEX-AHS y SISAEX VAC que no han sido refutadas en el trámite de alegaciones.

[208] Disponibilidad [D] Autenticidad [A], Integridad [I], Confidencialidad [C] y Trazabilidad [T].

como el ISCIII han hecho uso de la herramienta INES desarrollada por el Centro Criptológico Nacional para la valoración de las características de sus sistemas en relación con el ENS.

Las cuestiones relacionadas con la ciberseguridad que se han identificado en el curso de los trabajos se han puesto de manifiesto a los responsables de la gestión.

En relación con la gestión desarrollada por el MSND, cabe destacar las siguientes cuestiones a diciembre de 2021:

- El Plan de continuidad en el negocio del MSND es de 2017, sin que se haya aportado documentación sobre pruebas ejecutadas en 2019, 2020 y 2021[209].

- No se ha aportado documentación acreditativa de la existencia de una programación anual de análisis de vulnerabilidades con independencia de que los sistemas hayan tenido o no subidas a producción, si bien en el trámite de alegaciones se manifestó que se efectúan análisis con carácter bianual.

- El documento técnico aportado sobre medidas de protección de acceso a las instalaciones es de 2018, sin que conste su actualización anual.

- No se había puesto en marcha un plan de concienciación y formación del personal en materia de ciberseguridad, ya que el ámbito de la formación se comparte entre la Subdirección General de Recursos Humanos del MSND, dependiente de la Subsecretaría[210], a la que corresponde la formación del personal del ministerio, la División de Tecnologías de la Información, a la que corresponde la ejecución de los planes de transformación digital, así como la gestión de los sistemas horizontales y la DG de Salud Digital y Sistemas de Información para el Sistema Nacional de Salud, que tiene como funciones el impulso de la "*transformación digital*" y la gestión de las infraestructuras digitales[211].

- Múltiples documentos aportados como documentación soporte de las medidas implantadas por el MSND no se encuentran formalmente aprobados y firmados por los titulares de los órganos y unidades administrativas responsables en cada caso[212].

En lo que respecta al ISCIII, las principales incidencias identificadas son las siguientes:

- El Informe de seguridad del ISCIII de 26 de mayo de 2021 puso de manifiesto la necesidad del organismo de abordar importantes proyectos en el ámbito de la ciberseguridad, definiéndose un cronograma con inicio a partir de 2022 para la implantación de algunas medidas previstas, entre las que cabe destacar la calificación de seguridad o las auditorías

[209] El MSND manifiesta en el trámite de alegaciones que no se realizaron dichas pruebas debido a la situación de emergencia y tensión de trabajo y, que a partir de 2022, una vez superada la pandemia, se han vuelto a realizar pruebas periódicas documentadas del plan de contingencia y recuperación de desastres, así como auditorias de infraestructura bianuales.

[210] Art. 9. 2 a) del RD 735/2020, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del MSND.

[211] En el trámite de alegaciones el MSND manifestó que en 2022 incluyeron acciones formativas y de concienciación, en materia de seguridad de la información.

[212] El Plan de formación y concienciación para 2022 elaborado por la Subdirección General de Infraestructura Tecnológica Sanitaria, la Normativa de Usos y Recursos de 2021, el Plan de pruebas de restauración de copias de seguridad, entre otros.

del ENS. Sin embargo, en septiembre de 2022, no se habían ejecutado en relación con los sistemas de información analizados en el marco de esta fiscalización.

- Pese a que el ISCIII había asumido el compromiso de conservar copias de seguridad de la base de datos de la aplicación SIVIES al menos desde 2020, debido a una incidencia técnica ocasionada por una migración, no fue posible restaurar una copia de seguridad anterior al 1 de junio de 2021, lo que no ha permitido comparar las versiones históricas de la base de datos con las más recientes.

II.5.5. Protección de datos

Tanto el MSND como el ISCIII han designado formalmente delegados de protección de datos en su respectivo ámbito.

En aquellos sistemas de información del MSND que implican tratamiento de datos personales, se han suscrito los documentos preceptivos. A este respecto, dichos documentos se han suscrito por los titulares de los órganos responsables del ámbito al que daba servicio la herramienta, al margen de quien haya ostentado la dirección tecnológica y las relaciones con las empresas contratistas de los contratos de desarrollo y mantenimiento de estos sistemas.

Por lo que respecta al ISCIII, pese a que el Instituto había declarado que la aplicación SIVIES carecía de datos personales, como ya se ha indicado, se ha verificado por el Tribunal que en el módulo de incidencias se han incorporado datos personales sin anonimizar de personas, utilizándose un entorno que no estaba diseñado para este fin, por lo que no se podía garantizar que se hubieran adoptado las medidas de prevención necesarias. A su vez, en 2021 se estaban enviando los ficheros de los registros del sistema especial del VIH-SIDA como ficheros adjuntos en este módulo de incidencias que incorporan datos sanitarios, potencialmente sensibles.

En el ámbito de sanidad exterior, SISAEX, tanto en su módulo de Actuaciones Higiénico-Sanitarias como de Vacunación contienen información sensible (historiales médicos, apreciaciones sobre patologías de los viajeros, información médica recogida en las DMS), en campos de texto libre, sin medidas de protección específicas[213].

II.5.6. Estrategia y planificación de las tecnologías de la información

II.5.6.1. MINISTERIO DE SANIDAD

Hasta diciembre de 2021[214], fecha de aprobación de la Estrategia de Salud Digital, no existió en el ámbito del MSND ningún instrumento de planificación de carácter transversal en materia de tecnologías de la información, con excepción de documentos internos de planificación de la contratación de la Subdirección de Tecnologías de la Información de la Subsecretaría, que asumía las competencias en materia de tecnologías de la información antes de agosto de 2020.

A este respecto, dichos documentos internos convivían con múltiples iniciativas y proyectos, algunos de ellos con trascendencia normativa y recogidos en Acuerdos del CISNS, con un recorrido temporal

[213] El MSND manifiesta en el trámite de alegaciones que “se han efectuado evaluaciones y que se han seguido las recomendaciones en atención a lo atendido”, A su vez, SISAEX fue sometido a una auditoría de conformidad con el ENS que, como se ha indicado no abarcaba la información almacenada en los sistemas.

[214] Acuerdo del CISNS de 2 de diciembre de 2021.

muy extenso, por considerarse estratégicos y que, en ocasiones, comprendían aspectos relacionados con las competencias de las CCAA (Historia Clínica Digital, Receta Electrónica Interoperable, el portal Sanidad en Datos, entre otros) y otras iniciativas aisladas de ámbito interno, algunas concluidas con éxito y otras que no lo fueron (como el SIAPR ya mencionado o el propio sistema SISAEX con deficiencias significativas).

Esto ha dado lugar a un impulso desigual en lo que respecta a los sistemas de información en el ámbito del MSND, que ha supuesto que los centros directivos del MSND e incluso unidades administrativas pertenecientes a un mismo centro directivo hayan operado como compartimentos estancos, sin un suficiente grado de coordinación interno[215].

A partir de 2022, la Estrategia de Salud Digital ha estado en fase de implementación. No obstante, se pueden efectuar las siguientes consideraciones sobre su contenido:

- La Estrategia de Salud Digital se desarrollará en el período temporal de 2021 a 2026, vinculado de manera fundamental con la ejecución de los fondos asociados al mecanismo de "*Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)*" y al "*Mecanismo de Recuperación y Resiliencia*" (PRTR).

- Se definieron tres líneas de actuación[216], diez áreas de intervención, y se estructuró el plan de actuaciones en "*áreas de ejecución del MSND con participación de las CCAA*", "*áreas de colaboración entre CCAA*" y "*áreas de ejecución compartidas MSND-CCAA*", cada una de ellas con un conjunto de actuaciones. El MSND manifestó en el trámite de alegaciones que se ejecuta a través de seis planes de acción.

- El modelo de seguimiento de la Estrategia de Salud Digital se asienta en un "*sistema de evaluación continua*" (apartado 6.5) de la Estrategia, concebido en la convocatoria de reuniones periódicas de órganos colegiados (comisiones y subcomisiones) y, de acuerdo con lo manifestado en el trámite de alegaciones, a través del seguimiento del avance de cada plan de acción. En consecuencia, el seguimiento se desarrolla a través del marco del cumplimiento de los "*hitos*" del PRTR, de los informes semestrales que se distribuyen para las sesiones de los precitados órganos colegiados y del seguimiento de esos planes de acción.

  El seguimiento fundamentado en convocatoria de comisiones depende de la depende de la firmeza en el impulso de sus funciones (cuestión que, como fue el caso de algunos órganos de seguimiento de emergencias no tuvo continuidad) y, a su vez, dichas comisiones precisan

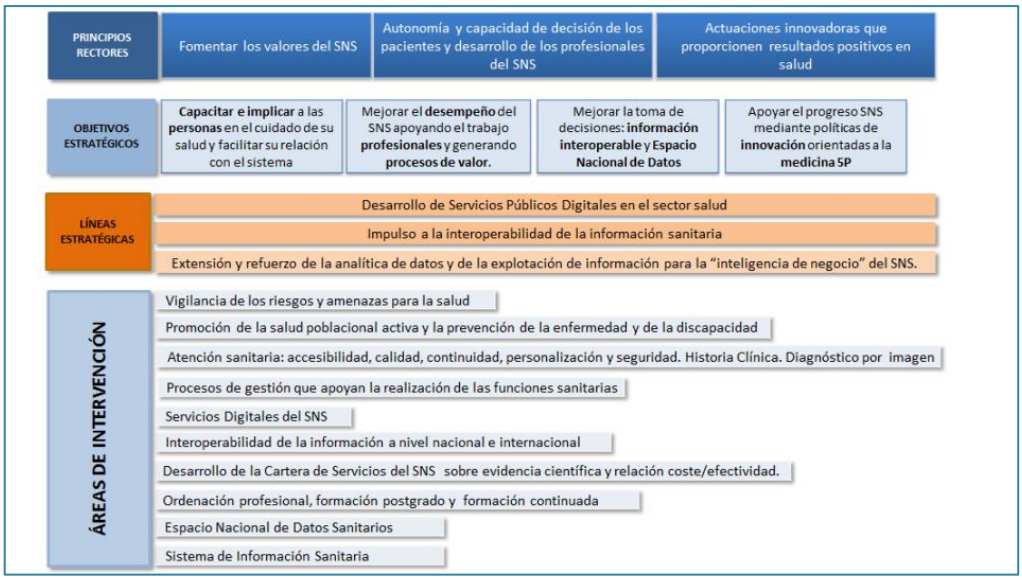
[215] En relación con las alegaciones del MSND en las que discrepa de este resultado, cabe destacar como se ha evidenciado en el informe, no existía ningún registro de vacunación estatal antes de 2021 adoleciendo el sistema de Sanidad Exterior, SISAEX, de deficiencias significativas. Adicionalmente, también en relación con lo manifestado por el MSND en el trámite de alegaciones, cabe destacar que las vacunas administradas por los Centros de Vacunación de Sanidad Exterior, registradas en SISAEX, no se incluían en las estadísticas e informes estatales de vacunación elaboradas en el seno de la propia DGSP por personal de la Sub. Gral. de Promoción de la Salud y Prevención, por lo que la información no estaba integrada dentro del propio Ministerio en el ámbito de la vacunación.

[216] Desarrollo de servicios sanitarios digitales orientados a las personas, generalización de la interoperabilidad de la información sanitaria e impulso a la analítica de datos relacionados con la salud.

de un marco de seguimiento medible que permita valorar la consecución de los objetivos previstos[217].

- Las unidades administrativas funcionales, usuarias de los sistemas de información, no están suficientemente implicadas en los procesos de elaboración de los documentos de planificación a medio y largo plazo en el ámbito tecnológico, participando, como máximo, en un proceso de consulta formal, por lo que existe un riesgo de que sus necesidades no se tomen en consideración suficientemente, circunstancia agravada por la carencia de perfiles con conocimientos tecnológicos avanzados en el ámbito de la gestión. En este sentido, en la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica se acordó, en 2021, solicitar al MSND que un representante de esa Ponencia se integrara en la Subcomisión de Sistemas de Información del CISNS, revelando que no se había contemplado la aportación de los responsables de este ámbito en ese órgano, dificultando que su visión se tomara en consideración en las decisiones y propuestas de la misma. En múltiples contactos y reuniones con usuarios de unidades del MSND, principalmente, de la DGSP se manifestó esta cuestión.

DIAGRAMA Nº 26
ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL DEL SNS



Fuente: MSND.

No obstante lo anterior, la Estrategia de Salud Digital propone actuaciones en ámbitos cuya mejora es una necesidad y plantea un itinerario que se considera adecuado y se valora muy positivamente.

[217] El Tribunal discrepa de la consideración efectuada por el MSND en sus alegaciones en las que manifiesta que una Estrategia debe carecer de un calendario de implementación. La carencia en los instrumentos de planificación de un marco de seguimiento, dotado de objetivos e indicadores cuantificados, parámetros iniciales y finales del plan y de calendario, es una debilidad significativa, como ha sido puesto de manifiesto en numerosos Informes de fiscalización, todo ello sin perjuicio de que dichas Estrategias puedan desarrollarse o concretarse en planes específicos de ámbito temporal u objetivo más detallado.

II.5.6.2. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

En el ámbito de la planificación tecnológica del ISCIII, en lo que respecta a la vigilancia epidemiológica, con anterioridad a 2019 solo existían planes de proyectos de carácter anual. En 2019, se aprobó un Plan director de sistemas de información y, con posterioridad, se han elaborado planes de acción parciales para renovación de equipos y de mejoras de seguridad.

El ISCIII dispone de un Plan Estratégico para el periodo 2021-2025 accesible en su web. Es un plan genérico para la entidad en el que se incluye un apartado dedicado a la transformación digital que, sin embargo, no ha sido objeto de desarrollo ni tampoco cuenta con una matriz de seguimiento, en particular, en lo que afecta al ámbito de los sistemas de información.

II.5.7. Expedientes tramitados y recursos económicos asignados para el desarrollo y mantenimiento de sistemas de información

En este epígrafe se analiza la gestión de la implementación, desarrollo y mantenimiento del *software* de los sistemas de información.

II.5.7.1. MINISTERIO DE SANIDAD

II.5.7.1.a) Recursos dedicados

En el Anexo 46 del Informe se incluyen el detalle de los proyectos tecnológicos que han sido objeto de análisis, que suponen un total de 10.939.480 euros, incluyendo conjuntamente desarrollo, mantenimiento y otras actuaciones.

En la medida en que, como concluía el informe REINA[218], el MSND era en 2019 uno de los departamentos ministeriales con menor dotación de recursos humanos propios en el ámbito de las tecnologías de la información (102 efectivos, de los cuales 16 eran de subgrupo A1 y 26 del A2) y menores recursos (31 millones de euros, el tercer ministerio que menos recursos había dedicado), se ha recurrido a la contratación externa para la ejecución de trabajos de planificación, desarrollo, introducción de mejoras, mantenimiento y explotación de sistemas de información y también para tareas de apoyo[219].

De las comprobaciones efectuadas, se desprende que ha existido cierta heterogeneidad en lo que respecta al órgano de contratación de los expedientes en el ámbito tecnológico, las aplicaciones presupuestarias a las que se han imputado los gastos y el tipo de tramitación efectuada. Parte de esta heterogeneidad se justifica por las siguientes circunstancias:

- La adopción de medidas extraordinarias por parte del Gobierno que, en el marco de una situación de emergencia extraordinaria afectaron, indudablemente, a la tramitación de los expedientes, principalmente la aprobación del Real Decreto-Ley 7/2020 y la dotación de un crédito extraordinario en el crédito presupuestario 26.09.313-A.228 del MSND en 2020 para atender las necesidades relacionadas con la crisis sanitaria, así como, en ese contexto, la tramitación por el procedimiento de emergencia de los contratos.

[218] "https://administracionelectronica.gob.es/pae_Home/pae_OBSAE/pae_Informes/pae_InformeREINA/pae_InfDescarga.html".

[219] No se han efectuado comprobaciones sobre las adquisiciones de equipamiento.

- Los cambios organizativos del MSND, ya que en virtud del RD 2/2020, pasó de ser Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a MSND y, posteriormente, se dictaron dos RD de desarrollo de estructura orgánica básica, el RD 454/2020 y el RD 735/2020 que reorganizó el MSND y creó la Secretaría de Estado de Sanidad y la Secretaría General de Salud Digital, derivando en una estructura organizativa compleja en materia de gestión de proyectos tecnológicos, a la que se aludirá en detalle después[220].

- El propio marco normativo de la contratación de proyectos tecnológicos, ya que coexisten, suministros y servicios declarados de contratación centralizada y Acuerdos Marco con intervención en la tramitación de los órganos competentes del Ministerio de Hacienda, con otros tramitados exclusivamente por parte del propio MSND.

II.5.7.1.b) Tramitación de los expedientes de gastos

Sin embargo, pese a la situación de extraordinaria emergencia, y la prioridad de atender las necesidades con la máxima celeridad posible, se han identificado algunas cuestiones relevantes en la gestión y tramitación de los expedientes:

- En la implementación de SERLAB se tramitaron cuatro expedientes de contratación, en tres de ellos contrató la DG de Cartera (por delegación del titular del departamento), y en uno, la DG de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS en el marco de un proceso de contratación centralizada. De todos ellos, los tres gestionados por la DG de Cartera fueron tramitados por el procedimiento de emergencia.

  Adicionalmente se tramitaron otros cuatro expedientes más, que afectaban a SERLAB junto a otras aplicaciones. Se observa disparidad en los órganos de contratación: un expediente de la DG de Cartera, un expediente de la Secretaría de Estado de Sanidad (a propuesta del Secretario Gral. de Salud Digital), y dos expedientes tramitados por la DG de Racionalización, al haberse utilizado procedimientos de contratación centralizada, actuando a propuesta por delegación del titular del MSND de dos órganos diferentes, la DGSP y la Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS.

- En lo que respecta a CMC, se tramitaron teniendo los tres a la DG de Cartera como órgano de contratación y tramitados por el procedimiento de emergencia. Adicionalmente se tramitaron otros cuatro expedientes más que afectaban a CMC junto a otras aplicaciones, que son coincidentes con los expedientes indicados en el párrafo anterior con respecto a SERLAB y otras aplicaciones.

- Los expedientes de contratación tramitados para la implementación de SERLAB y CMC, sobre todo del primer semestre de 2020 tuvieron como órgano de contratación a la DG de Cartera y se financiaron las actuaciones con créditos del concepto 228 del programa 313A "*Prestaciones Sanitarias y Farmacia*", circunstancia que tiene como única justificación la concesión de un crédito extraordinario al MSND por el Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, ya que esa DG de Cartera carece de competencias en materia de sistemas de información.

- En el caso de REGVACU, se tramitaron dos expedientes por el procedimiento de emergencia por un importe de 128.720 euros y 304.980 euros (importes sin IVA), en

[220] Real Decreto 718/2024, de 23 de julio, ha derogado los RD 454/2020 y 735/2020, sin cambios sustanciales en este ámbito.

septiembre de 2020 y enero de 2021, respectivamente. En el primero de ellos, el órgano de contratación para REGVACU fue la DG de Cartera, pese a que la emergencia la declaró la Secretaría de Estado de Sanidad (a propuesta de la SG de Salud Digital y que la materia se enmarca en las competencias de la DG de Salud Pública). Se tramita posteriormente un tercer expediente, a través de contratación centralizada, con la Secretaría Gral. de Salud Digital, Información e Innovación del SNS como órgano solicitante[221].

- Para los servicios de "*apoyo en la coordinación y seguimiento de los proyectos tecnológicos*", se adjudicaron dos contratos, el inicial tramitado por el procedimiento de emergencia y otro como contratación centralizada, en un caso se contrató por la Secretaría de Estado de Sanidad y el de tramitación centralizada se promovió por la DG de Salud Pública[222], por delegación del titular del Ministerio.

- En lo que respecta a sanidad exterior, también se tramitaron expedientes que afectaron a mejoras y mantenimiento de SISAEX. Cabe destacar que hasta el año 2021, la contratación en este ámbito se gestionaba principalmente por la Subsecretaría y la Sub. Gral. de Tecnologías de la Información. De hecho, en el expediente 202007AC0001 que comprende, entre otros, los servicios de mantenimiento para las aplicaciones de sanidad exterior, según el documento de licitación, el órgano responsable del contrato es la Subdirección General de Tecnologías de la Información (SGTI) del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, que mantenía funciones de apoyo en el periodo transitorio de reorganización de los ministerios. Este contrato se adjudicó en junio de 2020, tres meses después del RD de desarrollo de la estructura orgánica básica del MSND (RD 454/2020).

En este sentido, además de la situación de emergencia del primer semestre de 2020, se aprecia como práctica habitual de gestión que el desarrollo de los proyectos (sin contar el mantenimiento) se efectúa por medio de múltiples expedientes de contratación que, además, fueron promovidos por distintos órganos, unos con competencia por naturaleza y otros por delegación de los anteriores, con intervención, además, en ocasiones de órganos cuyo ámbito competencial no comprende estas áreas. La referida heterogeneidad en la tramitación de los expedientes y el ejercicio de las funciones relacionadas con la gestión de los proyectos tecnológicos entre los distintos órganos y unidades del MSND supone un riesgo de control interno, ya que se dificulta el seguimiento de la pista de auditoría de los mismos y se fragmenta la supervisión que se ejerce sobre los trabajos realizados por las empresas adjudicatarias. En el marco de la fiscalización el seguimiento de la pista de auditoría a efectos de cuantificar el coste de los sistemas de información ha resultado complejo, al incluirse conjuntamente varios proyectos en un mismo expediente y no desglosarse en la facturación los recursos destinados a cada uno de los distintos sistemas y trabajos aplicados en cada uno. A este respecto el MSND carecía de un sistema de contabilidad de costes de sus proyectos tecnológicos[223].

En lo que respecta a las aplicaciones presupuestarias que financiaron los contratos, hay actuaciones financiadas con el programa 313B, de Salud Pública, con el programa 313A de la DG de Cartera y otras con los programas relacionados con los Fondos "*Next Generation*" y "*Rescue UE*" a partir de 2021, principalmente. Adicionalmente, las primeras actuaciones enmarcadas en los "*Servicios de definición, implementación y operación de un cuadro de mando para el centro de*

[221] Para mayor detalle, véase el Anexo 46.

[222] En este caso la DG de Salud Pública promueve, por delegación de la Ministra, la tramitación de la contratación centralizada a instancias de un órgano del área tecnológica, que no está integrado en su ámbito orgánico, lo cual no se compadece con la dinámica ordinaria de tramitación.

[223] El Ministerio de Sanidad manifestó en el trámite de alegaciones que dispone de un sistema de gestión, GEMA, que permite calcular el importe a facturar en cada periodo en los contratos en base a encargos de trabajo. Sin embargo, esta herramienta no constituye un modelo de contabilidad analítica de proyectos.

mando y control de la evolución del COVID-19" se imputaron al concepto presupuestario 228, de gasto corriente que fue el dotado expresamente por RD-ley 7/2020, aunque implicaban el desarrollo de una utilidad totalmente nueva lo que suponía un gasto de inversión y así consta en la contabilidad patrimonial.

Las aplicaciones específicas desarrolladas para atender las necesidades originadas por la pandemia se han caracterizado por la urgencia y celeridad en el diseño y desarrollo, motivado por la detección de necesidades nuevas a atender. Con la salvedad de las situaciones emergentes que se produjeron en los meses de marzo y abril de 2020, en líneas generales, hay algunos aspectos con margen de mejora:

- En los proyectos impulsados en 2020, la emergencia a la que se daba respuesta no permitió una preparación previa de los proyectos tecnológicos.

- El detalle en la descripción de los trabajos a realizar por las empresas tecnológicas en los pliegos de prescripciones técnicas permite un amplio margen de discrecionalidad a los responsables de los proyectos tecnológicos para fijar las actuaciones a realizar[224]. Sin embargo, las unidades funcionales carecen de información sobre el alcance de los trabajos a realizar por parte de esas empresas. Ello unido a la insuficiente coordinación entre las unidades funcionales y tecnológicas, y a las limitaciones del personal de perfil no tecnológico, desemboca en que la fijación de prioridades para las mejoras de los proyectos se centraliza por el área tecnológica, lo que introduce el riesgo de que los sistemas de información no siempre sirvan adecuadamente a los fines para los que fueron diseñados, como fue el caso de SISAEX-VAC, analizado en el epígrafe II.4.3.2.

En lo que respecta a la justificación de los gastos, estos se han efectuado con arreglo a las reglas de ejecución de los contratos administrativos.

II.5.7.2. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

En lo que respecta al ISCIII, en relación con el ámbito fiscalizado, se tramitaron once expedientes de contratación por el procedimiento de emergencia en 2020 y 2021 para el refuerzo del sistema de información SIVIES por importe de 450.052,68 euros IVA incluido.

En lo que respecta a la implantación del nuevo modelo de vigilancia centinela de enfermedades respiratorias agudas se adjudicaron dos contratos cuyos pliegos contienen una enumeración genérica de las actuaciones a realizar, sin que entre ellas se incluya la adaptación del desarrollo para cumplimiento de los requisitos del ENS:

- En septiembre de 2021, un contrato menor por importe de 21.731,60 euros (IVA incluido), con un plazo de ejecución de un mes.

- En abril de 2022, un contrato menor por importe de 32.452,16[225] euros (IVA incluido), con plazo de ejecución hasta el 17/7/2022, que incluye entre sus objetivos la consolidación del sistema SIVIRA en todo el Estado.

[224] El MSND manifiesta en el trámite de alegaciones los pliegos se revisan por la DG de Racionalización y Centralización de la Contratación y se fiscalizan por la Intervención Delegada de la IGAE.

[225] Este contrato incluye actuaciones en otras aplicaciones.

II.5.8. Estructura organizativa en materia de tecnologías de la información

La estructura organizativa y la dotación de recursos humanos son elementos indispensables para el desempeño de las funciones atribuidas, ya que, el primer elemento determina las funciones y competencias atribuidas y su asignación a una estructura administrativa concreta y el segundo, es un requisito para que las funciones se ejerzan.

II.5.8.1. MINISTERIO DE SANIDAD

Una circunstancia organizativa significativa que ha afectado a las cuestiones tecnológicas tiene que ver con los cambios organizativos que ha sufrido el MSND en el periodo fiscalizado y que ha influido en la dispersión de órganos y unidades intervinientes en la gestión, como se analizaba en el epígrafe anterior.

Como se aprecia en el diagrama contenido en el Anexo 1 en el periodo fiscalizado ha habido tres configuraciones organizativas diferentes en el ámbito tecnológico del MSND.

En síntesis, la Subdirección General de Infraestructura Tecnológica Sanitaria tiene como cometido la gestión de los medios, los equipamientos y la seguridad, la Subdirección General de Servicios Digitales gestiona el desarrollo de las aplicaciones (*software*) y la División asume la asistencia a los usuarios tanto de equipos como de servicios de apoyo y asistencia, principalmente. A la vista de la atribución de funciones configurada en el RD 735/2020, modificado por el RD 852/2021 y que se recoge en el Anexo 47[226] es relevante que, a 31 de diciembre de 2021, la DG de Salud Digital tenía asignados 105 funcionarios en su RPT y la División 9.

En el contexto en el que se declara la pandemia de COVID-19, posteriormente el Estado de Alarma y todas las medidas de respuesta del MSND, en el ámbito de las tecnologías de la información la situación era la siguiente:

- Por una parte, y como ya se ha señalado anteriormente, en 2019 era el Ministerio de la AGE con menor número de efectivos de perfil TIC (y el tercero con menor presupuesto en este ámbito).

- Como consecuencia de la reorganización ministerial, el personal existente debía atender a las necesidades de los tres ministerios, quedando bajo la dependencia orgánica del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 hasta que se adaptaran las relaciones de puestos de trabajo, proceso que se culminó en junio de 2020.

- Se tuvo que afrontar la crisis del COVID-19, que implicó una carga adicional de trabajo excepcional ya que se abordaron soluciones tecnológicas nuevas para responder a las necesidades emergentes de gestión de la información: sistemas de información de pruebas

[226] Se encomienda a la a la División "la coordinación y supervisión, en colaboración con la Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del Sistema Nacional de Salud, de las actuaciones en el ámbito de las tecnologías de la información y las comunicaciones que desarrollen los órganos directivos y organismos del Departamento", así como "la planificación, dirección y coordinación de los desarrollos de los sistemas horizontales del Ministerio de Sanidad", mientras que a la DG de Salud Digital le corresponde el "diseño, desarrollo e implantación de los servicios electrónicos comunes del Sistema Nacional de Salud, las aplicaciones informáticas de salud digital del Ministerio de Sanidad, así como los portales sectoriales, garantizando su integración y homogeneidad" y "el diseño, provisión y gestión de las infraestructuras de tecnologías de la información y las comunicaciones del Ministerio de Sanidad y los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (Ver Anexo 47 del Informe). Con posterioridad al periodo fiscalizado, se ha aprobado el Real Decreto 718/2024, de 23 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, que deroga los RD preexistentes, pero que en este ámbito no efectúa cambios significativos.

diagnósticas, cuadro de mandos de control, y posteriormente el registro de vacunación, debiendo abordar el escaso personal de perfil tecnológico la coordinación de las nuevas necesidades tecnológicas, lo que implicó que un mismo responsable tuviera que asumir la coordinación directa de varios proyectos en paralelo, lo que dificultaba ejercer una adecuada supervisión de los trabajos de las empresas contratadas.

En esa tesitura, el MSND tramitó dos expedientes de contratación[227] de servicios para "*apoyo en la coordinación y seguimiento de los proyectos tecnológicos utilizados en la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*". El primero, fue tramitado por el procedimiento de emergencia (septiembre a diciembre de 2020) y, el segundo, al amparo del Acuerdo Marco 26/2015 del Ministerio de Hacienda. Estos contratos, según sus respectivos pliegos de prescripciones técnicas tenían por objeto el "*seguimiento de planes de acción establecidos, coordinar las necesidades de adaptación y evolución de los sistemas de información, elaborar planes operativos concretos de actuación, así como la toma de decisiones consensuadas entre los participantes*" y la dotación de un servicio de ""*Oficina Técnica para la coordinación y seguimiento de proyectos tecnológicos relacionados con la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19*[228]".

Del análisis de los expedientes, se desprende lo siguiente:

- Del contenido de los pliegos de prescripciones técnicas, y de las tareas desarrolladas, se deduce que el personal de esas empresas aporta fuerza de trabajo al MSND con carácter estructural, sin que respondan a encargos concretos e individualizables. A este respecto, en ausencia de la actividad de apoyo y de la producción de propuestas y documentación por parte de la Oficina Técnica, las unidades administrativas del MSND carecían de capacidad efectiva para coordinar y dirigir los proyectos, quedando su operatividad comprometida. Este riesgo es particularmente intenso en el ámbito de la explotación de la información: propuesta de modelos de análisis avanzado y presentación de los resultados. Además, su intervención en los trabajos efectuados por otras empresas adjudicatarias de servicios tecnológicos, por ejemplo, intervención en las reuniones que se mantienen con los equipos de desarrollo de empresas contratistas en relación con otros sistemas de información o revisión de los trabajos efectuados por estas, puede implicar una participación en las tareas de supervisión de los contratistas, función reservada al órgano de contratación, de acuerdo con el art. 190 de la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP)[229].

[227] Exptes. 202009COV042 y 202007AC0013.

[228] Véase el Anexo 46.

[229] En relación con las alegaciones del MSND en las que discrepa de la consideración de estructural de los trabajos encargados en el marco de este contrato, se señala que en el documento de licitación entre las tareas que desarrollaba la oficina técnica, se encontraban, entre otras, las siguientes:

- *Apoyo y coordinación de los procesos de implantación, apoyo al seguimiento y control de los niveles de servicio, procesamiento de la información de control con diversos fines, soporte y coordinación para una adecuada gestión de las incidencias surgidas en los diferentes proyectos.*
- *Manejo de herramientas de gestión de proyectos, elaboración de informes de alcances de desarrollo, en base a requisitos, elaboración de informes de planificación, detección de riesgos de los proyectos, vigilar que se siguen los estándares técnicos que se definan para el proyecto, vigilar que se siguen los procedimientos de desarrollo o determinar inicialmente y vigilar que se contemplan durante el desarrollo los requisitos no funcionales (técnicos, de seguridad, de calidad,…) y preparar los informes de seguimiento y control del proyecto para presentación a los interesados.*
- *Coordinación y asistencia a reuniones (convocatorias, actas, guion y otras tareas relacionadas), interlocución delegada con proveedores de los diferentes servicios y cualquier otra tarea de gestión y administración relacionada con el objetivo de la oficina objeto del presente contrato o necesaria para su funcionamiento efectivo*.

Además, la mayor parte de las prestaciones realizadas en el marco de estos contratos, se plasman en tareas que no responden a la estructura de trabajos "entregables" de otros proyectos tecnológicos, por lo que solo es medible su desempeño a partir de la certificación de las horas de trabajo del personal asignado.

Estas circunstancias ponen de manifiesto la falta de personal del MSND para la gestión de proyectos tecnológicos. A este respecto, en todos los ámbitos de la Administración existe una alta demanda de funcionarios de cuerpos de perfil funcional tecnológico. Sin embargo, en el curso de los trabajos de fiscalización se ha identificado en el MSND una carencia de empleados públicos con capacitación para participar y coordinar proyectos tecnológicos desde la perspectiva de los órganos gestores (no específicamente tecnológicos). Este tipo de perfiles son imprescindibles para trasladar al ámbito tecnológico las necesidades de los órganos gestores (funcionales) tanto en el diseño de nuevas herramientas como en la propuesta de mejoras de las existentes, así como para asegurar que las herramientas que se proporcionen son eficaces para los cumplir los cometidos para que las se han diseñado.

El exceso en la subcontratación con empresas externas de las tareas de identificación de necesidades de las unidades administrativas del MSND a efectos del diseño de una herramienta tecnológica, e incluso de la redacción de los documentos funcionales donde se describe las características y procesos que soportará la aplicación informática provoca varios riesgos:

- Requiere que los empleados de las empresas contratistas comprendan las características de la actividad a la que va a servir la herramienta, lo que precisa un coste en términos de tiempo, también para el propio personal del MSND y constituye un proceso complejo, dado que estos empleados tienden a tener una alta rotación y carecen del conocimiento sobre la Administración Pública que poseen los empleados públicos. Este consumo de tiempo y horas de trabajo provoca, a posteriori, retrasos en la implementación y pruebas de los proyectos.

- Las unidades funcionales se ven privadas de la iniciativa y liderazgo de las líneas generales y características de los sistemas de información. De hecho, potencialmente, las unidades administrativas de los órganos competentes sufren una pérdida de la dirección y control efectivo de los productos tecnológicos que se van a preparar por las empresas, lo que puede dar lugar a que se entregue una herramienta que no se ajusta a las necesidades del personal que lo va a utilizar.

- No hay una suficiente retroalimentación por parte de los usuarios de los sistemas en relación con las mejoras y desarrollos a introducir en los sistemas de información.

- La falta de impulso y adhesión en la gestión del cambio y en el rigor en la comprobación de los servicios entregados por las empresas adjudicatarias, por parte tanto de las unidades funcionales como las del ámbito de las tecnologías de la información.

A lo largo del Informe se han evidenciado casos en los que se han materializado estos riesgos:

- En la aplicación CMC, subepígrafe II.2.1 se ha apreciado que el número de accesos es limitado, por lo que la herramienta no ha logrado alcanzar todo su potencial. En esta aplicación se evidencia esta circunstancia en el insuficiente uso que se ha dado a las herramientas fundamentadas en "*indicadores clave*"[230].

[230] "KPI", *Key Performance Indicators,* por sus siglas en inglés.

- En el ámbito de sanidad exterior, como se ha detallado el epígrafe II.3.6 y en el subepígrafe II.4.3.2, las mejoras solicitadas por la SGSE no han sido tomadas en consideración suficientemente y los procedimientos de trabajo para la elaboración de informes y estadísticas no son eficientes ni garantizan un nivel suficiente de integridad y seguridad.

- Este tipo sistemas de información están altamente condicionados por una adecuada configuración de su diseño inicial, por lo que se requiere una adecuada coordinación para el ajuste periódico a las necesidades funcionales. Como se ha indicado a lo largo de este informe, este tipo de aplicaciones requieren una interfaz que permita una explotación funcional flexible o una coordinación estrecha entre funcionales y técnicos informáticos.

- El trabajo de análisis funcional no parece haber profundizado suficientemente en las necesidades o características del trabajo de las unidades funcionales. A este respecto, existió cierta fragmentación entre los distintos responsables de las unidades funcionales y las tecnológicas, en lo que respecta al liderazgo y visión integral de la herramienta. Esta cuestión se manifestó en la fallida implantación del sistema SIAPR, descrito en el epígrafe II.1.2.

- No ha existido un plan de difusión y formación sobre las capacidades de las aplicaciones y su utilización, si bien en el trámite de alegaciones el MSND indicó que se efectuaron sesiones de formación on line, por ejemplo, al personal de los CVI en el momento en el que asumieron la administración de vacunas para el COVID-19, en 2021.

II.5.8.2. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

El ISCIII cuenta con la UTIC[231], adscrita a su Secretaría General para la gestión de las tecnologías de la información en el ámbito del organismo, tanto en el ámbito de la infraestructura tecnológica, como en el desarrollo de sistemas o en el ámbito de la atención al usuario.

A 31 de diciembre de 2021, la UTIC disponía de 18 empleados públicos, siendo solo cinco de ellos de subgrupo A1 o A2. Por otra parte, entre 2020 y 2021 la UTIC perdió 6 efectivos de subgrupo A1 y A2 (más del 30 %) lo que implica un riesgo sustancial para la operatividad de la unidad administrativa para el desempeño de sus funciones.

Esa dotación, sin tener en consideración otros sistemas del resto de áreas del ISCIII, se considera insuficiente para dar soporte a las necesidades de gestión en materia de tecnologías de información de un organismo como el ISCIII.

De hecho, como se ha descrito en el epígrafe II.3.3, las herramientas del ISCIII en el ámbito de la vigilancia epidemiológica adolecían todas ellas de dificultades relacionadas con falta de modernización o recursos: SIVIES, SIDA-VIH, SVGe, lo que revela que el ISCIII disponía de unos recursos limitados en el ámbito tecnológico y, en la medida en que es un organismo de investigación, sus prioridades se centraban en ese ámbito, y no en el de la vigilancia epidemiológica, más vinculada al ámbito de la gestión.

A este respecto, el ISCIII tramitó once contratos de emergencia (ocho en 2020 y tres en 2021), de los cuales ocho incluían como tarea la de “cubrir la disponibilidad de recursos técnicos fuera del horario habitual (esto es, horario nocturno de lunes a viernes) y disponer de 50 horas de trabajo

[231] Unidad de Tecnologías de la Información y la Comunicación.

para cubrir el mantenimiento, imprescindible y urgente de las infraestructuras y sistemas que se han identificado como críticas, lo que evidencia que carecía de recursos suficientes.

II.6. CUMPLIMIENTO DE LAS PREVISIONES LEGALES EN RELACIÓN CON LA LEY ORGÁNICA 3/2007 PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES, Y CON LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO

II.6.1. Cumplimiento de la LO 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres

En el desarrollo de este procedimiento fiscalizador se han identificado las siguientes cuestiones relacionadas con el cumplimiento de la LO 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

En el ámbito de las tecnologías de la información, el porcentaje de mujeres que se emplean es menor al de los hombres, atendiendo a las publicaciones del Instituto de las Mujeres. En ese sentido en el informe *Principales indicadores estadísticos de igualdad,* en los datos correspondientes al último trimestre de 2021 en el sector de empleo de "información y comunicaciones" las mujeres suponían el 29 % del empleo y en el área de Actividades profesionales, científicas y técnicas, un 51 %[232] y en el de alta tecnología, un 30 %[233].

Sin embargo, en la Estrategia de Salud Digital no hay ninguna referencia a medidas de promoción de la igualdad efectiva de mujeres y hombres, pese a que, la medida que contiene propuestas de acción en el ámbito tecnológico podría haber contenido alguna directriz sobre las medidas de contratación. A su vez, en el contenido de los pliegos de prescripciones técnicas y de condiciones administrativas particulares[234] no se han identificado medidas de promoción de la contratación de *mujeres por parte de las empresas licitadoras,* con la excepción del criterio de desempate establecido en el art. 147 e) de la LCSP, *proposiciones con medidas que incluyan medidas de carácter social y laboral que favorezcan la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres,* si bien este criterio no fue necesario aplicarlo en los expedientes de contratación analizados.

No obstante, en el ámbito del MSND no se ha apreciado desequilibrio ya que el personal funcionario de la Secretaría General de Salud Digital, al 31 de diciembre de 2021 estaba compuesto en un 52 % por mujeres, incluidos los puestos directivos y predirectivos (55 % de empleados públicos de nivel 28 o superior) en ese centro directivo[235].

Por otra parte, en la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública sí se han identificado acciones orientadas a fomentar la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Así, en la Línea Estratégica 3[236], que señala que "las acciones que se implementen en cualquiera de los entornos deben tener en cuenta la perspectiva de género y estar orientadas a promover la equidad en salud". Sin embargo, esta mención expresa no se acompaña de ninguna referencia concreta en el enunciado de las metas ni en el detalle de las acciones prioritarias.

---

[232] "https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Informes/Docs/principales_indicadores_2022.pdf".

[233] "https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/CienciaTecnologia/Empleo.html".

[234] -Expedientes 202150AC0025, 202007AC0013, 202150AC0045, 202009COV012 y 202009COV041.

[235] Véase Anexo 48.

[236] *Mejorar la salud y el bienestar de la población a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida y el fomento de entornos saludables, seguros y sostenibles*.

La Estrategia contempla que, con carácter general, se efectuará una desagregación de datos por sexo en los indicadores donde proceda (indicadores sobre la salud de las personas, especialmente para cálculo de incidencias, prevalencias de procesos de enfermedad o estilos de vida).

Adicionalmente, la Estrategia contiene medidas específicas en materia de igualdad efectiva de mujeres y hombres, habiéndose definido indicadores asociados, como los referidos en el Anexo 49: recursos humanos en salud pública, equidad en la investigación en salud pública, formación en detección precoz de casos de violencia de género en el ámbito de la salud, entre otros.

II.6.2. Cumplimiento de la Ley 19/2013 de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno (LTAIBG)

El cumplimiento de la mayor parte de las obligaciones de información activa recogidas en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de carácter organizativo y común con otros órganos de la AGE, verbigracia relaciones de puestos de trabajo, currículum de altos cargos, entre otros, se cumplimentan de manera conjunta en el Portal de la Transparencia de la AGE (https://transparencia.gob.es/) y en otras páginas web de ámbito transversal[237]. Desde el punto de vista organizativo, el cumplimiento de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, y sus disposiciones de desarrollo, se atribuye a la Subsecretaría del MSND en los sucesivos RD de estructura básica de este Ministerio que han estado vigentes en el periodo fiscalizado (ver Anexo 1).

De acuerdo con la información facilitada por el MSND sobre las peticiones recibidas en aplicación de la LTAIBG en el periodo fiscalizado, la pandemia de COVID-19 trajo como consecuencia una demanda de información extraordinaria. Así, en 2020 el número de solicitudes motivadas en la LTAIBG se incrementó de manera muy sustancial, siendo un 192 % más de las recibidas en 2019. A este respecto, las solicitudes relacionadas con el COVID-19 concentraron el 51,2 % y el 86,4 % de las solicitudes totales en 2020 y 2021, respectivamente.

En el cuadro que se incluye a continuación se reflejan las estadísticas del periodo, en las que se aprecia que la resolución no siempre se produce en el ejercicio en el que cursan, puesto que es notable el trasvase de resolución de solicitudes de 2020 a 2021 debido a los plazos para responder a las solicitudes. Adicionalmente, el porcentaje de denegaciones fue del 1,3 % y de inadmisiones del 8,7 % respecto de las solicitudes presentadas, considerando conjuntamente los ejercicios 2020 y 2021. En relación con este mismo periodo, un 8,9 % de las solicitudes fueron objeto de reclamación ante el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno (CTBG). Para mayor detalle ver Anexo 50.

La información sobre la crisis sanitaria ofrecida por parte del MSND se presentó a través de múltiples canales, por supuesto, a través de las ruedas y notas de prensa, si bien la página web del MSND se convirtió en un instrumento fundamental para la publicación de la información destinada a la ciudadaníaasí como los profesionales sanitarios[238].

El MSND, en la información aportada, señaló que no existía una planificación sobre la comunicación de una situación de emergencia, ni se elaboró posteriormente un "*documento-guía*" con el fin de

[237] "https://contrataciondelestado.es/wps/portal/plataforma", "https://www.sepg.pap.hacienda.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/PGE/PGE2021/Paginas/PGE2021.aspx".

[238] Se ha analizado la difusión en la página web del MSND incluidos los espacios relacionados en redes sociales de estas entidades.

seleccionar y ordenar la información susceptible de ser publicada en relación con la emergencia del COVID-19.

Esta deficiencia se corrigió en lo que respecta a la campaña de comunicación para la vacunación frente a la COVID-19, ya que, en la "*Estrategia de vacunación frente a COVID-19*", de diciembre de 2020 sí incluyó un apartado V relativo a la estrategia de comunicación en la que se preveían objetivos, actividades a realizar y una evaluación del proceso. Esta evaluación, sin embargo, no consta que se llevara a cabo.

A los efectos del alcance de la información publicada en la web, la pandemia tuvo como consecuencia el aumento exponencial del número de visitas, ya que el número de consultas a la web pasó de 12 millones en 2019 a 98 millones en 2020 (un 790 % más). No obstante, la fidelización de los visitantes fue limitada, ya que el promedio de "*accesos por visitante*" es de 1,42 en 2020 y 1,45 en 2021.

Por otra parte, la pandemia dio lugar a la generación de una profusa cantidad de documentación por parte del MSND: producción normativa, estrategias, guías para profesionales, instrucciones para los viajes internacionales y datos cuantitativos de la evolución de la pandemia, entre otras categorías.

Se ha revisado la disposición de los contenidos relacionados con el ámbito objetivo de este informe en la página web del MSND. La existencia de un enlace directo a la situación de crisis sanitaria desde la página de inicio del MSND mejoró notablemente la accesibilidad a determinados contenidos que se consideran relevantes. Sin embargo, la información contenida una vez se accede a ese espacio, carecía de una adecuada jerarquización de los contenidos, atendiendo a su interés y relevancia, lo que no facilitaba su comprensión e interpretación.

De hecho, algunos de los informes más relevantes (por ejemplo, "*Actualización*") precisaba superar nueve interfaces intermedias para su consulta, casi el doble de lo que requiere acceder a informes sobre el VIH_SIDA, con cinco "clics".

Como comparativa y reafirmando lo indicado en los párrafos anteriores, los datos de las visitas al espacio de la web corporativa dedicado a la prevención del tabaquismo reflejan también caídas del 3 % en el 2020 respecto al año anterior y del 8,8 % en el 2021 con respecto a 2020, dato que confirma la necesidad de abordar la evolución hacia un diseño más atractivo para el ciudadano de la página web.

En el Anexo 51 del informe se muestran los datos de acceso a los perfiles del Ministerio en redes sociales.

A su vez, el MSND desarrolló, a través de varios de sus órganos, el cometido de "*Planificar, coordinar, desarrollar y evaluar estrategias, planes, programas e iniciativas de promoción de la salud*", como es el caso de la DGSP[239].

Por último, la aparición de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la actividad de publicidad institucional de MSND[240], ya que, en 2020, pese a que el instrumento de planificación de la publicidad se aprobó en mayo, la necesidad de un mayor esfuerzo de difusión informativa implicó, que el importe desembolsado fuese de 15.724.311 euros, lo que suponía un incremento del 13,7 %

[239] Ley 29/2005, en relación con las funciones de la DGSP, art. 3.7 p) del RD 735/2020, de desarrollo de la estructura orgánica básica del MSND.

[240] Véase el Anexo 52.

en relación con lo previsto. A este respecto, se ejecutó una campaña específica, no prevista previamente, por importe de 4.478.371 euros relacionada con el COVID-19, a cuyo importe hay que agregar otros costes adicionales de las campañas que sumaban 244.240 euros[241]. Por otra parte, se suprimieron un total de cuatro campañas previamente planificadas con importe total de 2.825.000 euros. Cabe destacar que en 2020 el MSND fue el departamento de la AGE que más recursos dedicó a publicidad, suponiendo el 32,9 % sobre el total de la inversión realizada en campañas institucionales por todos los ministerios conjuntamente considerados.

El Tribunal valora muy positivamente el esfuerzo desarrollado por el MSND para ofrecer información a profesionales y ciudadanía y cumplir la LTAIBG en una coyuntura extremadamente adversa habida cuenta de la situación sanitaria y la excepcional exigencia a la que fueron sometidos los servicios de ese departamento ministerial.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La propagación del virus COVID-19 a partir de enero de 2020 desencadenó una pandemia, que ocasionó una enorme pérdida de vidas y tuvo un impacto masivo en todos los ámbitos, sanitario y de salud pública en primer lugar, pero también en ámbitos sociales y económicos.

La gestión de la información adquirió una importancia crítica, ya fuera para el seguimiento de la evolución epidemiológica como para la articulación de las medidas de respuesta.

El Ministerio de Sanidad, el Instituto de Salud Carlos III y el Instituto de Gestión Sanitaria se enfrentaron a un reto sin precedentes, que incrementó la exigencia sobre sus sistemas y procedimientos de manera absolutamente excepcional, en un contexto en el que la disponibilidad de medios humanos y técnicos era limitada.

III.1. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, ALERTAS Y EMERGENCIAS

1. Cuando emergió la alerta sanitaria ocasionada por el COVID-19, el Ministerio de Sanidad (MSND) carecía de un sistema de información específico para la gestión, monitorización y coordinación de emergencias sanitarias y de información suficiente sobre las capacidades tecnológicas de las Comunidades Autónomas en este ámbito.

   La ausencia de una herramienta adecuada motivó que durante la pandemia la mayor parte de la gestión de estas alertas, que correspondió al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (CCAES), unidad administrativa del MSND, se desarrollara a través de herramientas ofimáticas comerciales, comunicaciones por correo electrónico, telefónicas o videoconferencias y mediante la utilización del "módulo de incidencias" del sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), que no tenía dicha finalidad. Esta actuación resulta comprensible dada la carencia de una herramienta funcional y la situación extremadamente excepcional existente en aquel momento, si bien sigue sin completarse la implementación de las medidas previstas en la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública que se encuentran en desarrollo: nuevo Sistema de Información de Vigilancia en Salud Pública, Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida creado por el Real Decreto 568/2024, encontrándose pendiente de completar su despliegue las herramientas de soporte tecnológico, en noviembre de 2024 (epígrafe II.1.2).

[241] Diferencia entre los costes planificados y los realmente ejecutados en 2020.

2. El marco normativo de la remisión de la información al inicio de la pandemia, contenido en 2025 en el RD 2210/1995, no permitía explotar plenamente el potencial de las nuevas tecnologías de la información en materia de interoperabilidad y de disponibilidad de la información integrada en tiempo real. Tras la pandemia, la reforma introducida por el Real Decreto-ley 5/2023 no abordaba la modernización de la vigilancia epidemiológica y, finalmente, el Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, ha creado varios sistemas, entre ellos el Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles, que está pendiente de desarrollo reglamentario, por lo que en 2025 se mantiene como sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles la red nacional de vigilancia epidemiológica regulada en el Real Decreto 2210/1995. (epígrafe II.1.3).

RECOMENDACIÓN Nº 1

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se recomienda que las actuaciones de desarrollo de lo dispuesto en el Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, en relación con la gestión de la información se articule a través de sistemas interoperables que permitan la integración de la información de las diferentes fuentes estatales, autonómicas y privadas, de manera que no precise de actuaciones de transformación y cumplimentación de la información[242].

3. La fuente inicial de información de la RENAVE la constituyen las unidades de salud pública autonómicas, que deben remitir cierta información preceptiva. Antes de 2020, el MSND y el CNE carecían de información suficiente sobre las características de los sistemas de información de vigilancia epidemiológica de las Comunidades Autonómas CCAA), cuyas capacidades se evidenció que eran muy heterogéneas entre sí. Hasta diciembre de 2022 no se completó un estudio al respecto, de cuyo contenido se desprende que ya antes de la pandemia de COVID-19 existían significativas debilidades estructurales en los sistemas de información de salud pública, acrecentadas por la limitación de los recursos humanos y técnicos en el ámbito de la salud pública, fruto de la carencia de inversiones, particularmente en lo que se refiere a los sistemas de información de salud pública.

   Adicionalmente, los sistemas de información estatales y autonómicos de salud pública constituían compartimentos estancos sin un suficiente grado de interoperabilidad entre sí. La ausencia de interoperabilidad, que provocaba dificultades para disponer de información integrada, se extendía a las relaciones entre los sistemas de información de gestión asistencial y de salud pública, lo que implicaba que se deban efectuar trabajos de cumplimentación y transformación manual a todos los niveles (facultativos médicos y empleados públicos de las CCAA, personal del ISCIII y del Ministerio) para poder gestionar la información en la RENAVE, lo que originaba retrasos significativos en el suministro de la información a la misma. (epígrafe II.1.3).

[242] La aprobación del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, supone un hito significativo, si bien, esta propia norma contempla que deben desarrollarse los sistemas que integran la red de vigilancia (art. 13) y la gestión integrada de la información (art 19).

En relación con las alegaciones del Ministerio, en las que alude en varios apartados a las diferencias entre el marco normativo y los sistemas de información, el Tribunal de Cuentas estima que ha quedado acreditado que cuando el marco normativo y los sistemas de información que dan soporte a los procedimientos regulados no se encuentran alineados y suficientemente coordinados, se producen disfunciones en el funcionamiento de los servicios, como se ha evidenciado en la fiscalización en el caso de SIVIES y la RENAVE o en los sistemas del SIDA, entre otros casos.

4. La herramienta tecnológica que permite la recepción, análisis y explotación de la información de la RENAVE, denominada SIVIES (sistema para la vigilancia en España), estaba gestionada por el Instituto de Salud Carlos III y la primera versión se puso en producción en 2012. Del análisis de los datos contenidos en la misma hasta enero de 2022 se desprende que admitía un amplio margen de mejora, tanto respecto a sus especificaciones técnicas en cuanto a seguridad, integridad y trazabilidad, como a la experiencia de su uso, la capacidad de explotación de la información y difusión a la ciudadanía y su interoperabilidad con otros sistemas de información, si bien era flexible para adaptarse a la aparición de nuevas enfermedades.

   En lo que respecta al ámbito de la vigilancia epidemiológica, se ha identificado como deficiencia significativa de SIVIES la no utilización de identificadores unívocos interoperables de casos o pacientes (documento nacional de identidad, pasaporte u otro) que ha dificultado que la información disponible en el ámbito sanitario y de la salud pública se encuentre integrada con otros sistemas. Además, se han identificado incidencias en la calidad de los datos almacenados en SIVIES debido a la existencia de algunos valores vacíos, ilógicos o incoherentes. En 2024, se encontraba en fase final de implementación la herramienta SIVIES-Plus, destinada a introducir mejoras en el soporte tecnológico de la RENVE (epígrafe II.1.3).

RECOMENDACIÓN Nº 2

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se recomienda abordar actuaciones de racionalización de los identificadores de pacientes en todo el ámbito del Sistema Nacional de Salud, de tal suerte que se habiliten las condiciones técnicas para que se habilite la integración de la información entre los sistemas de información sanitarios y de salud pública, incluyendo la vigilancia epidemiológica y sanidad exterior, permitiendo que la información generada en el ámbito asistencial sea accesible e interoperable con la que se produce y analiza en el ámbito de la salud pública, tanto en el ámbito estatal como, en su caso, en el de los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas.

5. Las debilidades y deficiencias de los sistemas de información de alertas y vigilancia epidemiológica (RENAVE) se pusieron de manifiesto con la emergencia derivada de la pandemia de COVID-19:

   - La ausencia de sistemas de información integrados incrementó carga de trabajo de cumplimentación y transformación de datos por parte de todos los actores implicados: servicios asistenciales y de salud pública de las comunidades autónomas, Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y el Centro de Coordinación y Alertas y Emergencias (CCAES) del Ministerio de Sanidad, incrementando el riesgo de error. Estas circunstancias, además, dificultaron producir con agilidad la información necesaria para la toma de decisiones en el primer periodo de la pandemia, en un contexto de incremento sustancial de casos en un corto espacio de tiempo. La respuesta a las dificultades derivadas de esta coyuntura requirió un esfuerzo extraordinario y excepcional de todos ellos.

   - Entre marzo y junio de 2020, en el marco del Estado de Alarma, al habilitarse un procedimiento *ad hoc* de remisión de información epidemiológica sobre el COVID-19 al Ministerio en virtud de la Orden SND/234/2020, la información epidemiológica quedó desdoblada en dos vías que ofrecieron una información no coincidente: la implantada por la Orden SND/234/2020*,* bajo la responsabilidad del Centro de Coordinación de Alertas y

Emergencias del Ministerio de Sanidad y la ordinaria, gestionada por el Instituto de Salud Carlos III a través del Centro Nacional de Epidemiología por medio de la aplicación SIVIES.

- Tanto la herramienta SIVIES, como la mayor parte de los sistemas de las CCAA, carecían de capacidad técnica suficiente para gestionar y procesar el incremento significativo de información que se produjo como consecuencia de las obligaciones de información específicas de carácter epidemiológico establecidas en el marco de la respuesta a la emergencia del COVID-19[243].
- La escasa inversión en modernización y transformación de los sistemas de información de Salud Pública y de vigilancia epidemiológica que se había venido sufriendo antes de 2020, agudizó las debilidades estructurales ya reseñadas: falta de interoperabilidad de los sistemas de información, limitaciones en sus capacidades y ausencia de una auténtica transformación digital de estos procedimientos (epígrafe II.1.3).

6. La vigilancia de la gripe se efectúa por medio de múltiples mecanismos sustentados en sistemas diferenciados (centinela, casos graves hospitalizados y notificación por SIVIES). El sistema de información que daba soporte a la red centinela que se utilizaba antes de 2020 se sustentaba en una tecnología muy desfasada ya en aquel momento. A su vez, el sistema carecía de la información correspondiente a tres comunidades autónomas que no se habían adherido al mismo, afectando a la representatividad nacional. Además, no existía una adecuada monitorización de la cumplimentación del envío de la información por las redes centinelas, que en muchas ocasiones no se realizaba en plazo. Los otros sistemas paralelos presentaban también debilidades en cuanto su eficacia y fiabilidad, al no comprender todo el territorio y presentar incidencias en la calidad su información.

   El Instituto de Salud Carlos III comenzó a finales de 2020 a desarrollar un sistema de vigilancia centinela que comprendiera un conjunto de enfermedades respiratorias agudas (*vbr.* gripe, COVID-19, virus respiratorio sincitial-VRS), en línea con las recomendaciones internacionales y que se corresponde con el modelo de vigilancia que se está desarrollando para la etapa posterior al COVID-19.

   Dicho sistema, SIVIRA, se encontraba en fase de implementación en mayo de 2022 y solo recibía información de algunas CCAA. A este respecto, no corrige algunas de las debilidades estructurales del sistema previo, ya que no explota las posibilidades de la interoperabilidad, al sustentarse en un esquema de remisiones periódicas de ficheros, enfrentándose a idénticos problemas en lo que respecta a retrasos en el envío de la información, así como a la garantía de la trazabilidad e integridad de los registros y a la calidad de los datos (subepígrafe II.1.3.6).

RECOMENDACIÓN Nº 3

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se recomienda estudiar asignar recursos específicos para reforzar la culminación del desarrollo de los sistemas centinelas de vigilancia de enfermedades respiratorias agudas, incluyendo, además de las mejoras de los sistemas estatales, el apoyo a las comunidades autónomas para que se mantenga una red operativa estable en todo el territorio.

[243] El Instituto de Salud Carlos III manifestó en el trámite de alegaciones, en marzo de 2024, que estaba en desarrollo la herramienta *SIVIES Plus*, que suponía un avance orientado a mejorar la gestión de la información de la RENAVE, cuya entrada en producción estaba prevista en el propio 2024.

7. El sistema especial de vigilancia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su síndrome asociado (enfermedad del SIDA) admiten un amplio margen de mejora, ya que, en 2024 seguía pendiente recoger la unificación de los dos registros (casos del virus y personas que desarrollan el síndrome) y, por otra parte, las herramientas tecnológicas que soportan su gestión están desfasadas y no estaban operando adecuadamente ni se acomodaban a los principios de integridad, trazabilidad y seguridad exigibles en la custodia de una información tan sensible (subepígrafe II.1.3.7).

RECOMENDACIÓN Nº 4

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se recomienda desarrollar un único sistema de información integrado para el seguimiento del VIH y la enfermedad del SIDA, acorde con los requerimientos de seguridad, integridad y trazabilidad.

8. El desarrollo del Sistema Información Microbiológica establecido en los arts. 22 y siguientes del RD 2210/1995 no se completó, por lo que, la información procedente de los laboratorios no está integrada con la información epidemiológica en el nivel estatal, ni es interoperable. Como consecuencia de lo anterior la información de la "muestra" analizada y del "caso" (paciente) son estancas entre sí y no pueden explotarse o analizarse conjuntamente en el nivel estatal o, si se hace este tipo de análisis, puede estar reportándose múltiples veces el mismo caso. El último informe anual aprobado y publicado del SIM corresponde a 2017, pese a que el Sistema cesó en su actividad en 2021 (subepígrafe II.1.3.7).

RECOMENDACIÓN Nº 5

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se recomienda que la información generada por pruebas diagnósticas y análisis microbiológico, incluso cuando deba derivarse a laboratorios externos especializados, sea interoperable y accesible para todos los agentes (asistencial especializada, atención primaria y salud pública).

III.2. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISEÑADOS PARA LA TOMA DE DECISIONES A PARTIR DE MARZO DE 2020

9. En el momento en que la Organización Mundial de la Salud declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, en enero de 2020, la información disponible por el Ministerio de Sanidad sobre la capacidad asistencial y los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud era esencialmente estadística y se recibía de las CCAA con meses de desfase temporal con respecto al periodo de referencia, por lo que, pese a su detalle y profundidad, no se había concebido ni estaba preparada para las necesidades de gestión y toma de decisiones en una situación de emergencia como la que se produjo a partir de marzo de 2020, con ocasión de la crisis sanitaria del COVID-19.

   Como consecuencia de ello, el Ministerio de Sanidad dictó múltiples Órdenes ministeriales, estableciendo obligaciones de remisión de información por parte de las CCAA y centros hospitalarios. La primera de ellas fue la Orden SND/234/2020, que comprendía el envío de datos sobre capacidad asistencial y los recursos humanos y materiales del Sistema Nacional

de Salud, además de información epidemiológica para cuya gestión y explotación el Ministerio de Sanidad desarrolló la aplicación “Cuadro de Mandos de Control” (CMC).

La información sobre capacidad asistencial enviada a través de CMC se remitió con carácter periódico y permitió disponer de una información estratégica actualizada desde el inicio de la pandemia, si bien su utilización no fue intensa. (epígrafe II.2.1).

10. Para la información epidemiológica correspondiente al seguimiento de las pruebas diagnósticas realizadas sobre el COVID-19 se desarrolló la herramienta SERLAB, la cual registró todas las pruebas diagnósticas efectuadas sobre el COVID-19 desde el 30 de mayo de 2020, considerándose muy positivo el desarrollo e implantación de un sistema interoperable en un periodo de tiempo extremadamente ajustado que permitiera a las autoridades gestionar la información sobre las pruebas diagnósticas y al ciudadano que dicha información fuera explotable para la expedición de certificados.

    El procedimiento implicaba que las CCAA recogían la información de los laboratorios y volcaban diariamente en SERLAB los datos de las pruebas efectuadas. El diferente detalle de la información comunicada por las CCAA reflejó las divergencias existentes antes de la pandemia entre la estructura y capacidades de los sistemas de información autonómicos, lo que condujo al desarrollo en SERLAB de una utilidad de normalización y la ejecución de complejos cruces secuenciales de las bases de datos de pruebas realizadas con las del sistema de información de la Tarjeta Sanitaria Individual para sustentar el registro estatal y fundamentar que permitiera al MSND disponer de una base de datos armonizada con todas las pruebas realizadas. Pese a las medidas adoptadas, en el 4,7 % de las pruebas registradas en la vinculación no se halló correspondencia entre identificadores, evidenciando la dificultad para obtener la pretendida “confluencia normalizada” de los códigos identificativos asignados entre los diferentes sistemas de información autonómicos y estatales. Además, se han identificado otras incidencias como retrasos en la remisión de la información (que debía ser diaria), así como cargas de reemplazo globales destinadas a subsanar errores preexistentes, entre ellas una de 2,3 millones de registros y otra de 4,3 millones, que se realizaron para optimizar el escaso tiempo disponible y que evidencian debilidades en la información previamente suministrada por determinados sistemas de información autonómicos (epígrafe II.2.3).

11. La información sobre recursos humanos solo se remitió a través de CMC durante tres meses, habiéndose producido tres modificaciones de su estructura y contenido, lo que afecta a su consistencia y, además, no se publicaron informes sobre la misma (epígrafe II.2.4).

RECOMENDACIÓN Nº 6

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se recomienda el diseño e implantación de una herramienta que permita monitorizar los recursos y capacidades disponibles del Sistema Nacional de Salud (dotación de facultativos y personal de enfermería, camas de hospitalización), con el fin de que se disponga de una información sin desfase temporal para planificar y coordinar y, a su vez, responder más eficazmente en caso de emergencia, habida cuenta de que algunos de los sistemas de información implantados se basaron en soluciones temporales.

12. Como respuesta a las necesidades perentorias y extraordinarias de productos sanitarios y equipos de protección derivadas de la pandemia, se adquirieron con cargo a créditos del Ministerio de Sanidad recursos materiales y, en el marco de la Orden SND/234/2020, se

instituyó la obligación de remitir información sobre las necesidades de recursos materiales de las CCAA, que se mantuvo con posterioridad a la finalización del Estado de Alarma en virtud del Real Decreto-ley 21/2020 y la Ley 2/2021. Esta información se utilizó para la gestión de la distribución de los recursos materiales adquiridos por el Ministerio de Sanidad (subapartado II.2).

13. Para la gestión de la información remitida por las CCAA se diseñó un módulo de la aplicación CMC, de modo que, teniendo en cuenta las necesidades de cada CCAA y los productos de que disponía, el Ministerio de Sanidad distribuyó inicialmente los mismos de acuerdo con criterios epidemiológicos y en función de los stocks comunicados. A partir del 21 de junio de 2020 se realizó la distribución por el Ministerio solo en los casos en que se demandaba por las CCAA, a las cuales se remitía semanalmente la disponibilidad de productos sanitarios.

    El Ministerio de Sanidad encomendó al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) asumir el seguimiento y control de los suministros adquiridos, correspondiendo a la Dirección General de Cartera la decisión sobre la distribución de los mismo. Sin embargo, no se desarrolló ningún proyecto tecnológico para dar soporte a la gestión y distribución de los productos adquiridos por el Ministerio, de modo que, partiendo de la información sobre las existencias proporcionada por las herramientas informáticas de las empresas de logística contratadas para su recepción, almacenamiento y envío, dicha labor se sustentó en bases y hojas de cálculo elaboradas por el INGESA y el MSND, que no están diseñadas para dar soporte a procesos de esta complejidad. Esta situación, entendible en los meses de marzo a junio de 2020 dada la magnitud de la emergencia acaecida, no fue corregida después (epígrafe II.2.5).

RECOMENDACIÓN Nº 7

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Resultaría conveniente completar las actuaciones precisas para implementar un sistema de información integrado que permita monitorizar con el mínimo desfase temporal la reserva estratégica de productos sanitarios destinada a dar respuesta a emergencias sanitarias disponiendo de información sobre los recursos materiales del Sistema Nacional de Salud.

III.3. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD EXTERIOR

14. La pandemia de COVID 19 implicó un reto extraordinario para los servicios de Sanidad Exterior de España, ya que la crisis sanitaria de origen internacional adquirió una dimensión sin precedentes. A este respecto en junio de 2020, se implantó en España un modelo de controles sanitarios de viajeros internacionales sustentado en sistemas de información cuya puesta en funcionamiento, se encomendó a AENA SME MP (viajeros por vía aeroportuaria) y a Puertos del Estado (viajeros con entrada por vía portuaria).

    Los dos departamentos ministeriales con competencia sobre Sanidad Exterior no disponían de medios suficientes para responder a una crisis sanitaria, incluido el despliegue de un sistema de información para sustentar la gestión de la información generada por el ejercicio de los controles. La consecuencia fue que AENA SME SA, contrató el personal y los medios técnicos e informáticos necesarios para la implantación de los controles, los cuales se suspendieron en octubre de 2022 y fueron suprimidos a principios de 2023. El resultado principal fue el desarrollo de la herramienta informática, *Spain Travel Health* (SpTH), culminada en un periodo de tiempo extraordinariamente ajustado, un mes, debiendo destacar muy positivamente el diseño de un sistema operable multiplataforma y omnicomprensivo (subapartado II.3).

15. SpTH dio soporte a la actividad operativa ordinaria de las empresas que prestaron los servicios de apoyo en el control sanitarios de los viajeros y con ello facilitó la gestión de los flujos de viajeros de entrada en el territorio nacional. Cabe valorar muy positivamente la implantación de un sistema multiplataforma de alta complejidad en una coyuntura adversa. En el tránsito por vía aérea, SPTH se sustentaba en un nodo central, y la interfaz de los usuarios (para ordenadores y teléfonos inteligentes) y de la generación de códigos "QR". El sistema incorporaba un cuestionario epidemiológico y sucesivamente permitió adjuntar resultados de pruebas diagnósticas y certificados de vacunación del COVID-19. Asimismo, permitía el seguimiento de los viajeros a través de los controles sanitarios establecidos en aeropuertos (epígrafe II.3.2).

16. En relación con el análisis y explotación de la información de SpTH, como consecuencia de su diseño, desarrollo y puesta en producción en un tiempo tan corto, cabe destacar lo siguiente (epígrafe II.3.2):

    - La configuración de la toma de decisiones sobre SPTH, en el que estaban involucrados AENA SME SA, la Secretaría General de Salud Digital y la Subdirección General de Sanidad Exterior no resultaba óptima, ya que existía una excesiva fragmentación en la atribución de responsabilidades sobre la fijación de prioridades en los desarrollos del sistema. Como consecuencia de lo anterior, las herramientas de explotación estadística más ajustadas a las necesidades de la Subdirección General de Sanidad Exterior se desarrollaron con desfase temporal en relación con la fecha de la implantación de los controles, mientras que las utilidades previas facilitadas no satisfacían las necesidades de Sanidad Exterior. De hecho, el personal de esta Subdirección no tuvo acceso directo a las bases de datos de viajeros para desarrollar trabajos de análisis hasta 2022.

    - En esas circunstancias, las tareas de monitorización y coordinación se efectuaron partiendo de la agregación en hojas de cálculo de exportaciones parciales de las bases de datos de SpTH por parte de la Subdirección General de Sanidad Exterior, lo que no aseguraba un grado de integridad, seguridad y trazabilidad suficiente, y conllevaba una mayor carga de trabajo y un riesgo de error más elevado.

17. El sistema SpTH de control de viajeros de sanidad exterior carecía de interoperabilidad alguna con otros sistemas de información, constituyendo una suerte de compartimento estanco desde el punto de vista de la gestión de la información, de tal forma que no se habilitó ninguna interconexión ni con los sistemas de información de vigilancia epidemiológica estatales (SIVIES) ni autonómicos, ni siquiera con la propia herramienta de trabajo ordinaria de Sanidad Exterior, SISAEX. A este respecto, la derivación de pacientes no se encontraba documentada con carácter general en SISAEX. (subapartado II.3).

18. Se han evidenciado debilidades en la calidad de los registros de SpTH en relación con las estadísticas (epígrafe II.3.2):

    - Se han identificado discrepancias en las estadísticas sobre el registro sanitario del tráfico de viajeros y el resultado de los controles entre las distintas fuentes de información y también hay incoherencias en la información sobre derivaciones y pruebas diagnósticas efectuadas por los controles implantados (controles secundarios) que constan en las distintas fuentes de información.

    - La información existente en la base de datos de SpTH no permite determinar el número de viajeros derivados a los servicios asistenciales de las CCAA.

- La información sobre los viajeros tenía una fiabilidad limitada, ya que la proporción estadística de asientos que empiezan por 1-A es muy superior a la esperable, lo que dificultaría rastreos posteriores de contactos. A su vez, los datos personales también eran incompletos, no siendo posible utilizar la información para contacto en caso de rastreo.

19. En el ámbito marítimo, a diferencia del tránsito aéreo, cada Autoridad Portuaria desarrolló un modelo específico de control para el tránsito de viajeros, en el marco de las directrices de Sanidad Exterior. Por su parte, el Ente Puertos del Estado desarrolló una aplicación informática.

    Asimismo, cabe destacar que la Subdirección General de Sanidad Exterior dispuso de información limitada, ya que no pudo analizar las bases de datos generadas en el ejercicio de la actividad de control sanitario. (epígrafe II.3.3).

20. El sistema de información utilizado por los servicios de Sanidad Exterior referido a este ámbito, SISAEX-AHS, que venía siendo utilizado al menos desde 2010, y que continua en producción, está tecnológicamente desfasado, siendo su experiencia de uso deficiente y encontrándose debilidades significativas en la calidad de la información que se custodia y en sus características desde las perspectivas de los principios de integridad, fiabilidad y trazabilidad. Además, no es interoperable con otros sistemas de información y sus funcionalidades para explotación de datos y generación de informes son manifiestamente mejorables. De hecho, se ha apreciado que la ausencia de interconexión de los sistemas de información de Sanidad Exterior con otras áreas conexas de actividad, tanto del Ministerio de Sanidad, como de las CCAA era una deficiencia generalizada (epígrafe II.3.6).

RECOMENDACIÓN Nº 8

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se sugiere completar la modernización del marco normativo y sistemas de información de sanidad exterior, teniendo en consideración tanto la función de control de viajeros internacionales como las de centro de vacunación, que se ha iniciado con los trabajos de mejora (Proyectos COHISAL y VIVAC en progreso en 2024).

21. La práctica ordinaria de funcionamiento de sanidad exterior de sustentar sus labores de coordinación en informes elaborados mediante herramientas ofimáticas comerciales que se remiten entre las diferentes unidades administrativas (dentro del Ministerio de Sanidad y entre este y el de Política Territorial), no es eficaz ni eficiente, supone un mayor coste en horas de trabajo del personal médico y técnico y conlleva un riesgo de error mucho mayor, no garantizando un nivel suficiente de seguridad, integridad y trazabilidad (subapartado II.3).

RECOMENDACIÓN Nº 9

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se recomienda que se aborde la interoperabilidad entre los sistemas de información de los Ministerios de Sanidad y de Política Territorial, de tal modo que ambos ministerios dispongan en

tiempo real de toda la información, pertinente, depurada y actualizada, necesaria para el ejercicio de sus respectivas competencias.

III.4. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN

22. El Ministerio de Sanidad carecía al principio de la pandemia de un registro estatal de vacunación sin que la información sobre vacunación se hubiera incluido en el proyecto de la Historia Clínica Digital Interoperable, por lo que los ciudadanos debían acreditar documentalmente su historial de vacunación en caso de ser atendidos en otro servicio de salud autonómico. A este respecto, el Ministerio de Sanidad se limitaba a gestionar una información de carácter estadístico, centrada en las tasas de cobertura de vacunación, lo que no permitía efectuar análisis más detallados sobre los programas de vacunación (eficacia, acción en salud pública, planificación de suministros, entre otros).

    De los trabajos internos elaborados por la Dirección General de Salud Pública para las sesiones de la Ponencia de Vacunas se desprendía que existía heterogeneidad en los sistemas de información de las comunidades autónomas en el ámbito de la vacunación, tanto en las capacidades del registro de vacunas, como en la responsabilidad de su llevanza y también en el grado de interoperabilidad. Todos estos factores dificultaban la interoperabilidad entre los distintos sistemas de información involucrados y suponían un obstáculo para el desarrollo de herramientas que permitieran que el ciudadano y los servicios autonómicos de salud pudieran disponer de esta información en línea en caso de que fuera preciso (epígrafe II.4.1).

23. La información estadística sobre vacunación se enviaba en 2020 a la Dirección General de Salud Pública con retraso por parte de las CCAA y, además, existía cierta dispersión en los criterios de cumplimentación de la información, careciendo, además, el Ministerio, de mecanismos formales para reclamar la falta de remisión de los datos. Además, la información sobre vacunas no comprendía por una parte, vacunas administradas al margen del Sistema Nacional de Salud en centros privados de todas las comunidades autónomas ni tampoco la profilaxis administrada por los Centros de Vacunación de Sanidad Exterior del propio Ministerio de Sanidad, lo que supone una deficiencia de coordinación. En consecuencia, la Dirección General de Salud Pública solo podía producir una información con limitaciones y con desfase temporal que no permitía explorar posibilidades de análisis más completos y detallados para fundamentar medidas de planificación de vacunación más precisas (epígrafe II.4.1).

RECOMENDACIÓN Nº 10

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se recomienda que la información de los historiales de vacunación se integre como información plenamente interoperable con los sistemas de salud pública y asistenciales, en el marco de la "Historia Clínica Digital", facilitando también el análisis estadístico y la realización de estudios. A este respecto, el Ministerio de Sanidad, desde 2022, está desarrollando el Sistema de Información de vacunaciones e Inmunizaciones (SIVAIN), que en junio de 2023 se sometió a consulta pública previa y en septiembre de 2024 presentó un borrador de Proyecto de Real Decreto por el que se regula el SIVAIN y abriendo un proceso de audiencia e información públicas sobre el mismo.

24. El Ministerio de Sanidad y las CCAA adoptaron en enero de 2021 una "Estrategia de Vacunación frente al Covid 19" para articular el programa de vacunación en España, que se consideró crucial para responder a la pandemia. La Estrategia de Vacunación, antes referida,

comportaba el desarrollo de un sistema de información específico, “REGVACU”, tarea que se completó con éxito en un periodo de tiempo muy corto y en unas circunstancias adversas, partiendo de la experiencia de SERLAB y, que, al igual que en ese caso, se valora muy positivamente, ya que supone la implantación de un sistema de información global, interoperable que, además, facilita al ciudadano en tiempo real la expedición de los certificados que correspondan y a la Administración, la disponibilidad del historial de vacunación para asegurar una administración eficaz y eficiente del programa de vacunación (epígrafe II.4.2).

25. Hasta junio de 2022, según la información proporcionada por la Secretaría de Estado de Sanidad, en España se habían adquirido 176.433.550 dosis, de las que se habían administrado 95.154.072 unidades.

    No obstante, la información sobre vacunas administradas en REGVACU y la proporcionada por la Secretaría de Estado de Sanidad (Dirección General de Salud Pública) no era coherente entre sí, lo que revela que los responsables funcionales elaboraron la información partiendo de herramientas de trabajo propias, al margen de los desarrollos tecnológicos existentes, lo que muestra que la coordinación interna admite cierto margen de mejora. Así, según las tablas de REGVACU en marzo en 2022 se habían administrado 100 millones de vacunas, mientras que, en junio de 2022, la Dirección General de Salud Pública indicó que eran 95 millones de dosis administradas.

    A su vez, se han identificado cargas sustitutivas de la base de datos, de tal manera que, a solicitud de comunidades autónomas, se ejecutaron reemplazos, en un momento determinado, del bloque de la base de datos correspondiente a todas las vacunas administradas y registradas en su territorio hasta esa fecha, justificándose en la necesidad de subsanar errores o incidencias y en que el coste de la sustitución registro a registro dado su volumen no compensaba. Este tipo de operaciones suponen un riesgo para la integridad y trazabilidad de la información contenida en REGVACU y pusieron de manifiesto las debilidades de los sistemas de información autonómicos que debían nutrir a REGVACU de las bases de datos de vacunas de COVID-19 administradas.

    Por otro lado, la existencia de identificadores diferentes en cada uno de los sistemas autonómicos determinó la necesidad de establecer complejos cruces secuenciales con Tarjeta Sanitaria Individual para sustentar el registro estatal y fundamentar, en un momento posterior, la expedición de certificados de vacunación. En las comprobaciones se han identificado que en el 3 % de los registros de vacunas administradas (2,6 millones) el identificador aportado no se encontró en Tarjeta Sanitaria Individual, lo que evidencia las dificultades de alcanzar una “confluencia normalizada” de los códigos identificativos (epígrafe II.4.2).

26. SISAEX-VAC adolece de deficiencias significativas, ya que su modelo de datos es muy complejo y está soportado por una tecnología que ha quedado superada, por lo que su gestión y adaptación a las novedades es costosa y compleja. De hecho, la integración de la actividad vacunal sobre COVID-19, pese a responder a un número de dosis mucho menor al promedio de las CCAA, se efectuó con retraso.

    La experiencia de uso de SISAEX-VAC, tanto para el ciudadano, como para los profesionales sanitarios y administrativos, y para el personal de la Subdirección General de Sanidad Exterior es manifiestamente mejorable. Adicionalmente, SISAEX-VAC carece de funcionalidades fiables que permitan elaborar las estadísticas de actividad de los centros de vacunación, lo que implica que la Subdirección General de Sanidad Exterior elabora los informes de actividad con herramientas ofimáticas comerciales, con mucho mayor carga de trabajo y riesgo de error. A este respecto, las bases de datos de SISAEX-VAC presentaban un porcentaje de registros con

errores significativo (al menos un 5 %), revelando que sigue pendiente depurar la información almacenada en este sistema.

Al margen de la vacunación del COVID-19, la información sobre vacunación contenida en SISAEX-VAC en marzo de 2022, referida a los años 2019, 2020 y 2021, era un compartimento estanco y carecía de interoperabilidad o interconexión con cualquier otro sistema de información, lo que impedía, tanto a los facultativos de sanidad exterior conocer el historial de vacunación de los viajeros internacionales que fueran pacientes atendidos por el Sistema Nacional de Salud, como a los médicos de Atención Primaria y Especializada acceder al historial y a las profilaxis administradas por los Centros Internacionales de Vacunación, lo que afecta a la atención sanitaria a recibir (epígrafe II.4.3).

RECOMENDACIÓN Nº 11

Dirigida al Ministerio de Sanidad

En el marco de la necesaria actualización de los sistemas de información de sanidad exterior, se recomienda que la información de los centros de vacunación sea interoperable y accesible con la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud.

III.5. CONCLUSIONES SOBRE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ANALIZADOS, INCLUIDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES APLICABLES EN MATERIA DEL ESQUEMA NACIONAL DE SEGURIDAD

27. El Ministerio de Sanidad ha adoptado medidas tanto de tipo organizativo como técnico para dar cumplimiento al Esquema Nacional de Seguridad. No obstante, tiene pendiente actualizar su política de seguridad (aprobada por Orden SSI/321/2014) y su Plan de Continuidad de Negocio, aprobado en 2017, para tener en cuenta las novedades tecnológicas, organizativas y normativas que han tenido lugar en este periodo de tiempo. Entre 2019 y 2021 no se realizaron pruebas de dicho Plan debido a la situación de emergencia y tensión de trabajo, habiéndose retomado en 2022. También está pendiente reforzar las medidas de formación y concienciación del personal del departamento (subapartado II.5).

28. El Ministerio de Sanidad no sometió a un proceso de auditoría de conformidad con el Esquema Nacional de Seguridad a los sistemas de información SERLAB y REGVACU desarrollados con ocasión de la emergencia del COVID-19 al considerar que eran aplicaciones temporales, sin perjuicio de la realización de pruebas de seguridad de ámbito interno sobre estos sistemas. Sin embargo, un incidente en alguna de las dimensiones de seguridad de estos sistemas podía suponer un perjuicio grave sobre las funciones del Ministerio.

    Adicionalmente, el análisis al que se sometió el sistema de información de Sanidad Exterior (SISAEX) no incluyó en el informe en el que se plasman sus resultados, menciones a las deficiencias del modelo de datos y a la calidad de la información almacenada, pese a ser dos de las principales debilidades de este sistema (subapartado II.5).

29. El Instituto de Salud Carlos III no inició hasta 2021 actuaciones dirigidas a asegurar el cumplimiento del Esquema Nacional de Seguridad (ENS) en lo que respecta a los sistemas de información analizados en esta fiscalización. De hecho, el referido Instituto no sometió hasta diciembre de 2021 a ninguno de sus sistemas a un ejercicio de evaluación interna del cumplimiento del ENS, pese a que un incidente en el sistema de información SIVIES puede

suponer potencialmente un perjuicio grave para las funciones que desempeña el Centro Nacional de Epidemiología del precitado Instituto. Además, se evidenció en el curso de la fiscalización que el procedimiento de restauración de copias de respaldo no pudo restaurar una copia de SIVIES anterior a mayo de 2021, lo que supone una debilidad significativa (subapartado II.5).

30. El Ministerio de Sanidad carecía de un instrumento de planificación en materia de tecnologías de la información hasta la aprobación de la Estrategia de Salud Digital en diciembre de 2021 que carecía de una matriz global de seguimiento con indicadores cuantitativos, si bien múltiples aspectos de la misma eran objeto de seguimiento en el marco del Plan de Transformación, Recuperación y Resiliencia.

    Por su parte, el Instituto de Salud Carlos III limitaba su planificación tecnológica a la elaboración de instrumentos de periodicidad anual (subapartado II.5).

RECOMENDACIÓN Nº 12

Dirigida al Ministerio de Sanidad

En el marco de la Estrategia de Salud Digital, se sugiere la definición de indicadores cuantitativos que permitan valorar el grado de avance y consecución de sus objetivos.

31. La respuesta a las necesidades surgidas con la emergencia sanitaria motivó la tramitación por el MSND de 29 expedientes de contratación por un importe total de 10.939.480 euros en relación con los sistemas de información analizados en esta fiscalización, en línea con el aumento del gasto en tecnologías de la información y la comunicación por parte del SNS en 2021, que supuso un 1,36 % del gasto sanitario total del Sector Público en España frente al 1,16 % en 2019.

    Se ha apreciado que los múltiples cambios organizativos y la celeridad en la tramitación han dado lugar a una cierta heterogeneidad en la tramitación de los expedientes de contratación, al tramitarse varios expedientes para un mismo sistema con participación de diferentes órganos y procedimientos (emergencia, contratación centralizada, acuerdos marco) lo cual dificulta calcular el coste imputable a cada uno de los sistemas de información (subapartado II.5).

RECOMENDACIÓN Nº 13

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se sugiere que se implanten sistemas de seguimiento de contabilidad analítica de los costes imputables a cada uno de los sistemas de información.

32. En 2019 el Ministerio de Sanidad era uno de los departamentos de la Administración General del Estado con menores recursos presupuestarios en el ámbito de las tecnologías de la información y el que menos personal propio tenía en este ámbito, según se desprende del informe REINA, elaborado por la Secretaría General de Administración Digital.

    Además, en 2020, los órganos y unidades administrativas del Ministerio de Sanidad responsables del área tecnológica sufrieron dos reorganizaciones que no han favorecido su plena operatividad (subapartado II.5).

33. El Ministerio de Sanidad disponía de un número limitado de efectivos en las unidades tecnológicas antes de 2021 al atenderse temporalmente las necesidades de otros dos departamentos ministeriales, a raíz de la reorganización ministerial de enero de 2020. De hecho, en ausencia de los servicios de apoyo de la "Oficina Técnica", contratados externamente en 2020 y 2021, se comprometía la operatividad en materia de seguimiento de la implementación de los proyectos de la Secretaría General de Salud Digital, lo que se tradujo en que los servicios de la referida "Oficina Técnica", contratados a una empresa externa adquirieron naturaleza estructural, ya que parte de sus tareas hubieron debido ser ejercidas por personal de plantilla del Ministerio. Esta carencia de personal ha implicado una gran concentración de proyectos bajo la responsabilidad de los funcionarios de perfil tecnológico.

    Al margen de la Secretaría General de Salud Digital, el Ministerio de Sanidad también sufre una carencia de funcionarios con experiencia y perfil profesional adecuado para participar en la dirección y coordinación de proyectos tecnológicos, supliéndose por parte del Ministerio parcialmente con la intervención de los servicios de la "Oficina Técnica". A su vez, la participación del personal no tecnológico en la implementación de los proyectos admite margen de crecimiento, ya que se ha acreditado que las herramientas desarrolladas no siempre han satisfecho plenamente las necesidades de las unidades funcionales usuarias. Como consecuencia de lo anterior, los responsables de las diferentes áreas utilizaron con frecuencia herramientas ofimáticas, con una mayor carga de trabajo y riesgo de error, ya que este tipo de utilidades no garantizan suficientemente la integridad, trazabilidad y seguridad en la información (subapartado II.5).

RECOMENDACIÓN Nº 14

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se sugiere promover planes de refuerzo de los recursos humanos del Ministerio que mitiguen los riesgos de dependencia de la contratación externa en el ámbito de las tecnologías de la información.

34. En el curso de la fiscalización, se ha apreciado que sigue pendiente de alcanzarse una visión integrada de los sistemas de información de salud pública, lo que repercute negativamente en la redacción de las propuestas normativas. Así, las consideraciones puestas de manifiesto anteriormente, entre ellas la fragmentación en relación con la dirección y seguimiento de proyectos y la ausencia de coordinación suficiente en las labores de planificación, desarrollo, ejecución y evolución de los proyectos tecnológicos entre las unidades administrativas especializadas en materias tecnológicas con los responsables de las unidades funcionales a las que se destinan las herramientas informáticas y, entre todos ellos y las empresas contratistas de servicios tecnológicos, suponen una debilidad en la gobernanza digital y un obstáculo para optimizar los recursos asignados. Todo ello, evidencia que existe margen de mejora en la eficacia y eficiencia en la planificación y ejecución de los proyectos tecnológicos (subapartado II.5).

RECOMENDACIÓN Nº 15

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se sugiere abordar un plan de capacitación del personal directivo y de gestión del Ministerio de Sanidad, orientado a reforzar los perfiles profesionales en materia de tecnologías de la

información, con la finalidad de promover la gestión del cambio y dotar de conocimientos que permitan liderar, coordinar y participar en el diseño y desarrollo de proyectos tecnológicos.

III.6. CONCLUSIONES EN RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DE LA LEY PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES Y DE LA LEY 19/2013, DE TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO

35. Se ha apreciado que la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública contiene medidas, así como indicadores específicos, para fomentar la igualdad efectiva de mujeres y hombres en su ámbito de aplicación (epígrafe II.6.1).

36. La Estrategia de Salud Digital carece de menciones sobre medidas para fomentar la igualdad efectiva de mujeres y hombres en su ámbito de aplicación. Por su parte, no se ha apreciado desequilibrio en el ámbito de los recursos humanos de la Secretaría General de Salud Digital (epígrafe II.6.1).

37. La emergencia sanitaria del COVID-19 implicó un incremento muy significativo de solicitudes de información al Ministerio de Sanidad amparadas en la Ley 19/2013, de Transparencia, siendo las de 2020 casi el triple que las de 2019 (con un 192 % de incremento) (epígrafe II.6.2).

38. En el ámbito de la transparencia destaca la difusión de información por parte del Ministerio de Sanidad. En este sentido, la página web multiplicó casi por diez el número de visitas en 2020 con respecto a las de 2019 (98 millones en 2020, frente a 12 millones de 2019). Por otra parte, la estructuración de la información no favorece su comprensión e interpretación (epígrafe II.6.2).

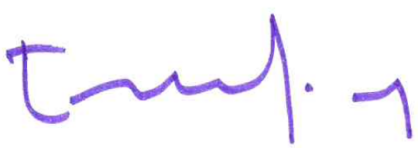
RECOMENDACIÓN Nº 16

Dirigida al Ministerio de Sanidad

Se sugiere abordar una reestructuración de los contenidos de la página web del Ministerio de Sanidad, de modo que su contenido sea más accesible y atractivo.

Madrid, 27 de marzo de 2025

LA PRESIDENTA



Enriqueta Chicano Jávega

TRIBUNAL DE CUENTAS

ANEXOS

RELACIÓN DE ANEXOS

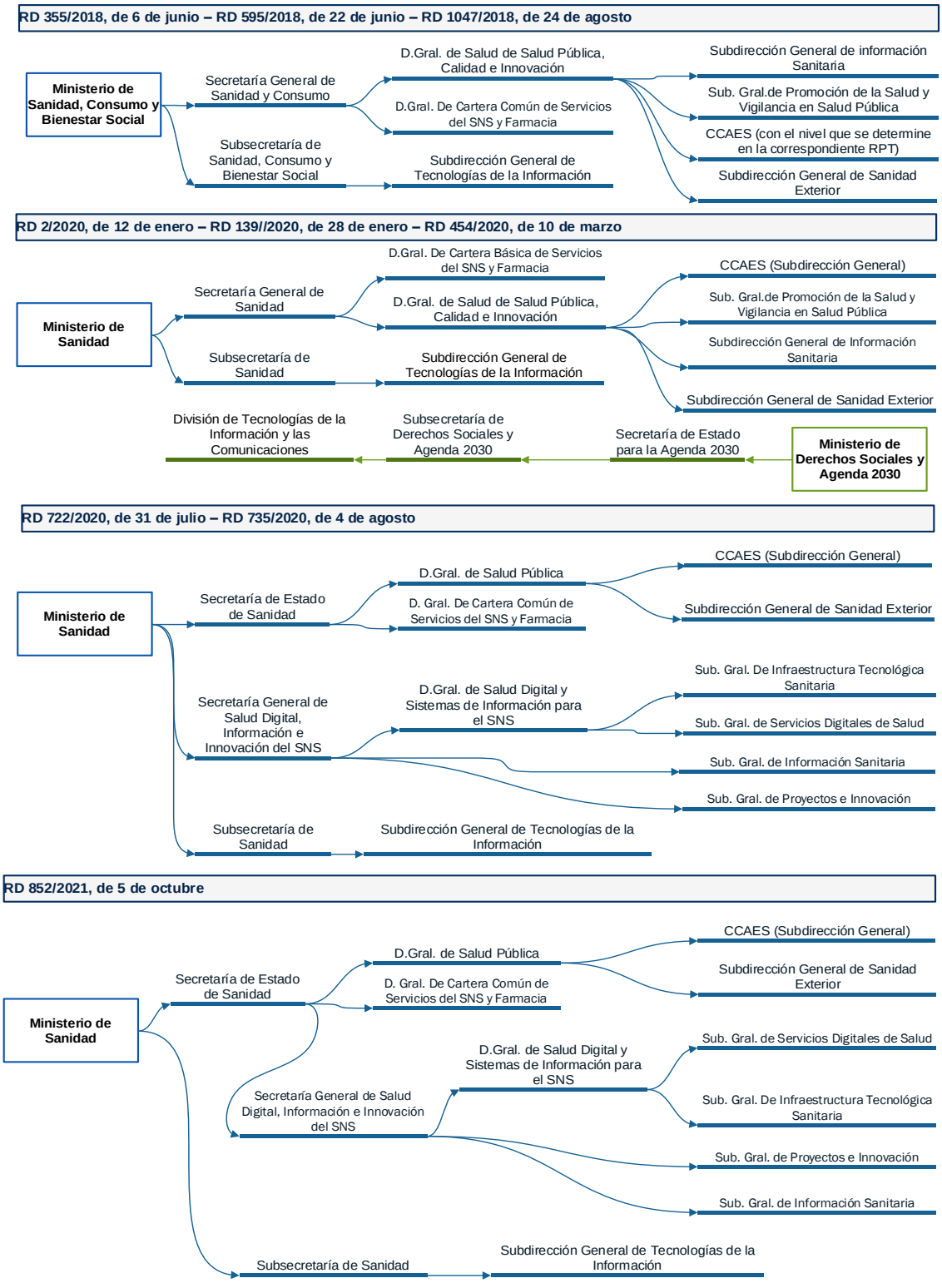
ANEXO 1 ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA MINISTERIO DE SANIDAD 153
ANEXO 2 DISPOSICIONES NORMATIVAS SALUD PÚBLICA, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, SANIDAD EXTERIOR Y VACUNACIÓN 155
ANEXO 3 INFORMACIÓN QUE SE REMITE A LA RENAVE 163
ANEXO 4 RD 2210/1995: NÚMERO DE ENFERMEDADES A NOTIFICAR (AGREGADA E INDIVIDUALIZADA) 165
ANEXO 5 NOTIFICACIÓN AGREGADA 167
ANEXO 6 CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LAS CCAA Y CIUDADES AUTÓNOMAS 169
ANEXO 7 FICHEROS REMITIDOS POR CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y APROBADOS EN SIVIES 171
ANEXO 8 MODALIDAD DE ENVÍO DE FICHEROS APROBADOS EN SIVIES 173
ANEXO 9 REGISTROS CARGADOS EN SIVIES POR TIPO DE NOTIFICACIÓN 175
ANEXO 10 DEBILIDADES EN RELACIÓN CON LA INTEGRIDAD Y TRAZABILIDAD DE LA BASE DE DATOS DE SIVIES 177
ANEXO 11 FICHEROS REMITIDOS A SIVIES 179
ANEXO 12 FICHEROS APROBADOS DE CADA CCAA POR USUARIO DE LA CARGA EN SIVIES 181
ANEXO 13 DEMORA EN EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN A LA RENAVE 183
ANEXO 14 REGISTROS CONSOLIDADOS EN SIVIES SEGÚN EL TIPO DE NOTIFICACIÓN 185
ANEXO 15 FICHEROS CON COMUNICACIONES DE CASOS COVID-19 REMITIDOS POR LAS 19 CCAA/CIUDADES AUTÓNOMAS (CARGAS COMPLETAS) 187
ANEXO 16 CRISIS DE LA LISTERIOSIS, DE 2019: INCONGRUENCIAS EN LA INFORMACIÓN 191
ANEXO 17 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO EN SIVIES 193
ANEXO 18 DEPURACIONES REALIZADAS POR LAS CCAA 195
ANEXO 19 BASE NORMATIVA RELATIVA A LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE LA GRIPE EN ESPAÑA 197
ANEXO 20 SEMANAS CON INFORMACIÓN RENDIDA DE CASOS O CERTIFICADO NEGATIVO POR LOS PROFESIONALES DE LA RED CENTINELA PARA LA VIGILANCIA DE LA GRIPE 199
ANEXO 21 CCAA QUE NO REMITIERON CASOS CHOSP PESE A TENER CASOS CGHCG 201
ANEXO 22 ANÁLISIS EN LA CALIDAD DEL DATO EN SIVIRA 203
ANEXO 23 COMPARATIVA CASOS DE GRIPE NOTIFICADOS AL SISTEMA CENTINELA (SCVGE) Y A SIVIES 205
ANEXO 24 CASOS NOTIFICADOS POR FUENTES SIM A SIVIES 207
ANEXO 25COMPARACIÓN ENTRE CMC Y EL DOCUMENTO ACTUALIZACIÓN COVID-19 .. 209

ANEXO 26 INCIDENCIAS EN LA INFORMACIÓN CARGADA EN SERLAB 211
ANEXO 27 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO EN SERLAB 213
ANEXO 28 COMPARATIVA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ENTRE SERLAB E INFORME CCAES 215
ANEXO 29COMPARATIVA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ENTRE SERLAB E INFORME CCAES 217
ANEXO 30 ÁNÁLISIS TEMPORAL DE LAS CARGAS EN SERLAB 219
ANEXO 31 ACTIVIDAD DE SISAEX 221
ANEXO 32 COMPARATIVA ENTRE LAS CIFRAS DE LLEGADAS DE VIAJEROS QUE FIGURAN EN EL DASHBOARD Y LOS PASAJEROS QUE HAN PASADO POR EL CONTROL PRIMARIO 223
ANEXO 33 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO EN SPTH 225
ANEXO 34 DIFERENCIAS EN LA INFORMACIÓN DE SPTH ENTRE SGSE, DASHBOARD Y BBDD REMITIDA 227
ANEXO 35 ESTADÍSTICAS DE CONTROLES SANITARIOS EN ÁMBITO PORTUARIO 231
ANEXO 36 DETALLE DE LA EVOLUCIÓN DE LA INTEROPERABILIDAD DUEPORT-SISAEX 233
ANEXO 37 LISTADO DE USUARIOS SISAEX SEGÚN EJERCICIO DE ÚLTIMO ACCESO 235
ANEXO 38 ACTIVIDADES SERVICIOS DE SANIDAD EXTERIOR. CONTROLES HIGIÉNICO-SANITARIOS 237
ANEXO 39 OTRAS INCIDENCIAS DETECTADAS EN SISAEX 241
ANEXO 40 CUESTIONES RELEVANTES EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN EN ESPAÑA EN 2020 245
ANEXO 41 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO DE REGVACU 247
ANEXO 42 ESTADÍSTICAS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL SISAEX 249
ANEXO 43 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO DE SISAEX-VAC 253
ANEXO 44 USUARIOS ACTIVOS EN SISAEX VAC SEGÚN EJERCICIO DE ÚLTIMO ACCESO (ABRIL DE 2022) 255
ANEXO 45 CUESTIONARIO TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN 257
ANEXO 46 CONTRATACIÓN APLICACIONES Y PROYECTOS TECNOLÓGICOS COVID-19. PERÍODO 2020-2021 259
ANEXO 47 COMPETENCIAS DG SALUD DIGITAL Y DIVISIÓN TIC SUBSECRETARÍA DE SANIDAD 267
ANEXO 48 PERSONAL FUNCIONARIO EN LA SECRETARÍA GENERAL DE SALUD DIGITAL 269
ANEXO 49 INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS EN RELACIÓN CON MEDIDAS DE PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO 271
ANEXO 50 SOLICITUDES RECIBIDAS, RESULTAS Y RECLAMADAS EN RELACIÓN CON LA LEY DE TRANSPARENCIA 273

ANEXO 51 ESTADÍSTICAS DE DIFUSIÓN EN REDES SOCIALES 275
ANEXO 52 CAMPAÑAS DE PUBLICIDAD INSTITUCIONAL PROMOVIDAS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD 279

ANEXO 1

ESTRUCTURA ORGÁNICA BÁSICA MINISTERIO DE SANIDAD (2019-2021)



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2

DISPOSICIONES NORMATIVAS
SALUD PÚBLICA, SISTEMA NACIONAL DE SALUD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, SANIDAD EXTERIOR Y VACUNACIÓN

Normativa española (general)

Constitución española de 27 de diciembre de 1978.

Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Normativa internacional

Reglamento Sanitario Internacional (2005). Instrumento de ratificación publicado en el BOE el 12 de marzo de 2008.

Convenio sobre Aviación Civil Internacional hecho en Chicago el 7 de diciembre de 1944, (el artículo 14).

Normativa comunitaria

Reglamento (UE) 2016/399 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2016, por el que se establece un Código de normas de la Unión para el cruce de personas por las fronteras (Código de fronteras Schengen).

Comunicación de la Comisión de 16 de marzo de 2020 recomendó una restricción temporal, de una duración de un mes, de los viajes no esenciales desde terceros países al espacio UE y, en consecuencia, el 26 de marzo de 2020 los jefes de Estado o de Gobierno de la Unión Europea acordaron aplicar esta restricción temporal coordinada como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

Reglamento (CE) n.º 1008/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de septiembre de 2008, sobre normas comunes para la explotación de servicios aéreos en la Comunidad, (art. 21).

Reglamento (UE) 2016/399 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2016 (art. 25).

Recomendación (UE) 2020/912 DEL CONSEJO de 30 de junio de 2020 sobre la restricción temporal de los viajes no esenciales a la UE y el posible levantamiento de dicha restricción.

Recomendación (UE) 2020/1475 del Consejo de 13 de octubre de 2020 sobre un enfoque coordinado de la restricción de la libre circulación en respuesta a la pandemia de COVID-19, que afecta a las fronteras interiores.

> Modificada por la Recomendación (UE) 2021/119 del Consejo de 1 de febrero de 2021; y la Recomendación (UE) 2021/961 del Consejo de 14 de junio de 2021.

Recomendación (UE) 2021/132 DEL CONSEJO de 2 de febrero de 2021 por la que se modifica la Recomendación (UE) 2020/912 del Consejo sobre la restricción temporal de los viajes no esenciales a la UE y el posible levantamiento de dicha restricción.

Recomendación (UE) 2021/816 DEL CONSEJO de 20 de mayo de 2021 por la que se modifica la Recomendación (UE) 2020/912 sobre la restricción temporal de los viajes no esenciales a la UE y el posible levantamiento de dicha restricción.

Reglamento (UE) 2021/953 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 14 de junio de 2021 relativo a un marco para la expedición, verificación y aceptación de certificados COVID-19 interoperables de vacunación, de prueba diagnóstica y de recuperación (certificado COVID digital de la UE) a fin de facilitar la libre circulación durante la pandemia de COVID-19.

Recomendación (UE) 2022/107 del Consejo de 25 de enero de 2022 sobre un enfoque coordinado para facilitar la libre circulación segura durante la pandemia de COVID-19.

Estado de alarma

Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.

Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, y sus prórrogas.

> *Se declara en el Recurso 2054/2020, con el alcance y efectos señalados en los arts. 2.d) y 11.a), b) y c), la inconstitucionalidad y nulidad de los arts. 7.1, 3 y 5 y del inciso indicado del art. 10.6, en las redacciones dadas por los Reales decretos 465/2020, de 17 de marzo y 492/2020, de 24 de abril, por Sentencia 148/2021, de 14 de julio (Ref. BOE-A-2021-13032).*

Real Decreto 900/2020, de 9 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

> *Se declara en el Recurso 5342/2020, la inconstitucionalidad y nulidad de los arts. 10, 11, de lo indicado de los arts. 2 y 5 a 9 y, en la redacción dada por el Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, del art. 14, por Sentencia 183/2021, de 27 de octubre (Ref. BOE-A-2021-19512).*

Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

> *Se declara en el Recurso 5342/2020, la inconstitucionalidad y nulidad de la disposición transitoria única y de lo indicado del art. 2 y de la disposición final 1, por Sentencia 183/2021, de 27 de octubre (Ref. BOE-A-2021-19512).*

Autoridades sanitarias[244]

Real Decreto 1131/2003, de 5 de septiembre, por el que se crea el Comité ejecutivo nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe.

Orden SCO/564/2004, de 27 de febrero, por la que se establece el sistema de coordinación de alertas y emergencias de Sanidad y Consumo.

Orden SCO/3870/2006, de 15 de diciembre, por la que se designa el Centro Nacional de Enlace con la Organización Mundial de la Salud y se completan las disposiciones de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en relación con la declaración obligatoria y urgente de casos humanos de gripe aviaria.

[244] Adicionalmente, véase el Anexo 1.

Red Nacional de Vigilancia epidemiológica. Normativa general

Real Decreto 2121/1978, de 22 de agosto, sobre la lucha antituberculosa.

Orden de 24 de octubre de 1978 por la que se desarrolla el Real Decreto 2121/1978, de 22 de agosto, sobre la Lucha Antituberculosa.

Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica.

Protocolo RENAVE 1997, Acuerdo del Acta 42 del Consejo Interterritorial del SNS.

Orden de 21 de febrero de 2001 por la que se regula la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en relación con las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas.

Orden SCO/1496/2003, de 4 de junio, por la que se completan las disposiciones en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en relación con la declaración obligatoria y urgente del Síndrome Respiratorio Agudo Severo.

Real Decreto 1940/2004, de 27 de septiembre, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos.

Orden SCO/3270/2006, de 13 de octubre, por la que se desarrolla el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en relación con las salmonelosis de transmisión alimentaria.

Orden DEF/3385/2009, de 10 de diciembre, sobre enfermedades de declaración obligatoria en el ámbito de las Fuerzas Armadas.

Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del RD 2210/1995.

Protocolo RENAVE 2016, Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS de 23 de julio de 2013. Versión 1 de junio de 2013. Revisados el 3 de septiembre de 2016.

Red Nacional de Vigilancia epidemiológica. COVID-19

Orden SND/404/2020, de 11 de mayo, de medidas de vigilancia epidemiológica de la infección por SARS-COV-2 durante la fase de transición hacia una nueva normalidad.

Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Remisión de información en relación con el COVID-19

Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden SND/267/2020, de 20 de marzo, por la que se modifica la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden SND/352/2020, de 16 de abril, por la que se modifica la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Resolución de la DGSP, de 19 de junio de 2020 por la que se establece la información sobre capacidad asistencial y de necesidades de recursos materiales del sistema sanitario a la que se refiere el Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de junio, necesaria para el seguimiento de la pandemia ocasionada por el COVID-19.

Resolución de la DGSP, de 19 de junio de 2020, por la que se establece el Sistema de Información a través del cual se deberá remitir la información sobre pruebas diagnósticas de laboratorio necesarias para el seguimiento de la pandemia ocasionada por el COVID-19 al que se refiere el art. 25 del Real Decreto-Ley 21/2020, de 9 de junio.

Resolución de la DGSP, de 16 de diciembre 2020, por la que se establece el Sistema de Información para el seguimiento de la vacunación frente a la COVID-19.

Resolución de la DGSP, de 20 de julio de 2021, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se estable el Sistema de Información a través del cual se deberá remitir la información sobre pruebas diagnósticas de laboratorio necesarias para el seguimiento de la pandemia ocasionada por el COVID-19 al que se refiere el art. 25 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Sanidad exterior. Normativa general

Real Decreto 1418/1986, de 13 de junio, sobre funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de sanidad exterior.

Orden SAS/3160/2009, de 16 de noviembre, por la que se crea el Sistema Informático de Sanidad Exterior.

Orden FOM/1194/2011, de 29 de abril, por la que se regula el procedimiento integrado de escala de buques en los puertos de interés general.

Real Decreto 1334/2012, de 21 de septiembre, sobre las formalidades informativas exigibles a los buques mercantes que lleguen a los puertos españoles o que salgan de estos.

Acuerdo del Consejo de Ministros de 7 de marzo de 2014, por el que se establecen los puertos y aeropuertos españoles designados como «puntos de entrada con capacidad de atención a emergencias de salud pública de importancia internacional», según lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005).

Orden FOM/1498/2014, de 1 de agosto, por la que se modifica la Orden FOM/1194/2011, de 29 de abril, por la que se regula el procedimiento integrado de escala de buques en los puertos de interés general.

Resolución de 9 de julio de 2020, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre la DGSP, Calidad e Innovación y AENA, S.M.E., SA, para el control sanitario de la entrada de pasajeros de vuelos internacionales en los aeropuertos gestionados por AENA. Adendas los 23 de noviembre de 2020, 9 de junio de 2021, 23 de junio de 2021 y 17 de enero de 2022.

Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad de 28 de abril de 2020 que concebía el levantamiento de las medidas de contención de modo gradual, asimétrico, coordinado con las CCAA.

Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 16 de julio de 2020 por el que se aprueba el “Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19”.

Real Decreto-ley 8/2021, de 4 de mayo, por el que se adoptan medidas urgentes en el orden sanitario, social y jurisdiccional Intervención del fiscal a aplicar tras la finalización de la vigencia del estado de alarma declarado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

Resolución de 15 de julio de 2022, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre el Ministerio de Sanidad y AENA, S.M.E., SA, para el control sanitario de la entrada de pasajeros de vuelos internacionales en los aeropuertos gestionados por AENA.

Sanidad exterior. Control de fronteras

Restablecimiento controles en fronteras

Orden PCM/205/2020, de 10 de marzo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 10 de marzo de 2020, por el que se establecen medidas excepcionales para limitar la propagación y el contagio por el COVID-19, mediante la prohibición de los vuelos directos entre la República italiana y los aeropuertos españoles.

Orden PCM/216/2020, de 12 de marzo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 12 de marzo de 2020, por el que se establecen medidas excepcionales para limitar la propagación y el contagio por el COVID-19, mediante la prohibición de entrada de buques de pasaje procedentes de la República italiana y de cruceros de cualquier origen con destino a puertos españoles.

Orden INT/239/2020, de 16 de marzo, por la que se restablecen los controles en las fronteras interiores terrestres con motivo de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden PCM/280/2020, de 24 de marzo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 24 de marzo de 2020, por el que se modifica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 10 de marzo de 2020, por el que se establecen medidas excepcionales para limitar la propagación y el contagio por el COVID-19, mediante la prohibición de los vuelos directos entre la República Italiana y los Aeropuertos Españoles.

Orden TMA/286/2020, de 25 de marzo, por la que se prorroga la prohibición de entrada de buques de pasaje procedentes de la República Italiana y de cruceros de cualquier origen con destino a puertos españoles para limitar la propagación y el contagio por el COVID-19.

Orden INT/283/2020, de 25 de marzo, por la que se prorrogan los controles en las fronteras interiores terrestres restablecidos con motivo de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden TMA/330/2020, de 8 de abril, por la que se prorroga la prohibición de entrada de buques de pasaje procedentes de la República Italiana y de cruceros de cualquier origen con destino a puertos españoles para limitar la propagación y el contagio por el COVID-19.

Orden INT/335/2020, de 10 de abril, por la que se prorrogan los controles en las fronteras interiores terrestres restablecidos con motivo de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden INT/368/2020, de 24 de abril, por la que se prorrogan los controles en las fronteras interiores terrestres restablecidos con motivo de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden INT/396/2020, de 8 de mayo, por la que se prorrogan los controles en las fronteras interiores terrestres con motivo de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden INT/401/2020, de 11 de mayo, por la que se restablecen temporalmente los controles en las fronteras interiores aéreas y marítimas, con motivo de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden TMA/419/2020, de 18 de mayo, por la que se actualizan las medidas en materia de ordenación general de la navegación marítima adoptadas durante el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 al proceso de desescalada.

Orden SND/439/2020, de 23 de mayo, por la que se prorrogan los controles en las fronteras interiores terrestres, aéreas y marítimas con motivo de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Restricción temporal de viajes no imprescindibles

Orden INT/270/2020, de 21 de marzo, por la que se establecen criterios para la aplicación de una restricción temporal de viajes no imprescindibles desde terceros países a la Unión Europea y países asociados Schengen por razones de orden público y salud pública con motivo de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden INT/356/2020, de 20 de abril, por la que se prorrogan los criterios para la aplicación de una restricción temporal de viajes no imprescindibles desde terceros países a la Unión Europea y países asociados Schengen por razones de orden público y salud pública con motivo de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden INT/409/2020, de 14 de mayo, por la que se prorrogan los criterios para la aplicación de una restricción temporal de viajes no imprescindibles desde terceros países a la Unión Europea y países asociados Schengen por razones de orden público y salud pública con motivo de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden SND/521/2020, de 13 de junio, por la que se prorrogan los criterios para la aplicación de una restricción temporal de viajes no imprescindibles desde terceros países a la Unión Europea y países asociados Schengen por razones de orden público y salud pública con motivo de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden INT/551/2020, de 21 de junio, por la que se prorrogan los criterios para la aplicación de una restricción temporal de viajes no imprescindibles desde terceros países a la Unión Europea y países asociados Schengen por razones de orden público y salud pública con motivo de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden INT/578/2020, de 29 de junio, por la que se modifican los criterios para la aplicación de una restricción temporal de viajes no imprescindibles desde terceros países a la Unión Europea y países asociados Schengen por razones de orden público y salud pública con motivo de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden INT/595/2020, de 2 de julio, por la que se modifican los criterios para la aplicación de una restricción temporal de viajes no imprescindibles desde terceros países a la Unión Europea y países asociados Schengen por razones de orden público y salud pública con motivo de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Controles de entrada

Orden SND/403/2020, de 11 de mayo, sobre las condiciones de cuarentena a las que deben someterse las personas procedentes de otros países a su llegada a España, durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Resolución de 29 de junio de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España

Resolución de 24 de julio de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España.

Resolución de 11 de noviembre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España.

Resolución de 9 de diciembre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se especifican las modalidades de Pruebas Diagnósticas de Infección Activa para SARS-CoV-2 en relación con los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España.

Orden SND/133/2021, de 17 de febrero, sobre las condiciones de cuarentena a las que deben someterse las personas procedentes de la República Federativa de Brasil y la República de Sudáfrica a su llegada a España, durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden SND/181/2021, de 2 de marzo, sobre las condiciones de cuarentena a las que deben someterse las personas procedentes de países de riesgo, durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden SND/413/2021, de 27 de abril, sobre las condiciones de cuarentena a las que deben someterse las personas procedentes de la República de la India a su llegada a España, durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Resolución de 4 de junio de 2021, de la Dirección General de Salud Pública, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España.

Orden SND/791/2021, de 23 de julio, sobre las condiciones de cuarentena a las que deben someterse las personas procedentes de países de alto riesgo a su llegada a España, durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Resolución de 1 de abril de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España.

Resolución de 18 de octubre de 2022, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se deja sin efecto la de 1 de abril de 2022, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España.

Cruceros

Resolución de 27 de mayo de 2021, de la Dirección General de la Marina Mercante, por la que se adoptan medidas sanitarias para los buques de pasaje tipo crucero y se deja sin efectos la Resolución de 23 de junio de 2020, por el que se establecen medidas restrictivas a los buques de pasaje tipo crucero, para afrontar la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Entra en vigor el 7 de junio de 2021.

Resolución de 23 de junio de 2020, de la Dirección General de la Marina Mercante, por el que se establecen medidas restrictivas a los buques de pasaje tipo crucero, para afrontar la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Entra en vigor 27/06/2020.

Productos sanitarios

RD 1155/2020, de 22 de diciembre, por el que se determina la aplicación de los criterios y normas de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios de las Fuerzas Armadas.

RD 1150/2021, de 28 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia de Seguridad Nacional 2021.

ANEXO 3

INFORMACIÓN QUE SE REMITE A LA RENAVE

1/2

- El anexo del RD 2210/1995 y en los protocolos de vigilancia epidemiológica, en lo que respecta al sistema básico.

- Los acuerdos o normas de establecimiento en relación con los sistemas especiales y complementarios.

En lo que se refiere al sistema básico, se ha configurado la obligación de remitir declaraciones agregadas, individuales y notificaciones de brotes. El contenido de la información a enviar se detalla en los Protocolos de la RENAVE, estructurados en “fichas”, que incluyen los campos de información definidos en cada caso. Dichos protocolos desarrollan, a su vez, la periodicidad de envío de cada enfermedad sobre la que existe obligación de remisión y según la modalidad aplicable (agregadas, individuales o brotes). No obstante, el RD 2210/1995 y los protocolos optaron por la semana como unidad temporal principal a efectos de la configuración de la información a enviar, si bien en los referidos protocolos se detalla la información a enviar y el periodo de referencia, así como su plazo, para cada enfermedad. El listado de enfermedades sobre las que es preceptivo el envío de información es el siguiente:

ANEXO I DEL RD 2210/1995: ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA-EDO
Versión consolidada tras modificación del Real Decreto-Ley 21/2020

ENFERMEDADES		
BOTULISMO	FIEBRE TIFOIDEA/FIEBRE PARATIFOIDEA	PALUDISMO
BRUCELOSIS	FIEBRES HEMORRAGICAS VIRICAS	PAROTIDITIS
CAMPILOBACTERIOSIS	GIARDIASIS	PESTE
CARBUNCO	GRIPE	POLIOMIELITIS/PARALISIS FLACIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS
COLERA	GRIPE HUMANA POR UN NUEVO SUBTIPO DE VIRUS	RABIA
COVID-19	HEPATITIS A	RUBEOLA
CRIPTOSPORIDIOSIS	HEPATITIS B	RUBEOLA CONGENITA
DENGUE	HEPATITIS C	SALMONELOSIS
DIFTERIA	HERPES ZOSTER	SARAMPION
ENCEFALITIS TRANSMITIDA POR GARRAPATAS	HIDATIDOSIS	SARS
ENCEFALOPATIAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (INCLUYE VECJ)	INFECCIÓN GONOCOCICA	SHIGELOSIS
ENFERMEDAD INVASORA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	INFECCIÓN POR CEPAS DE ESCHERICHIA COLI PRODUCTORAS DE TOXINA SHIGA O VERO	SIFILIS
ENFERMEDAD MENINGOCOCICA	INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS (EXCLUYE EL LINFOGRANULOMA VENÉREO)	SIFILIS CONGENITA
ENFERMEDAD NEUMOCOCICA INVASORA	INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA/SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH/SIDA)	TETANOS/TETANOS NEONATAL
ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA	LEGIONELOSIS	TOS FERINA
FIEBRE AMARILLA	LEISHMANIASIS	TOXOPLASMOSIS CONGENITA
FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	LEPRA	TRIQUINOSIS
FIEBRE EXANTEMATICA MEDITERRANEA	LEPTOSPIROSIS	TUBERCULOSIS
FIEBRE Q	LINFOGRANULOMA VENEREO	TULAREMIA
FIEBRE RECURRENTE TRANSMITIDA POR GARRAPATAS	LISTERIOSIS	VARICELA
		VIRUELA
		YERSINIOSIS

Fuente: Anexo I RD 2210/1995 tras modificaciones de 2015 y 2020.

ANEXO 4

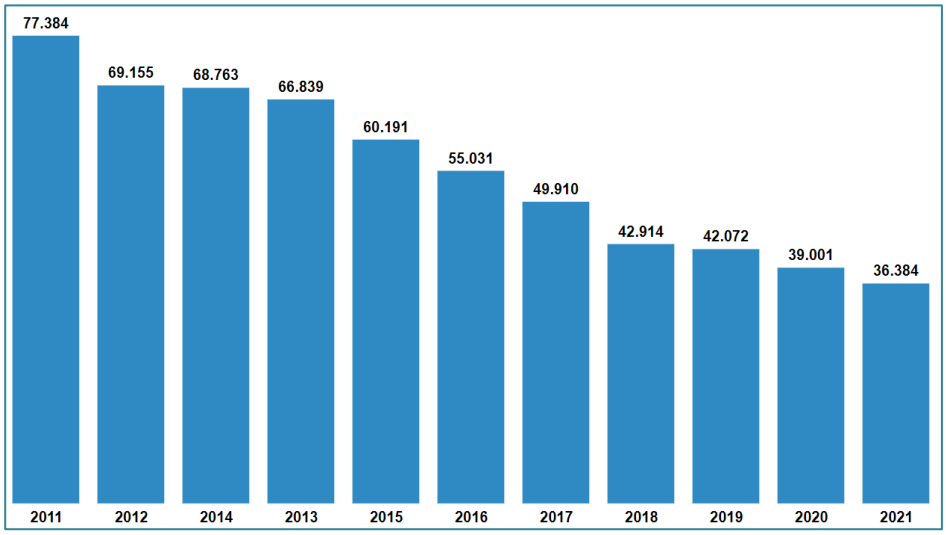
RD 2210/1995: NÚMERO DE ENFERMEDADES A NOTIFICAR (AGREGADA E INDIVIDUALIZADA)
Versión consolidada del RD

LEYENDA	ANEXO I					
EDOs – Declaración Numérica Semanal	62					
NÚMERO DE ENFERMEDADES ANEXOS RD 2210/1995						
MODALIDADES DE DECLARACIÓN EDOS (INDIVIDUALIZADA)	**ANEXO II 1A**	**ANEXO II 1B**	**ANEXO II 1C**	**ANEXO II 1D**	**ANEXO II 2**	**TOTAL**
Datos Numéricos	10					10
Declaración Urgente		12				12
Declaración Semanal			38			38
Informe Descriptivo Anual al finalizar año (1er trimestre)				1		1
Declaración anual por sistemas especiales					1	1
TOTAL	**10**	**12**	**38**	**1**	**1**	**62**

Fuente: Anexo I RD 2210/1995 tras modificaciones de 2015 y 2020.

ANEXO 5

NOTIFICACIÓN AGREGADA
Periodo 2011-2021
(Número de notificaciones)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de copia de seguridad SIVIES.

ANEXO 6

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LAS CCAA Y CIUDADES AUTÓNOMAS

- Solo contestaron al cuestionario las CCAA Comunidad Valenciana, La Rioja, Cataluña, Aragón, Región de Murcia, Islas Baleares, Castilla La Mancha, Castilla y León, Galicia, Comunidad de Madrid y País Vasco.

- No existía plena integración de las aplicaciones de atención primaria en Cataluña, Región de Murcia, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia y País Vasco.

- No existía plena integración con las aplicaciones de atención hospitalaria en Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia y País Vasco.

- No existía una utilización conjunta de los sistemas de información asistencial y de salud pública en La Rioja, Cataluña, Región de Murcia, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia y País Vasco.

- Carecían de sistemas automatizados de recogida de datos epidemiológicos Aragón y Castilla-La Mancha.

ANEXO 7

FICHEROS REMITIDOS POR CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA Y APROBADOS EN SIVIES

Periodo noviembre 2019- enero de 2022

(número de ficheros)

CCAA	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Comunidad Valenciana	67	760	1.624	180	2.631
La Rioja	16	396	1.346	183	1.941
Cataluña	7	342	840	424	1.613
Extremadura	32	518	511	18	1.079
Aragón	15	419	515	29	978
Región de Murcia	5	399	523	18	945
Islas Baleares	10	349	499	36	894
Islas Canarias	10	385	441	25	861
Andalucía	30	349	454	23	856
Castilla La Mancha	12	310	498	34	854
Navarra	3	349	450	25	827
Cantabria	8	292	461	26	787
Castilla y León	15	358	382	21	776
Galicia	12	290	437	28	767
Comunidad de Madrid	22	345	349	33	749
Melilla	1	227	375	27	630
Ceuta	1	203	399	25	628
Principado de Asturias	5	254	343	23	625
País Vasco	6	243	314	16	579
SIN IDENTIFICAR		3	7		10
TOTAL	**277**	**6.791**	**10.768**	**1.194**	**19.030**

Fuente: Elaboración propia en base a datos de copia de seguridad SIVIES.

ANEXO 8

MODALIDAD DE ENVÍO DE FICHEROS APROBADOS EN SIVIES
Periodo noviembre de 2019- enero de 2022
(número de ficheros)

ORIGEN	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Sin identificar[245]	277	2.758	95	7	3.137
Máquina a Máquina	-	550	3.316	767	4.633
Carga de Ficheros	-	3.483	7.357	420	11.260
TOTAL	**277**	**6.791**	**10.768**	**1.194**	**19.030**

Fuente: Elaboración propia en base a datos de copia de seguridad SIVIES.

[245] La identificación relativa a la modalidad de envío se implementó en 2020, por lo que solo los registros posteriores incluyen la indicada información. A partir de esa fecha, los indicados como sin identificar se corresponden con los certificados negativos de casos.

ANEXO 9

REGISTROS CARGADOS EN SIVIES POR TIPO DE NOTIFICACIÓN
Periodo 2019-enero de 2022
(número de registros)

TIPO DE NOTIFICACIÓN	TOTAL
Notificaciones individuales	9.416.777
Notificaciones agregadas	117.540
Notificaciones brotes	7.219
TOTAL	**9.541.536**

Fuente: Elaboración propia en base a datos de copia de seguridad SIVIES.

ANEXO 10

DEBILIDADES EN RELACIÓN CON LA INTEGRIDAD Y TRAZABILIDAD DE LA BASE DE DATOS DE SIVIES

- Solo queda grabada en SIVIES la referencia al último fichero que modifica el registro y se pierde la referencia al fichero que lo insertó originalmente. Adicionalmente se señala que esta utilidad se introdujo a partir de marzo de 2021, por lo que un total de 6.553.073 registros no tienen referencia a su fichero origen.

- Se han advertido discrepancias en el campo de fecha de inserción del registro en las tablas que afectan al 9 % de los registros. En 2016 se introdujo un nuevo campo, unificado para todas las enfermedades, en el que se incluye la fecha de inserción de un caso a SIVIES. Este campo teóricamente debería ser idéntico a la información que se recogía para cada enfermedad en el campo previamente existente denominado “Fecha de declaración al Estado”, sin embargo, se ha detectado que, en 1.071.513 registros, el 9 %, no coinciden.

ANEXO 11

FICHEROS REMITIDOS A SIVIES
Periodo 4º trimestre 2019- 1er trimestre 2022[246]
(número de ficheros)

ESTADO	2019	2020				2021				2022	TOTAL
	4º Trim	1er Trim	2º Trim	3er Trim	4º Trim	1er Trim	2º Trim	3er Trim	4º Trim	1er Trim	
Cargando*	107	280	797	-	-	-	22	71	180	87	**1.544**
Validado*	6	27	19	21	118	209	274	272	842	865	**2.653**
Rechazado	86	478	815	5	89	62	392	1.510	1.716	1.160	**6.313**
Aprobado	277	892	1.956	1.905	2.038	2.592	2.595	2.561	3.020	1.194	**19.030**
TOTAL	**476**	**1.677**	**3.587**	**1.931**	**2.245**	**2.863**	**3.283**	**4.414**	**5.758**	**3.306**	**29.540**

Fuente: Elaboración propia en base a datos de copia de seguridad SIVIES.

[246] En concreto, del 21 de noviembre de 2019 al 22 de enero de 2022.

ANEXO 12

FICHEROS APROBADOS DE CADA CCAA POR USUARIO DE LA CARGA EN SIVIES

1/2

Periodo noviembre de 2019- enero de 2022
(número de ficheros)

CCAA	OTROS	PERSONAL ISCIII	TOTAL
Comunidad Valenciana	2.349	282	**2.631**
La Rioja	1.774	167	**1.941**
Cataluña	1409	204	**1.613**
Extremadura	1.013	66	**1.079**
Aragón	893	85	**978**
Región deMurcia	901	44	**945**
Islas Baleares	838	56	**894**
Islas Canarias	765	96	**861**
Andalucía	751	105	**856**
Castilla La Mancha	753	101	**854**
Navarra	681	146	**827**
Cantabria	724	63	**787**
Castilla y León	644	132	**776**
Galicia	736	31	**767**
Comunidad de Madrid	455	294	**749**
Melilla	619	11	**630**
Ceuta	615	13	**628**
Principado de Asturias	595	30	**625**
País Vasco	470	109	**579**
SIN IDENTIFICAR	8	2	**10**
TOTAL	**16.993**	**2.037**	**19.030**

Fuente: Elaboración propia en base a datos de copia de seguridad SIVIES.

2/2

A este respecto, la asunción de la tarea de subir los ficheros a SIVIES por parte del CNE venía teniendo lugar antes de la pandemia, ya que, en el cuarto trimestre de 2019, a 14 de las CCAA y una ciudad autónoma[247], les asistió el CNE en la subida de ficheros y, en concreto, a dos CCAA[248] y una Ciudad Autónoma[249] efectuando una carga en su nombre del 55 %, 50 % y 100 % de los ficheros, respectivamente. Es destacable que en 2020 a una CCAA[250] le efectuó la carga del 65 % de los ficheros, por lo que en el año de la emergencia del COVID-19, *de facto*, asumió una tarea que no le era propia y revelaba una práctica inadecuada en el procedimiento de notificación.

[247] Comunidad Valenciana, La Rioja, Cataluña, Extremadura, Aragón, Región de Murcia, Islas Baleares, Islas Canarias, Andalucía, Castilla-La Mancha, Cantabria, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Ciudad Autónoma de Melilla y País Vasco.

[248] Comunidad de Madrid y País Vasco.

[249] Ciudad Autónoma de Melilla

[250] Comunidad de Madrid.

ANEXO 13

DEMORA EN EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN A LA RENAVE

Como ilustran los cuadros siguientes:

PERIODOS PROMEDIO DE ENVÍO DE LA NOTIFICACIÓN A RENAVE POR LOS DECLARANTES
Por tipo de notificación / Periodo 2016-2020
(promedio de días)

TIPO DE NOTIFICACIÓN	2016	2017	2018	2019	2020
De Caso Agregado	30	19	21	23	66
De Caso Individualizado	566	390	393	333	329
De Brote	449	404	233	283	308

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SIVIES (excluido COVID-19).

En el caso de las declaraciones individualizadas estas demoras alcanzan a todas las modalidades de comunicación:

PERIODOS PROMEDIO DE ENVÍO DE LAS DECLARACIONES INDIVIDUALIZADAS A RENAVE
Periodo 2016-2020
(días)

MODALIDAD NOTIFICACIÓN CASOS INDIVIDUALES	2016	2017	2018	2019	2020
Urgente	189	216	124	147	35
Semanal	560	363	351	282	335
Mensual	193	267	336	378	306
Anual	831	512	476	362	357

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SIVIES (excluido COVID-19).

El impacto de la pandemia en los servicios de salud pública y epidemiología se evidencia, con mayor detalle, si se toma como referencia el descenso en los de casos por otras enfermedades distintas al COVID-19 notificados (en torno a un 56 %) en 2020, el momento crítico de la crisis sanitaria, con respecto del ejercicio 2019:

NÚMERO DE CASOS DISTINTOS AL COVID-19 COMUNICADOS A RENAVE
Periodo 2016-2020
(casos)

MODALIDAD NOTIF CI (CASOS)	2016	2017	2018	2019	2020
Urgente	11	2	6	4	84
Semanal	193.522	129.376	99.324	69.437	27.607
Mensual	46.162	61.666	62.681	57.010	25.936
Anual	68.695	90.090	92.260	31.007	14.888

Fuente Elaboración propia en base a los datos de SIVIES (excluido COVID-19).

ANEXO 14

REGISTROS CONSOLIDADOS EN SIVIES SEGÚN EL TIPO DE NOTIFICACIÓN

En lo que respecta a notificaciones agregadas, solo el 54 % de los registros correspondientes a notificaciones al periodo 2010-2021 estaban consolidados:

- Así, el 100 % de los registros de una CCAA[251] en ese periodo (103.118) estaban sin consolidar.

- Una CCAA y una ciudad autónoma[252] tienen el 100 % de los registros desde 2015 sin consolidar (60.221, 18.020 y 644, respectivamente).

- A su vez, ninguna CCAA o ciudad autónoma ha consolidado registro alguno correspondiente al periodo 2016-2021.

En lo que se refiere a notificaciones individuales (sin incluir las del COVID-19), la práctica seguida en SIVIES ha sido la de no declarar como consolidadas las notificaciones individuales. De hecho, no se ha consolidado ningún registro desde 2014 (1.669.192 registros), sin que exista un procedimiento establecido al respecto. En cuanto a la notificación individual de casos de COVID-19 solo el 1,80 % de los registros (164.727 de 9.128.640) se marcaron como consolidados.

[251] Castilla-La Mancha.

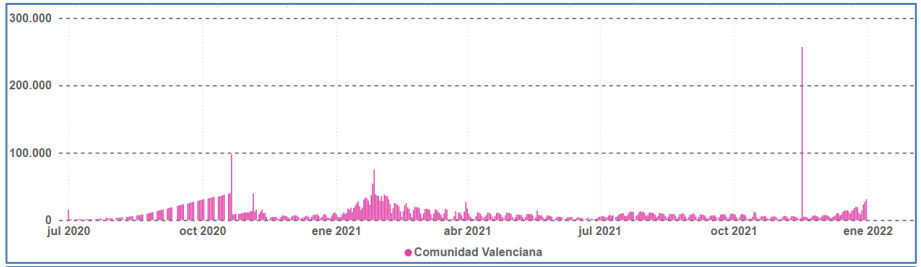
[252] Ciudad Autónoma de Ceuta y País Vasco.

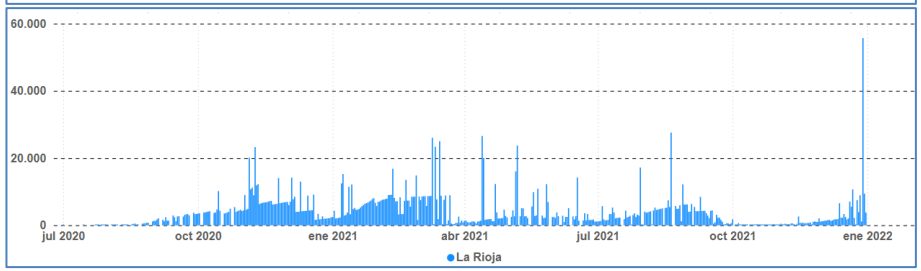
ANEXO 15

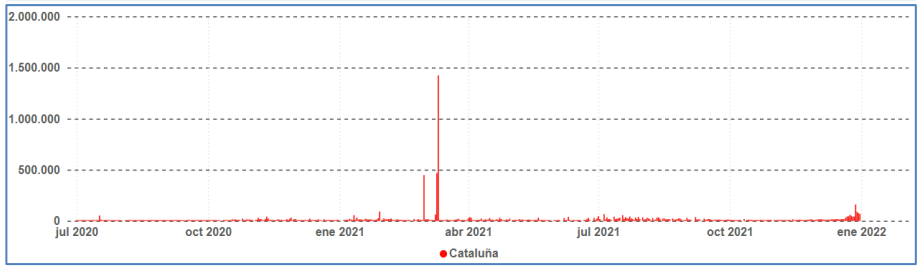
FICHEROS CON COMUNICACIONES DE CASOS COVID-19 REMITIDOS POR LAS 19 CCAA/CIUDADES AUTÓNOMAS (CARGAS COMPLETAS)

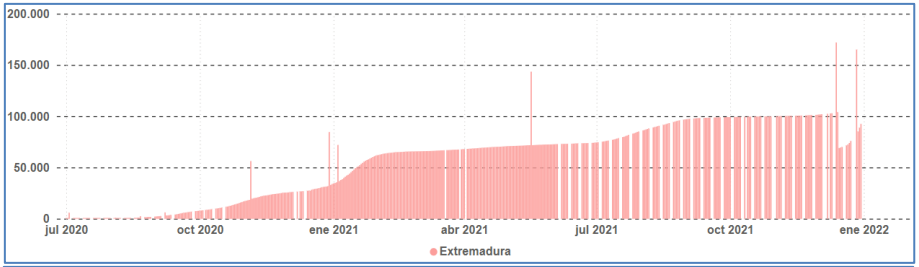
Ficha Covid: julio de 2020 a enero 2022[253]

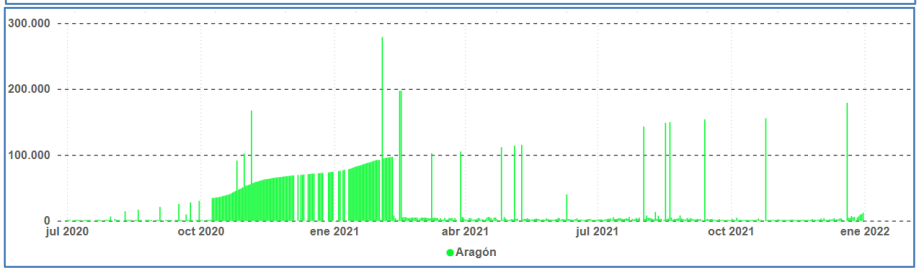
(Casos notificados)

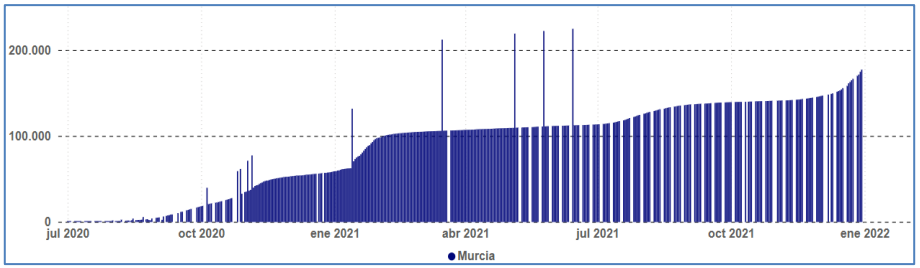




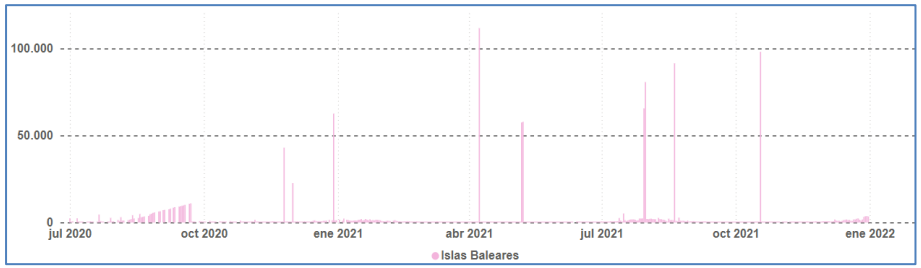


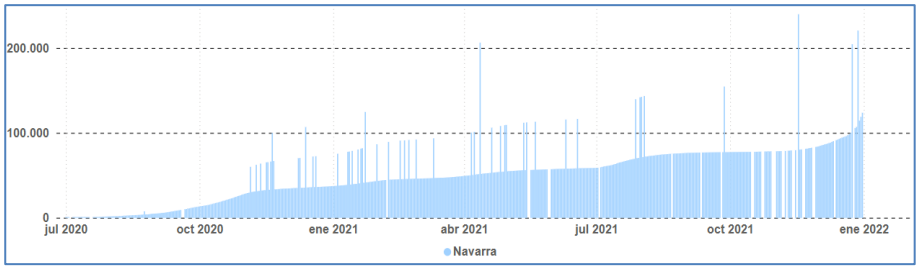


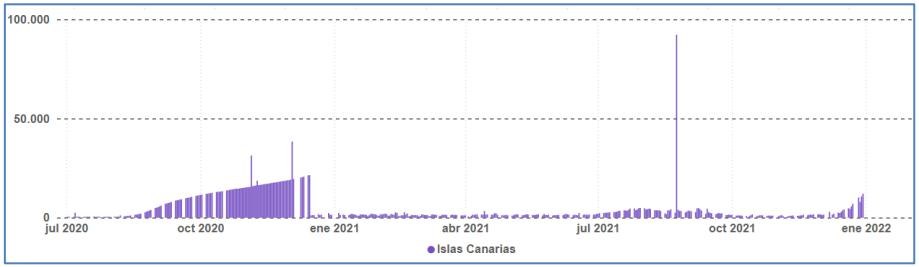


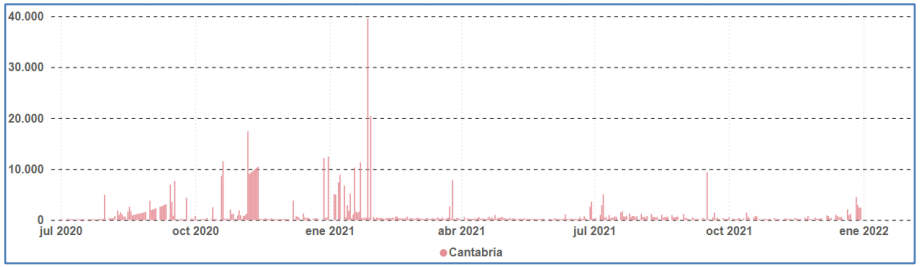


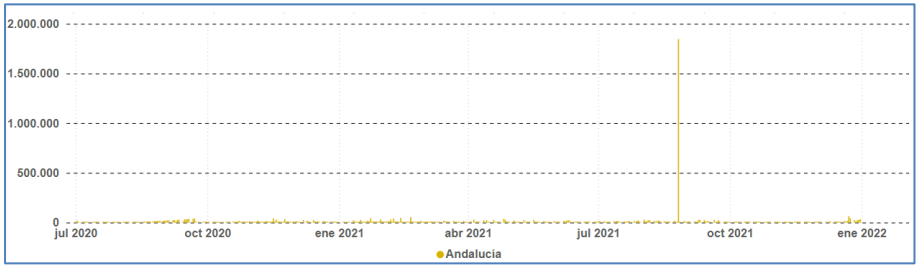
[253] La información facilitada no permite identificar los ficheros remitidos y aprobados anteriores al 1 de julio de 2020.

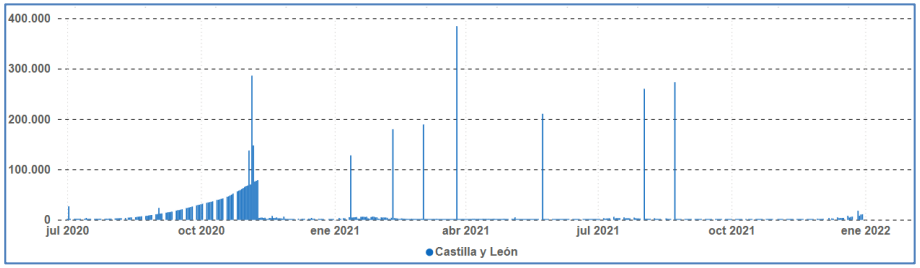

100.000
50.000
0
jul 2020
oct 2020
ene 2021
abr 2021
jul 2021
oct 2021
ene 2022
Islas Baleares

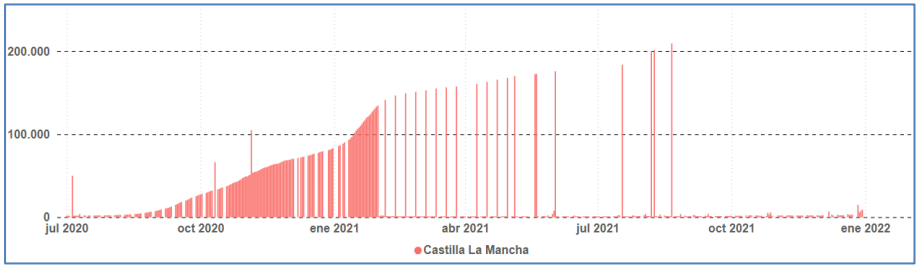

200.000
100.000
0
jul 2020
oct 2020
ene 2021
abr 2021
jul 2021
oct 2021
ene 2022
Navarra

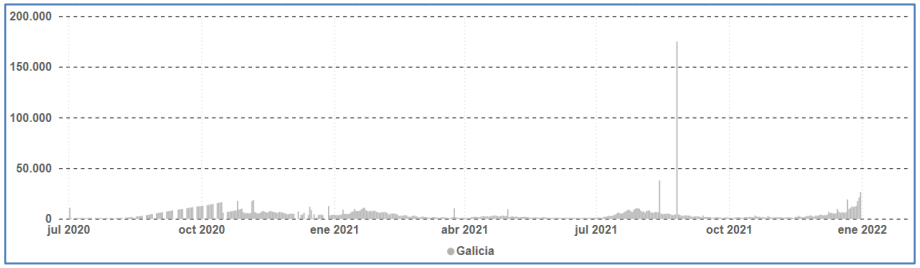

100.000
50.000
0
jul 2020
oct 2020
ene 2021
abr 2021
jul 2021
oct 2021
ene 2022
Islas Canarias

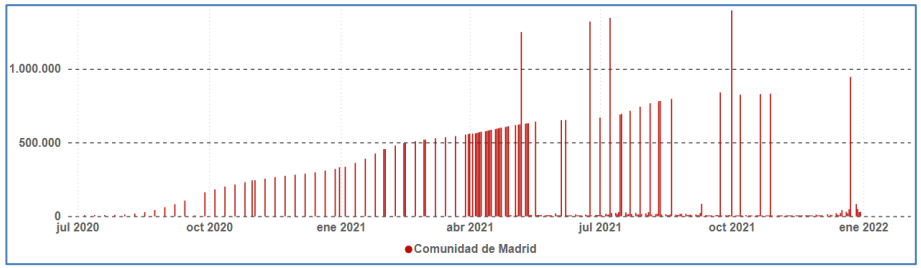

40.000
30.000
20.000
10.000
0
jul 2020
oct 2020
ene 2021
abr 2021
jul 2021
oct 2021
ene 2022
Cantabria

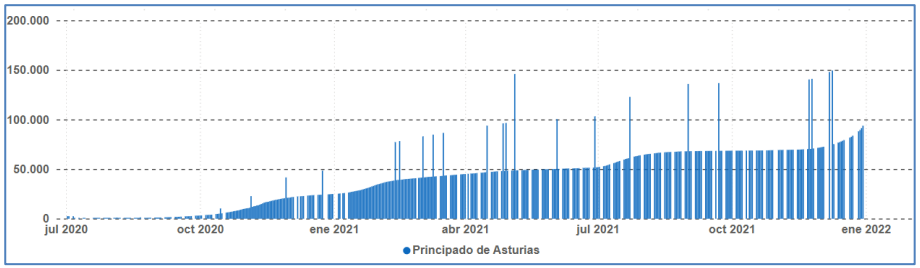

2.000.000
1.500.000
1.000.000
500.000
0
jul 2020
oct 2020
ene 2021
abr 2021
jul 2021
oct 2021
ene 2022
Andalucía

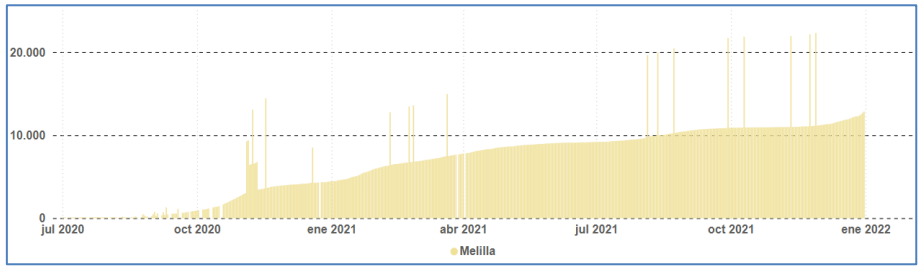

400.000
300.000
200.000
100.000
0
jul 2020
oct 2020
ene 2021
abr 2021
jul 2021
oct 2021
ene 2022
Castilla y León

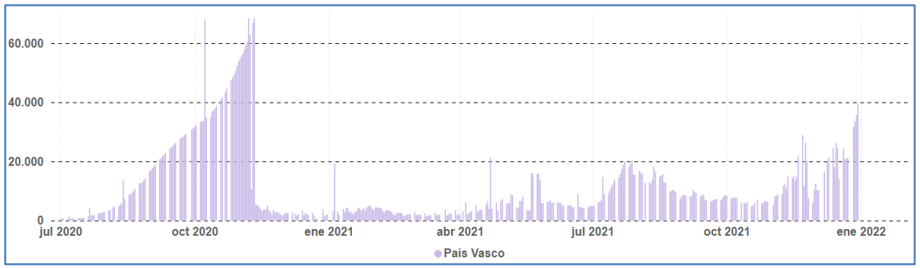

200.000
100.000
0
jul 2020
oct 2020
ene 2021
abr 2021
jul 2021
oct 2021
ene 2022
Castilla La Mancha

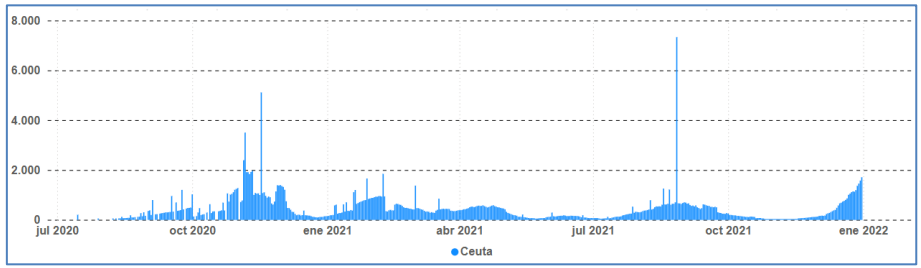

200.000
150.000
100.000
50.000
0
jul 2020
oct 2020
ene 2021
abr 2021
jul 2021
oct 2021
ene 2022
Galicia











Fuente: Elaboración propia a partir de la información de SIVIES.

ANEXO 16

CRISIS DE LA LISTERIOSIS, DE 2019: INCONGRUENCIAS EN LA INFORMACIÓN

En el verano de 2019 se produjo un brote de listeriosis asociado a un producto alimentario. No consta en SIVIES la incidencia de la CCAA que inició la alerta del brote.

La información disponible en SIViES no permite vincular los casos de listeriosis notificados por las autoridades autonómicas de salud pública con la alerta declarada con el producto alimentario. A este respecto se produjo cierta dispersión en los canales de comunicación de la información de la alerta, en la medida en que, se han identificado comunicaciones al margen de SIViES entre las autoridades de salud pública autonómicas. De hecho, sin perjuicio de las diferentes definiciones de caso, la información se transmite al margen del sistema de información existente para registrar la información de alertas epidemiológicas, ya que no se usó la herramienta de incidencias (pensada para este tipo de eventos) y la información sobre brotes omitió en su mayoría la referencia al código sugerido por el CNE y el CCAES, careciendo también la individualizada de información al respecto.

De hecho, en el curso del seguimiento de la alerta epidemiológica se reunión la Ponencia de Alertas en cuya sesión de 23 de agosto de 2019 se indicó un código de brote por parte del ISCIII y el CCAES (1075/19), a utilizar en la identificación en SIViES de los casos asociados. Sin embargo, dicho código no fue utilizado en ninguna notificación de “brotes” o “incidencias” de SIViES y solo se consignó en 30 de más de 200 casos enviados como notificación individual (la CCAA (Andalucía) más afectada por el brote no lo indicó en ninguno sus casos notificados).

Así, el número de casos asociados al brote del verano de 2019 que figura en *el Informe epidemiológico sobre la situación de la listeriosis en España, años 2018 y 2019*, de junio de 2023 para la CCAA más afectada (207), no concuerdan con los registros de notificación individualizada (210).

ANEXO 17

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO EN SIVIES[254]

1/2

En relación con las notificaciones individuales:

- En lo que respecta al sexo, el 2,17 % de los registros tienen el campo vacío (60.121).

- En un 8,11 % de los registros (223.951) incorporan la edad[255] como vacío (145.509 registros) o se incluye un valor incoherente (78.442 registros) por ejemplo, más de 120 años o niños con edades en meses incongruentes.

- La fecha de nacimiento no se ha cumplimentado en el 65 % de los registros (1.787.774). Adicionalmente, figuran casos con fechas de nacimiento erróneas (976, 1.066) o posteriores a la fecha del caso notificado.

- Otros casos revelan incoherencias internas, como aquellos (2.378) donde consta hospitalización del paciente al que se refiere el caso sin fecha de ingreso. Adicionalmente, figura algún caso con fecha de hospitalización incoherente (año 2090).

- Adicionalmente, se han identificado 566 registros (283 valores únicos) de casos notificados individualmente que podrían estar potencialmente duplicados. En su mayoría sobre casos de Tuberculosis (296) e Infección por *Chlamydia trachomatis* (224).

- En relación con la alerta de listeriosis de 2019, en la información enviada como cierre de los brotes por la CCAA más afectada (Andalucía), en febrero de 2020, se refieren 683 casos, sin embargo, solo había notificado previamente 300 casos por la vía de notificación individualizada.

[254] Descartados registros de COVID-19 (9.137.890).

[255] La edad se detalla en dos campos uno para los meses y otro para los años.

2/2

En relación con notificaciones agregadas, se ha constatado que en 292 casos ha sido posible grabar los datos de una misma semana y enfermedad para una misma provincia de una CCAA, pudiendo provocar que se estén duplicando el número de casos.

Adicionalmente, se han detectado duplicados en el identificador en 1.368 registros correspondientes a declaraciones individuales, que se corresponden con 687 registros únicos, y, a su vez, 8 duplicados en brotes.

ANEXO 18

DEPURACIONES REALIZADAS POR LAS CCAA
Comparativa datos del 4/1/2021 publicados en diferentes fechas
(número de casos)

CCAA	DATOS ABIERTOS PUBLICADOS 02/06/2022 REFERIDOS AL 4/1/2021	DATOS ABIERTOS 4/1/2021	DIFERENCIA CASOS	%
Comunidad Valenciana	181.877	150.715	31.162	20,7
La Rioja	18.775	18.783	-8	0,0
Cataluña	370.778	355.483	15.295	4,3
Extremadura	39.984	38.651	1.333	3,4
Aragón	76.867	79.873	-3.006	-3,8
Región de Murcia	63.292	61.602	1.690	2,7
Islas Baleares	38.493	37.435	1.058	2,8
Islas Canarias	45.288	43.419	1.869	4,3
Andalucía	269.514	263.657	5.857	2,2
Castilla La Mancha	92.885	86.293	6.592	7,6
Navarra	58.829	60.779	-1.950	-3,2
Cantabria	18.532	18.334	198	1,1
Castilla y León	130.827	129.541	1.286	1,0
Galicia	63.642	62.861	781	1,2
Comunidad de Madrid	420.394	403.959	16.435	4,1
Melilla	4.657	4.599	58	1,3
Ceuta	3.168	3.136	32	1,0
Principado de Asturias	27.724	27.561	163	0,6
País Vasco	116.721	112.239	4.482	4,0
TOTAL	**2.042.247**	**1.958.920**	**83.327**	**4,3**

Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada “Datos abiertos” del MSND.

ANEXO 19

BASE NORMATIVA RELATIVA A LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA DE LA GRIPE EN ESPAÑA

El documento base de la vigilancia de gripe es el *Protocolo de vigilancia de la gripe*, que se incluye dentro del Protocolo RENAVE, aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 23 de julio de 2013. Este protocolo de la gripe fue desarrollado en una *Guía de procedimientos para la vigilancia de la gripe en España,* aprobada por la Comisión de Salud Pública el 23 de abril de 2014, y actualizada en marzo de 2019.

Respecto del sistema centinela operativo hasta 2020, en la *Guía de Procedimientos para la vigilancia de la gripe* se indica que "la última evaluación del sistema ScVGE se produjo en la temporada 2007-2008", sin que consten nuevas evaluaciones completas respecto de este sistema de información.

El sistema centinela[256] de vigilancia de la gripe en España[257] fue definitivamente implantado en el marco del Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe, aprobado por el CISNS el 29 de junio de 2005[258] y actualizado en diciembre de 2006[259], aunque tenía antecedentes ya desde la década de los años 90 del siglo XX.

[256] Sistema previsto en el art. 4.2 y capítulo III del RD 2210/1995.

[257] "https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/pandemia/home.htm".

[258] "https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/PlanGripeEspanol.pdf".

[259] "https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/ActualizacionPlan_diciembre2006.pdf".

ANEXO 20

SEMANAS CON INFORMACIÓN RENDIDA DE CASOS O CERTIFICADO NEGATIVO POR LOS PROFESIONALES DE LA RED CENTINELA PARA LA VIGILANCIA DE LA GRIPE

Datos por temporada en el período 2010-2020

(porcentaje de los profesionales)

TEMPORADA	NINGUNA SEMANA	1-10 SEMANAS	11-20 SEMANAS	21-32 SEMANAS	TEMPORADA COMPLETA
2019-2020	3,44 %	13,49 %	31,68 %	46,82 %	4,58 %
2018-2019	3,75 %	10,72 %	18,22 %	55,81 %	11,50 %
2017-2018	2,24 %	8,48 %	13,22 %	66,58 %	9,48 %
2016-2017	3,74 %	10,35 %	11,47 %	63,59 %	10,85 %
2015-2016	4,22 %	6,96 %	12,42 %	55,03 %	21,37 %
2014-2015	5,06 %	8,48 %	13,04 %	59,37 %	14,05 %
2013-2014	4,40 %	9,51 %	16,88 %	58,98 %	10,23 %
2012-2013	6,57 %	8,84 %	14,58 %	61,53 %	8,48 %
2011-2012	4,09 %	10,88 %	14,97 %	63,27 %	6,78 %
2010-2011	5,16 %	13,99 %	16,63 %	58,26 %	5,96 %
TOTAL GENERAL	**4,29 %**	**10,19 %**	**16,27 %**	**58,99 %**	**10,26 %**

Fuente: Datos de rendición de temporada (semanas 40 a 20). Casos y certificados negativos.

ANEXO 21

CCAA QUE NO REMITIERON CASOS CHOSP PESE A TENER CASOS CGHCG
Temporadas del período 2018-2020
(número de CCAA o Ciudades Autónomas)

TEMPORADA	CCAA O CIUDADES AUTÓNOMAS QUE NO REMITIERON INFORMACIÓN
2018-2019	2 (Cantabria y Ceuta)
2019-2020	3 (Navarra, Cantabria y Ceuta)

Fuente: Base de datos SVGE.

ANEXO 22

ANÁLISIS EN LA CALIDAD DEL DATO EN SIVIRA

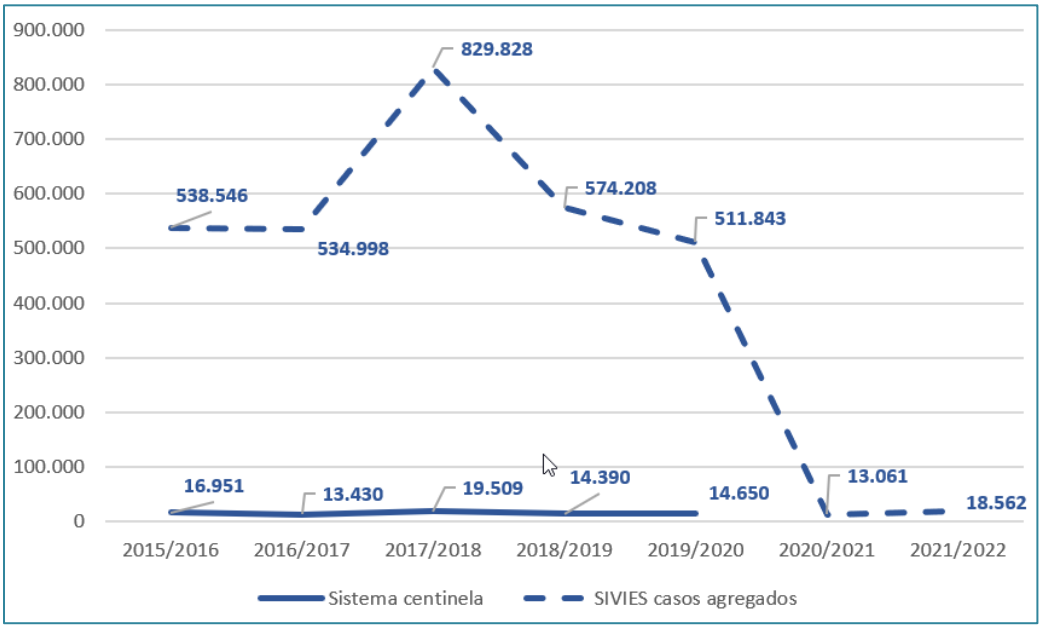
Se han detectado las siguientes incidencias en relación con la calidad del dato:

- Se han advertido defectos de calidad en la información en relación con la falta de la fecha y el resultado de algunas muestras (19 registros no tienen fecha de toma de muestra de COVID-19 y 19 no tienen fecha de toma de muestra de gripe).

- En relación con los resultados de las muestras tomadas, la versión inicial del protocolo respecto de los datos que se remiten no indicaba diferenciar entre los diferentes virus respiratorios, carencia que se solventó en la versión de noviembre de tal modo que las detecciones de gripe fueron en 622 casos, COVID-19 en 1.469 y VRS en 205 (no son excluyentes).

ANEXO 23

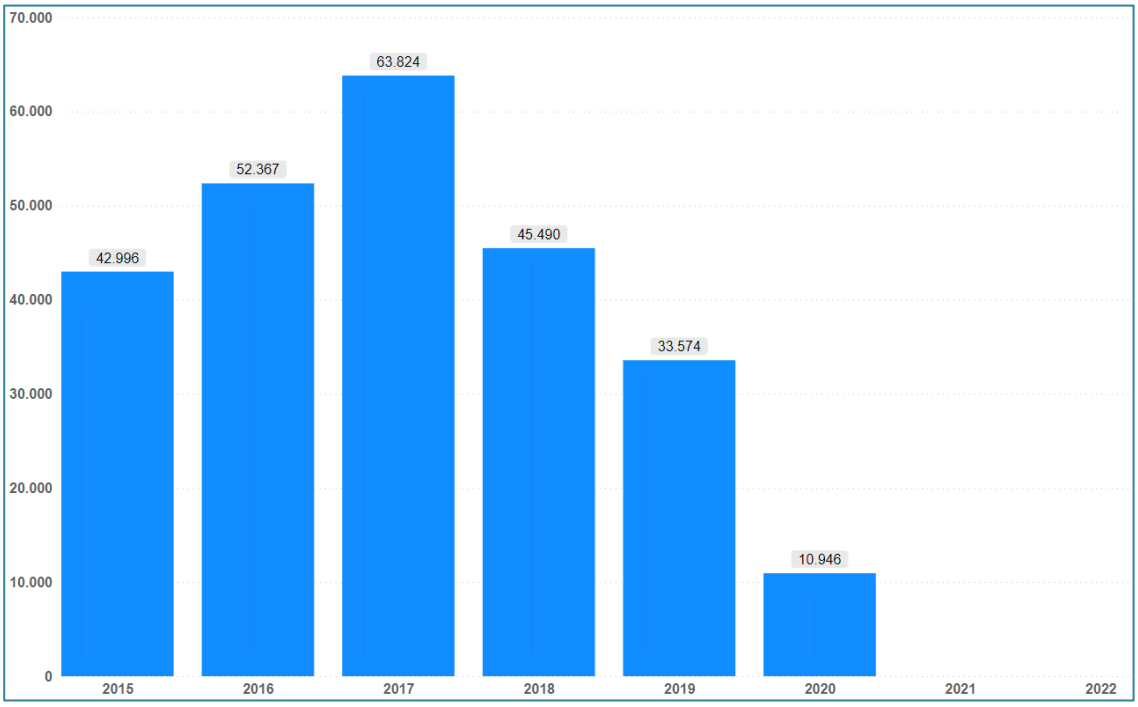
COMPARATIVA CASOS DE GRIPE NOTIFICADOS AL SISTEMA CENTINELA (SCVGE) Y A SIVIES
Período 2015-2022
(número)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de notificación agregada de SIVIES y de notificación de casos del ScVGE.

ANEXO 24

CASOS NOTIFICADOS POR FUENTES SIM A SIVIES
Período 2015 – Febrero 2022
(numero de casos)



Fuente: Elaboración propia a partir fuentes SIM en SIVIES.

ANEXO 25

COMPARACIÓN ENTRE CMC Y EL DOCUMENTO ACTUALIZACIÓN COVID-19

Se ha revisado el documento "*Actualización nº 227. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 13.10.2020*[260]*"* del CCAES, detectándose que presenta diferencias con los resultados que se obtienen de la base de datos de CMC. En el cuadro siguiente se muestran las diferencias entre los dos orígenes:

Por CCAA y conceptos
(en número)

CCAA	OCUPADAS COVID-19		INGRESOS		ALTAS	
	CMC	Doc. Actualización	CMC	Doc. Actualización	CMC	Doc. Actualización
Comunidad Valenciana	625	582	107	91	17	16
La Rioja	97	97	11	11	2	2
Cataluña	1.685	1.680	192	185	120	118
Extremadura	147	180	7	16	3	5
Aragón	455	454	54	54	22	22
Región de Murcia	363	213	90	25	24	8
Islas Baleares	232	197	13	12	6	6
Islas Canarias	279	273	13	12	3	3
Andalucía	1.411	1.404	179	179	70	72
Castilla La Mancha	641	651	102	103	32	32
Navarra	273	273	19	19	13	13
Cantabria	55	55	11	12	-	-
Castilla y León	964	963	79	78	27	27
Galicia	246	246	39	39	9	9
Comunidad de Madrid	3.335	3.325	246	251	123	121
Melilla	26	26	2	2	2	2
Ceuta	18	18	2	2	-	-
Principado de Asturias	184	184	21	21	9	9
País Vasco	448	476	38	38	23	23

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CMC e informe 227 del CCAES.

[260] Información referida al día 12/10/2020.

ANEXO 26

INCIDENCIAS EN LA INFORMACIÓN CARGADA EN SERLAB

1) Incidencias en la información de Sanidad Exterior:

COMPARATIVA DATOS CARGADOS SERLAB Y SPTH[261]
Datos cargados por Sanidad Exterior
(número de pruebas diagnósticas)

AÑO	SERLAB	SPTH	DIFERENCIAS
2020	2.878	6.138	3.260
2021	352.467	296.040[262]	56.427

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SpTH y SERLAB.

2) Incidencias en la información de las CCAA / Ciudades Autónomas:

En relación con una de las Ciudades Autónomas[263], del registro de usuarios se desprende que la carga de datos se realizó por una empresa externa, efectuándose paralelamente por parte del personal de INGESA. Esta doble carga de datos de la ciudad autónoma tiene como consecuencia que se hayan registrado pruebas duplicadas en SERLAB (3 % de las pruebas realizadas en 2021):

PRUEBAS DUPLICADAS EN SERLAB DE UNA CIUDAD AUTÓNOMA
Período 2020- 2022 (15/03/2022)
(número y porcentaje)

EJERCICIO	PRUEBAS DUPLICADAS (VALORES ÚNICOS)	% SOBRE TOTAL ANUAL
2020	30 (15)	0,14
2021	3.072 (1.536)	3,04
2022 (hasta 15/3/2022)	3.414 (1.707)	8,91
TOTAL	**6.516 (3.258)**	

Fuente: Elaboración propia en base a copia de seguridad de SERLAB.

[261] En el caso de sanidad exterior, se remiten las pruebas realizadas en los aeropuertos y registradas en la aplicación SpTH, efectuándose la comunicación de estos datos por la empresa que gestiona SpTH, contratada por AENA SME SA, sin que intervenga ningún funcionario de sanidad exterior, a diferencia del resto de remisiones de información a SERLAB que se realizan bajo la supervisión de las correspondientes autoridades de salud pública.

[262] Esta cifra no incluye 60.847 pruebas diagnósticas que se realizaron entre el 9 de junio y 29 de julio de 2021, pero que no se volcaron por problemas técnicos en SpTH, tal como se explica en II.3.2.3.d).

[263] Ciudad Autónoma de Ceuta.

2/2

En otra CCAA[264] se han detectado 60 registros duplicados (30 valores únicos), como consecuencia de realizar la remisión por parte de dos usuarios diferentes a lo largo del periodo analizado (uno de ellos, del ISCIII).

La existencia de registros duplicados evidencia las dificultades y debilidades en los procesos de captura y cruce de datos.

[264] Comunidad de Madrid.

ANEXO 27

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO EN SERLAB

Las diferencias detectadas la información normalizada de SERLAB con la obtenida del cruce con TSI:

- 72.169 registros que figuran como Hombre y 41.223 registros que serían Mujer, según TSI, que no habrían sido categorizados en SERLAB.

- 65.137 registros que serían Hombre según TSI, habrían sido categorizados como Mujer por SERLAB.

- 121.823 registros que serían Mujer según TSI, habrían sido categorizados como Hombre por SERLAB.

- 314.112 personas sometidas a análisis en SERLAB figuran como “fallecidas” en TSI. Hay que tener presente que la inclusión en SERLAB del resultado de la prueba puede haberse realizado con un cierto desfase temporal con respecto a la fecha su realización.

Adicionalmente cabe destacar la existencia de valores nulos o ilógicos (por ejemplo, fechas futuras) en campos significativos, como se aprecia en el cuadro siguiente:

REGISTRO DE VALORES NULOS O ILÓGICOS EN CAMPOS ORIGEN DE PETICIÓN, FECHA DE NACIMIENTO, SEXO E IDENTIFICACIÓN DE LABORATORIO
Sistema SERLAB
(número de registros)

CAMPO	NÚMERO DE NULOS	DATOS ILÓGICOS
Origen petición	16.989.845	-
Fecha de nacimiento[265]	544.187	7.919
Sexo	164.141	-
Identificación del laboratorio[266]	28.553.861	-

Fuente: Elaboración propia.

También se destaca que una de las CCAA[267] no remitió en el periodo la información del origen de la prueba (atención primaria, atención especializada, otro) en el 80,4 % de sus registros.

[265] Es preciso indicar que el 76,26 % y el 31,7 % de los nulos en fecha de nacimiento y sexo, que figuran en el cuadro anterior provenían de la información procedente de la aplicación SpTH en la que estos campos no eran requeridos en los datos que se solicitan al viajero.

[266] Aplicable a partir del 29 de julio de 2021.

[267] Cataluña.

ANEXO 28

COMPARATIVA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ENTRE SERLAB E INFORME CCAES

Periodo 21/12/2020 al 27/12/2020

(número de pruebas)

CCAA	SERLAB	INFORME 282 CCAES	DIFERENCIAS
Comunidad Valenciana	99.404	95.685	3.719
La Rioja	6.851	6.234	617
Cataluña	241.349	231.200	10.149
Extremadura	16.542	16.265	277
Aragón	12.683	12.478	205
Región de Murcia	13.967	13.937	30
Islas Baleares	38.662	36.450	2.212
Islas Canarias	33.727	32.424	1.303
Andalucía	85.057	82.142	2.915
Castilla La Mancha	23.558	23.198	360
Navarra	13.969	13.686	283
Cantabria	11.399	11.174	225
Castilla y León	27.837	25.727	2.110
Galicia	54.758	54.659	99
Comunidad de Madrid	132.514	122.067	10.447
Melilla	621	588	33
Ceuta	1.352	720	632
Principado de Asturias	25.435	25.276	159
País Vasco	39.807	39.390	417
Sanidad Exterior	1.468	0	1.468
ISCIII	59	0	59
TOTAL	**881.019**	**843.300**	**37.719**

Fuente: SERLAB e informe 282 CCAES.

ANEXO 29

COMPARATIVA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ENTRE SERLAB E INFORME CCAES

Periodo 19/12/2021 a 25/12/2021

(número de pruebas)

CCAA	SERLAB	INFORME 532 CCAES	DIFERENCIAS
Comunidad Valenciana	177.207	177.103	104
La Rioja	16.699	16.354	345
Cataluña	581.546	565.282	16.264
Extremadura	66.489	66.951	-462
Aragón	57.952	54.264	3.688
Región de Murcia	63.578	62.833	745
Islas Baleares	45.333	45.931	-598
Islas Canarias	102.344	102.027	317
Andalucía	295.548	287.285	8.263
Castilla La Mancha	71.773	74.186	-2.413
Navarra	47.585	47.968	-383
Cantabria	28.056	29.095	-1.039
Castilla y León	114.403	120.199	-5.796
Galicia	122.833	130.368	-7.535
Comunidad de Madrid	470.416	418.799	51.617
Melilla	2.467	2.400	67
Ceuta	6.551	6.344	207
Principado de Asturias	54.133	55.645	-1.512
País Vasco	120.920	123.623	-2.703
Sanidad Exterior	7.660	0	7.660
ISCIII	165	0	165
Ministerio de Defensa	273	0	273
TOTAL	**2.453.931**	**2.386.657**	**67.274**

Fuente: SERLAB e informe 532 CCAES.

ANEXO 30

ÁNÁLISIS TEMPORAL DE LAS CARGAS EN SERLAB

CARGAS MASIVAS DE DATOS EN SERLAB
TRES CCAA
(número y porcentaje)

CCAA	REGISTROS CARGADOS	FECHA DE CARGA	% SOBRE EL TOTAL DE PDIAS A ESA FECHA EN LA CCAA	ANTIGÜEDAD DE LAS PDIAS GRABADAS >50 DÍAS
Cataluña	4.263.105	15-feb-22	94,97	40,12
Andalucía	2.210.106	10-feb-21	59,44	70,52
Navarra	774.413	21-dic-21	60,88	99,01

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SERLAB.

PLAZO TRANSCURRIDO ENTRE LA FECHA DE LA PRUEBA Y SU CARGA EN SERLAB
(junio 2020-febrero 2022)
(número de días de retraso y porcentaje de registros afectados)

RETRASOS (EN DÍAS)	% SOBRE EL TOTAL DE REGISTROS
1	0,79
2	57,57
3	13,53
4	4,29
5	1,68
6	0,87
7	0,56
=<7	79,29
8-100	15,34
>100 días	5,37

Fuente:Elaboración propia a partir de los datos de SERLAB.

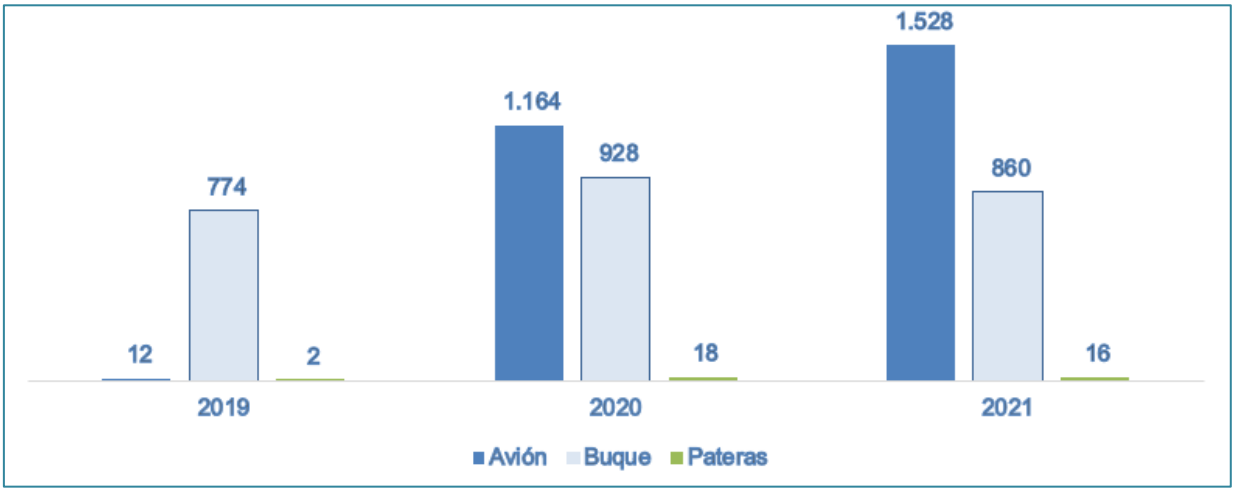
ANEXO 31

ACTIVIDAD DE SISAEX

1/2

El número de eventos de salud documentados en el periodo figura en el gráfico siguiente:

EVENTOS SANITARIOS DOCUMENTADOS EN SISAEX
Período 2019-2021
(número de eventos sanitarios registrados)



Fuente: Elaboración propia en base a SISAEX.

Como ya se ha indicado anteriormente, la aplicación en producción antes y durante la pandemia del COVID-19 se denomina SISAEX. En su origen, esta aplicación tenía como finalidad la emisión de certificados y autorizaciones[268], y, posteriormente, se amplió su funcionalidad para documentar la respuesta a eventos sanitarios, fundamentalmente, a través del registro de los informes elaborados por los inspectores como resultado de sus labores de monitorización ordinaria y respuesta a eventos.

El procedimiento aplicado depende de la vía de llegada de los viajeros internacionales a España, marítimo, aéreo o terrestre:

[268] Como son: 1) Salvoconducto Mortuorio; 2) Autorización de entrada de cadáveres; 3) Autorización de salida de cadáveres; 4) Solicitud de Traslado Internacional de cadáveres; 5) Certificado de Libre Plática; 6) Autorización de desembarco de cadáveres; 7) Autorización de desembarco de enfermos; 8) Autorización de salida; 9) Certificado de Abanderamiento; 10) Control Sanitario del Buque (Certificado de Exención de Control de Sanidad a bordo/ Certificado de Control de Sanidad a bordo); 11) Certificado de Inspección de Botiquines; 12) Formulario de Informe de Pruebas (FIP); 13) Certificado de Desinfección/ Desinsectación; 14) Despacho entrada piezas anatómicas; 15) Despacho salida piezas anatómicas.

- En síntesis, el procedimiento básico en el ámbito marítimo vigente previamente y durante el periodo fiscalizado se inicia como consecuencia de la comunicación de un evento sanitario a bordo de un buque, como puede ser como consecuencia de un enfermo o un fallecido. Esta comunicación se realiza mediante un documento denominado declaración marítima de sanidad (DMS), que se incluye en la documentación que el consignatario debe remitir a la autoridad portuaria previamente a la llegada del buque. La DMS indicada incluye un cuestionario sanitario básico, cuyo contenido se regula internacionalmente en el RSI (2005), que permite la notificación de los detalles de este evento sanitario, en caso de existir.

- Paralelamente, en el tráfico aéreo se encuentra previsto un documento análogo, la denominada declaración general de aeronave (DGA), que, sin embargo, no tiene implantación en la práctica internacional. Esta falta de implantación se aprecia claramente en que en 2021 no se comunicó ninguna DGA frente a 24.144 DMS presentadas en el mismo año 2021.

- No se habían definido procesos específicos para el tráfico terrestre (carretera y ferrocarril), ya que, salvo Ceuta y Melilla, el tránsito procede de ámbitos con régimen ordinario de libertad de circulación (Francia y Portugal), sin perjuicio de las medidas excepcionales que se adopten, como se explica más adelante.

El procedimiento de alerta sanitaria supone la activación de los servicios territoriales de sanidad exterior de forma presencial con, según la gravedad del caso, desplazamiento de un equipo o atención telefónica.

Las actuaciones realizadas y el resultado de las mismas (por ejemplo, desembarco del enfermo, inmovilización de la nave, entre otros) se documentan en los denominados informes abreviados (en el caso de consultas sin desplazamiento de equipo) o ampliados (en el supuesto de que se produzca este desplazamiento).

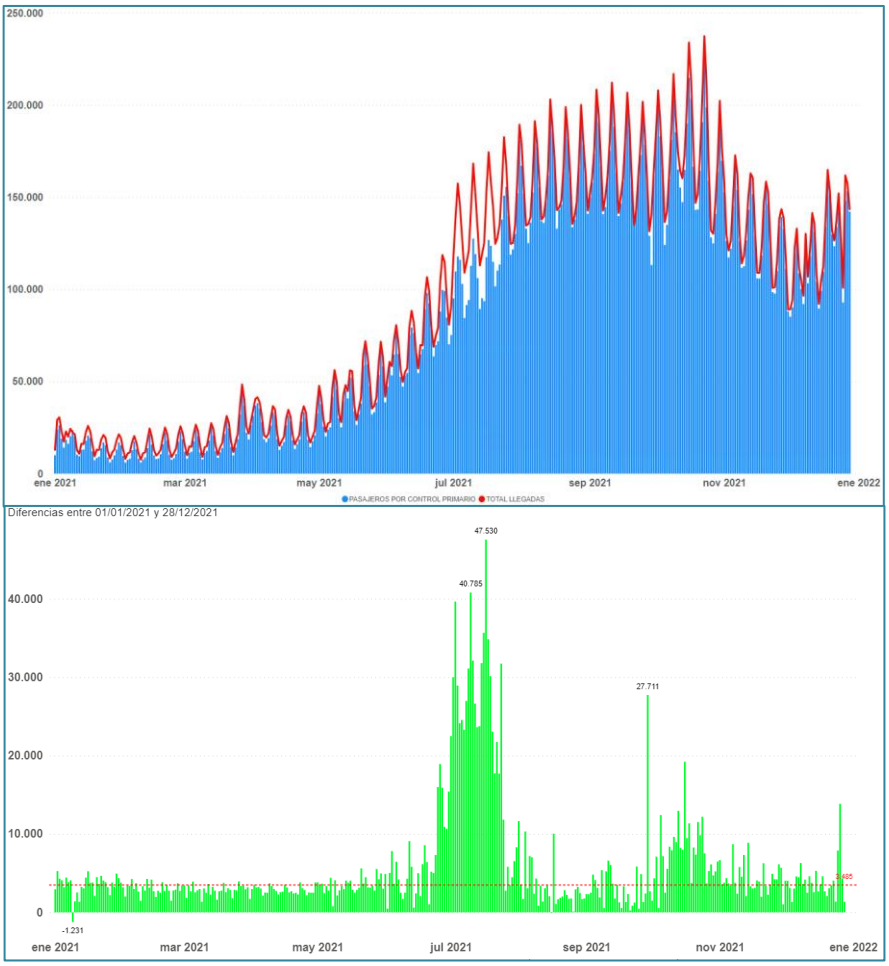
ANEXO 32

COMPARATIVA ENTRE LAS CIFRAS DE LLEGADAS DE VIAJEROS QUE FIGURAN EN EL DASHBOARD Y LOS PASAJEROS QUE HAN PASADO POR EL CONTROL PRIMARIO

1/2

En el primero de los gráficos que se incluyen a continuación se muestra la relación entre las cifras de llegadas de viajeros que figuran en el *Dashboard* y los pasajeros que han pasado por el control primario y en el segundo el detalle de las diferencias observadas (datos comparados para el año 2021):

COMPARATIVA DIARIA DE LLEGADAS DE VIAJEROS, QUE PASAN EL CONTROL PRIMARIO Y LAS DIFERENCIAS
Año 2021
(número de pasajeros)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de llegadas de viajeros según dashboard y pasajeros que cruzaron control primario según BBDD SpTH.

Este gráfico, que revela una debilidad en la integridad de la información y que se concreta en las siguientes incidencias:

- El 9 de enero de 2021 el número de llegadas son inferiores al número de QR de viajeros escaneados en el control primario (1.231 pasajeros).

- En junio-julio de 2021 se detecta un volumen de diferencias muy superior al resto del año y que alcanza máximos de casi 48.000 pasajeros diarios (47.530).

- En otros momentos puntuales vuelven a aparecer picos de diferencia que no siguen el patrón habitual (por ejemplo, el 29/09/2021 con una diferencia de 27.711).

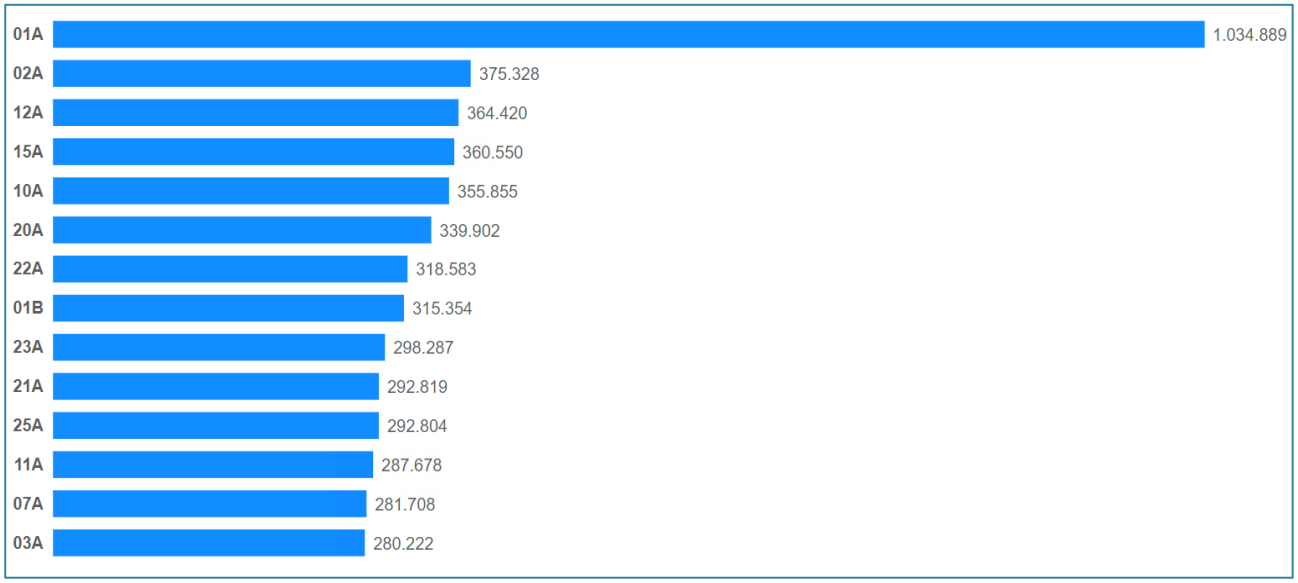
ANEXO 33

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO EN SPTH

1/2

1. La información que se grababa en SpTH en este control primario procede exclusivamente de la autodeclaración de los pasajeros. A este respecto, la información sobre el asiento del pasajero tenía especial importancia, puesto que era necesaria para identificar y realizar el seguimiento de los pasajeros de los asientos próximos en caso de la detección de un viajero positivo por COVID-19[269]. A este respecto este campo se encuentra sin cumplimentar en el 0,17 % de los registros (72.306 registros, la mayor parte de 2020), habiéndose detectado que el campo tiene unos registros no homogéneos y que en un 2,37 % del total figura el asiento 01-A, con diferentes formatos como “01-A o “1-A”, mientras que la frecuencia media del resto de asientos se sitúa en el 0,08 %.

FRECUENCIA DEL NÚMERO DE ASIENTO INDICADO EN EL FORMULARIO DE CONTROL SANITARIO
Top 14 Asientos
(número de veces seleccionado)



Fuente: Elaboración propia.

Esta falta de fiabilidad de la declaración del viajero y la ausencia de validaciones supone una carencia importante para el posible seguimiento posterior de contactos.

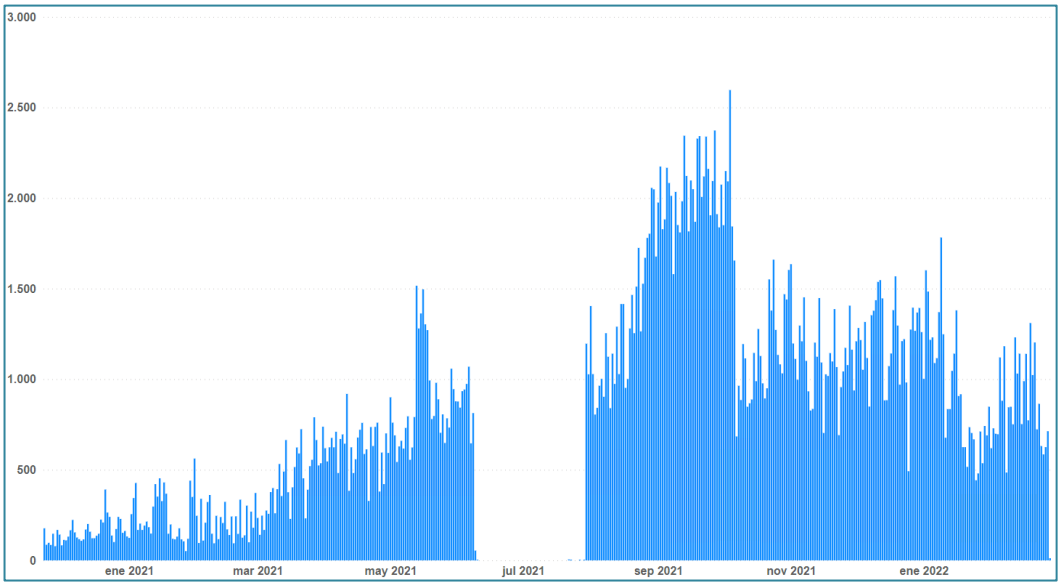
[269] Se desarrolló una utilidad específica denominada GECO para analizar la ubicación de los pasajeros en las aeronaves a efectos de rastrear los potenciales contactos.

2/2

2. En relación con la tabla de PDIAs[270]:

   - Entre el 9 de junio y el 29 julio de 2021, no hay pruebas volcadas en el sistema, que, sin embargo, sí figuran en la hoja auxiliar de control que elaboraba la SGSE (60.847 pruebas), afectando a la integridad de la información, incidencia que se refleja en el gráfico siguiente:

PDIAS REALIZADAS SEGÚN SPTH
Período noviembre 2020 – febrero 2022
(número de PDIAs)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos copia de seguridad de SpTH.

[270] Según se manifiesta en las alegaciones “esta divergencia se debió a una incidencia en el mantenimiento de la base de datos histórica anonimizada”.

ANEXO 34

DIFERENCIAS EN LA INFORMACIÓN DE SPTH ENTRE SGSE, DASHBOARD Y BBDD REMITIDA

DESCRIPCIÓN	INFORME DE SEGUIMIENTO SGSE		DASHBOARD 31/12/2021		S/COPIA SEGURIDAD TCU	
	2º SEMESTRE 2020	2021	2º SEMESTRE 2020	2021	2º SEMESTRE 2020	2021
Pasajeros vía aérea	7.125.931	30.084.846	7.134.943	33.663.280	7.134.943	33.663.280
Vuelos internacionales con destino España	82.131	258.753	-	-	252.633	611.432
Procedentes de (países)	87	102	-	-	252	252
En el control primario (viajeros) (controles en vigor desde 1/julio 2021)	6.218.317	30.084.846	5.355.376	31.700.543	5.355.875	31.960.538
Número de puestos de control	60	60	-	-	-	-
Aeropuertos	17	17	49	36	30	36
Remitidos al control secundario (motivos):	52.265	107.519	-	-	42	99.695
Temperatura elevada	643	359	-	-	-	281
Control visual (síntomas compatibles)	713	880	-	-	1	647
FCS (respuestas / formulario en papel)	50.909	105.824	-	-	41	98.317
Test Positivo de antígenos (en vigor desde 23 noviembre 2020)	-	456			-	450
Consultas a Sanidad Exterior	909	-	-	-	-	-
Resultado pruebas PCR presentadas	727.559	-	-	-	-	-

DESCRIPCIÓN	INFORME DE SEGUIMIENTO SGSE		DASHBOARD 31/12/2021		S/COPIA SEGURIDAD TCU	
	2º SEMESTRE 2020	2021	2º SEMESTRE 2020	2021	2º SEMESTRE 2020	2021
Pruebas de antígenos realizadas en aeropuerto (en vigor desde 23 noviembre 2020)	5.676	351.685	5.695	349.543	6.138	296.040[271]
Positivos	48	1.406	48	1.341	52	1.160
Derivación a las unidades de Sanidad Exterior (pasajeros):	1.082	3.006	-	-	4	1.145
Respuesta positiva FSC	396	2.417	-	-	4	306
Temperatura elevada	159	361			-	42
Control visual (síntomas compatibles)	171	234	-	-	-	29
Test Positivo de antígenos	45	361	-	-	-	677
Contacto estrecho con un caso positivo	263	265	-	-	-	158
Derivación a CCAA desde Sanidad Exterior / Activación protocolo COVID-19 (pasajeros):	209	1.733	-	-	-	1.208
Contacto estrecho con un caso positivo	115	8,80 %	-	-	-	-
Sospecha de COVID	148	7,80 %	-	-	-	-
Test Positivo de antígenos	45	80,40 %	-	-	-	-
PCR positiva previa	-	12,00 %	-	-	-	-
Dados de alta	-	1.273	-	-	37	96.852

[271] Esta cifra no incluye 60.847 pruebas diagnósticas que se realizaron entre el 9 de junio y 29 de julio de 2021, pero que no se volcaron por problemas técnicos en SpTH, tal como se explica en II.3.3.3.d).

DESCRIPCIÓN	INFORME DE SEGUIMIENTO SGSE		DASHBOARD 31/12/2021		S/COPIA SEGURIDAD TCU	
	2º SEMESTRE 2020	2021	2º SEMESTRE 2020	2021	2º SEMESTRE 2020	2021
Clasificados con código QR (en vigor desde 7 junio 2021):	-	25.685.745	-	-	-	26.270.071
QR_Fast control:	-	11.665.119	-	-	-	12.105.128
Covid digital	-	50,80 %	-	-	-	-
País no de riesgo	-	31,10 %	-	-	-	-
Menores de 12 años	-	16,10 %	-	-	-	-
QR_Documental control	-	14.020.626	-	-	-	14.164.943
Cuarentena (primer periodo (22/02 al 23/08 de 2021)):	-	60.950	-	-	-	-
Países	-	16	-	-	-	-
Con datos localización:	-	51.164	-	-	-	-
Localizados	-	23.955	-	-	-	-
No Localizados	-	27.209	-	-	-	-
Test positivo / Síntomas (enviados a CCAA)	-	89	-	-	-	-
Cuarentena (segundo periodo (29/11 al 25/12 de 2021)):	-	1.193	-	-	-	-
Países	-	9	-	-	-	-
Con datos localización:	-	1.126	-	-	-	-
Localizados	-	860	-	-	-	-

DESCRIPCIÓN	INFORME DE SEGUIMIENTO SGSE		DASHBOARD 31/12/2021		S/COPIA SEGURIDAD TCU	
	2º SEMESTRE 2020	2021	2º SEMESTRE 2020	2021	2º SEMESTRE 2020	2021
No Localizados	-	266	-	-	-	-
Test positivo / Síntomas (enviados a CCAA)	-	14	-	-	-	-
Clasificación por color escaneo:	-	-	-	-	-	-
Rojo	-	-	64.186	188.334	64.188	563.816
Gris	-	-	-	1.860.456	-	-
Verde	-	-	5.291.190	29.651.753	5.291.687	31.396.722
Nº de QR:	-	-	-	-	-	-
Digital (QR, FLIGHTBOARD)	-	-	3.534.636	29.785.778	3.534.607	30.434.550
Papel (MANUAL, AMBAR, OCR)	-	-	748.434	1.907.021	748.433	1.525.987

Fuente: Informes de seguimiento SGSE, dashboard de seguimiento y BBDD SpTH.

ANEXO 35

ESTADÍSTICAS DE CONTROLES SANITARIOS EN ÁMBITO PORTUARIO
Período 2021. Evolución mensual[272]
(número según concepto)

MES	LINEAS DE FERRIS EN FUNCIONAMIENTO	FERRIS QUE HAN LLEGADO AL PUERTO	MEDIA DE FERRIS	EQUIPOS DE REFUERZO CONTRATDOS	TEST REALIZADOS	ACTUACIONES REALIZADAS POR CONTROL SECUNDARIO	AVISOS A SANIDAD EXTERIOR
Enero	6	725	23	28	151	35	148
Febrero	6	716	26	28	110	96	71
Marzo	7	814	26	30	154	50	88
Abril	7	823	27	28	111	36	70
Mayo	7	886	29	30	121	58	24
Junio	8	1.003	33	34	136	138	35
Julio	8	1.032	33	40	13	116	5
Agosto	8	1.020	33	39	23	32	1
Septiembre	8	949	32	37	12	49	0
Octubre	9	1.070	35	39	9	93	1
Noviembre	10	1.000	33	37	61	117	1
Diciembre	10	1.048	34	33	162	225	4
TOTAL	**94**	**11.086**	**30**	**403**	**1063**	**1.045**	**448**

Fuente: Elaboración de la SGSE a partir de los datos de Puertos del Estado.

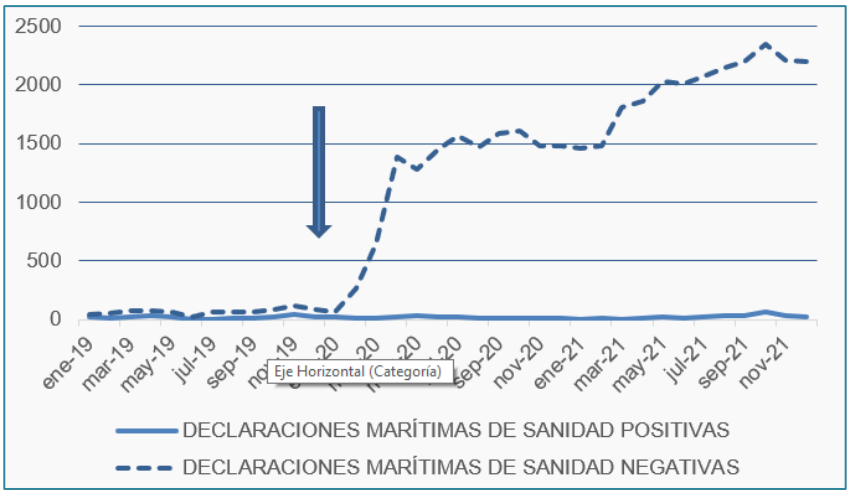
[272] Las líneas con terceros países están suspendidas en Motril desde el inicio de la pandemia (Tanger Med, Nador y Alhucemas). Solo está en funcionamiento la conexión con Melilla.

ANEXO 36

DETALLE DE LA EVOLUCIÓN DE LA INTEROPERABILIDAD DUEPORT-SISAEX

- La primera puesta en producción de la conexión DUEPORT-SISAEX implicó el envío de correos electrónicos a las áreas funcionales, circunstancia que distorsiona los procedimientos de trabajo habilitados en SISAEX hasta el momento. En el gráfico siguiente puede apreciarse el momento de la puesta en producción:

EVOLUCIÓN DMS POSITIVAS Y NEGATIVAS
SISAEX Período enero 2019 – diciembre 2021
(número de DMS)



Fuente: Elaboración propia.

- Posteriormente, para solucionar el problema anterior se limitan los correos automáticos para que se dirijan solo al Área funcional afectada únicamente en el supuesto de que la entrada de la DMS sea positiva.

- Finalmente, se promovió un nuevo desarrollo, para que las estadísticas reflejaran con el adecuado desglose las DMS positivas, esto es, que respondan a un evento sanitario, y las negativas, y con ello las cargas de trabajo.

- A pesar de todo lo indicado, residualmente continúan ingresando en SISAEX, DMS que no se reciben por DUEPORT, sino por correo electrónico y son grabadas por los inspectores mediante cumplimentación manual (aproximadamente 1 % de las DMS totales).

ANEXO 37

LISTADO DE USUARIOS SISAEX SEGÚN EJERCICIO DE ÚLTIMO ACCESO (número de usuarios)

EJERCICIO DEL ÚLTIMO ACCESO	NÚM. DE USUARIOS
2011	1
2012	3
2013	5
2014	4
2015	19
2016	10
2017	9
2018	27
2019	24
2020	48
2021	269

Fuente: Elaboración propia. Datos SISAEX.

ANEXO 38

ACTIVIDADES SERVICIOS DE SANIDAD EXTERIOR. CONTROLES HIGIÉNICO-SANITARIOS
COMPARATIVA ESTADÍSTICAS FACILITADAS POR EL MSND AL MINISTERIO POLÍTICA TERRITORIAL VS LOS PARTES ESTADÍSTICOS DISPONIBLES EN LA APLICACIÓN SISAEX

ACTIVIDAD	ESTADO	2019		2020		2021	
		MTER	SISAEX	MTER	SISAEX	MTER	SISAEX
NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES		741	786	2.125	2.125	2.146	2.421
INTERVENCIONES ASOCIADAS AL COVID-19			nd	1.405	nd		nd
INTERVENCIONES CON DESPLAZAMIENTO DEL EQUIPO DE SANIDAD EXTERIOR		43	nd	471	nd		nd
INTERVENCIONES SIN DESPLAZAMIENTO DEL EQUIPO DE SANIDAD EXTERIOR		698	nd	1.654	nd		nd
INTERVENCIONES FUERA DE HORARIO LABORAL		82	nd	610	nd		nd
INTERVENCIONES EN SABADO, DOMINGO O FESTIVO		301	nd	355	nd		nd
ENTRADAS DE CADAVERES	FINALIZADOS	344	345	234	234	331	331
	DENEGADOS	24	24	16	16	29	29
	CANCELADOS	17	17	16	16	18	18
SALIDAS DE CADAVERES	FINALIZADOS	4.064	4.064	2.576	2.576	3.461	3.460
	DENEGADOS	96	96	125	125	203	203
	CANCELADOS	337	347	285	286	451	451
ENTRADAS Y SALIDAS DE ORGANOS	FINALIZADOS	5	5	-	-	1	1
	CANCELADOS	2	2	-	-	-	-

ACTIVIDAD	ESTADO	2019		2020		2021	
		MTER	SISAEX	MTER	SISAEX	MTER	SISAEX
IMPORTACIONES DE PIEZAS ANATOMICAS	FINALIZADOS	34	34	12	12	33	32
	DENEGADOS	3	3	-	-	-	-
	CANCELADOS	8	9	1	1	18	17
DECLARACIONES MARITIMAS DE SANIDAD CON INSPECCIÓN A BUQUE	FINALIZADAS	86	86	393	393	555	555
	DENEGADAS	3	3	-	-	-	-
	CANCELADAS	2	2	35	35	47	47
DECLARACIONES MARÍTIMAS DE SANIDAD	FINALIZADAS	978	978	14.116	14.116	24.144	23.589
	CANCELADAS	10	11	321	321	805	758
CERTIFICADOS DE LIBRE PLATICA EN BUQUES		89	89	150	150	104	104
DESEMBARCO DE ENFERMOS EN BUQUES		82	82	69	69	581	581
DESEMBARCO DE CADÁVERES EN BUQUES		14	14	3	3	1	1
DESEMBARCO DE ENFERMOS SIN DMS		38	38	44	44	108	105
DESEMBARCO DE CADÁVERES SIN DMS		6	6	1	1	4	4
AUTORIZACIONES DE SALIDA DE BARCO		50	50	31	31	51	51
DECLARACIONES GENERALES DE AERONAVE		1	1	-	-	-	-
CERTIFICADOS DE LIBRE PLÁTICA EN AERONAVES		1	1	-	-	-	-
DESEMBARCO DE ENFERMOS EN AERONAVES		1	1	-	-	-	-
DESEMBARCO DE CADÁVERES EN AERONAVES		1	1	-	-	-	-
CERTIFICADOS DE CONTROL DE SANIDAD A BORDO	FINALIZADOS	153	152	84	84	124	123

ACTIVIDAD	ESTADO	2019		2020		2021	
		MTER	SISAEX	MTER	SISAEX	MTER	SISAEX
CERTIFICADOS DE EXENCIÓN DE CONTROL DE SANIDAD A BORDO	FINALIZADOS	1.356	1.357	1.023	1.024	1.300	1.299
	CANCELADOS	1	1	1	1	3	2
PRÓRROGAS DE CERTIFICADOS SANITARIOS DE BUQUES	FINALIZADOS	133	135	391	391	228	227
	DENEGADOS	1	1	1	-	-	-
CERTIFICADOS DE ABANDERAMIENTO	FINALIZADOS	135	138	123	123	136	136
	CANCELADOS	50	54	47	47	58	58
CERTIFICADOS DE REVISIÓN DE BOTIQUÍN	FINALIZADOS	77	77	59	59	110	110
	DENEGADOS	1	1	-	-	-	-
	CANCELADOS	5	5	8	8	32	32

Fuente: MTER: Informes remitidos por SGSE al Ministerio de Política Territorial / SISAEX: Partes Estadísticos SISAEX, descargados a fecha 08/03/22.

ANEXO 39

OTRAS INCIDENCIAS DETECTADAS EN SISAEX

1) Entre los campos que se consideran relevantes para el ejercicio de funciones de inspección sobre los que se han identificado incidencias, cabe destacar los siguientes:

- En la tabla relativa a los informes realizados por los inspectores, la cumplimentación es casi nula en campos que se consideran claves para el control de una alerta sanitaria, como son el número de enfermos nuevos, número de enfermos a bordo, número de enfermos aislados abordo y el total de casos acumulados, tanto entre los pasajeros como en la tripulación. Esta información se graba por los inspectores en un campo de texto libre que no es posible explotar de forma automática.

- Adicionalmente, se detectan registros sin identificación adecuada del buque o de la aeronave sobre la que se ha realizado la actuación sanitaria.

- En la información relativa a enfermos desembarcados en la que se graba la derivación que se realiza del enfermo, se han detectado numerosos registros imprecisos ("Hospital, Valencia", "Atenas", entre otros) y, adicionalmente, se han detectado 40 celdas vacías.

- En la tabla relativa a la identificación del buque se ha detectado la cumplimentación incompleta en los campos "*Año de Construcción"*, "*Matrícula"* y "*Numero_OMI"*, sin que se haya explorado la posibilidad de incorporar esta información mediante interoperabilidad u otros medios.

- Adicionalmente, se ha detectado que se permite el registro de los solicitantes de trámites con un nombre sin apellidos. Asimismo, la cumplimentación también es incompleta en otros campos como "*Domicilio"*, "*Teléfono"*, "*Correo electrónico"*, "*Fax"*. Por tanto, se trata de un registro incompleto que necesariamente debe ser suplido por otros medios.

2) Información incongruente internamente, por falta de reglas de validación adecuadas:

- En este sentido, se han detectado 26 registros en los que se indica que un barco no procede de una zona afectada según la OMS y, sin embargo, se permite marcar un puerto de estas áreas y en 7 casos se indica la fecha de visita. Esta circunstancia puede suponer la posibilidad de excluir de seguimiento a estos buques o de las acciones que le correspondería por parte de SE[273].

- En la información relativa al formulario de control sanitario se han detectado incongruencias puesto que en 349 registros figura marcado con *"Sí"* en el campo de "*Enfermos"* pero con un valor cero en el campo de "*Número de enfermos"*, así como 76 registros con "*No"* en el campo de "*Enfermos"* y con cifras mayores que cero en el campo de "*Número de enfermos"*. Esto puede implicar una valoración inicial inadecuada del alcance del problema sanitario que se tiene que abordar por el equipo encargado.

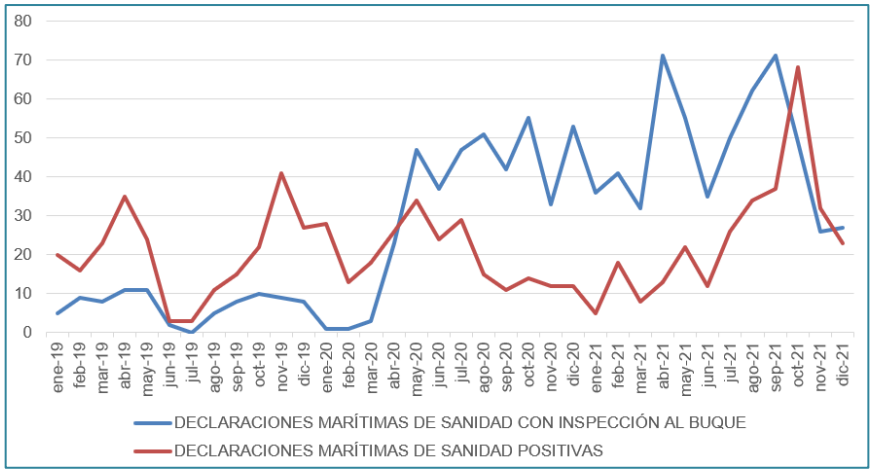
[273] En el trámite de alegaciones, el MSND manifiesta que "en la actualidad se encuentra en una reingeniería de la aplicación SISAEX [a la que ya se ha aludido con anterioridad], financiada con fondos europeos, que introduce, entre otras mejoras, la posibilidad de definición de una batería nueva de informes predefinidos".

- Errores en la tabla con la información de los informes realizados ya que figuran fechas previas a la puesta en producción de SISAEX-AHS y que parecen responder a erratas en la entrada de datos y ponen, por tanto, de manifiesto de nuevo, carencias en las validaciones de entrada y en las depuraciones posteriores.

- Registros de prueba que se mantienen en la base y que muestran nuevamente la ausencia de una depuración posterior de la información, como son, por ejemplo, 67 registros en la tabla relativa a la información de los solicitantes o 2 registros en la tabla de enfermos desembarcados.

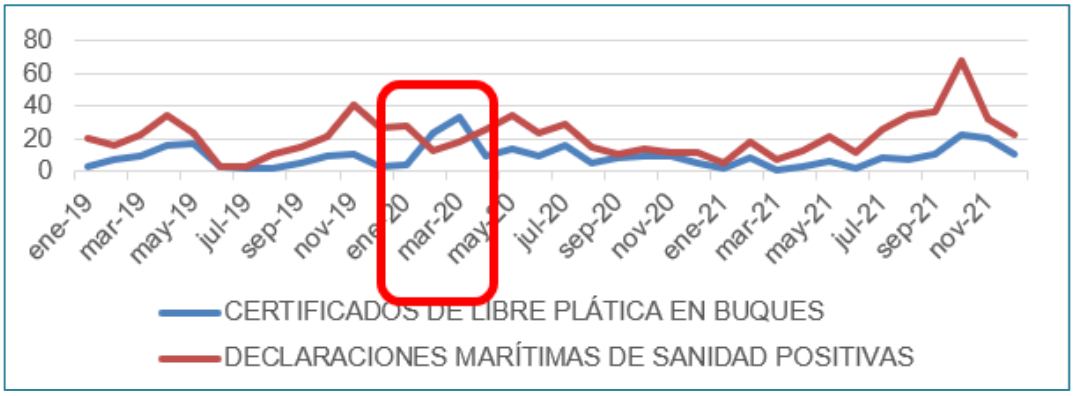
3) Otras discrepancias no explicadas en el curso de los trabajos de fiscalización en la información grabada en SISAEX y que pueden poner de manifiesto la falta de registro de determinadas actuaciones:

MAYOR NÚMERO DE DMS CON INSPECCIÓN AL BUQUE RESPECTO DMS POSITIVAS
SISAEX Período enero 2019 – diciembre 2021
(número de DMS)



Fuente: Elaboración propia. Análisis de datos de Partes Estadísticos SISAEX.

MAYOR NÚMERO DE CERTIFICADOS LIBRE PLÁTICA RESPECTO DE LAS DMS POSITIVAS SISAEX Período enero 2019 – diciembre 2021
(número de certficados y número de DMS)



Fuente: Elaboración propia. Análisis de datos de Partes Estadísticos SISAEX.

ANEXO 40

CUESTIONES RELEVANTES EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN EN ESPAÑA EN 2020

1/2

- Existía cierta heterogeneidad en cuanto a los agentes involucrados en la administración de las vacunas[274] y en cuanto a los órganos con responsabilidad sobre los sistemas de información de vacunación[275], lo que afecta a las herramientas informáticas que registran este acto médico y la gestión de la información que se genera.

- En lo que se refiere a las características de los sistemas de información específicos, solo ocho CCAA[276] disponían de un sistema de información de vacunas como tal, y once[277] un registro. Además, las tecnologías que soportaban esas herramientas eran heterogéneas entre sí, lo que afecta a sus funcionalidades y su potencial interconexión con otras herramientas. Así, en ocho comunidades[278], la herramienta tecnológica en servicio se había implantado antes del año 2000, lo que evidencia un riesgo significativo de disfunciones por su antigüedad.

- Adicionalmente, el grado de interoperabilidad de las aplicaciones en las que se registra la actividad vacunal con otros sistemas de información del ámbito de la sanidad y salud pública no era homogéneo. Así, diez CCAA tienen habilitada la interoperabilidad a través de sus respectivas utilidades de *Historia Clínica Electrónica,* bien a través del sistema de información de vacunas (cuatro - Comunidad Valenciana, La Rioja, Andalucía y Galicia-) o del Registro de Vacunas (seis -Aragón, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Navarra, Ciudad Autónoma de Ceuta y Principado de Asturias-), mientras que las nueve restantes (Cataluña, Extremadura, Región de Murcia, Islas Canarias, Cantabria, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Ciudad Autónoma de Melilla y País Vasco) carecían de interoperabilidad de la información de vacunas a través de la herramienta de "Historia Clínica Electrónica" o equivalente, lo que suponía una carencia significativa ya que el facultativo que atiende al paciente no puede acceder al historial de vacunación en tiempo real. Adicionalmente, de estas diez con interoperabilidad, en tres comunidades (Castilla y León, País Vasco y Comunidad de Madrid) la atención especializada carecía de acceso al historial de vacunas administradas a un paciente. En lo que respecta a la posibilidad de acceder a información sobre vacunas por parte de las unidades de salud pública y vigilancia epidemiológica autonómica, de la atención primaria y de la atención especializada, solo cinco CCAA (Comunidad Valenciana, Región de Murcia, Andalucía, Navarra y Galicia)

[274] Existen algunas divergencias en la organización interna de los centros de vacunación, ya que la mayor parte de la vacunación se efectúa por parte de los centros de atención primaria y comunitaria, si bien en algunas CCAA existen centros escolares, unidades de salud laboral y hospitales que administran vacunas, además de los centros de vacunación de viajeros internacionales.

[275] El sistema de información de vacunas depende del Servicio de Salud autonómico en cuatro CCAA (Aragón, Andalucía, Ciudad Autónoma de Ceuta y Principado de Asturias), del órgano de Salud Pública en ocho CCAA (Comunidad Valenciana, La Rioja, Región de Murcia, Navarra, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Ciudad Autónoma de Melilla y País Vasco) (en una de ellas con la DG de Tecnologías de la Información) y en las restantes siete (Cataluña, Extremadura, Islas Baleares, Islas Canarias, Castilla-La Mancha, Cantabria y Galicia) conjuntamente del órgano con competencias en Salud Pública y del Servicio Autonómico de Salud (Dirección de SP o Servicios de Epidemiología). En dos CCAA (Islas Baleares y Cantabria), además tiene dependencia parcial de los centros sanitarios privados, mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y Servicio de autonómico de Farmacovigilancia.

[276] Comunidad Valenciana, La Rioja, Región de Murcia, Andalucía, Castilla y León, Galicia, Comunidad de Madrid y País Vasco.

[277] Cataluña, Extremadura, Aragón, Islas Baleares, Islas Canarias, Castilla-La Mancha, Navarra, Cantabria, Ciudad Autónoma de Melilla, Ciudad Autónoma de Ceuta, Principado de Asturias.

[278] Comunidad Valenciana, Cataluña, Aragón, Región de Murcia, Islas Baleares, Cantabria, Comunidad De Madrid, Principado de Asturias.

tenían habilitado un acceso para todos los niveles y una de ellas (La Rioja) solo lo permite para salud pública, lo que revela también una amplia heterogeneidad en la disponibilidad de esta relevante información para los distintos niveles de atención. De hecho, la información sobre vacunación de los sistemas de información y registro de cinco CCAA (Cataluña, Región de Murcia, Islas Baleares, Ciudad Autónoma de Ceuta, Principado de Asturias) no disponía de un perfil para el acceso del profesional de salud pública a los datos de vacunación para su explotación estadística con fines epidemiológicos o económicos, lo que supone otra carencia significativa.

- También existen diferencias en el nivel de detalle de los registros que se recogen. A este respecto, las 17 CCAA y dos Ciudades Autónomas recogían información sobre el lote de vacunación y el laboratorio de procedencia, así como sobre la fecha de administración, pero dos de ellas (Andalucía y Comunidad de Madrid) no incluían datos sobre el número de dosis administradas (cuando era de aplicación), dieciséis[279] carecían del dato de vía de administración de la vacuna y dos (Extremadura y Principado de Asturias) del laboratorio de procedencia, así como diez[280] no incluían los efectos adversos comunicados, aspectos todos ellos relevantes en el historial de los pacientes.

- A su vez, ocho CCAA[281] no incorporaban en sus registros o sistemas la información sobre las vacunas administradas por centros médicos privados, circunstancia que suponía una debilidad significativa tanto a los efectos de la preparación de los datos estadísticos sobre coberturas de vacunación como en lo que respecta al servicio al ciudadano para los usuarios de los servicios médicos no públicos.

- Solo dos CCAA (Comunidad Valenciana y La Rioja) habían configurado un acceso para el ciudadano a la información sobre historial de vacunas administradas o permitían su interoperabilidad con las aplicaciones de otras CCAA del SNS, lo que suponía una carencia significativa.

[279] La Rioja, Extremadura, Aragón, Murcia, Islas Baleares, Andalucía, Castilla-La Mancha, Navarra, Cantabria, Castilla y León, Galicia, Comunidad de Madrid, Ciudad Autónoma de Melilla, Ciudad Autónoma de Ceuta, Principado de Asturias y País Vasco.

[280] La Rioja, Extremadura, Aragón, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Cantabria, Castilla y León, Ciudad Autónoma de Melilla, Ciudad Autónoma de Ceuta y Principado de Asturias.

[281] Extremadura, Aragón, Islas Canarias, Andalucía, Castilla-La Mancha, Cantabria, Ciudad Autónoma de Ceuta, y Principado de Asturias.

ANEXO 41

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO DE REGVACU

Otras incidencias detectadas en la calidad de los datos:

- Se ha identificado que en 33.937 ciudadanos vacunados, el DNI obtenido es diferente entre los diferentes cruces con la BBDD de TSI en las sucesivas dosis administradas, lo que muestra que ese proceso de cruce identificó más de un DNI para una misma persona.

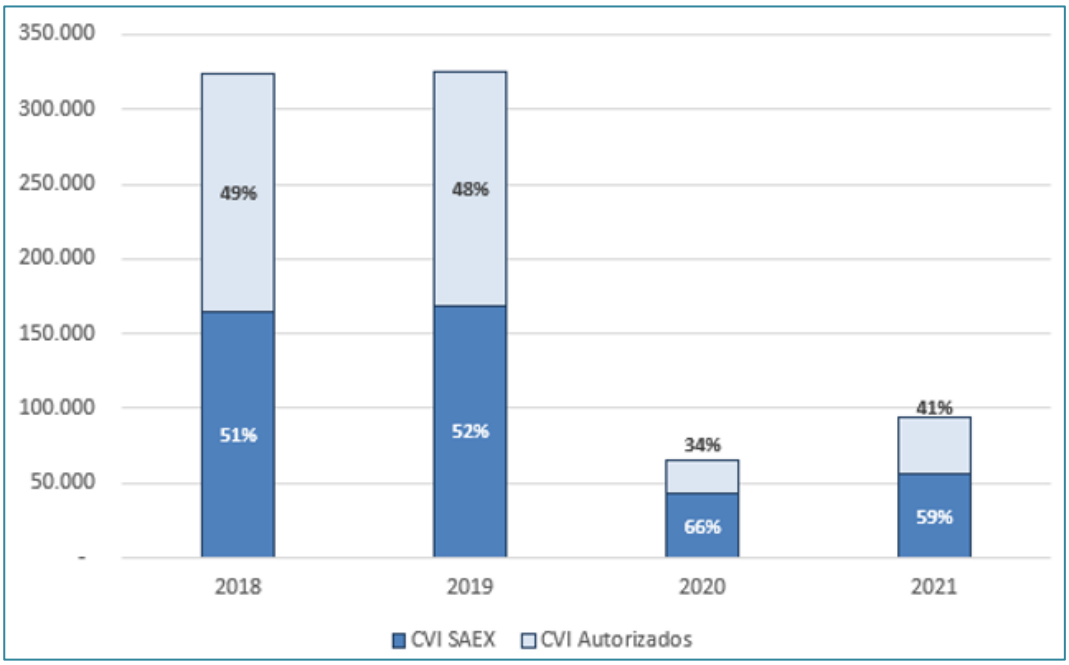
- Adicionalmente, se ha verificado la existencia de 35.430 registros duplicados (17.715 registros únicos), en los que los campos DNI, fecha de nacimiento, dosis y fecha de administración son idénticos y, que en 22.844 registros, la fecha de administración de la vacuna es posterior a la fecha de inserción en REGVACU.

- El MSND manifestó en el trámite de alegaciones que en “el nuevo registro de vacunaciones e inmunizaciones que se está desarrollando (SIVAIN) [sobre el que se ha aportado el pliego de prescripciones técnicas], este tipo de error se corrige unificando toda la información de la persona y modificando los registros pasados”.

ANEXO 42

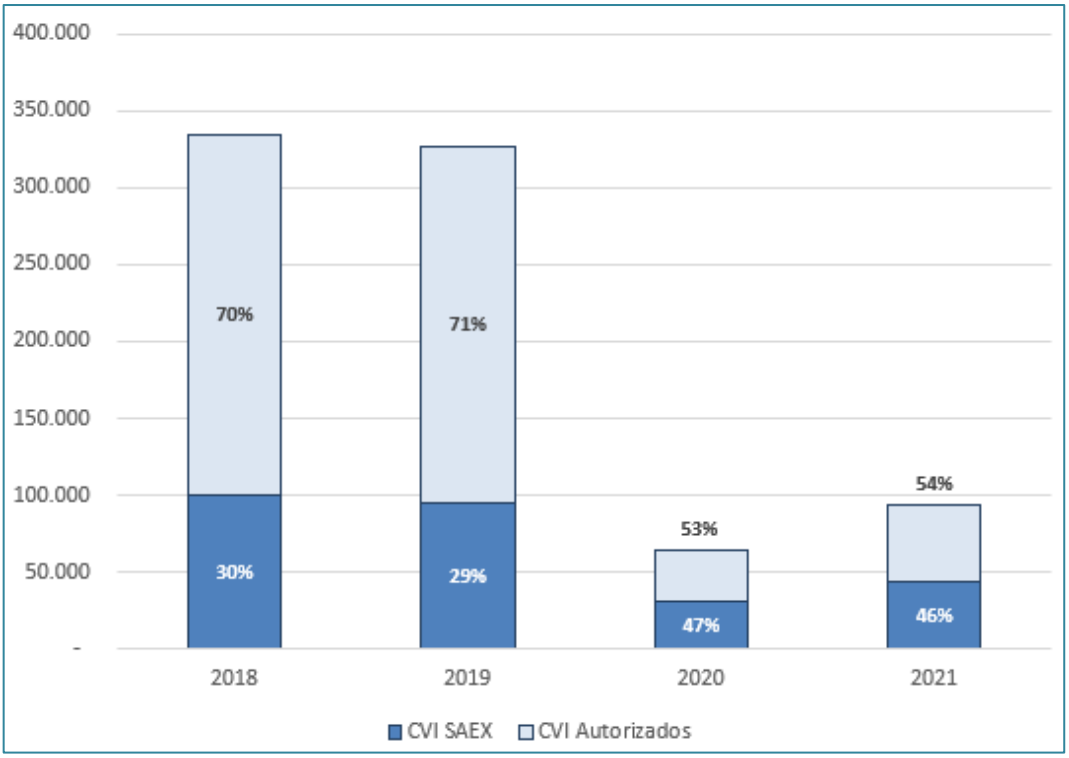
ESTADÍSTICAS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL SISAEX

VIAJEROS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL
Desglose CVIs de Sanidad Exterior y CVIs autorizados / Período 2018 – 2021
(número de viajeros y porcentaje)



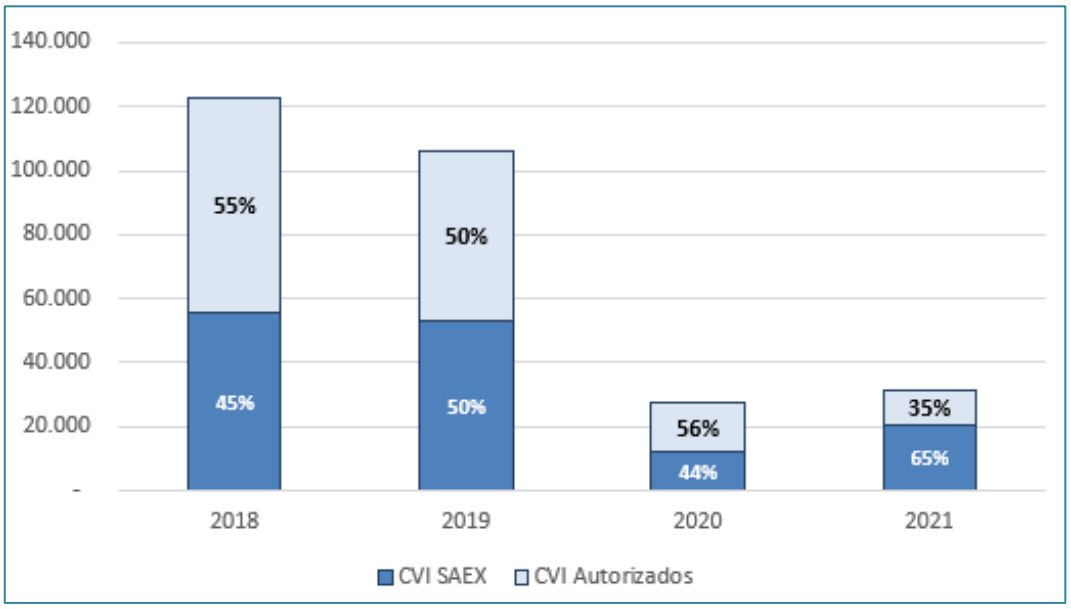
Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Sanidad Exterior.

VACUNACIONES REALIZADAS EN LOS CENTROS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL
Desglose CVIs de Sanidad Exterior y CVIs autorizados / Período 2018 – 2021
(número de vacunaciones y porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Sanidad Exterior.

PREVENCIÓN DEL PALUDISMO EN LOS CENTROS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL
Desglose de CVIs de Sanidad Exterior y CVIs autorizados. Período 2018 – 2021
(número de profilaxis y porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Sanidad Exterior.

ANEXO 43

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL DATO DE SISAEX-VAC

Incidencias detectadas en la calidad de los datos:

- No figura el lote de la vacuna o este se sitúa erróneamente en el campo de comentarios, en el número de registros que se indica a continuación:

ERRORES EN TABLA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS (SISAEX-VAC)
Período 2019 – 2021
(número y porcentaje)

ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS (2019-2021) 171.966 REGISTROS		
EJERCICIO	SIN LOTE	% REGISTROS CON INCIDENCIA
2019	1.732	1,8
2020	254	0,8
2021	442	1,0
TOTAL	**2.428**	**1,4**

Fuente: Elaboración propia. Datos SISAEX-VAC.

- Se han detectado 11.924 registros únicos repetidos, incluso uno de ellos hasta siete veces, en la tabla de prescripciones de vacunas (550.225 prescripciones en el periodo fiscalizado), con idéntica información en los campos cita, viajero, fecha de prescripción y vacuna.

- Se han detectado en la tabla de citas fechas de inicio y fin erróneas por extemporáneas, lo que pone de manifiesto de nuevo la deficiente depuración posterior de la información de la base de datos.

ANEXO 44

USUARIOS ACTIVOS EN SISAEX VAC SEGÚN EJERCICIO DE ÚLTIMO ACCESO (ABRIL DE 2022)

En relación con los usuarios de la aplicación, se ha detectado que existe un número significativo de usuarios activos en la aplicación cuyo último acceso es anterior a un año:

USUARIOS ACTIVOS EN SISAEX VAC SEGÚN EJERCICIO DE ÚLTIMO ACCESO (ABRIL DE 2022) (número y porcentaje)

EJERCICIO ÚLTIMO ACCESO	USUARIOS	%	USUARIOS ADMINISTRADORES	%
2017	19	4	1	8
2018	30	6	0	0
2019	38	8	2	17
2020	41	9	2	17
2021	57	12	0	0
2022	288	61	7	58
TOTAL	**473**	**100**	**12**	**100**

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 45

CUESTIONARIO TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

A1 CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE APLICACIÓN

A.1.1 Esquema Nacional de Seguridad

A.1.2 Protección de datos

A.1.3 Esquema nacional de interoperabilidad

A.2 ESTRATEGIA DE SEGURIDAD: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y PLAN ANUAL

A.3 ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL DE TI

A.3.1. Independencia funcional y segregación de funciones

A.3.2. Formación y concienciación

A.3.3. Indicadores de cumplimiento de objetivos

A.4 MARCO NORMATIVO Y PROCEDIMIENTAL DE SEGURIDAD

B.1 ADQUISICIÓN / DESARROLLO DE APLICACIONES Y SISTEMAS

B.1.1 Procedimiento de adquisición de aplicaciones y sistemas

B.1.2 Metodología y entorno de desarrollo. Aceptación y puesta en servicio.

B.1.3 Gestión de cambios

C.1 INVENTARIO DE SOFTWARE AUTORIZADO Y NO AUTORIZADO

C.2 VULNERABILIDADES

C.3 REGISTRO DE ACTIVIDAD DE LOS USUARIOS

C.4 PROTECCIÓN FRENTE A MALWARE

C.5 PROTECCIÓN DE INSTALACIONES E INFRAESTRUCTURA

C.6 GESTIÓN DE INCIDENTES

D.1 PROTECCIÓN DE REDES Y COMUNICACIONES

E.1 COPIA DE SEGURIDAD DE DATOS Y SISTEMAS

E.2 PLAN DE CONTINUIDAD

E.3 ALTA DISPONIBILIDAD

METODOLOGÍA

En la revisión de los sistemas de información se ha partido del análisis de la respuesta a los cuestionarios en los que se solicitó información, entre otros puntos, sobre el cumplimiento del marco regulatorio (ENS, ENI y LOPD), planificación estratégica, adquisición y desarrollo de software, análisis de riesgos y vulnerabilidades y disponibilidad y continuidad del negocio.

En materia de análisis de datos se ha partido del análisis de los controles de aplicaciones, para posteriormente realizar las pruebas de integridad, trazabilidad y calidad del dato sobre el 100 % de los registros con herramientas específicas de análisis de bases datos sobre las tablas que componen las herramientas: en torno a 100 millones de registros en la tabla principal de REGVACU, 88 millones en la de SERLAB, 43 millones en SPTH o 15 millones en SIVIES, entre otras bases que han sido objeto de análisis.

Posteriormente, se ha analizado la adecuación de las aplicaciones a los procedimientos establecidos, la respuesta a los cambios normativos y a la evolución de la pandemia, así como capacidad de las aplicaciones para satisfacer las necesidades de sus usuarios funcionales y el grado de uso de sus utilidades, así como el análisis de los expedientes de contratación relacionados con desarrollo de las aplicaciones analizadas, incluyendo servicios de apoyo**.**

ANEXO 46

CONTRATACIÓN APLICACIONES Y PROYECTOS TECNOLÓGICOS COVID-19. PERÍODO 2020-2021

1. Oficina Técnica para coordinación y seguimiento de proyectos tecnológicos COVID-19

EXPDTE	ENTIDAD (ÓRGANO CONTRATACIÓN)	IMPORTE ADJUDICACIÓN (SIN IVA)	OBJETO	PLAZO	FECHA ADJUDICACIÓN	FECHA FORMALIZACIÓN
202009COV042	Secretaría de Estado de Sanidad	112.992,64	Servicios de asistencia técnica para la coordinación y seguimiento de proyectos tecnológicos utilizados en el control del COVID-19	Del 17/09/2020 al 02/12/2020	17/09/2020	17/09/2020
5845/2020 202007AC0013 (AM 26/2015)	Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación	338.775,00	Servicios de Oficina Técnica de Coordinación y Seguimiento de Proyectos Tecnológicos Utilizados en la Crisis Sanitaria ocasionada por el COVID-19 (Acuerdo Marco 26/2015)	12 meses	12/11/2020	03/12/2020
IMPORTE TOTAL OFICINA TÉCNICA		**451.767,64**				

2. Serlab - SISTEMA ESTATAL DE RECOGIDA DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LABORATORIO DE SARS-COV

EXPDTE	ENTIDAD (ÓRGANO CONTRATACIÓN)	IMPORTE ADJUDICACIÓN (SIN IVA)	OBJETO	PLAZO	FECHA ADJUDICACIÓN	FECHA FORMALIZACIÓN
202009COV016	Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud	144.400,00	Servicios de definición, implantación y operación del sistema español de resultados de laboratorio para pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (SERLAB-CoV) en el Ministerio de Sanidad	2 MESES	27/05/2020	08/10/2020
202009COV021	Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud	-206.250,00	Servicios de asistencia técnica para la explotación de información epidemiológica sobre la enfermedad COVID-19 en el Ministerio de Sanidad	140 Días	29/06/2020	09/10/2020
202009COV047	Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud	160.000,00	Servicios de explotación de información sobre pruebas diagnósticas de la enfermedad COVID-19 en el Ministerio de Sanidad	70 Días	26/11/2020	26/11/2020
202150AC0025 3026/2021 (AM 26/2015)	Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud	613.170,80	Servicios de desarrollo del sistema de explotación de resultados de laboratorio para pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (SERLAB-COV EXPLOTACIÓN) en el Sistema Nacional de Salud (AM - 26/2015). Dos anualidades	12 meses	22/07/2021	22/07/2021
IMPORTE TOTAL SERLAB (CONTRATOS EXCLUSIVOS)		**1.123.820,80**				

3. CMC – CUADRO DE MANDO Y CONTROL

EXPDTE	ENTIDAD (ÓRGANO CONTRATACIÓN)	IMPORTE ADJUDICACIÓN (SIN IVA)	OBJETO	PLAZO	FECHA ADJUDICACIÓN	FECHA FORMALIZACIÓN
202009COV013	Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud	244.300, 00	Servicios de definición, implementación y operación de un cuadro de mando para el centro de mando y control de la evolución del COVID 19	1,5 Meses	23/03/2020	08/10/2020
202009PJ0008	Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud	436.800, 00	Servicio de apoyo al centro de mando y control COVID-19	3 Meses	23/03/2020	09/10/2020
202009COV012	Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud	375.220, 00	Servicio de soporte al cuadro de mando sobre la evolución del COVID-19	2,33 Meses	20/04/2020	08/10/2020
IMPORTE TOTAL CMC (CONTRATOS EXCLUSIVOS)		**1.056.320,00**				

4. SISAEX AHS Y SISAEX VAC

EXPDTE	ENTIDAD (ÓRGANO CONTRATACIÓN)	IMPORTE ADJUDICACIÓN (SIN IVA)	OBJETO	PLAZO	FECHA ADJUDICACIÓN	FECHA FORMALIZACIÓN
201801AC0016 5468/2018 (AM26/2015)	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Tecnologías de la Información	303.336,00	Servicios de desarrollo de sistemas de administración electrónica. Servicios de desarrollo para las aplicaciones de sanidad exterior	12 Meses	08/10/2018	08/10/2018
201907AC0013 5412/2019 (AM26/2015)	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Subdirección General de Tecnologías de la Información	239.819,00	Servicios de desarrollo de sistemas de administración electrónica. Servicios de mantenimiento para las aplicaciones de sanidad exterior	6 Meses	22/10/2019	22/10/2019
202007AC0001 1282/2020 (AM26/2015)	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Subdirección General de Tecnologías de la Información	112.678,00	Servicios de desarrollo de sistemas de administración electrónica. Servicios de mantenimiento para las aplicaciones de sanidad exterior	3 Meses	01/06/2020	01/06/2020
201901PA0008 – LDSI2	Subsecretaría de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Tecnologías de la Información	966.240,00	Servicios de desarrollo en el ámbito de las aplicaciones sectoriales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (Gestión del Servicio, Servicios de desarrollo y soporte de incidencias, Servicios de desarrollo y soporte de peticiones)	24 Meses	26/06/2020	04/08/2020
202150AC0007 2589/2021 (AM 26/2015) - 24/15	Ministerio de Sanidad - Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del Sistema Nacional de Salud	196.848,00	Servicios de desarrollo de sistemas de administración electrónica. Servicios de desarrollo para la integración de las aplicaciones de Sanidad Exterior, con el Registro Electrónico y las notificaciones electrónicas por comparecencia	9 Meses	25/06/2021	25/06/2021
IMPORTE TOTAL SISAEX (Y OTRAS APLICACIONES SE)		**1.818.921,00**				

Nota: El importe no es exclusivo de SISAEX sino que se incluyen otras aplicaciones de SE (TRACES, ARGOS, etc). Para el expdte con referencia AM26/2015 - 5468/2018 no se ha podido localizar el documento OK en Opera.

5. SpTH

a. SpTH Aéreo

EXPDTE	ENTIDAD (ÓRGANO CONTRATACIÓN)	IMPORTE ADJUDICACIÓN (SIN IVA)	OBJETO	PLAZO	FECHA ADJUDICACIÓN	FECHA FORMALIZACIÓN
DTC 454/18	AENA (Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea)	45.965,42	Desarrollo y mantenimiento de aplicaciones aeroportuarias			
202150COV002	Secretaría de Estado de Sanidad_Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud	1.170.318,83	Asistencia técnica y servicios necesarios para la evolución y operación del sistema de declaración de viajeros internacionales	168 Días	27/04/2021	17/09/2021
202150COV007	Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS	1.162.268,75	Asistencia técnica y servicios necesarios para la ampliación del sistema de declaración de viajeros internacionales	168 Días	21/07/2021	10/11/2021
202150AC0045 4022/2021 (AM 26/2015)	Dirección General de Racionalización y Centralización de la Contratación_Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud	753.940,22	Servicios de desarrollo del sistema de declaración de viajeros internacionales	14 Meses	29/09/2021	29/09/2021
202105COV001	Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS	537.190,00	Servicio de soporte a viajeros y operadores en frontera del Sistema de Declaración de Viajeros Internacionales	168 Días	27/05/2021	30/08/2021
IMPORTE TOTAL SPTH AÉREO		**3.669.683,22**				

b. SpTH Marítimo

EXPDTE	ENTIDAD (ÓRGANO CONTRATACIÓN)	IMPORTE ADJUDICACIÓN (SIN IVA)	OBJETO	PLAZO	FECHA ADJUDICACIÓN	FECHA FORMALIZACIÓN
E/063/20	Presidencia del Organismo Público Puertos del Estado	188.000,00	Desarrollo sistema para registro de información sanitaria de pasajeros de línea regular marítima, su codificación, recuperación y envío al Ministerio de Sanidad a través de DUEPORT	49 Días	11/06/2021	12/07/2021
IMPORTE TOTAL SPTH MARÍTIMO		**188.000,00**				

IMPORTE TOTAL SPTH (AÉREO Y MARÍTIMO)	**3.857.683,22**	

6. REGVACU

EXPDTE	ENTIDAD (ÓRGANO CONTRATACIÓN)	IMPORTE ADJUDICACIÓN (SIN IVA)	OBJETO	PLAZO	FECHA ADJUDICACIÓN	FECHA FORMALIZACIÓN
202009COV041	Dirección General de Cartera Común de servicios del SNS y Farmacia	128.720,00	Servicios de definición, implantación y operación de un registro de vacunaciones en el Ministerio de Sanidad	140 Días	21/09/2020	21/09/2020
202107COV001	Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación	304.980,00	Servicios de asistencia técnica para la operación y explotación del registro de vacunaciones en el Ministerio de Sanidad	140 Días	15/01/2021	13/09/2021
202150AC0015 3388/2021 (AM 26/2015)	Dirección General de Racionalización y Centralización de la Contratación_ Secretaría Gral de Salud Digital, Información e Innovación del SNS	440.220,00	Servicios de desarrollo del registro de vacunaciones para el Sistema Nacional de Salud. Dos anualidades (2021 y 2022)	12 Meses	20/08/2021	20/08/2021
IMPORTE TOTAL REGVACU (CONTRATOS EXCLUSIVOS)		**873.920,00**				

7. CONTRATOS QUE AFECTAN A DIFERENTES APLICACIONES

EXPDTE	ENTIDAD (ÓRGANO CONTRATACIÓN)	IMPORTE ADJUDICACIÓN (SIN IVA)	OBJETO	PLAZO	FECHA ADJUDICACIÓN	FECHA FORMALIZACIÓN
202009COV018	Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud	185.250,00	Explotación de indicadores del plan de transición hacia una nueva normalidad en el Ministerio de Sanidad	6 Meses	27/05/2020	08/10/2020
202009COV024	Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud	307.800, 00	Servicios de operación y explotación de indicadores sobre contención y prevención frente a la enfermedad COVID-19, en el Ministerio de Sanidad (SERLAB y CMC)	140 Días	29/06/2020	08/10/2020
202009COV044	Secretaría de Estado de Sanidad (a propuesta del Secretario Gral de Salud Digital, Información e Innovación del SNS)	41.495, 00	Servicios de operación y explotación de sistemas de información utilizados en la prevención, contención y coordinación frente a la enfermedad de la COVID 19 en el Ministerio de Sanidad (SERLAB y CMC)	Del 25/11/2020 al 30/11/2020	17/09/2020	17/09/2020
202007AC0012 5428/2020 (AM 26/2015)	Dirección General de Racionalización y Centralización de la Contratación - Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación	427.924, 00	Servicios de mantenimiento de sistemas de información utilizados en la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 en el Sistema Nacional de Salud (INCLUYE SERLAB y CMC)	12 Meses	-	25/11/2020
202150COV006	Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud	500.584,00	Servicios de asistencia técnica para la explotación de indicadores del sistema de declaración de viajeros internacionales y el Plan de Vacunación frente al COVID-19 en España	4 Meses	09/12/2020	02/09/2021
202150AC0060 6033/2021 (AM 26/2015)	Dirección General de Racionalización y Centralización de la Contratación - Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS	293.994,12	Servicios de desarrollo de sistemas de información utilizados en la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 en el Sistema Nacional de Salud (INCLUYE CMC, SERLAB, SpTH, entre otros)	8 Meses	14/12/2021	14/12/2021
IMPORTE TOTAL CONTRATOS QUE AFECTAN A DIFERENTES APLICACIONES		**1.757.047,12**				

ANEXO 47
COMPETENCIAS DG SALUD DIGITAL Y DIVISIÓN TIC SUBSECRETARÍA DE SANIDAD
1/2

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DIGITAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	DIVISIÓN TIC SUBSECRETARIA DE SANIDAD
El diseño, desarrollo e implantación de los servicios electrónicos comunes del Sistema Nacional de Salud, las aplicaciones informáticas de salud digital del Ministerio de Sanidad, así como los portales sectoriales, garantizando su integración y homogeneidad.	La planificación, dirección y coordinación de los desarrollos de los sistemas horizontales del Ministerio de Sanidad; la elaboración, preparación y propuesta de necesidades de los recursos tecnológicos correspondientes; y la dirección y coordinación de la publicación de contenidos y procedimientos del portal web, sede electrónica e Intranet.
El impulso a la transformación e innovación digital en materia de salud, planificación y asistencia sanitaria, y aseguramiento del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.	La elaboración, desarrollo y ejecución de los planes de digitalización del departamento, así como el impulso y seguimiento de los planes de trasformación digital de la Administración General del Estado, en el ámbito del Ministerio de Sanidad, sin perjuicio de las competencias de otras unidades y de la coordinación con estas.
La definición de la estrategia, planes, procesos y políticas para el desarrollo, implantación, gobernanza y explotación de la información en salud, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros Ministerios o Administraciones públicas.	La dirección y gestión integral del puesto de trabajo digital, incluyendo el soporte a usuarios y sedes, la provisión y gestión de equipamientos y los servicios asociados.
El aseguramiento de la calidad del dato sanitario y el impulso de su gobernanza, garantizando que se disponga de la información correcta, en el momento preciso, y para el destinatario adecuado, respetando las medidas de seguridad aplicables.	La coordinación y supervisión, en colaboración con la Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del Sistema Nacional de Salud, de las actuaciones en el ámbito de las tecnologías de la información y las comunicaciones que desarrollen los órganos directivos y organismos del Departamento, incluyendo la tramitación ante la Comisión Ministerial de Administración Digital de las propuestas correspondientes a este ámbito.
La representación de la Administración General del Estado en los proyectos e iniciativas en el ámbito de las tecnologías de la información y las comunicaciones en el sector salud, tanto en la esfera nacional, internacional como supranacional.	La planificación y ejecución presupuestaria en materia de tecnologías de la información y transformación digital en el ámbito de sus competencias, así como su ejecución y el seguimiento asociado sin perjuicio de las competencias de otras unidades y de la coordinación con estas. Asimismo, el impulso de los expedientes de contratación y seguimiento contractual de los acuerdos de niveles de servicio.
El impulso del uso de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en la cooperación con otras Administraciones públicas y organismos internacionales y supranacionales del sector salud y la elaboración, desarrollo y ejecución de los planes de actuación en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, así como la gestión de los recursos asignados a su ejecución.	
El establecimiento e implementación de la política de interoperabilidad en el Sistema Nacional de Salud y entre este y otros ámbitos sanitarios nacionales e internacionales.	
El diseño, provisión y gestión de las infraestructuras de tecnologías de la información y las comunicaciones del Ministerio de Sanidad y los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.	
La explotación y operación de los servicios de tecnologías de la información y las comunicaciones del Sistema Nacional de Salud y la gestión de la seguridad de los mismos y de sus datos.	
La planificación y ejecución presupuestaria en materia de tecnologías de la información y transformación digital en el ámbito de sus competencias, así como su ejecución y el seguimiento asociado. Asimismo, el impulso de los expedientes de contratación y seguimiento contractual de los acuerdos de niveles de servicio.	

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DIGITAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	DIVISIÓN TIC SUBSECRETARIA DE SANIDAD
La tramitación de los acuerdos y convenios suscritos en el ámbito competencial de la Secretaria General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud con otras administraciones y entidades públicas o privadas, realizando el seguimiento de los mismos.	

Fuente: Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad.

ANEXO 48

PERSONAL FUNCIONARIO EN LA SECRETARÍA GENERAL DE SALUD DIGITAL
Desglose Hombres y Mujeres a 31.12.2021
(número de efectivos y porcentaje)

SEXO	NIVELES			TOTAL
	14 - 20	22 - 26	28 - 30	
Hombre	32	19	15	66
Mujer	22	31	18	71
TOTAL	**54**	**50**	**33**	**137**

SEXO	NIVELES			TOTAL
	14 - 20	22 - 26	28 - 30	
Hombre	59 %	38 %	45 %	48 %
Mujer	41 %	62 %	55 %	52 %
TOTAL	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**

Fuente: RPT personal funcionario S.G. de Salud Digital

ANEXO 49

INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS EN RELACIÓN CON MEDIDAS DE PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO

1/2

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	FUENTE Y FÓRMULA DE CÁLCULO	MEDICIÓN (PERIODICIDAD)
LE1-A7-I1. Grupo de trabajo para política de recursos humanos en salud pública	Se ha constituido un grupo de trabajo en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del CISNS para elaborar una propuesta de política de recursos humanos	Comisión de Recursos Humanos del CISNS Cualitativo: si/no/en proceso (Explicitar cómo ha incorporado en su formulación y evaluación la perspectiva de género, siguiendo lo indicado en la Estrategia Europea de Igualdad 2022- 2025)	Semestral hasta consecución
LE1-A9-I5. Equidad en la investigación en salud pública	Se incluye la perspectiva de género, cultural y de conducta, país de origen o nacionalidad, los ejes socioeconómico y geográfico/territorial en las líneas de investigación en salud pública con financiación pública competitiva	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCIII); CC.AA. Porcentaje: (Nº de convocatorias de investigación con financiación pública competitiva que incluyen la perspectiva de género, cultural y de conducta, país de origen o nacionalidad, los ejes socioeconómico y geográfico/territorial en el ámbito de salud pública / Nº de convocatorias de investigación con financiación pública competitiva con área de salud pública) * 100 (nivel general y autonómico)	Anual
LE3-A6-I8. Violencia de género (Indicador ODS 5.2.1.)	Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses, desglosada por forma de violencia y edad	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas - Indicador 5.2.1. Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses, desglosada por forma de violencia y edad (ine.es)	Anual
LE3-A6-I9. Violencia de género (Indicador ODS 5.2.2.)	Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia sexual a manos de personas que no eran su pareja en los últimos 12 meses, desglosada por edad y lugar del hecho	INE Indicadores de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible - Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas - Indicador 5.2.2. Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia sexual a manos de personas que no eran su pareja en los últimos 12 meses, desglosada por edad y lugar del hecho (ine.es)	Anual

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	FUENTE Y FÓRMULA DE CÁLCULO	MEDICIÓN (PERIODICIDAD)
LE3-A12-I16. Formación en detección precoz de la violencia de género	Se realiza formación a profesionales del entorno sanitario para la detección precoz de la violencia de género	Ministerio de Sanidad; CISNS; CC.AA. Cuantitativo: Nº de cursos de formación en violencia de género realizados (desagregar por Administración General del Estado y CCAA.) Nº de profesionales que han recibido formación en violencia de género (por Administración General del Estado y CC.AA.)	Anual
LE4-A1-I4. Violencia física o sexual a mujeres y niñas de 16 años o más infligida por un compañero íntimo actual o anterior (Indicador ODS 5.2.1.1)	Porcentaje de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo actual o anterior en los 12 meses anteriores	INE Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas - Subindicador 5.2.1.1. Proporción de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo actual o anterior en los 12 meses anteriores (ine.es)	Anual
LE4-A1-I5. Violencia sexual en mujeres y niñas de 16 años o más fuera del ámbito de la pareja (Indicador ODS 5.2.2.1	Porcentaje de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido violencia sexual fuera del ámbito de la pareja en los 12 meses anteriores	INE Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas - Subindicador 5.2.2.1. Proporción de mujeres y niñas de 16 años o más que han sufrido en los 12 meses anteriores violencia sexual fuera del ámbito de la pareja (ine.es)	Anual
LE4-A3-I4. Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025	Se trabaja intersectorialmente y en los niveles de la Administración Pública para cumplir con los objetivos propuestos en la Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025	Ministerio de Sanidad; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; Ministerio de Igualdad; CC.AA. Porcentaje:(Nº de objetivos cumplidos / Nº de objetivos) * 100 (desagregar por Ministerio de Sanidad y CC.AA.)	Antes de finalizar el 2024 y antes de finalizar el 2026

Fuente: Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud.

ANEXO 50

SOLICITUDES RECIBIDAS, RESULTAS Y RECLAMADAS EN RELACIÓN CON LA LEY DE TRANSPARENCIA
Período 2019 – 2021
(número de solicitudes y porcentaje)

	2019	%	2020	%	2021	%
Solicitudes de información recibidas	337	-	985		938	-
Concesiones	171	50,7	340	34,5	975	103,9
Concesiones parciales	32	9,5	42	4,3	37	3,9
Inadmisiones	42	12,5	64	6,5	104	11,1
Denegaciones	7	2,1	10	1,0	15	1,6
Desistimientos del solicitante	8	2,4	9	0,9	11	1,2
Finalizaciones anticipadas	62	18,4	115	11,7	136	14,5
Solicitudes resueltas	322	95,5	580	58,9	1.278	136,2
Reclamaciones al CTBG	32	9,5	55	5,6	118	12,6
Solicitudes de viajeros internacionales	1	0,3	3	0,3	23	2,5
Solicitudes COVID-19	0	0,0	489	49,6	609	64,9
Solicitudes vacunación	0	0,0	13	1,3	178	19,0

Fuente: Ministerio de Sanidad.

ANEXO 51

ESTADÍSTICAS DE DIFUSIÓN EN REDES SOCIALES

1/3

RED SOCIAL 1
(en miles de impresiones y porcentaje)

AÑO	2019	2020	2021	2022
IMPRESIONES (en miles)				
ENE-MAR	3,8	71,5	41,7	20
ABR-JUN	3,4	102,3	45,5	35,1
JUL-SEP	4,5	47,9	42,1	29,7
OCT-DIC	4,5	49,4	41,4	8
TOTAL	**16,2**	**271,1**	**170,7**	**92,8**
TASA DE INTEREACCIÓN (%)				
ENE-MAR	1,6	2,6	2,6	1,6
ABR-JUN	1,4	4,1	2,4	1,1
JUL-SEP	1,4	2,7	1,9	1,3
OCT-DIC	1,1	2,4	1,5	1,1
PROMEDIO	**1,4**	**2,9**	**2,1**	**1,3**
CLICS EN ENLACE (en miles)				
ENE-MAR	12,9	385,4	264,4	86,3
ABR-JUN	7,5	1.000,0	244,7	49,3
JUL-SEP	13,6	273,6	172,1	58,5
OCT-DIC	5,2	194.5	134,4	9,7
TOTAL	**39,2**	**1.853,5**	**815,6**	**203,8**

2/3

AÑO	2019	2020	2021	2022
RT SIN COMENTARIOS (en miles)				
ENE-MAR	12,9	152,3	39,3	17,8
ABR-JUN	11,2	137,1	34,5	19
JUL-SEP	12,1	65,6	29,6	18,8
OCT-DIC	10,7	48	27,3	5
TOTAL	**46,9**	**403**	**130,7**	**60,6**
ME GUSTA (en miles)				
ENE-MAR	17,5	234,3	70,9	31,8
ABR-JUN	15,2	212,5	75,7	36,5
JUL-SEP	16,3	91,2	66,2	34,4
OCT-DIC	16,1	101,1	53,7	9,5
TOTAL	**65,1**	**639,1**	**266,5**	**112,2**
SPUESTAS (en miles)				
ENE-MAR	1,1	34,8	15,5	7,6
ABR-JUN	0,7	43,7	16,4	7,2
JUL-SEP	1,2	17,6	16,8	8,8
OCT-DIC	1	16,3	12,1	3,8
TOTAL	**4**	**112,4**	**60,8**	**27,4**
SEGUIDORES TOTALES 24/10/2022				698.968

RED SOCIAL 2
(en miles y porcentaje)

CONCEPTO	2019	2020 (DESDE 20 DE OCTUBRE)	2021	2022
ALCANCE	-	8.197.719	20.160.067	13.310.474
VISITAS	-	1.005.731	1.369.891	193.510
SEGUIDORES TOTALES (24/10/2022)				421.643

RED SOCIAL 3
(en miles y porcentaje)

CONCEPTO	2019	2020 (DESDE 20 DE OCTUBRE)	2021	2022
ALCANCE	-	23.697.075	46.671.142	25.658.438
VISITAS	-	231.262	1.980.686	808.838
SEGUIDORES TOTALES (24/10/2022)				960.645

RED SOCIAL 4
(número y porcentaje)

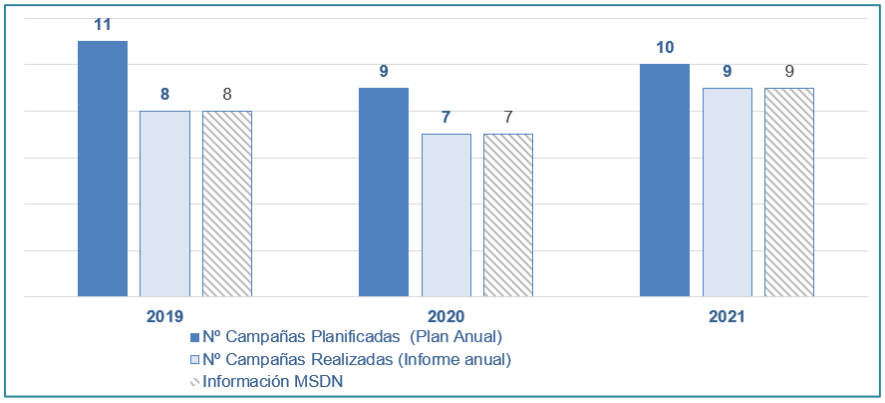
CONCEPTOS	2019	2020	2021	2022
Visualizaciones	4.224.486	7.828.515	1.909.159	14.420.299
Suscriptores	1.122	6.666	2.078	8.325
Impresiones	1.962.344	17.801.333	6.671.494	11.612.552
Porcentaje de clics en impresiones	4.9 %	3.2 %	5.5 %	5.0 %
SEGUIDORES TOTALES (24/10/2022)				21.402

ANEXO 52

CAMPAÑAS DE PUBLICIDAD INSTITUCIONAL PROMOVIDAS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD

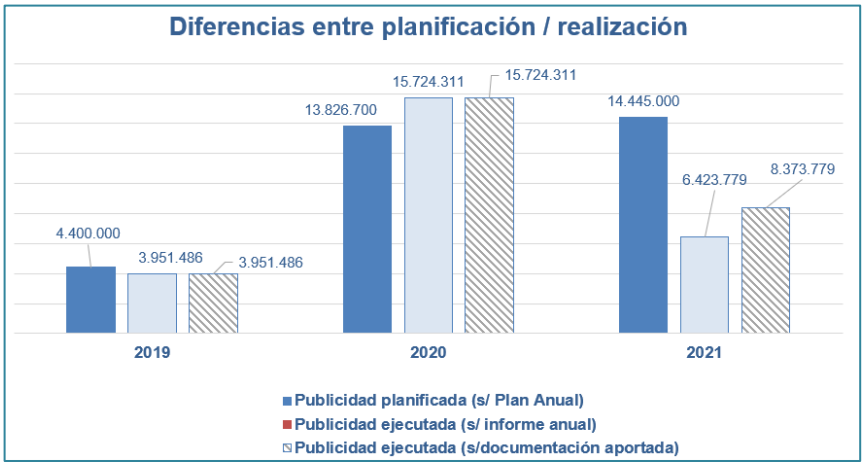
De acuerdo con la Ley 29/2005, el Gobierno debe aprobar, anualmente, un "*Plan de publicidad y comunicación"* (art. 12) y un *"Informe anual de publicidad y comunicación"* (art. 14) en el que se incluya el detalle de las campañas institucionales efectivamente ejecutadas en el ejercicio correspondiente.

COMPARATIVA CAMPAÑAS DE PUBLICIDAD PLANIFICADAS VS EJECUTADAS
Período 2019 – 2021
(número de campañas)



Fuente: Elaboración propia.

DIFERENCIAS DE COSTE ENTRE CAMPAÑAS PLANIFICADAS Y CAMPAÑAS REALIZADAS
Período 2019 – 2021
(euros)



Fuente: Elaboración propia.

En 2021, se ejecutó el 45 % del importe planificado 6.423.779 euros. A este respecto una campaña planificada no se realizó[282] y cuatro campañas planificadas se sustituyen por otras 4 campañas sobrevenidas, según se detalla en el Informe anual publicado.

Por otra parte, la pandemia del COVID-19 supuso una transformación completa de las características de las campañas de publicidad vigentes hasta el momento, puesto que el 97,3 % de la publicidad institucional tuvo esta finalidad en 2020, tal y como se expone en el cuadro siguiente:

INVERSIÓN REALIZADA EN CAMPAÑAS DE PUBLICIDAD INSTITUCIONAL; COVID-19, EDO, OTROS
Período 2019 – 2021
(euros y porcentaje)

TIPO	2019	%	2020	%	2021	%
Otras campañas	3.054.753	77,3	401.560	2,6	2.473.262	38,5
Campañas EDO	896.733	22,7	14.897	0,1	270.632	4,2
Campañas COVID-19	-	-	15.307.854	97,4	3.679.885	57,3
TOTAL	**3.951.486**	**100**	**15.724.311**	**100,0**	**6.423.779**	**100**

Fuente: Elaboración propia. Datos Ministerio de Sanidad e Informe Anual de Publicidad y ComunicaciónInstitucional.

Análisis del impacto de campañas del MSND en el período 2019-2021

Seguidamente, se presenta un análisis de las principales variables de resultados del siguiente listado de ocho campañas[283] del MSND:

- Año 2019; Con Vacuna de Vida, El tabaco ata y te mata.
- Año 2020; Este virus lo paramos unidos, Salimos más fuertes.
- Año 2021; Yo me vacuno seguro, Gripe, yo me vacuno, Visibilidad de los problemas de salud mental, Campañas de publicidad institucional de información sobre el código europeo contra el cáncer.

Es destacable que las 3 campañas COVID-19 ("*Este virus lo paramos unidos*", "*Salimos más fuertes*" y "*Yo me vacuno seguro*") son, como se ha indicado previamente, las que más recursos han supuesto para el Ministerio, alcanzando la cifra total de 10.953.717,96€, un 79 % del total de la muestra analizada en relación con el análisis de impacto.

[282] La disminución del 55,53 % entre planificado y ejecutado se produce fundamentalmente porque la campaña de "Sensibilización y promoción de la vacunación" frente al COVID 19 del MSND -, que estaba planificada con un alto coste – de 10.800.000 euros, se realizó con un 66 % menos de inversión; así como la campaña de promoción frente a la gripe estacional, que se había planificado por un importe de 1.100.000 euros, finalmente se difundió sin gasto en compra de medios, al haberse utilizado únicamente las redes sociales propias.

[283] La campaña de prevención del consumo de alcohol remitida tiene fecha de ejecución del primer trimestre del 2022: 15-30 marzo 2022. Se ha excluido por tanto de estas conclusiones.

En relación con los medios publicitarios utilizados, las campañas COVID-19 han empleado un mayor número de medios (TV, Internet, Prensa, Radio, Exterior), mientras que las otras campañas de MSND han tenido menor diversidad en el uso de medios: dos campañas solo internet o redes sociales, y el resto combinan dos o tres medios diferentes, aunque, evidentemente, es una decisión condicionada por el total de inversión disponible.

Las campañas COVID-19 han presentado niveles promedio más altos en presión publicitaria (GRPs) que las otras campañas de la comparativa, quizá a excepción de la campaña de "*Información sobre el código europeo contra el cáncer*" y la de "*Visibilidad de los problemas de salud mental*". En el caso de la campaña "*Este virus lo paramos unidos*" se han conseguido superar en un 33,7 % los GRPs previstos en TV y en el caso de la campaña "*Visibilidad de los problemas de salud mental*" se ha cumplido el objetivo previsto.

En el caso del número de impresiones (medio Internet), la cifra de las previstas se ha visto generalmente superada, con la excepción de las campañas "*Visibilidad de los problemas de salud mental*" y la de "*Información sobre el código europeo contra el cáncer*", dónde e

stas se han visto reducidas en un 3.4 % y un 10 %, respectivamente. Es una caída que viene explicada por el período de alta saturación en el que se realizaron estas campañas (finales de octubre – primeros de diciembre).

Para el medio Internet merece la pena también destacar los resultados tomando en consideración la tasa de clics (conocida como "*click through rate*") que mide en porcentaje el número de personas que hacen clic en el anuncio después de verlo. Este ha sido muy bajo para las campañas relacionadas con la vacunación *("Con Vacuna de vida", "Yo me vacuno seguro", "Gripe, yo me vacuno"*), así como para la de "Visibilidad de los problemas de salud mental". Sin embargo, destacan por mejores resultados en este parámetro, las 2 campañas del COVID-19 "*Este virus lo paramos unidos*" y "*Salimos más fuertes*", donde se han utilizado diversidad de formatos, destacando el vídeo *pre-roll*[284] por sus positivos resultados.

En cuanto a los requisitos que venían marcados en algunos casos en los pliegos o plan aprobado, relativos por ejemplo a número de impresiones en la página principal o posicionamiento y/o horario de máxima audiencia en TV, se han cumplido en todos los casos con la excepción del posicionamiento en TV para la campaña de "*Visibilidad de los problemas de salud mental*".

Por último, cabe mencionar que las campañas se han dirigido a la población en general, dado que el público objetivo seleccionado ha sido de individuos mayores de 15 o 16 años, alcanzándose buenos niveles de cobertura (medidos en número de personas del público objetivo que ha sido alcanzado al menos una vez durante el período de la campaña), superiores al 70 % en TV y cercanos a esa cifra en Internet. Se han quedado con niveles por debajo de esa cifra las campañas "*Con vacuna de vida*", e "*Información sobre el código europeo contra el cáncer*", motivado en parte por no contar con el medio TV en su planificación.

[284] Video que se muestra inmediatamente antes de visualizar un contenido.

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS

TRATAMIENTO DE LAS ALEGACIONES

Conforme a lo dispuesto en el art. 44.1 de la Ley 7/1988, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas (LFTCu) en febrero de 2024, el Anteproyecto de Informe fue remitido para el trámite de alegaciones[285] a la persona titular del Ministerio de Sanidad, así como a las personas que ocuparon ese cargo desde el 1 de enero de 2019. A su vez y, en la parte que les afectaba, fue remitido a las personas titulares de los Ministerios de Política Territorial y Memoria Democrática y de Defensa, a los Directores del Instituto de Salud Carlos III y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, así como a los Presidentes del Ente Público Puertos del Estado, de Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea (AENA SME SA) y de las Autoridades Portuarias de Alicante, Almería, Baleares, Barcelona, Bahía de Algeciras, Bilbao, Santander y Valencia, así como a quienes ocuparon esos cargos en el periodo fiscalizado.

Adicionalmente, aunque no se encontraban comprendidas en el ámbito subjetivo de la fiscalización, se remitió un extracto del Anteproyecto de informe a las Consejerías de Sanidad y Salud de las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas, y a las personas que desempeñaron el cargo de Consejero en el periodo fiscalizado para que manifestaran lo que consideraran preciso en relación con la información enviada por las mismas al Ministerio de Sanidad y al Instituto de Carlos III reflejada en el Informe.

En consecuencia, el Anteproyecto fue remitido a 85 destinatarios.

La Ministra de Sanidad y la Directora del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria solicitaron prórroga para la presentación de las alegaciones, que les fue concedida.

A finales de abril de 2024, finalizó el trámite de alegaciones, habiéndose recibido escritos de alegaciones de los Ministerios de Sanidad y de Política Territorial y Memoria de Democrática, de las Directoras del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y del Instituto de Salud Carlos III, del Presidente y un ex Presidente del Ente Público Puertos del Estado, de los Presidentes de las Autoridades Portuarias de Algeciras, Santander y Valencia, de las Consejerías de Sanidad de la Comunidad de Madrid, de la Comunidad Foral de Navarra y de la Ciudad Autónoma de Ceuta y de una ex Consejera de Sanidad de Castilla y León. Todas ellas se acompañan al presente informe conforme determina el artículo 44.4 LFTCu.

Dos ex Ministros de Sanidad, los ex Presidentes de las Autoridades Portuarias de Valencia y Alicante y una ex Directora del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria se remitieron a las alegaciones presentadas por los actuales titulares del cargo.

La Ministra de Defensa, el Presidente de AENA SME, los ex Presidentes de las Autoridades Portuarias de Almería, Santander y Alicante, así como las personas titulares de las Consejerías de Sanidad y Salud de Andalucía, Castilla y León y el País Vasco, ex titulares del cargo del Consejero de Sanidad de las comunidades autónomas de Extremadura, Canarias, Cantabria, Illes Balears, La Rioja y el Principado de Asturias (dos) manifestaron expresamente que no formulaban alegaciones.

A tenor del contenido de las alegaciones efectuadas por la persona titular del Ministerio de Sanidad, en las que se manifestaban cuestiones que no eran acordes con la evidencia obtenida en los trabajos de campo de la fiscalización, en junio de 2024 fue preciso solicitar aclaraciones al Ministerio de Sanidad sobre determinados aspectos de sus alegaciones, con el fin de poder valorar adecuadamente lo expresado en las mismas. Tras la solicitud de ampliación de plazo para aportar

[285] Además del texto del Anteproyecto y con el fin de facilitar el trámite, se pusieron a disposición de los alegantes los ficheros con los datos que sustentan los resultados de la fiscalización.

esa información, en octubre de 2024 el Ministerio completó la información requerida, sobre la que se realizaron las comprobaciones pertinentes.

Como consecuencia de lo anterior, en virtud del art. 44.2 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, en relación con los epígrafes a los que se refería la documentación solicitada, se dio nuevo trámite de alegaciones al Ministerio de Sanidad y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a finales de octubre de 2024, así como a las personas que ocuparon dicho cargo. La Ministra de Sanidad solicitó una prórroga para presentar su escrito de segundas alegaciones, que le fue concedida. Por su parte, el ex Director del INGESA manifestó expresamente su voluntad de no formular alegaciones.

Solo la Ministra de Sanidad formuló alegaciones en el nuevo trámite, presentando su escrito el 28 de noviembre de 2024, un día después de la finalización del plazo concedido, incluida la prórroga. Por su parte, una ex Ministra de Sanidad, también fuera de plazo, se remitió a las alegaciones efectuadas por la persona actualmente titular del cargo de Ministro. De acuerdo con una interpretación garantista y acorde con la máxima transparencia y, en la medida en que el retraso es insignificante y que dichas alegaciones han sido objeto de análisis y tratamiento, este segundo escrito de alegaciones se incorpora al informe.

A la vista de las alegaciones, este Tribunal ha efectuado las oportunas modificaciones en el texto del informe y ha reflejado en notas a pie de página las consideraciones que se han estimado precisas en algunos casos respecto al contenido de las alegaciones formuladas. No se ha efectuado valoración ni modificación del texto del informe respecto de aquellas alegaciones que constituyen explicaciones o justificaciones sobre los resultados expuestos sin fundamentar en soporte documental o normativo. En todo caso, con independencia de las consideraciones que se hayan efectuado en las alegaciones recibidas, el resultado definitivo de las actuaciones fiscalizadoras es el expresado en los posteriores apartados de este informe.

RELACIÓN DE ALEGACIONES

- ALEGACIONES FORMULADAS POR LA MINISTRA DE SANIDAD
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXMINISTRO DE SANIDAD
- ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXMINISTRA DE SANIDAD
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL MINISTERIO DE POLÍTICA TERRITORIAL Y MEMORIA DEMOCRÁTICA
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA)
- ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXDIRECTORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA)
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL PRESIDENTE DEL ENTE PÚBLICO PUERTOS DEL ESTADO
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXPRESIDENTE DEL ENTE PÚBLICO PUERTOS DEL ESTADO
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL PRESIDENTE DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE LA BAHÍA DE ALGECIRAS
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL PRESIDENTE DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE VALENCIA
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXPRESIDENTE DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE VALENCIA
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL PRESIDENTE DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE SANTANDER
- ALEGACIONES FORMULADAS POR EL CONSEJERO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA
- ALEGACIONES FORMULADAS POR LA CONSEJERA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID
- ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXCONSEJERA DE SANIDAD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN
- ALEGACIONES FORMULADAS POR LA CONSEJERA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA MINISTRA DE SANIDAD

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

MINISTERIO
DE SANIDAD

ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021

Mediante escrito de fecha 27 de febrero de 2024, recibido en este departamento el día 29 de febrero de 2024, se ha remitido por el Tribunal de Cuentas "Anteproyecto de Informe de fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, Ejercicios 2019, 2020 y 2021".
Revisado dicho informe desde este Ministerio cabe realizar las siguientes **ALEGACIONES** al cuerpo del informe, entendiéndose asimismo hechas a sus **CONCLUSIONES**:

I. ALEGACIONES DE CARÁCTER GENERAL

1. Extralimitación del ámbito objetivo de actuación

En numerosas ocasiones y como planteamiento general, la fiscalización se realiza sobre aspectos y materias de la actividad ordinaria del Ministerio de Sanidad, durante los ejercicios examinados, que nada tienen que ver con los sistemas de información.

Así, en diversos apartados el Anteproyecto entra a analizar, fiscalizar y valorar cuestiones ajenas por completo a los sistemas de información gestionados por el departamento, o solo muy tangencialmente vinculadas con los mismos.

A modo de ejemplo, se analiza la actividad de los órganos de cooperación de carácter sanitario[1], la gestión funcional del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias o las decisiones sanitarias adoptadas durante la pandemia. También se aborda la compra de material de equipos de protección y su distribución al Sistema Nacional de Salud y otras entidades, la logística y almacenamiento de productos, la constitución de reservas estratégicas, los controles sanitarios en frontera, la actividad material ordinaria de la Subdirección General de Sanidad Exterior, etc. Incluso se llegan a determinar con cierto detenimiento las diferencias de criterio entre dos departamentos ministeriales respecto del funcionamiento de los servicios administrativos integrados en Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno.

[1] Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Comisión de Salud Pública, ponencias y grupos de trabajo, comités de expertos, comités de dirección, comités de crisis, grupos interministeriales, etc.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Muchas de las cuestiones reseñadas vuelven a traerse a un Anteproyecto de Informe a pesar de haber sido ya objeto de fiscalización de cumplimiento por ese Tribunal de Cuentas mediante los Informes Nº 1.473 de 2022 y 1.542, de 2023, especialmente en materia de gestión de suministros de material sanitario.

Por tanto, ha de discreparse del planteamiento general que el Anteproyecto realiza al incorporar todas estas cuestiones de gestión ordinaria de órganos administrativos en la fiscalización. Es evidente que en su gestión, todas las Administraciones públicas actúan alimentando, explotando y utilizando los sistemas de información y aplicaciones informáticas, pero ello no puede ser un pretexto válido para entender, como hace el Anteproyecto en muchas ocasiones, que esta fiscalización de los sistemas y aplicaciones permite abrir la puerta a examinar, prácticamente sin límite, cuantas cuestiones materiales o funcionales considere el órgano fiscalizador, máxime cuando buena parte de ellas ya fueron objeto de atención en Informes anteriores ya aprobados por el Pleno de ese mismo Tribunal.

Tampoco puede compartirse cómo el Anteproyecto trata de justificar este modo de actuar. En primer lugar, extiende el objeto de análisis no ya solo al funcionamiento y fiabilidad de los sistemas de información utilizados por el Ministerio de Sanidad, sino también a las actuaciones realizadas con el fin de gestionar la emergencia sanitaria "en relación con la adecuación, actualización y desarrollo de los sistemas de información correspondientes", incluyendo también "la coordinación entre el Ministerio y los órganos, entes y unidades administrativas intervinientes en los procedimientos" (página 18).

Pero la clave para poder comprender la extralimitación en que se considera incurre el Anteproyecto, reside en la interpretación que realiza sobre el concepto "Sistemas de Información" (página 14), que es precisamente el punto de partida que le sirve para entrar a analizar posteriormente todas las cuestiones no vinculadas directamente con dichos sistemas.

En concreto, señala que un sistema de información se define como "*un conjunto organizado de recursos para que la información se pueda recoger, almacenar, procesar o tratar, mantener, usar, compartir, distribuir, poner a disposición, presentar o transmitir*".

Si bien esta definición es la que se recoge en el Glosario del Real Decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Administración Electrónica, el Anteproyecto hace su propia interpretación extensiva y continúa diciendo: "*De esta definición se deduce que se integran en este concepto no solo sistemas y aplicaciones informáticas, sino también procedimientos y recursos de diversa índole dirigidos a la gestión de la información, en este caso sanitaria, y que los sistemas de información son el soporte imprescindible para la toma de decisiones de los poderes públicos, tal y como se ha puesto de manifiesto durante la crisis sanitaria del Covid-19*".

Es decir, en un planteamiento circular difícil de comprender, el Anteproyecto determina subjetivamente que el concepto de partida, sobre el que se construye toda la fiscalización, debe ser lo más extenso posible, abarcando la gestión material e, incluso, "la toma de decisiones de los poderes públicos" durante la pandemia. El requisito necesario que le habilitaría, pues, a proceder de esta manera, sería únicamente, al parecer, encontrar un nexo, siquiera indirecto o artificial, con los sistemas de información gestionados por el departamento, lo que resulta extremadamente sencillo en la práctica, dada la actividad normal de cualquier órgano administrativo.

Con esta interpretación, cualquier ámbito de acción (que encajara en el ámbito subjetivo y temporal) sería susceptible de ser tratado en este Informe, ya que siempre sería posible vincularlo, siquiera remotamente, con sistemas de información, incluyendo en esta categoría (como hace el Anteproyecto), meras hojas de cálculo, soportes documentales o correos electrónicos.

De no corregirse en la versión final del informe este planteamiento, podría sentarse un peligroso precedente, de modo que cualquier fiscalización operativa de sistemas de información podría, sin base legal o competencial alguna, extenderse a decisiones políticas y de gestión material o sustantiva. Así, por ejemplo, el análisis de los sistemas de información de la Agencia Tributaria llevaría a valorar decisiones de política fiscal y tributaria del Ministerio de Hacienda, la auditoría de los sistemas de información de la Secretaría General del Tesoro y Política Financiera las decisiones de emisión de deuda pública, o la fiscalización de los sistemas de información del Servicio Público Estatal, los detalles de la política laboral del Gobierno.

Es más, esta particular interpretación que el Anteproyecto realiza sobre el concepto "Sistema de Información" no se compadece con la definición que ofrece la RAE en el Diccionario Panhispánico de español jurídico. Según la RAE, un sistema de información es "*un conjunto de elementos informatizados de acuerdo con un almacenamiento*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

estructurado, que permite el acceso, las relaciones entre sus elementos, la puesta en común y la interoperabilidad con otros sistemas".

Parece lógico suponer que cuando el Pleno del Tribunal de Cuentas acordó incluir en su Programa de Fiscalizaciones para 2021 un Informe de "fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021", enmarcado en la medida "*M.3. Impulsar las auditorías de sistemas informáticos*" del Plan Estratégico del Tribunal de Cuentas 2018-2021, tuviera en mente un concepto de "Sistemas de Información" más apegado al concepto de la RAE y al entendimiento habitual sobre el mismo, que al constructo que se realiza en el Anteproyecto. A este respecto, debe recordarse que el apartado d) de la Norma Técnica 68 de las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas establece que "la terminología utilizada deberá ajustarse al sentido comúnmente aceptado"[2].

Del mismo modo que, por ejemplo, la programación de una fiscalización operativa o de gestión no puede transformarse posteriormente, al ser realizada, en una fiscalización de cumplimiento u otro tipo, tampoco debería ser posible extender el objeto de un informe programado mediante una mera operación interpretativa para abarcar más cuestiones de las inicialmente establecidas por el Pleno en el correspondiente Programa.

Finalmente, debe destacarse que en el único antecedente localizado en la base de datos del Tribunal de Cuentas sobre fiscalización de sistemas de información, correspondiente a 1998[3], el análisis efectuado entonces, efectivamente, se circunscribió solo a las materias directamente relacionadas con su objeto[4].

[2] El propio Anteproyecto vendría a reconocer implícitamente que esta sería la manera correcta de proceder, y no por la que finalmente se optó, cuando, como se ha señalado, en la página 13 declara que esta fiscalización se enmarca en la Medida M3 del objetivo específico 1.4 del Plan Estratégico del Tribunal de Cuentas 2018-2021. La Medida M3 se refiere expresamente a "Impulsar las auditorías de sistemas informáticos".

[3] Informe Nº 317. Informe de fiscalización sobre el sistema de información de la gestión hospitalaria del INSALUD, con especial referencia al conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

[4] En las páginas 26 y ss. de dicho Informe se establecía como objetivo general "la determinación del nivel de informatización de las áreas del sistema de información para la gestión hospitalaria con especial referencia al grado de implantación del (CMBD) y a su fiabilidad". Y como objetivos específicos las previsiones de equipos, los procesos de contratación, los costes, etc. Es decir, en ningún momento se entró a analizar aspectos diferentes de los que integraban el objeto de la fiscalización ni, mucho menos, aspectos de la gestión ordinaria del propio INSALUD o de los diferentes hospitales.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Por tanto, en atención a lo señalado, y sin perjuicio de las alegaciones específicas que se realicen en el presente escrito, se solicita que en el informe final desaparezcan todas y cada una de las referencias que no estén vinculadas directa y totalmente con los sistemas informáticos, tal como establece la medida M3 del Plan Estratégico del Tribunal de Cuentas y por tanto con los sistemas de información en la definición que de éstos hace la RAE.

Sin embargo, hay que señalar que cuando el Anteproyecto de Informe se ciñe al ámbito de los sistemas de información gestionados por el Ministerio de Sanidad, que es el ámbito objetivo del mismo, la valoración es de forma general positiva. A modo de ejemplo:

a) *"La fiscalización se ha realizado (…) sin que se hayan producido limitaciones que hayan impedido cumplir los objetivos previstos"* (Pág. 18).

b) *"La Estrategia de Vacunación (…) comportaba el desarrollo de un sistema de información específico, "REGVACU", tarea que se completó con éxito en un periodo de tiempo limitado, (que) (…) se valora muy positivamente, ya que supone la implantación de un sistema de información global, interoperable que, además, facilita al ciudadano en tiempo real la expedición de los certificados que correspondan y a la Administración, la disponibilidad del historial de vacunación para asegurar una administración eficaz y eficiente del programa de vacunación"* (Pág. 183)

c) "*Este análisis fue ampliado y completado con posterioridad, en el marco de la Estrategia de Salud Digital y con recursos procedentes del PRTR, plasmándose en diciembre de 2022 mediante la publicación en la web del MSND de un documento denominado "Análisis del estado de desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación en la vigilancia en salud pública en el SNS. (…) Se considera una buena práctica efectuar actuaciones que permitan conocer las características de los sistemas de las CCAA y otras instituciones con las que se debe coordinar la gestión de procedimientos y de información"* (Pág. 34)

d) *"(…) desde los inicios de la pandemia, tanto el MSND como el ISCIII publicaron en sus respetivas páginas web información abierta destinada a los ciudadanos y a los profesionales, lo que se considera una buena práctica desde el punto de vista de la transparencia en la situación epidemiológica y de la gestión realizada"* (Pág. 43).

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

e) "*A efectos de información para la difusión, la herramienta que cumple en mayor medida la función de difundir datos sobre el SNS es el portal web "Sanidad en datos", gestionado por la Secretaría General de Salud Digital y, en particular, por la Sub. Gral. de Información Sanitaria. El portal indicado contiene una amplia información orientada al análisis estadístico y la divulgación, lo cual supone una buena práctica (…")* (Pág. 67).

f) *"El Sistema estatal de recogida de las pruebas diagnósticas de Laboratorio de SARS-CoV (SERLAB), (…) Este Tribunal considera una buena práctica, la implantación de un sistema interoperable en tiempo real que permite a los ciudadanos obtener evidencia de los actos sanitarios en relación con su persona en todo el territorio nacional y, además, su desarrollo efectivo en un tiempo extraordinariamente reducido de tiempo*" (Pág. 74).

g) *"Como conclusión cabe indicar que la utilización de esta aplicación (…) satisfizo las necesidades del MSND como solución de emergencia para la recepción de información y el cálculo del reparto por criterios epidemiológicos (…)"* (Pág. 87)

h) *"El sistema de gestión de existencias (…) sirvió para el control de todos los materiales cualquiera que fuera su destino"* (Pág. 88)

i) *"SpTH permitió a través de un formulario web o de una aplicación para teléfonos inteligentes que el viajero facilitase su información personal, de contacto en destino, del vuelo y asiento, así como la respuesta a preguntas relativas a su estado de salud y contactos. Estos datos se convertían a un código QR digital que era escaneado en los controles del aeropuerto a su llegada. Debe destacarse muy positivamente el diseño del soporte de los controles en un sistema operable multiplataforma y omnicomprensivo"* (Pág. 110).

j) "*El diseño, desarrollo y puesta en producción de SpTH se efectuó en un periodo de tiempo extremadamente ajustado (40 días para su primera versión) teniendo en cuenta la dimensión del proyecto tecnológico, desde el punto de vista del número de usuarios potenciales, la actividad y registros a gestionar, lo cual se considera un hito a remarcar*" (Página 111).

k) *"La evolución se muestra en la siguiente tabla, en la que progresivamente se puede apreciar la evolución positiva de la implantación del QR digital de acuerdo con la información recogida en SpTH"* (Pág. 112):

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

l) *"El registro de información sobre la vacunación tiene relevancia desde varios enfoques (…) Además, la accesibilidad de esta información por otros agentes del SNS es una buena práctica, tanto para la atención del propio paciente, como para evitar actos médicos no procedentes (inoculación de dosis repetidas o inadecuadas por error u omisión)".* (Pág. 131).

m) *"El MSND desarrolló la aplicación REGVACU (…). Este Tribunal considera una buena práctica, la implantación de un sistema interoperable en tiempo real que permite a los ciudadanos obtener evidencia de los actos sanitarios en relación con su persona en todo el territorio nacional"* (Pág. 135).

n) "Para la información epidemiológica correspondiente al seguimiento de las pruebas diagnósticas realizadas sobre el Covid 19 se desarrolló la herramienta SERLAB, la cual registró todas las pruebas diagnósticas efectuadas sobre el Covid-19 desde el 30 de mayo de 2020, considerándose muy positivo el desarrollo e implantación de un sistema en un periodo de tiempo extremadamente ajustado que permitiera a las autoridades gestionar la información sobre las pruebas diagnósticas y al ciudadano que dicha información fuera explotable para la expedición de certificados" (Pág. 175).

2. **Ámbito Subjetivo limitado**

En sentido contrario a lo señalado anteriormente, se considera que el ámbito subjetivo es demasiado restrictivo, ya que se circunscribe únicamente a la Administración del Estado (órganos directivos y superiores del Ministerio de Sanidad). Llama la atención esta limitación del alcance subjetivo de la fiscalización por varios motivos.

En primer lugar, porque la denominación del informe, tal y como fue programado por el Pleno en diciembre de 2020, no especificaba que debiera centrarse exclusivamente en los órganos estatales.

En segundo lugar, porque las Comunidades Autónomas (CCAA) tienen competencia exclusiva en atención sanitaria y competencia compartida en materia de salud pública, competencias que mantuvieron durante el estado de alarma. Además, son ellas las que debían alimentar los sistemas de información entre 2019 y 2021 y, por tanto, serían

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

también, al menos, corresponsables de su funcionamiento y de la calidad, precisión y completitud de la información suministrada.

A pesar de ello, el Anteproyecto de Informe no fiscaliza a las CCAA, ni siquiera aquellas cuyo control externo tiene asignado el Tribunal de Cuentas[5]. Incluirlas en una fiscalización de estas características podría además haber resultado posible, porque no consta que ningún Órgano de Control Externo (OCEX) haya realizado fiscalización alguna sobre los sistemas autonómicos de información sanitaria durante la pandemia.

Esta exclusión contrasta con otros Informes del propio Tribunal en los que sí se analiza la actuación de todas las CCAA (de forma conjunta con los OCEX) en otras materias, como sucedió con el Informe Nº 1.515 sobre la implementación del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia.

Resulta llamativo, en todo caso, que el Anteproyecto de Informe, que lógicamente debe referirse a actuaciones de las CCAA porque son competentes y corresponsables del funcionamiento de los sistemas de información (aunque no son fiscalizadas en modo alguno), cuando tiene que aludir a una o varias de ellas, lo hace anonimizando su identidad. De este modo, no es posible identificar qué Comunidad no envía información, remite archivos defectuosos, sube a las aplicaciones registros inconsistentes, etc.

Así, tanto la exclusión de las CCAA de esta fiscalización, como la ocultación de su identidad en la información ofrecida, impide completar la pista de auditoría de todos los procesos asociados a los sistemas de información, y dificulta que los resultados de la fiscalización realizada sean ponderados y satisfactorios.

En atención a lo anterior, se solicita al Tribunal que en su Informe final valore incluir en la fiscalización operativa a las CCAA (en coordinación con los OCEX; en su caso), que son copartícipes, junto con el Estado, en el funcionamiento y utilización de los sistemas de información examinados por el Anteproyecto. Asimismo, se solicita que, en el texto y anexos del informe final, se identifique a las CCAA por su denominación en toda referencia que se realice sobre su actividad.

[5] Comunidades Autónomas de Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, La Rioja y Región de Murcia, y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

3. **Consideraciones sobre el ámbito temporal**

El ámbito temporal se circunscribe a los años 2019, 2020 y 2021, si bien se advierte en el apartado I.3. de que las comprobaciones se han extendido a los procedimientos aplicados en el momento en que se han realizado, o en ejercicios anteriores o posteriores, cuando ello ha contribuido a la consecución de los objetivos de la fiscalización.

Se considera que el resultado de las comprobaciones que excedan el ámbito temporal previsto, debería ser incluido en notas aclaratorias complementarias al texto del informe, señalando claramente el momento en el que se producen y los motivos por los que se traen a colación, y no formar parte de él, al no referirse al periodo cubierto por la fiscalización, **circunstancia que se solicita sea tenida en cuenta en la redacción final del Informe.**

4. **Objetividad e Imparcialidad**

En diversas ocasiones, el texto del Anteproyecto realiza valoraciones y llega a conclusiones sobre la actividad de los órganos del Ministerio de Sanidad no sustentadas en elementos objetivos o de prueba.

En otros casos, se exponen con profusión datos extraídos de los propios sistemas de información, cuya utilidad a los efectos de auditoría no queda siempre clara, y sin que en el texto del Anteproyecto se realice justificación alguna al respecto.

Asimismo, la propia selección de los datos a exponer y el modo en que estos se presentan, no siempre se realiza con la homogeneidad y objetividad requerida.

En cualquier caso, cada vez que se ha considerado que el Anteproyecto de informe no ha seguido lo establecido en la Norma Técnica 68, de las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, se destaca, expone y justifica en las alegaciones específicas que se realizan a este Anteproyecto.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

5. **Alegaciones generales de índole tecnológica**

Para una comprensión completa y precisa de las conclusiones sobre el cumplimiento del Esquema Nacional de Seguridad (ENS) que incluye el informe, se considera imprescindible que el Ministerio de Sanidad reciba el análisis técnico realizado por el Tribunal de Cuentas, conforme con el mencionado ENS, que ha llevado a dichas conclusiones, de tal forma que pueda, de su lectura, extraer objetivamente las mejoras que debe aplicar a los procedimientos establecidos que ya utiliza para todos los sistemas de información desarrollados bajo sus competencias, y que son únicos para toda la Administración General del Estado, siendo complementarios a la certificación ISO 27000 de seguridad de la información, en cuya auditoría el Ministerio de Sanidad es pionero y que se supera cada año desde el 2008.

Con carácter general, debe señalarse que, a diferencia de lo que se indica en diversas partes del anteproyecto, todos los sistemas de información desarrollados se hacen con la participación en la definición de necesidades y requerimientos de las unidades funcionales, gestores y/o decisores que detectan la necesidad de apoyar sus competencias con plataformas tecnológicas. Estas definiciones se traducen a especificaciones técnicas con el apoyo del personal de la SGSDII y que la prioridad en la implementación de éstas se acuerda también con estas unidades, gestores o decisores, en función de los recursos disponibles en cada momento. En general los sistemas complejos, como los auditados, tienen varias unidades, gestores y decisores a los que van dirigidos, con diferentes visiones de un problemas y requerimientos no siempre coincidentes en el tiempo, lo que, unido a las limitaciones establecidas por los recursos disponibles, los plazos necesarios y las posibilidades de la tecnología pueden dar lugar a que se produzcan percepciones como las recogidas en el informe sin que realmente sea así. Éstas se deben a la falta de la visión panorámica de cada una de las unidades participantes sobre el conjunto de necesidades y las restricciones que aplican a todos los elementos.

Resulta asimismo contradictorio que el Anteproyecto de Informe señale, por una parte, la escasez de recursos tecnológicos especializados que de forma sistemática viene sufriendo el MS, y el elevado porcentaje de subcontratación que, por ello, se aplica en el ámbito ministerial, y por la otra, sugiera la posibilidad de que las unidades funcionales cuenten con recursos especializados TIC. Parece lógico que, si estos recursos son escasos, sean destinados a las unidades con competencias tecnológicas para que puedan prestar el apoyo necesario al trabajo de las unidades funcionales de forma única y coordinada.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

6. **Sistemas de información no analizados**

A pesar de que en la programación de 2021 no se especificó qué sistemas de información de sanidad y salud pública iban a ser auditados, el Anteproyecto de informe se centra únicamente en sistemas utilizados para la gestión de pandemia, excluyendo y obviando otros importantes gestionados por el Ministerio de Sanidad, como los de Receta Electrónica, Historia Clínica, el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), los Sistemas de Información de Atención Especializada o la Base de Datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en el Ámbito Público (BIFAP), entre muchos otros no atendidos en esta fiscalización.

En cualquier caso, debe significarse que la auditoría tampoco ha examinado la totalidad de los sistemas de información utilizados por el Ministerio de Sanidad para la gestión de la pandemia. A este respecto, por ejemplo, no se ha considerado el Sistema de Información creado para la gestión del Estudio de Seroprevalencia de COVID-19 (ENE-COVID), que fue clave para el éxito de este proyecto. Gracias a este sistema, España fue el primer país del mundo en poder determinar con fiabilidad el impacto real de los contagios entre la población.

Por ello, sorprende que el Anteproyecto de Informe no entre a considerar estos sistemas y, en cambio sí extienda sus análisis, en ocasiones, a correos electrónicos u hojas de cálculo empleadas en la gestión ordinaria por los órganos administrativos, que no son sistemas de información.

7. **Otras consideraciones de carácter general**

A pesar de que el informe cita en la introducción que la pandemia constituyó un hecho extraordinario a nivel mundial, el análisis parece ignorar posteriormente el contexto de una situación sanitaria de gravedad extrema y totalmente inédita, necesario para valorar tanto la situación previa a la pandemia de los sistemas de información sanitaria a nivel nacional, como para evaluar la capacidad de reacción que mostró el Sistema Nacional de Salud (SNS) en materia de información y de respuesta sanitaria, con todos sus logros y desaciertos.

Las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias a partir del 15 de marzo de 2020 se dirigieron a reforzar el SNS, asegurar el suministro de bienes y material médico y disponer

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

de la información necesaria para ello. Los conocimientos y los avances en el uso actual de las tecnologías que se han derivado de la pandemia no pueden ser tenidos en cuenta para valorar la actuación de los servicios administrativos en un momento anterior, sino que ha de estarse al estado de conocimiento y de la ciencia en los días en que dicha actuación se produjo.

Del mismo modo, y a pesar de que se señala sucintamente en la introducción que la sanidad está transferida a las administraciones autonómicas, el informe no tiene en cuenta este extremo cuando valora determinadas situaciones previas a la pandemia, como son los sistemas de información de ámbito estatal.

Se señala la constitución de la Comisión para la reconstrucción económica y social en el seno del Congreso de los Diputados y su Dictamen, aprobado en Comisión el 5 de julio de 2020, y refrendado por el Pleno del Congreso de los Diputados el 22 de julio de 2020, indicando que contiene en sus conclusiones un conjunto de medidas de mejora, refiriéndose algunas de ellas al ámbito objetivo de la fiscalización. Es preciso señalar que, de las conclusiones referidas a la sanidad y la salud pública, se dedica nada menos que un tema en exclusiva (tema 6) a la transformación digital, poniendo de manifiesto de este modo el decisivo papel que los sistemas de información desarrollados por la unidad tecnológica existente en el Ministerio de Sanidad antes y durante la pandemia, en condiciones extremadamente complejas desde el punto de vista tecnológico y administrativo, jugaron en su gestión y seguimiento, gracias a la extraordinaria implicación de todo el personal interno y externo involucrado, tanto en las unidades funcionales como en las técnicas, así como en los niveles superiores y directivos, poniendo en riesgo a diario su propia salud y la de sus familias.

Asimismo, la exitosa campaña de vacunación, referente mundial, no sólo fue posible gracias al enfoque común impuesto desde la Unión Europea para garantizar el suministro y la distribución de las vacunas, y a la Estrategia de vacunación frente al COVID en España, sino también a la organización de la logística de reparto de vacunas y al desarrollo del principal sistema de información que facilitó su seguimiento, análisis de impacto y predicción, esto es, el registro de vacunación COVID (REGVACU) y los sistemas de inteligencia de negocio asociados, que ayudaron a la toma de decisiones por parte de los responsables políticos del proceso y no solo a las unidades funcionales con competencias en la materia.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

II. ALEGACIONES ESPECÍFICAS A LOS APARTADOS

1. APARTADO I.2 ANTECEDENTES

1. Página 16

El Anteproyecto de informe señala lo siguiente; *"(…) el confinamiento domiciliario general de la población, y por tanto de los empleados públicos de actividades no esenciales, originó la necesidad de ordenar y conciliar la prestación de los servicios de forma presencial y telemática (…)".*

Se trata de una afirmación imprecisa, pues en ningún momento el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, ordenó el confinamiento domiciliario de todos los trabajadores no esenciales.

Lo que el artículo 7 de dicho Real Decreto estableció fue la limitación de circulación por las vías de uso público de la población, manifestando expresamente entre las excepciones "el desplazamiento al lugar de trabajo para efectuar su prestación laboral, profesional o empresarial", sin ninguna alusión al carácter esencial o no de los trabajadores.

Cuestión diferente fue la recomendación general de extender el teletrabajo en aquellas empresas e instituciones en las que ello fuera posible, para lo que, además, se ofrecieron diferentes facilidades, por ejemplo, mediante el Real Decreto- Ley 8/2020, de 17 de marzo.

El único momento en el que sí se produjo dicho confinamiento general de trabajadores no esenciales tuvo lugar entre el 30 de marzo y el 9 de abril de 2020, periodo durante el cual fue de aplicación el permiso retribuido recuperable establecido en el Real Decreto-Ley 10/2020, de 29 de marzo.

Por ello, se solicita que en el informe final se corrija dicho párrafo, cuya redacción podría ser la siguiente:

"(…) ***Las limitaciones a la circulación y la recomendación de teletrabajar siempre que ello fuera posible,*** *originaron la necesidad de ordenar y conciliar la prestación de los servicios de forma presencial y telemática (…)".*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

2. **APARTADO II.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, ALERTAS Y EMERGENCIAS (Págs. 19 a 66)**

1. Solicitud de supresión por exceder el ámbito objetivo de la fiscalización

Tal y como se señaló en las alegaciones generales, el Anteproyecto de Informe incluye en este apartado la fiscalización de diversas cuestiones que no están relacionadas directamente con los sistemas de información, por lo que se excedería el objeto del mismo, como fue establecido en la programación del Tribunal para el año 2021.

Se solicita, por tanto, en aplicación de las Normas Técnicas que rigen los procesos de fiscalización en el Tribunal de Cuentas, que **el informe se centre únicamente en el concepto de sistemas de información establecido por la RAE y, en consecuencia, que la fiscalización se circunscriba a los "elementos informatizados de acuerdo con un almacenamiento estructurado, que permite el acceso, las relaciones entre sus elementos, la puesta en común y la interoperabilidad con otros sistemas".**

Ello supondría centrar los análisis exclusivamente en los sistemas de información que dan soporte a la vigilancia epidemiológica:

- **La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)**
- **Sistema de Vigilancia en España (SIVIES).**
- **Vigilancia centinela de la gripe y otras enfermedades respiratorias, con sus respectivas aplicaciones (SIVIRA).**
- **Sistema de información microbiológica (SIM).**
- **Sistema de monitorización de la mortalidad diaria por todas las causas (MOMO).**

Y, por tanto, implicaría también **la exclusión de toda referencia a otras cuestiones y valoraciones no relacionadas directamente con estos sistemas, en particular la supresión de los subapartados II.1.1. (págs. 19 a 23), II.1.2 (págs. 23 a 26) y II.1.3.3 (págs. 43 a 49), así como de los Anexos a los que se remiten.**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En estos subapartados, la fiscalización excede el ámbito de los sistemas de información, entrando a considerar y valorar en detalle aspectos como el funcionamiento de los órganos de cooperación en materia sanitaria (actas reuniones, secretaría ejecutiva, etc.), los órganos administrativos con competencias en salud pública, las políticas de vigilancia y gestión de alertas desde 2013, pero sobre todo desde 2018 (sin relación alguna tampoco con los sistemas de información), o las decisiones adoptadas desde el punto de vista epidemiológico en relación con la pandemia de COVID-19.

Esta exclusión se solicita con independencia de que en el texto de estos subapartados el Anteproyecto de informe incorpore referencias expresas al concepto "sistemas de información" o a sistemas de información específicos, ya que dichas referencias, en realidad, no conllevan valoración o análisis de los sistemas a los que se alude, sino únicamente, juicios acerca de cuestiones sustantivas o materiales de la actuación del departamento, incluyendo las relativas a la política de comunicación pública, de la actuación del departamento, con las que los sistemas de información pueden tener alguna relación que, en cualquier caso, será siempre instrumental y totalmente accesoria a dichas cuestiones de mera gestión material. Tal modo de proceder resultaría contradictorio con lo recogido en los apartados a) y c) de la Norma Técnica 68 de las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, y excedería el ámbito propio de la fiscalización operativa de los sistemas de información.

Sin perjuicio de la anterior solicitud de supresión de estos apartados y referencias concretas, a continuación, se realizan alegaciones específicas al Apartado II.1. Estas alegaciones han de entenderse realizadas con **carácter supletorio a dicha solicitud.**

2. Uso de herramientas comerciales para la gestión de las reuniones de los órganos colegiados dependientes del Consejo Interterritorial del SNS (Apartado II.1.1)

Se menciona en el apartado II.1.1. y en las conclusiones, que el uso de herramientas ofimáticas comerciales en la gestión de las reuniones de los órganos colegiados, comisiones, subcomisiones y ponencias dependientes del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), no garantizan el cumplimiento de los principios de seguridad, integridad y trazabilidad.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

La mayoría de las Conferencia Sectoriales utilizan este tipo de herramientas; además en el caso del CISNS estos principios se aseguran con unas adecuadas políticas de gestión de la información, como las implantadas en el MS, la infraestructura de seguridad perimetral y el control de accesos a la documentación mencionada, clasificada en unidades de red de acceso restringido.

En cuanto a la mención de la explotación ágil de su contenido, las propias herramientas ofimáticas utilizadas contienen funcionalidad que lo permite.

El Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania, modificó en virtud de su disposición final vigésima segunda, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, al objeto de añadir una nueva disposición adicional trigésima cuyo apartado 1 establece la creación de la Plataforma Digital de Colaboración entre las Administraciones Públicas, Cooper@, como instrumento destinado a facilitar las relaciones y el soporte electrónico de los órganos integrantes del sistema de Conferencias Sectoriales y, en general, de los órganos de cooperación contemplados en el título III de la citada ley, en adelante, sistema de órganos de cooperación.

Entre las funcionalidades atribuidas a Cooper@ se encuentran, entre otras, la de centralizar la información, sustituir el uso del correo electrónico en la gestión de convocatorias y documentación, así como facilitar el desarrollo de todas las tareas administrativas y de soporte para la celebración de encuentros de órganos colegiados y su toma de decisiones. Asimismo, Cooper@ servirá como una herramienta de apoyo para organizar la documentación, elaborar órdenes del día, actas, listados de asistentes, facilitar la gestión de votaciones incluyendo la suplencia y/o delegación de voto, y la preparación colaborativa de la documentación necesaria en los procesos de toma de decisiones de los órganos de cooperación. Es, además, un instrumento de recopilación de datos e información agregada y estadística sobre el propio funcionamiento del sistema de órganos de cooperación, que facilitará la obtención, tratamiento y uso de la información.

Por lo tanto, el Ministerio de Sanidad está a la espera de la implementación de esta plataforma por parte del Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, que vendrá a sustituir las herramientas ofimáticas utilizadas.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En consecuencia, se solicita que, en caso de no ser atendidas las alegaciones anteriores sobre la supresión de las cuestiones no vinculadas con los sistemas de información, se tengan en cuenta en el Informe Final las anteriores consideraciones.

3. Sistemas de Información de Alertas y emergencias (Apartado II.1.2)

Los entregables y las actas de las reuniones forman parte de la documentación que se audita por la Intervención Delegada, junto, con sus asesores tecnológicos asignados, en los actos de recepción a los que los servicios de desarrollo e implementación han estado sujetos con resultado satisfactorio en lo que respecta a los sistemas de información mencionados.

La pandemia ha supuesto una amarga oportunidad para el rediseño de los procesos involucrados en la vigilancia epidemiológica, de los que los nuevos sistemas, diseñados e implementados con visión de integración, para su gestión y seguimiento desde el Ministerio de Sanidad, dan buena cuenta. Este hecho, apuntalado en la creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, permitirá superar problemas puestos de manifiesto en los sistemas de información durante la pandemia, por ejemplo superar las dificultades de asignación CIP-SNS que no son correctas o evitar la dualidad existente en el desarrollo de sistemas de información para la vigilancia entre el Instituto de Salud Calos III (ISCIII) y el propio departamento, ya que en su borrador se establece que dichas plataformas sean implementadas por el MS y operadas desde su Centro de Proceso de Datos (CPD).

Se está desarrollando en la actualidad, financiado con fondos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, y asociado al hito de cumplimiento 281 del Componente 18, Inversión 3, que permite su ejecución hasta diciembre de 2025, un Sistema de Información para la Red de Vigilancia en Salud Pública con una visión holística y formado por varios módulos, uno de los cuales es para el sistema nacional de alerta precoz y respuesta rápida (denominado HEIMDAL), cuya primera versión está ya en producción, con las siguientes funcionalidades, definidas y aprobadas por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES):

- Notificación de señales, eventos y alertas.
- Prestaciones colaborativas
- Integrado con SIVIES

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- Gestión de permisos, roles y usuarios.
- Buscador de alertas.
- Trazabilidad de accesos y acciones.
- Gestor documental
- Generación de informes.

El Anteproyecto de Informe considera también que las obligaciones de remisión de información epidemiológica o relacionada con salud pública amparadas únicamente por la Ley 2/2021 han decaído una vez declarada la finalización de la crisis sanitaria del Covid-19 en julio de 2023, sin haberse completado el desarrollo de los nuevos marcos de vigilancia, lo que, considera, implicaría el riesgo de reproducir algunas de las debilidades sistemáticas en la gestión de la información que se produjeron en 2020.

Si bien efectivamente, el proceso de generación normativa no ha finalizado, el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio permite continuar exigiendo una parte importante de la remisión de información epidemiológica relacionada con el COVID, por decisión del CCAES.

Así, en su exposición de motivos, indica que, para asegurar el adecuado seguimiento epidemiológico y la detección temprana de posibles cambios en la tendencia y el comportamiento de la COVID-19, resulta preciso continuar con la utilización de algunos de los sistemas de monitorización establecidos en la pandemia para el seguimiento de determinados indicadores, tal y como sucede con el Sistema Estatal de Resultados de Laboratorio para pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (SERLAB) y el Registro de Vacunación frente al COVID-19 (REGVACU).

Por lo tanto, este Real Decreto incorpora a los sistemas que componen la red nacional de vigilancia epidemiológica, tanto el Sistema Estatal de Resultados de Laboratorio para Pruebas Diagnósticas de SARS-CoV2 (SERLAB-CoV), como el Registro de Vacunación frente al COVID-19 (REGVACU), cuyos protocolos de actuación fueron establecidos por el CISNS.

En consecuencia, la necesidad de continuar con la vigilancia obligatoria de la COVID-19 y de mantener en funcionamiento un sistema que permita el seguimiento de los resultados de las pruebas diagnósticas, así como los datos de vacunación, hace que sea preciso

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

modificar el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica, algo que se realizó de manera efectiva en el artículo 208.

Por tanto, se solicita la consideración de las anteriores alegaciones en la redacción del Informe final.

4. Grado de interoperabilidad y acceso a información clínica

El Anteproyecto de Informe hace referencia al limitado grado de interoperabilidad entre los sistemas de información de atención sanitaria y los de salud pública en el ámbito de las CCAA, y que este grado de interoperabilidad proviene de una infradotación de inversiones en sistemas de información de salud pública y de epidemiología (Pág. 40).

Es preciso señalar que la infradotación de inversiones en sistemas de información y las plataformas tecnológicas que los sustentan no es un hecho exclusivo de la salud pública, sino de todas las especialidades en general, consecuencia de la reducción del gasto sanitario, debido a restricciones presupuestarias ocasionadas por la crisis económica a partir del año 2010, como puede comprobarse en el informe que la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) publica anualmente (https://seis.es/indice-seis/). En este informe se recoge la inversión destinada a las TIC en el SNS el año anterior y es una referencia en el sector de salud, pues permite conocer el estado real de la implantación de las TIC en el sector sanitario público español.

En la siguiente tabla pueden consultarse los datos desde el año 2012 hasta el 2021:

	2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
GASTO GLOBAL EN TIC (ME)	704	625	661	665	674	695	729	707	783	899
GASTO GLOBAL SANITARIO (ME)	56.000	52.204	51.858	52.909	55.077	57.231	59.209	61.093	63.232	66.214

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

% TIC vs SANITARIO	1,256	1,196	1,27	1,26	1,22	1,22	1,23	1,16	1,241	1,36
GASTO TIC POR PERSONA PROTEGIDA (E)	15,46	13,53	14,31	14,32	14,60	15,09	15,75	15,15	16,72	19,18
PERSONAS PROTEGIDAS (miles)	45.559	46.157	46.197	46.397	46.170	46.090	46.279	46.686	46.860	47.230

El informe refleja de forma clara el impacto de la pandemia en el incremento de la inversión TIC por parte de la sanidad española en su conjunto durante el año 2020 y 2021, **circunstancia que, se considera, debiera figurar en la versión final del Informe.**

La asignación de fondos europeos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia a la transformación digital de las administraciones públicas en general, y al sector sanitario y a los sistemas de vigilancia en salud pública en particular, así como la publicación de la Estrategia de Salud Digital del SNS y de su gestión por la SGSDII, con una línea de acción específica dedicada a este fin, están posibilitando la mejora y evolución de los sistemas de vigilancia epidemiológica, con un horizonte señalado por la Comisión Europea en diciembre de 2025 para su consecución, como ya se ha indicado.

Es necesario señalar como errónea la referencia a la interoperabilidad de los sistemas de información de salud pública con la Historia Clínica Digital Interoperable, pues ésta se utiliza únicamente para la atención a pacientes en movilidad, y la información clínica que contiene es un subconjunto de aquella incluida en las historias clínicas digitales de las CCAA, siendo a éstas a las que debe estar referida la citada interoperabilidad.

En cuanto al posible acceso del personal experto en salud pública a las historias clínicas digitales con carácter general, cabe señalar que no está permitido por la legislación de protección de datos personales y sanitaria vigente (ver art 16 de la ley 41/2002 que no contempla dicho acceso generalizado, sino particularizado y motivado) y deberá estarse a las condiciones señaladas por la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) en su

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

informe al proyecto de Real Decreto de Vigilancia en Salud Pública, que se adjunta como documentación complementaria (**Anexo 1**_Informe AEPD_RD_VIGILANCIA). De forma resumida, se especifica claramente el carácter excepcional del tratamiento de los datos identificativos, la imposibilidad de contar con un acceso masivo e indiscriminado a datos personales por parte de los expertos en salud pública, y respecto de la interoperabilidad, se señala que el uso de los identificadores personales solo procederá cuando sea estrictamente necesario, debiendo adoptarse las medidas técnicas oportunas que eviten el uso indebido de los mismos. Esta es otra de las razones para que el anteproyecto de ley de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública haya incluido que la implementación y operación de los sistemas de información de vigilancia en salud pública deba ser responsabilidad del propio MS y ser operados desde su CPD.

La preocupación por la posibilidad de uso de datos clínicos asistenciales para la salud pública es común a todas las autoridades sanitarias del SNS. Por ello, en el Plan de Transformación Digital de Atención Primaria, incluido en el PERTE Salud de Vanguardia y liderado por la SGSDII del Ministerio de Sanidad junto con las CCAA, uno de los grupos de trabajo está dedicando una línea de actuación específica a este fin, con participación tanto de personal de perfil epidemiológico como tecnológico.

5. Otras alegaciones concretas al Apartado II.1

- **Páginas 22 y 23**

El Anteproyecto de informe analiza en estas páginas varias cuestiones sobre los órganos de cooperación sanitaria. Sostiene que "*los cambios de adscripción organizativa de las tareas de secretaría ejecutiva junto con la falta de una herramienta tecnológica fiable de apoyo, máxime con una frecuencia de celebración de sesiones tan elevada, no han contribuido a que existiera una continuidad en el desempeño de las tareas: custodia de documentación, seguimiento de acuerdos y soporte administrativo, entre otras tareas" (página 23)*.

Además de reiterar que la actividad de los órganos de cooperación constituye un ámbito que excedería el objeto de una fiscalización de este tipo, las conclusiones a las que llega el Anteproyecto de Informe, nuevamente, no se basan en datos objetivos o hechos probados, sino en meras conjeturas. Como ya se ha señalado, las herramientas comerciales eran suficientes a los efectos pretendidos y el cambio de titularidad del órgano encargado de la

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

secretaría ejecutiva no afectaba a la continuidad de los trabajos, tanto por la adscripción de los funcionarios encargados de esta tarea a los nuevos órganos, como por la existencia de repositorios comunes que garantizaban, en todo caso, esta continuidad.

Por todo ello, se solicita que en la versión final del informe se eliminen todas las referencias a los órganos de cooperación y, en todo caso, las conclusiones y juicios de valor realizados sin contar con el suficiente apoyo justificativo.

- **Página 24**

En el epígrafe A sobre "Estructuras organizativas", el Anteproyecto de Informe hace alusión a la distinta activación de estas medidas en comparación con la crisis de la listeria. A este respecto, comparar el manejo de la crisis sanitaria originada por la COVID 19 con la crisis de la listeria supone desconocer la historia natural de la enfermedad, sus vías de transmisión, epidemiología y medidas de control de la transmisión. La crisis de la listeria fue una crisis fundamentalmente alimentaria y, por tanto, coordinada junto con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Las medidas para su control estaban relacionadas con la seguridad alimentaria: identificación de productos afectados, gestión de alertas de productos y retiradas de la comercialización, control del riesgo de las empresas alimentarias afectada, etc. Por tanto, no era una crisis sanitaria que requiriera la adopción de las mismas medidas coordinadas en el ámbito de las competencias de sanidad que la crisis provocada por el COVID-19.

En consecuencia, se solicita que en la redacción final del Informe se elimine la referencia a la crisis de la listeria o, al menos, se pongan de manifiesto las grandes diferencias existentes entre ambas crisis.

Igualmente, ha de señalarse que, ante las posibles incidencias detectadas en la carga de datos en el sistema de información de los casos de listeriosis, estos fueron realizados por la Comunidad Autónoma que resultó más afectada (Anexo 13 del Anteproyecto). A fin de que los resultados de la fiscalización reflejen la realidad de los hechos, esta circunstancia debería quedar claramente recogida en el Informe final, identificándose, además, la Comunidad Autónoma que fue la responsable de cargar los datos en el sistema de información.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- **Página 25**

Al final de esta página el Anteproyecto hace referencia a los PGE para 2018 (periodo que queda fuera del ámbito temporal preestablecido), en los que figuraría una "actividad" en el Programa 313B sobre el desarrollo de una herramienta informática de alertas sanitarias.

Se desconoce la aplicación presupuestaria a la que el Anteproyecto se refiere o si, como parece ser el caso, tal elemento figura únicamente en la memoria descriptiva de dichos PGE y no en los estados de gastos de la Sección Presupuestaria, y lo hace además (como muchas otras "actividades"), de manera meramente enunciativa, sin mayor explicación, detalle de sus características o dotación presupuestaria alguna.

En todo caso se considera que harían falta evidencias más robustas para sostener la conclusión que consta al principio de la página 26, es decir, que la mera mención de una herramienta informática en un documento descriptivo, como lo es dicha Memoria, por si sola, en ningún caso, "evidencia que el MSND ya antes de la aparición de la pandemia había identificado una carencia en este ámbito".

Teniendo en cuenta lo anterior, y a fin de garantizar la objetividad del análisis y la proporcionalidad entre los hechos y las conclusiones, se solicita la supresión, al menos, del último párrafo de la página 25 (que continúa en la 26), desde "El fallido despliegue (…) hasta "en este ámbito".

- **Página 27**

El Anteproyecto de Informe considera que la Estrategia de Vigilancia de Salud Pública solo tenía valor de recomendación. En particular, señala lo siguiente *"Cabe recordar que, sin embargo, de acuerdo con los arts. 73 de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad, y 151 de la Ley 40/2015, del Sector Público, esta Estrategia tiene valor de recomendación, al no haberse declarado expresamente una "actuación coordinada" en materia de salud y su el despliegue de los cambios en la vigilancia epidemiológica que se desarrolla requiere la modificación de las disposiciones normativas de aplicación (…)".*

Se considera que esta afirmación no es correcta. Según el artículo 151.2.a) de la Ley 40/2015, los acuerdos de Conferencia Sectorial (como es el CISNS) serán de obligado

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

cumplimiento cuando la Administración General del Estado ejerza funciones de coordinación, según el orden constitucional de distribución de competencias. Este precepto no exige una declaración expresa de "actuación coordinada" para que opere tal obligatoriedad en el supuesto, como sería el caso, de que se estuviera ante funciones de coordinación.

A continuación, el Anteproyecto señala que *"a la finalización de la crisis sanitaria del Covid-19, en julio de 2023 no se había completado la tramitación de la propuesta de RD de Vigilancia en Salud Pública, destinado a actualizar el marco normativo RD 2210/1995".*

A este respecto debe indicarse que el Real Decreto por el que se Crea y Regula la Red de Vigilancia en Salud Pública excede el objeto de la presente fiscalización operativa, que habría de circunscribirse a los sistemas de información, en este caso para la vigilancia de las enfermedades transmisibles y alertas. La Red se limita a coordinar los diferentes sistemas de vigilancia para que la vigilancia de la salud sea completa, y no limitada solo a enfermedades trasmisibles. Por tanto, la fiscalización habría de circunscribirse, únicamente a los sistemas de información que dan soporte a RENAVE (1995) y a SIAPR (2013).

Adicionalmente, ha de señalarse que la afirmación de que el RD de Vigilancia en Salud Pública está "*destinado a actualizar el marco normativo RD 2210/1995*", es incorrecta, en cuanto ese RD de Vigilancia en Salud Pública lo que regula es la estructura, gobernanza y funciones de la red, no los sistemas de vigilancia que tendrán su regulación específica. En su caso, la actualización del RD 2210/1995 se produciría por el RD que regule el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles.

Por tanto, se solicita que en la versión final del informe se elimine el último inciso del segundo párrafo de la página 27 transcrito anteriormente.

- **Página 27 y ss.**

En estas páginas el Anteproyecto de informe vuelve a extralimitarse con respecto a las materias que debieran haber constituido su objeto, pues entra a analizar y valorar diferentes cuestiones sobre el sistema competencial, organizativo y funcional de la vigilancia de la salud pública en España que no tienen ninguna vinculación con los sistemas de información. Podría ser comprensible que el Informe haga referencias al sistema organizativo y funcional de vigilancia de la salud pública, pero únicamente para proporcionar el contexto necesario que facilite la comprensión del análisis de los sistemas

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

de información, pero no como un objeto de auditoría en sí mismo, que es lo que realiza el Anteproyecto de Informe.

En consecuencia, se reitera la solicitud de eliminar en la versión final del Informe toda referencia que no suponga auditar los sistemas de información que dan soporte a la vigilancia epidemiológica.

- **Página 30**

El Anteproyecto de Informe afirma lo siguiente:

> *"Cabe destacar que uno de los factores que ha dificultado la mejora de los sistemas de información en el ámbito de la vigilancia epidemiológica es la falta de actualización del marco jurídico. El mandato de la LGSP 33/2011, en particular sus arts. 13.3 y 40 no había sido objeto de desarrollo en el periodo fiscalizado en el ámbito de la vigilancia, manteniéndose el RD 2210/1995 vigente. A este respecto, pese al mandato de esa Ley, a que en la sesión de la CSP de 12 de septiembre de 2019 ya se deliberó sobre un borrador de RD y a que en julio de 2021 ya existía una propuesta de texto que en febrero de 2022 se sometió a trámite de consulta pública, las dos únicas reformas han sido las parciales introducidas por el referido Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio y la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, sin que haya prosperado, en julio de 2023, la aprobación de un nuevo Real Decreto, a consecuencia de la disolución de las Cortes Generales".*

En este párrafo, el Anteproyecto vuelve a confundir conceptos y a extender la fiscalización a elementos ajenos a los sistemas de información. Una cosa son los sistemas de información y otro diferente son los sistemas de vigilancia. No es, en absoluto, condición para que se produzca una "mejora" en los sistemas de información actualizar este marco normativo. Se trata de cuestiones diferentes e independientes.

Los distintos sistemas de información que dan soporte a los sistemas de vigilancia no son objeto de regulación normativa específica. La mejora de los sistemas de información se está impulsando a través de transferencias a las CCAA de fondos vinculados al PRTR, de forma independiente al desarrollo normativo y la regulación de los sistemas de vigilancia.

Por otra parte, resulta llamativo que el Anteproyecto de Informe destaque la lentitud en la tramitación de estos textos normativos desde 2019, ignorando, por un lado, los esfuerzos

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

realizados para impulsar su aprobación durante el período en que nos enfrentamos a la mayor crisis sanitaria conocida de los últimos 100 años. Por otro, que en su valoración crítica olvide mencionar el tiempo transcurrido desde la aprobación de la LGSP 33/2011 hasta 2019: casi una década, en la que no se realizó ni un solo impulso o intento para aprobar este desarrollo normativo. A pesar del ámbito temporal de informe, el Anteproyecto no tuvo inconveniente en remitirse hasta el año 2013 en algún otro supuesto (pág. 25 por ejemplo).

En caso de incluir en el informe final las referencias a este marco normativo (a pesar de quedar al margen del ámbito objetivo de fiscalización), **en aras de mantener la debida objetividad y equilibrio en la fiscalización, el informe final debería ponderar la situación vivida y la enorme carga de gestión que afrontó el Ministerio de Sanidad a la hora de valorar su actuación en este ámbito. E igualmente debería valorar y ponderar también qué sucedió durante el periodo comprendido entre 2011 y 2019.**

Finalmente, también en esta página 30, el informe identifica como una supuesta debilidad "*la coexistencia de diversos subsistemas de notificación paralelos: los propios de las enfermedades de declaración obligatoria, como el de la notificación individualizada, que es la que aporta más información, la agregada y la de brotes, junto con otros subsistemas que pueden incorporar las mismas enfermedades (sistema de información microbiológica, SIDA/VIH, sistemas centinelas) u otros complementarios existentes, como las herramientas para información sobre las IRAS o las específicas diseñadas para efectuar estudios de doble naturaleza, científica y de salud pública como los dedicados al estudio de la mortalidad de cáncer y a la mortalidad por causas diversas".*

En este caso, el posible desconocimiento del ámbito de la vigilancia epidemiológica hace que se lleguen a identificar como "debilidades", lo que, en todo caso, deberían calificarse de fortalezas.

En primer lugar, se debe tener en cuenta que existen sistemas que no son paralelos, sino complementarios. A modo de ejemplo, el Sistema de Información Microbiológica (SIM) complementa información de laboratorios microbiológicos que puede haber pasado desapercibida por la notificación individualizada de los profesionales de la medicina o por la declaración de brotes epidemiológicos y además aporta información de microorganismos que no originaban EDO. Es decir, la existencia de sistemas complementarios garantiza la seguridad y exhaustividad de la propia vigilancia.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En segundo lugar, no todas las enfermedades, ni siquiera todas las enfermedades transmisibles, se vigilan igual. De hecho, la vigilancia epidemiológica en países avanzados se sustenta en sistemas distintos que permiten adaptarse a la diferente tipología de enfermedades transmisibles, a sus distintos mecanismos de transmisión y distintos momentos de detección de la infección/enfermedad. A modo de ejemplo, las de curso lento como VIH/SIDA, deben tener una notificación diferente a las de curso más agudo. Las que cursan en brotes epidémicos estacionales que afectan a gran cantidad de población, suelen sustentarse en sistemas de vigilancia centinela por lo poco eficiente y lenta que resulta la notificación individualizada de los casos.

Por otro lado, se realiza mención en este párrafo al estudio de la mortalidad por cáncer y otras causas que no son objeto de análisis de este apartado II.1.3.

Al final de esta página 30 el Anteproyecto de informe insiste: "(…) *la conservación de la parte dispositiva del RD 2210/1995 sin modificaciones ha impedido que evolucionara la regulación de la RENAVE para adaptarse a las novedades tecnológicas y a las necesidades emergentes".*

De nuevo, vuelve a confundirse el concepto de sistema de información con el de vigilancia. Esta afirmación se realiza sin que exista fundamento que la sustente, puesto que las innovaciones tecnológicas pueden adoptarse sin necesidad de modificar la RENAVE. por lo que **se solicita su supresión en el Informe final.**

- **Página 31**

Se afirma que "*el diseño de la información que se envía se fundamenta en un esquema de fichas en soporte papel, sin que en su definición se haya planteado el potencial de las nuevas tecnologías de la información en materia de interoperabilidad y de disponibilidad de la información en tiempo real*".

No se comprende el alcance de esta afirmación, si se está refiriendo a la definición llevada a cabo en 1995 o al periodo actual. En todo caso, debe significarse que el Ministerio de Sanidad no solo se ha planteado, por supuesto, el potencial de las nuevas tecnologías, sino que se está trabajando en esa línea e impulsando el desarrollo en el nivel autonómico

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

mediante transferencias a las CCAA procedentes del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia (PRTR), como ya se ha señalado.

De esta forma, el sistema de información de vigilancia en salud pública ha contado con una dotación de 27,4 millones de euros para 2021, 2022 y 2023. Aquí se incluye una inversión de ocho millones de euros para el nodo central del sistema y 16,2 millones de euros para desarrollar en cada comunidad autónoma los componentes de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública que incluye inversión a escala central y autonómica. El objetivo principal de la mejora de la Red de Vigilancia en Salud Pública es ampliar e integrar los sistemas de información de enfermedades transmisibles y no transmisibles existentes en España. Esto incluye el equipamiento y las herramientas tecnológicas que le dan soporte. Esta inversión se está realizando tanto en el nodo central (nueva Agencia Estatal de Salud Pública y Ministerio de Sanidad) como en los nodos regionales (instituciones de salud pública de las CCAA). El objetivo es aprovechar todos los desarrollos e infraestructuras del nodo central del SNS, que han demostrado su fortaleza y versatilidad desde el año 2013, así como los mecanismos actualmente en uso para el intercambio de información administrativa y clínica, tanto en la recepción de datos remitidos desde fuentes primarias, como los que dan soporte a la tarjeta sanitaria individual, receta electrónica interoperable, uno de los servicios mejor valorados por la ciudadanía, e historia clínica del SNS.

Se trata, obviamente, de un proceso complejo y que requiere su tiempo, pero que no conoce precedentes en cuanto a su impulso y apoyo mediante la distribución de fondos, que permitirán, no solo aprovechar las potencialidades de las nuevas tecnologías de la información, sino también terminar con el desarrollo asimétrico de los sistemas de información epidemiológica en las distintas Comunidades Autónomas. El ECOFIN del 16/10/2023 aprobó la adenda al PRTR, por la que se amplía el plazo de ejecución del Componente 18, Inversión (Hito CID 281) al último trimestre de 2025, precisamente por la gran complejidad en su ejecución y la necesaria implicación de todas las CCAA, por lo que la entrada en funcionamiento del sistema de Información de la Red de Vigilancia en Salud Pública se amplía hasta esa fecha.

Más adelante en esta página, el Anteproyecto de Informe sostiene lo siguiente:

> *" La reforma introducida por el Real Decreto-ley 5/2023, consolida la información epidemiológica sobre las enfermedades respiratorias agudas (SARS; entre ellas el Covid-19) a los efectos de su vigilancia una vez concluida la emergencia, pero no*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

aborda la modernización de la vigilancia epidemiológica, ni culmina el desarrollo reglamentario de la LGSP ni supone una reforma del marco normativo orientado a una vigilancia integral en salud pública, como la aludida en la Estrategia acordada en el CISNS en 2022 (…)

Efectivamente, la reforma introducida en el RDL 5/2023 tan solo consolidaba la información epidemiológica porque este era su objeto.

No es su objeto la modernización de la vigilancia epidemiológica, ya que esta se aborda a través de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública aprobada en el CISNS en junio de 2022 y el despliegue de sus diferentes líneas de acción.

Tampoco es su objeto culminar el desarrollo normativo de la LGSP ni la reforma del marco normativo orientado a una vigilancia integral. **Como es conocido y debiera considerarse en la versión final del Informe (en caso de mantenerse las referencias a estas cuestiones ajenas a los sistemas de información), los esfuerzos llevados a cabo a partir de 2020 para desarrollar la LGSP de 2011, no han tenido precedente en el período pre-pandémico.** En el contexto de la peor crisis sanitaria vivida, desde el Ministerio de Sanidad se ha impulsado el desarrollo de la LGSP como no se hizo durante la década anterior. Sirvan a modo de ejemplo los siguientes hitos:

a) La Estrategia de Salud Pública, prevista en la LGSP 33/2011, como marco para la planificación de la salud pública y propiciar la equidad en salud. Fue aprobada por el Pleno del CISNS en junio de 2022.

   Tiene una duración quinquenal y se va a evaluar cada dos años, estableciendo por primera vez las directrices para un desarrollo homogéneo de la Salud Pública en toda España en sus aspectos de promoción, prevención, protección de la salud. Su aprobación supuso cumplir uno de los hitos del PRTR comprometidos con la Comisión Europea (CID #274 del C18.R2 del PRTR).

b) La tramitación del Proyecto de Real Decreto por el que se crea la Red de Vigilancia en Salud Pública, que ha requerido en su tramitación de numerosos informes y se encuentra pendiente de informe del Consejo de Estado. Este real decreto permitirá crear una red de redes con las CCAA y otras Administraciones. La Red de Vigilancia en Salud Pública coordinará los diferentes sistemas existentes e incorporará nuevos

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

sistemas como el de Enfermedades no transmisibles, Salud Ambiental o el de Salud Laboral, para integrar la información, analizarla e interpretarla con una visión transdisciplinar y con enfoque *One Health*.

c) Durante el mes de mayo de 2023, se realizó Consulta Pública Previa de 3 proyectos de Real Decreto por el que se regulan diversos sistemas de vigilancia integrados en la Red: Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles, Sistema de Vigilancia de Cáncer y Sistema de Vigilancia en Salud Laboral. En las mismas fechas, también se realizó la Consulta Pública Previa del Proyecto de Real Decreto por el que se desarrolla el Plan Estatal de preparación y respuesta frente a amenazas para la salud pública. Estos proyectos están vinculados al Real Decreto de creación de la Red de Vigilancia en Salud Pública que, una vez publicado, permitirá avanzar en sus tramitaciones normativas.

d) Otro aspecto aún pendiente de desarrollo de la LGSP 33/2011 es la evaluación del impacto en salud.

El proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del SNS, remitido al Congreso de los Diputados el 14 de junio de 2022 (que decayó por la disolución de las Cortes Generales), incluía en su articulado la modificación de la Ley 50/1997, del Gobierno, y del Real Decreto 931/2017, a fin de incorporar a la Memoria de Análisis de Impacto Normativo (MAIN) la evaluación del impacto en la salud de la población y sus determinantes. Tras la constitución de las Cortes, se está tramitando actualmente un proyecto de Ley de Cohesión y Equidad que incluye este contenido.

e) La Agencia Estatal de Salud Pública.

La Ley 33/2011 preveía la creación de un Centro Estatal de Salud Pública, dependiente de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, con funciones de asesoramiento técnico-científico y de evaluación de la Estrategia de Salud Pública. Tras un proceso de reflexión participativo con las sociedades científicas, colectivos profesionales y agentes expertos y tomando como base las lecciones aprendidas tras la pandemia, se ampliaron las funciones inicialmente previstas por la Ley 33/2011 como centro asesor, pasando a ser una Agencia con independencia técnico-científica que, entre otras funciones coordine y evalúe la Red de Vigilancia en Salud Publica, ejerza de nodo central de esta red de redes, refuerce la coordinación entre los servicios de salud

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

pública y los servicios asistenciales de las CCAA, coordine las actividades de preparación y respuesta ante amenazas para la salud pública y elabore el Plan de Preparación y Respuesta.

El Consejo de Ministros aprobó el 7 de febrero de 2023 el proyecto de Ley por el que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública. Con la disolución de las Cortes Generales fue necesario iniciar una nueva tramitación normativa, una vez conformado el nuevo gobierno. En enero de 2024 el Consejo de Ministros lo aprobó, de nuevo, y se inició nuevamente su tramitación parlamentaria por la via de urgencia.

- **Páginas 32 y 33**

Al final de la página 31 y comienzo de la página 32, el informe confunde la tramitación de dos Reales Decretos totalmente distintos. De un lado, el Real Decreto por el que se Creay Regula la Red de Vigilancia en Salud Pública y, de otro, el Real Decreto por el que se regula el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, llegando a considerar que el segundo es el mismo que el primero, pero con "*con un alcance más reducido*" y que además "*fue sometido a un nuevo trámite de información pública*". Tal y como se ha explicado en los puntos anteriores, se trata de dos Reales Decretos diferentes, no solo en su alcance, sino también en su contenido.

Además, se afirma que no se culminó su aprobación debido a la disolución de las Cortes, lo que tampoco es correcto. Se obvia, en el caso del Real Decreto de la Red de Vigilancia en Salud Pública, que se trata de una tramitación larga, debido fundamentalmente al amplio rango de informes que han debido ser recabados[6].

[6] Los hitos que hasta el momento se han cumplido son los siguientes:

- Información pública, realizada desde el 9 de febrero hasta el 2 de marzo de 2023, así como trámite de audiencia pública durante quince días hábiles a las entidades que representan intereses legítimos directamente afectados por la norma.
- Informe de Ministerios de Derechos Sociales y Agenda 2023 (24/02/23), Defensa (28/02/23), Ciencia e Innovación (28/02/23), Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (28/02/23), para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (07/03/23), Consumo (07/03/23), Agricultura, Pesca y Alimentación (12/03/23) Industria, Comercio y Turismo (16/03/23) y Hacienda y Función Pública (17/03/23), de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.
- Informe Ministerio de Política Territorial (28/02/2022) acerca de la adecuación del proyecto al orden constitucional de distribución de competencias entre el Estado y las comunidades

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Por otro lado, en la página 33, en relación con la listeriosis, el Anteproyecto de Informe llega a afirmar que "*no se elaboró ni publicó ningún informe o boletín específico de esta enfermedad por el ISCIII*". Se trata de nuevo de una afirmación incorrecta, puesto que además del informe sobre el brote emitido por el CCAES en septiembre de 2019[7], por parte del ISCIII se publicó el correspondiente "*Informe epidemiológico sobre la situación de la listeriosis en España. Años 2019 y 2020*"[8]. Igualmente están disponibles en la web informes de listeriosis de años posteriores.

- **Página 34**

El Anteproyecto de Informe alude en esta página a que el estudio al que se refiere se enmarca en la Estrategia de Salud Digital. No obstante, tal y como se indica en el propio estudio, realmente se enmarca dentro de estos estudios técnicos previos, constituyendo parte del primer objetivo de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública, que orienta su primera línea estratégica hacia el desarrollo homogéneo y de calidad de la Vigilancia en Salud Pública, y por tanto, no en el marco de la Estrategia de Salud Digital.

- **Página 40**

autónomas, de acuerdo con el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.
- Informe de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y de Melilla, así como los informes del Comité Consultivo y del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (de fechas 21/02/2023 y 17/03/2023).
- Informe de los siguientes órganos: Consejo de Seguridad Nuclear (de fecha 23/03/23). Agencia Española de Protección de Datos (de fecha 11/05/2023). Consejo de Consumidores y Usuarios (de fecha 26/04/2023).
- Aprobación previa del Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26.5, párrafo quinto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre (de fecha 23/02/2024).
- A la fecha actual se ha solicitado Dictamen del Consejo de Estado.

[7] Está disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/listeriosis/docs/Informe_cierre_Listeriosis_20190927.pdf

[8] Al que se puede acceder públicamente en el siguiente enlace: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/Listeriosis/Informe_Listeria_2019_2020_final.pdf

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

El anteproyecto vuelve a afirmar que "*no hay ningún informe anual de RENAVE en el que se analicen los brotes de listeriosis de 2019*", afirmación que, como se ha señalado anteriormente, no es correcta.

- **Página 41 (y páginas 68 y 69)**

El Anteproyecto de Informe sostiene que la Ley 2/2021 configura obligaciones de remisión de información a las CCAA, pero "n*o estipula mecanismos para reclamar su cumplimiento ni consecuencias en caso de potenciales incumplimientos*" (pág. 41). En el mismo sentido, señala que "*ni la Ley 40/2015, del Sector Público, ni la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, ni la LGS contemplan medidas en caso de que las CCAA no atiendan en tiempo y forma las obligaciones de remisión de información*" (pág. 69). Más adelante vuelve a resaltarse este aspecto en la página 134, en relación con el suministro de información de las CCAA en materia de vacunación.

Siendo cierto lo que señala el Anteproyecto de Informe, resulta, en primer lugar, que las CCAA están no sólo obligadas al cumplimiento de la Ley que, en materia sanitaria, el Estado dicta en ejercicio de la competencia de coordinación general de la sanidad, sino que también están vinculadas por los principios de cooperación, colaboración, buena fe, confianza legítima y lealtad institucional, enunciados en el artículo 3 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Asimismo, el ordenamiento español sí prevé diferentes consecuencias jurídicas ante incumplimientos legales de las CCAA, cuya intensidad resultaría claramente excesiva con respecto a este tipo de incumplimientos (como el artículo 155 de la CE o la declaración de los estados excepcionales regulados en la LO 4/1981) o su ámbito de aplicación se circunscribe únicamente a cuestiones financieras (medidas coercitivas o de cumplimiento forzoso reguladas en los artículos 25 y 26 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera).

En todo caso, no se establece una relación entre esta ausencia de medidas coercitivas y los resultados del informe sobre los sistemas de información, ni tampoco se incluye en las conclusiones una recomendación concreta al respecto, más allá de sugerir que se estudien las medidas normativas para reforzar la obtención de información

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Adicionalmente, ante la legítima preocupación sobre incumplimientos de las CCAA en las obligaciones de suministro de información, podría haber sido oportuno, como se señaló en las alegaciones generales, haber incluido al conjunto de las CCAA (al menos, a las que carecen de OCEX propio) en este Informe de Fiscalización operativa de los sistemas de información o, cuanto menos, haberlas identificado en el texto, en los cuadros y en los anexos del mismo, a efectos de poder emitir recomendaciones específicas sobre su gestión sobre esta materia durante la pandemia.

En todo caso, el Estado sí contaría con mecanismos específicos para reclamar en vía contencioso-administrativa a las CCAA el cumplimiento de sus obligaciones de suministro de información y recurrir, en su caso, la inactividad que pudiera producirse ante la jurisdicción ordinaria (arts. 13, 25, 29, etc. de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa).

- **Página 42**

El Anteproyecto de Informe realiza una mención a la "*teórica ausencia de datos personales en el ámbito de SIVIES*". Es preciso indicar que en SiViEs sí se recogen datos personales. Por ejemplo, el módulo de incidencias que se menciona en el mismo párrafo tiene como objetivo la comunicación de contactos o casos en los que es imprescindible comunicar los datos personales y de salud relacionados. Adicionalmente, en la plataforma se tratan 34 enfermedades o problemas de salud en los que se necesita una variable de identificación del paciente, que es un dato personal en sí mismo, en el que se puede incorporar nombre y apellidos, historia clínica o cualquier otra identificación del paciente con la que se pueda rastrear. Al ser consideradas informaciones de alto nivel de protección, solo pueden ser visualizadas en la pantalla y no se pueden descargar de la aplicación.

También se afirma, en la misma página que "*como se puede deducir de lo anteriormente expuesto, el diseño de SIVIES, basado en un procedimiento tradicional en papel, supone que los brotes se notifican por las CCAA y Ciudades Autónomas sin que SIVIES permita detectar brotes de forma automatizada en función de la información de las declaraciones individuales comunicadas previamente*". Al respecto, se señala que una de las funcionalidades de SIVIES son los procesos de "Rebasamiento de Umbrales" que pueden configurarse por el administrador. Estos procesos sirven para controlar si el número de

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

casos individualizados supera los umbrales que se consideran normales. **Por ello, se solicita rectificación en el Informe final de fiscalización.**

- **Página 43**

En referencia a la calidad del dato en SiViEs, debe tenerse en cuenta que en la proyectada evolución de SiViEs, se va a poner en producción SiViEs Plus, enmarcado en la mejora de los sistemas y teniendo en cuenta el análisis de situación realizado y la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública. Una parte de estos desarrollos se han financiado a través del Componente 17 del PRTR "Reforma institucional y fortalecimiento de las capacidades del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación".

- **Página 44**

El Anteproyecto de Informe señala que "*la Ponencia de Alertas de la CSP acordó el protocolo de vigilancia de la nueva enfermedad. Sin embargo, no se ha identificado en la información facilitada una adopción formal de la "ficha" con los campos de información para reportar a la RENAVE los casos de SARS-Covid-19 a través de SIVIES*.

El 27 de enero de 2020, el responsable funcional de SiViEs en el ISCIII envió por correo electrónico los metadatos de la primera ficha de COVID-19. Estos metadatos son autogenerados por SIVIES, una vez configurada la ficha en el sistema, para evitar errores en el traslado manual del formato de las mismas. Por tanto, la ficha estaba ya creada en SiViEs para poder enviar el formato a la Ponencia. **Por ello, se solicita rectificación en el Informe final de fiscalización.**

- **Página 46**

El Anteproyecto de Informe señala que "*en la información remitida consta el desglose de la estadística por sexo y edad, aunque el literal de las Órdenes no hacía referencia a la obligatoriedad de facilitar este detalle*". Se indica, a este respecto, que esta información no se incluye en las Órdenes porque su necesidad fue posterior a las mismas. La primera vez se solicitó de forma puntual a la ponencia de alertas el 20/03/2020 y posteriormente, se realizó la solicitud a la misma Ponencia del envío semanal de estos datos, con el fin de complementar la información de SIVIES. **Por ello, se solicita rectificación en el Informe final de fiscalización.**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- **Página 48**

El Anteproyecto de Informe asevera que "*Hasta la actualización nº 120, de 29 de mayo de 2020, el CCAEs no comenzó a incorporar en sus informes la información proveniente de SIVIES*". Esta afirmación no es correcta. La actualización nº 120 fue la primera en la que se utilizaron los datos de SiViEs para contabilizar el número de casos totales y calcular las incidencias acumuladas, pero el primer informe en el que se incorporaron datos de SiViEs fue el informe nº52, de fecha 22/03/2020. En este informe se incorpora una tabla de casos por grupos de edad elaborada en base a la información proveniente de SiViEs, cumplimentada con las tablas de casos por grupo de edad y sexo recibidas de aquellas comunidades que no habían cargado sus casos en la plataforma. A partir de la actualización nº 53 estas tablas se incorporaron al informe desagregando también por sexo.

Por otro lado, la información de SIVIES también se incorporó al dosier interno que se valoraba diariamente por el equipo de seguimiento de la pandemia (ministro, directores y subdirectores), desde el 24/03/2020, incluyendo una distribución de casos confirmados, hospitalizados, UCI y fallecidos por grupos de edad y medidas de tendencia central de la edad de los casos notificados; añadiendo gráficos de la proporción de hospitalizados respecto al total de casos declarados (%) el 25/03/2020 y gráficos comparando la fecha de inicio de síntomas, la fecha de diagnóstico de los casos registrados en SIVIES frente a los casos agregados declarados al CCAES por fecha de notificación el 28/03/2020. **Por tanto, se solicita rectificación.**

- **Página 49**

El Anteproyecto de Informe señala *que "el ISCIII no pudo restaurar las copias de seguridad históricas anteriores a mayo de 2021, si bien, existían informes diarios en su web, entre otra analizar información complementaria que ha sido posible*".

No obstante, se recuerda que el CCAES dispone de las descargas de datos realizadas y utilizadas para los análisis, primero de forma puntual desde el 24/06/2020, y diariamente desde el 03/08/2020. **Por ello, se solicita que esta consideración sea tenida en cuenta.**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- **Página 53**

Afirma el Anteproyecto que "*hubo incidencias en relación con la gestión de la información sobre la listeriosis y en la sesión de la ponencia de alertas de 23 de agosto se rogó que se utilizara SIVIES*".

En ningún momento se describen ni concretan cuales fueron estas incidencias ni los motivos para ese supuesto no uso de SIVIES. Se considera que para sustentar valoraciones de alcance como la señalada en esta página, donde se sostiene que "*cuando se produjo la emergencia del Covid-19 las debilidades persistían y (…) hubo dificultades para que se incorporara la información en SIVIES",* resulta necesario contar con un mayor soporte demostrativo, como la inclusión en los Anexos del Informe del acta o resumen de dicha Ponencia de Alertas, el detalle de las incidencias o el alcance de las consideraciones que realizaran los técnicos. **Sin soporte documental de esa naturaleza, afirmaciones como las señaladas parecen meras conjeturas o valoraciones subjetivas que podrían llegar a comprometer la objetividad del informe.**

Por otro lado, debe reiterarse que el limitado alcance subjetivo del Anteproyecto de Informe impide que la auditoría pueda examinar las actuaciones de las CCAA, que eran quienes debían alimentar SIVIES. De hecho, muchas de estas CCAA contaban con sistemas de información propios que volcaban sobre SIVIES. No incluir a las CCAA en el análisis hace que la fiscalización pueda no llegar a tener la robustez o profundidad requerida, con el riesgo de llegar a conclusiones erróneas, al poner el foco de manera descompensada sobre el ente fiscalizado (Administración del Estado/Ministerio de Sanidad) y no sobre la causa de los problemas (CCAA), comprometiendo así tanto la objetividad como la utilidad de la fiscalización.

- **Página 54**

El Anteproyecto de Informe considera que no se ha detallado en qué consisten las funciones concretas sobre la RENAVE del CNE del ISCIII y del CCAES, ya que, en palabras de las propias normas organizativas, el ISCIII a través del CNE "*desarrolla acciones técnicas*" en cumplimiento del RD 2210/1995, y el CCAES del MSND, "*coordina la Red de Vigilancia en Salud Pública*".

Los propios de entrecomillados señalados en el informe definen en qué consisten las respectivas funciones: el ISCIII desarrolla las acciones técnicas de la vigilancia (es decir

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

recoge, analiza, interpreta y difunde la información), y el CCAES coordina la Red, lo que se materializa a través de las Ponencias de Vigilancia y de Alerta integradas por todas las CCAA**.**

Así, la Orden de 27 de diciembre de 2001 sobre creación de centros en el Instituto de Salud "Carlos III", en su apartado séptimo, 2.a atribuye al CNE funciones de "*Desarrollo de vigilancia epidemiológica y gestión de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, según lo estipulado en el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, en colaboración con la Dirección General de Salud Pública y Consumo, Plan Nacional del SIDA, Comunidades Autónomas, organizaciones nacionales e internacionales y la Unión Europea. Propuestas y desarrollo de sistemas específicos de vigilancia y edición y difusión del "Boletín Epidemiológico Semanal".*

Por otro lado, el artículo 4.1 del Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, y se modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, asigna a la Dirección General de Salud Pública "la coordinación de la vigilancia en salud pública" y más concretamente en el artículo 4.7.f "Desarrollar y coordinar la Red de Vigilancia en Salud Pública", funciones que son ejercidas por el CCAES (artículo 4.8.b).

Por ello, se solicita la supresión de este inciso en el Informe final.

- **Página 55**

Al final del apartado II.1.3.5, el Anteproyecto reitera que no se ha culminado el proceso de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública. A este respecto, como se ha explicado anteriormente, la tramitación del Anteproyecto de Ley para su creación fue rápidamente iniciada de nuevo tras la constitución del nuevo gobierno, aprobándose de nuevo en Consejo de Ministros en enero de 2024 y remitiéndose a las Cortes.

Por otro lado, se afirma que "*En lo que respecta a las herramientas de vigilancia, el modelo de seguimiento del Covid-19 se ha orientado a un sistema centinela en el que efectúa el seguimiento de múltiples enfermedades respiratorias".*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En este punto, para que el Informe final pudiera dar una información completa, **debería incluirse en su redacción que el cambio de modelo de vigilancia siguió la recomendación de los organismos internacionales, como el ECDC[9],** de readaptación de los sistemas de vigilancia de gripe en sistemas de vigilancia sindrómica de las infecciones respiratorias agudas, que engloba a varios virus respiratorios, orientando la transición de la vigilancia de emergencia para COVID-19 a sistemas de vigilancia más sostenibles y orientados a objetivos.

3. **APARTADO II.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN PREVISTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA TOMA DE DECISIONES COMO CONSECUENCIA DE LA ORDEN 234/2020 (Páginas 66 a 97)**

Con carácter previo, debe significarse que en este apartado vuelven a incluirse análisis y valoraciones con respecto a materias y cuestiones no vinculadas directamente con los sistemas de información del Ministerio de Sanidad, lo que supondría una extralimitación con respecto al objeto de la fiscalización.

En particular, en este Apartado resulta especialmente llamativo el tratamiento que se realiza respecto de la gestión de recursos materiales en el periodo de emergencia sanitaria (Apartado II.2.5, págs. 79 a 97).

En primer lugar, por el tratamiento descompensado que el Anteproyecto de Informe realiza sobre los cuatro aspectos que integraban la Orden SND 234/2020 (sobre la que versa este Apartado II.2) y que dieron lugar a la aplicación específica Cuadro de Mando y Control (CMC). Así, el Anteproyecto dedica el siguiente espacio a cada módulo de este Cuadro de Mando:

a. Información epidemiológica: Un párrafo[10] (página 73)

[9] Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Operational-considerations-respiratory-virus-surveillance-euro-2022.pdf

[10] El Sistema de Información para la vigilancia epidemiológica del COVID (SERLAB), al que el anteproyecto dedica las páginas 73 a 78 es un sistema de información específico y diferente de la información solicitada en la Orden SND/234/2020 y del Cuadro de Mando y Control que se creó a partir de la misma.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

b. Recursos Humanos: 3 párrafos (página 70)
c. Capacidad asistencial: 3 páginas (páginas 70-72)
d. Recursos Materiales: 19 páginas (páginas 79-97)

En el tratamiento que se realiza sobre la gestión de recursos materiales, que incluye todos los equipos de protección adquiridos durante la pandemia por el Ministerio de Sanidad, puede apreciarse, en toda su amplitud, la extralimitación en la que se considera incurre el Anteproyecto de Informe. Con el argumento de que la Orden 234/2020 exigía a las CCAA información sobre material de protección, a fin de planificar y atender las necesidades de conjunto del SNS, y de que el CMC incluía un módulo sobre este material, el Anteproyecto de Informe entra a considerar, analizar y valorar toda la gestión del Ministerio de Sanidad en esta materia. De hecho, la atención que presta al que se considera debería haber sido único objeto de análisis, el módulo de recursos materiales del CMC, es, en comparación, mucho más reducida.

Lo que hace el Anteproyecto de Informe, en su lugar, es volver a abordar todos los procesos de adquisición, transporte, almacenamiento y distribución a las CCAA del material sanitario adquirido, que ya fueron examinados por ese Tribunal en el Informe 1.542, aprobado por el Pleno en diciembre de 2023, en el que se fiscalizaron todos los contratos de emergencia celebrados por el Ministerio de Sanidad en el año 2020. En aquel informe ya se incorporó, además, un apartado específico (el II.4.8, págs. 56 a 61) denominado "Distribución por el Ministerio de Sanidad de los productos para la protección de la salud adquiridos"[11] a partir de toda la información facilitada por el Ministerio de Sanidad.

Igualmente, el Anteproyecto examina estas cuestiones que no tienen relación con los sistemas de información, mediante la discutible técnica de buscar siempre un punto de conexión con dichos sistemas, aunque este sea tangencial, y las referencias a los mismos, muchas veces, genéricas y forzadas. Así sucede, por ejemplo, en los siguientes casos:

1. Subapartado II.2.5.1.b): "Flujos de Información"

- Página 82. No se analiza ningún sistema de información específico, sino uno hipotético, cuyas características, además, son establecidas por el propio Anteproyecto.

[11] El Informe 1.542 en el que se trató ya esta cuestión, no solo efectuaba una fiscalización de cumplimiento sobre los contratos de emergencia celebrados por el Ministerio de Sanidad, incluyendo su ejecución, sino también operativa (apartado I.5. Pág. 13).

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Páginas 82 y 83. Se incluye un diagrama con "flujos de información" (Diagrama Nº 18) en relación a la gestión de productos sanitarios que, en realidad no son flujos de información, sino procesos materiales de actuación de diferentes órganos, que nada tienen que ver, nuevamente con los sistemas de información. La denominación subjetiva del objeto a analizar y la utilización del término "información" que realiza el Anteproyecto, no transforma, *per se,* la verdadera naturaleza de dicho objeto, es decir, la representación gráfica de procesos organizativos.

- Página 83. Al analizar este supuesto "flujo de información" que, como se ha señalado, son en realidad procesos materiales o funcionales de gestión, el Anteproyecto señala una serie de deficiencias que, para que aparentemente encuentren acomodo en el objeto de fiscalización, se presentan como deficiencias "en relación con los sistemas de información", aun cuando esa relación con sistemas de información es inexistente o, cuanto menos muy difusa y totalmente forzada.

  Así, esas supuestas deficiencias se refieren a la falta de coordinación entre órganos del Ministerio de Sanidad, a la fragmentación en la gestión e, incluso, se pone en duda que las competencias de INGESA sean adecuadas para el seguimiento de los suministros de productos sanitarios. Nada de ello, por tanto, tiene relación con los sistemas de información

2. Subapartado II.5.1.d): "Distribución y gestión de existencias"

- Página 88. Vuelven a analizarse, como ya sucediera en el Informe 1.542, los criterios de reparto del material adquirido entre las CCAA.

- Página 89. Se incorpora un diagrama sobre "el proceso de distribución de recursos materiales y gestión de existencias" (diagrama Nº21), que el Anteproyecto presenta como "sistema de información", cuando en realidad son auténticos procesos funcionales, por más que los diferentes órganos utilicen en dichos procesos hojas de cálculo o bases de datos, que a estos efectos han de tener la misma consideración que otros medios de interrelación entre ellos, como correos electrónicos, llamadas telefónicas o reuniones de seguimiento. Es decir, que la utilización de hojas de cálculo o bases de datos no implica, por sí misma, la existencia de un sistema de información, como tampoco lo serían, en ese sentido,

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

los archivos administrativos, los almacenes de datos en la nube o las carpetas ofimáticas compartidas. Como ya se ha señalado, extender el concepto de sistemas de información a cualquier medio de relación interorgánica, repositorio, aplicación o herramienta ofimática, supondría desvirtuar el concepto y distorsionar cualquier auditoría que se llevara a cabo en el futuro sobre dichos sistemas.

- Página 90. Idéntica alegación ha de realizarse respecto del seguimiento y control de existencias, que es una actividad sustantiva, soportada lógicamente en mecanismos de seguimiento, pero que por sí mismos no constituyen sistema de información que debiera ser objeto de fiscalización.

- Página 90 y ss. Se analizan los procesos de constitución de reservas estratégicas de productos sanitarios, que también ya fueron analizadas en el Informe 1.542, y que tampoco tienen relación con sistemas de información específicos.

- Página 92 y ss. (y diferentes Anexos). A propósito de la información facilitada por el Ministerio de Sanidad, el Anteproyecto incorpora diversos cuadros sobre existencias, almacenamiento y distribución de material sanitario. Esta información no constituye ningún sistema de información y las valoraciones que realiza el Anteproyecto, por tanto, no se refieren, a dichos sistemas, a su integridad, trazabilidad o seguridad. Esas valoraciones, que constituyen auténticas fiscalizaciones, no se realizan sobre sistemas de información, sino sobre simples datos manejados por el Ministerio de Sanidad, que se remitieron a solicitud del propio Tribunal.

En consecuencia, en atención a lo señalado y de cara al Informe final, se solicita la eliminación de cualquier referencia que no tenga una relación directa e inmediata con sistemas de información. En el caso de los recursos materiales, se solicita la supresión de cuantos subapartados y referencias no se refieran de manera directa e inmediata al Cuadro de Mando y Control y/o hubieran sido ya objeto de fiscalización de cumplimiento y operativa por ese Tribunal, en concreto el Informe Nº 1.542. En particular, se solicita la supresión íntegra de los subapartados II.2.5.1a), II.2.5.1b) y II.2.5.1d).

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Sin perjuicio de lo anterior, a continuación, se realizan alegaciones concretas a este Apartado II.2 que, en todo caso, han de considerarse supletorias de la solicitud principal de eliminación de los apartados y referencias señalados.

- **Página 67**

En esta página se indica que la creación de un "Instituto de Información Sanitaria" que incluye la ley 16/2003 en su capítulo V no ha tenido continuidad.

La Subdirección General del Instituto de Información Sanitaria, que se creó en desarrollo de la Ley 16/2003, fue renombrado en 2012 como Subdirección General de Información Sanitaria conservando todas sus competencias. En 2019 esta unidad dependía de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, y desde agosto del 2020, de la SGSDII.

Se afirma que las funciones que la Ley señala para el Instituto, se desempeñan por medio de múltiples sistemas. Esto no es correcto, puesto que el Sistema de Información Sanitaria es una única entidad, con las características definidas en el capítulo V de la citada Ley, e integrado por distintas bases de datos, registros y explotaciones que cubren todos y cada uno de los aspectos contemplados en la norma. En la misma página web del MS se referencia al Sistema de Información Sanitaria como una única entidad (https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm)

El Anteproyecto de Informe afirma también que la información publicada en el apartado de la web "Sanidad en Datos", siendo una buena práctica, se recibe y publica con un importante desfase temporal. Asimismo, se señala como debilidad la falta de un desarrollo normativo previo a la pandemia que asegurara el cumplimiento de la remisión de información por parte de las CCAA en tiempo y forma y finalmente, se deduce la debilidad de los sistemas de información del MS, que no permitían conocer la disponibilidad asistencial del SNS en tiempo real, ni con un grado de actualización suficiente.

Es necesario señalar que la gestión de la actividad asistencial sanitaria se encuentra completamente transferida a las CCAA, no teniendo el Ministerio de Sanidad competencia en la misma. Por lo tanto, tampoco procede mantener un sistema de información de naturaleza gestora, como se sugiere, cuando la materia a gestionar es competencia de otras administraciones. Por este motivo, el Sistema de Información del SNS lo que contempla, a

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

nivel estatal, es el desarrollo de operaciones estadísticas anuales que permiten conocer y evaluar, desde una perspectiva evolutiva, la disponibilidad asistencial global de cada Comunidad Autónoma y del SNS en su conjunto.

Suponer que el Ministerio de Sanidad deba contar con sistemas de información en tiempo real que recojan y consoliden toda la información generada por las actividades de prestación de asistencia sanitaria de las Comunidades Autónomas (administraciones que tienen de manera exclusiva dicha competencia) sería no sólo erróneo desde el punto de vista competencial, del diseño y utilidad de los sistemas de información sino totalmente improductivo desde el punto de vista del correcto uso de los recursos públicos.

Esta es una práctica constante en todos los sistemas de información a nivel país. Si se comprueban las bases de datos internacionales, se puede comprobar que los datos actualizados a nivel país datan de 2 y hasta 3 años antes, manteniéndose España entre los países con mayor actualización[12].

Por ello, en la extraordinaria situación vivida como consecuencia de la pandemia, fue necesario legislar para recabar datos en un tiempo y forma distintos a los del sistema de información sanitaria al uso, pues debían ponerse al servicio de una nueva jerarquización para la toma de decisiones en el Estado, cuyas competencias sanitarias, como es conocido, están descentralizadas.

Y se legisló de modo que los datos recabados y los sistemas de información desarrollados fueran los apropiados para la toma de decisiones, bajo los criterios de necesidad y proporcionalidad a las condiciones en las que se pedían.

Por otro lado, la recogida de datos estadísticos generales, enviados por las consejerías de sanidad tras la aprobación de la Orden SND/234/2020, respecto a ocupación hospitalaria en su territorio, se consideró un mecanismo complementario que garantizaba, en caso de

12 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00048/default/table?lang=en&category=t_hlth.t_hlth_care.t_hlth_care_ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=en&category=t_hlth.t_hlth_care.t_hlth_care_

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

necesidad, una mínima información estadística a nivel de Comunidad Autónoma. En cuanto se estabilizó la situación esta información pasó a recogerse en cortes semanales.

3. **Alegaciones en relación con el Cuadro de Mando y Control (Páginas 70 a 72 y 85 a 87)**

Se señala como una debilidad el hecho de que la aplicación de encuestas no tuviera comunicación directa con la base de datos de CMC.

Cuando se diseñó la aplicación se prefirió de este modo, primando la rapidez en la puesta a disposición de las encuestas para los informantes, dada la situación de urgencia extrema imperante, a tener que realizar un desarrollo costoso en tiempo y recursos que hubiera pospuesto la obtención de la información por varias semanas. Igualmente, se consideró la necesidad de que, cuando un centro corregía un dato, una persona experta auditara la corrección previa a su grabado, precisamente para evitar datos distorsionadores de la realidad. Ello no quiere decir que no se dispusiera de trazabilidad en la base de datos que permitiera comprobar la corrección realizada, además de los *backups* periódicos que se llevaban a cabo. Por último, se consideró, por parte de los gestores al mando, de vital importancia que quedara constancia en la aplicación de encuestas de que el envío del formulario con el dato erróneo había sido realizado por el agente suministrador, devolviéndose, además, un PDF a éste que contenía los datos enviados a través del formulario que le servía de justificante, y en varias ocasiones, a través de su lectura, se facilitó la identificación del error por ellos mismos.

El hecho de que 1.387.000 registros únicamente se duplicaran un 3%, es decir, 41.610, no es prueba de la debilidad de una plataforma desarrollada en tiempo récord y en condiciones extremas, sino más bien todo lo contrario. Es prueba evidente de que las decisiones de diseño realizadas fueron las adecuadas en las circunstancias de aquel momento.

Se consideró realizar los informes de calidad del dato para disponer de una vía adicional que asegurara más, si cabe, la veracidad de los mismos. Los informes de detalle de capacidad asistencial que se publicaban en la web del MS eran interpretados y elaborados por los expertos en gestión del dato del departamento, aportando su experiencia a la elaboración. Es la causa de las discrepancias que se señalan en el anexo 33.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

CMC se desarrolló por mandato de la Secretaría General de Sanidad para complementar la información conseguida a través de los circuitos gestionados por el CCAES y el ISCIII, que, tal como señala el informe, no cubría el espectro de datos suficiente para la toma de decisiones en aquel complicado momento, y no como tercera vía de explotación de la información como se asevera. La herramienta se encontraba a disposición de todos los centros y unidades del Ministerio de Sanidad y sus responsables, incluido el CCAES y prueba de ello y de su utilidad es, precisamente, el hecho de que se estuviera utilizando la información recabada desde CMC por la unidad experta en vigilancia epidemiológica para incorporarla a los informes que a su vez publicaban diariamente en la página web, hasta la declaración del fin de la pandemia. Por ello, no pueden compartirse los juicios emitidos por el Anteproyecto de Informe sobre supuesta infrautilización del CMC, como por ejemplo realiza en la página 72 con respecto al módulo de capacidad asistencial, al que 113 usuarios tuvieron acceso. A este respecto, debe indicarse que se trataba de un "Cuadro de Mando" y, por tanto, los usuarios a los que realmente iba destinado era al personal de perfil directivo y a los responsables del seguimiento de la crisis, por lo que ese nivel de usuarios se ajustaría a los fines pretendidos con el diseño y configuración de este sistema.

Se incide también en el caso de falta de información de un obligado, cuando se repetían los datos de la remisión anterior hasta un máximo de 72 horas, señalando que de esa inserción automática de registros no quedaba constancia en la base de datos. Se tenía perfecta constancia, con los informes de calidad generados a diario, de qué informantes habían remitido datos y cuáles no en un día determinado, por lo que, si ese informe indicaba la no remisión por un centro, el hecho de que los datos se repitieran de forma exacta hasta 72 horas después, era evidencia suficiente de la repetición de dicho dato, además de que, obviamente, en ese caso, no se generaba el justificante en PDF para el centro, puesto que no había realizado la remisión por sí mismo como se hubiera esperado.

La decisión de realizar esta repetición fue tomada por los expertos en gestión del dato sanitario de la Subdirección General de Información Sanitaria para dotar de mayor coherencia a los estudios de tendencias de capacidad asistencial que se remitían a los decisores políticos por correo electrónico, además de a las gráficas mostradas en el Cuadro de Mando, y fue advertido debidamente a los informantes con antelación a la aplicación de la medida.

En relación con los datos sobre **recursos materiales** que se recogían en el CMC, el Anteproyecto de Informe indica que la doble vía de entrada de datos (CCAA y hospitales)

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

incrementó la complejidad de gestión y el riesgo de error. Esta doble vía de remisión de información respondía a las necesidades expresadas por los responsables de la información, la Dirección General de Cartera Básica y Farmacia, motivadas por los lógicos momentos vividos, y como forma de validar la información de forma doble, contando con niveles de desagregación distintos que eran de interés en ese momento. De igual forma, la recogida del dato "respiradores" se consideró crucial por la unidad responsable por su escasez en aquel momento.

La forma de remisión difiere de la utilizada para los datos de capacidad asistencial, precisamente porque recoge las necesidades que cada unidad responsable indicó a la Secretaría General de Salud Digital. El hecho de disponer de varios paneles en un cuadro de mando como CMC no significa que todos los datos deban recogerse de la misma forma y siguiendo las mismas características. La tecnología es versátil y adaptable a las necesidades de cada grupo de expertos.

El personal de la Dirección General de Cartera tenía acceso al CMC, pero se solicitó por su parte, además, disponer de un informe generado desde la propia herramienta, que les fuera enviado de forma periódica, por lo que, de nuevo, se demuestra su utilidad y de la información contenida en la misma. Esta información se complementaba con las tablas Excel que también se elaboraban con los datos detallados y recogidos y se ponía a su disposición en un espacio de colaboración específico.

- **Página 85**

En el último párrafo de esta página se indica, a modo de incidencia o error, que "*la información remitida por los hospitales es superior, en determinadas remisiones semanales, a la declaración agregada de las CCAA*".

Esta incidencia se debió a que muchos hospitales realizaron contratos de emergencia de este tipo de material al margen de las adquisiciones de los Servicios Regionales de Salud[13]. Que posteriormente la información facilitada por las CCAA no tuviera en cuenta todo el stock existente en su ámbito territorial, no es responsabilidad del Cuadro de Mando y

[13] A modo de ejemplo, el Hospital 12 de Octubre de Madrid celebró en 2020 contratos de emergencia para la adquisición de cientos de miles de equipos de protección por un importe de, al menos, 3,17 millones de euros. Muchos otros hospitales de toda España también procedían a adquirir, directamente, material de este tipo.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Control, de su diseño y funcionamiento, sino de la inconsistencia de algunos datos remitidos por las propias CCAA.

Ello supone una prueba adicional de que, como se señaló en las alegaciones generales de este mismo escrito, una auditoría global sobre los sistemas de información utilizados durante la pandemia, habría debido extenderse también a la actividad de las Comunidades Autónomas.

- **Página 86**

El Anteproyecto de informe señala lo siguiente en el segundo y tercer párrafo de esta página 86:

> *"En la misma línea, en los cálculos para la distribución de productos por la D.G. de Cartera solo se tuvo en cuenta la información remitida por las CCAA y no la de centros hospitalarios, salvo en el caso de una Ciudad Autónoma, en el que ante la falta de remisión de información por parte de esta ciudad autónoma se utilizó la información remitida por el único hospital de la misma (AUT_16).*
>
> *Resulta significativo que esta solución de doble remisión difiere de la adoptada en materia de disponibilidad asistencial, en la que la CCAA o ciudad autónoma solo tiene que informar, en su caso, de la parte adicional a la información remitida por los centros hospitalarios".*

Al respecto, se indica que la DG de Cartera de Servicios tiene como interlocutor a las CCAA, que son las responsables de coordinar la distribución del material y asegurar que no se produzca desabastecimiento en su territorio. Por este motivo, se consensuó que la información remitida por éstas iba a ser la base para determinar los consumos y las necesidades de material de cada CCAA en la primera fase, y las responsables de hacer la solicitud del material en las fases siguientes en las que el material se enviaba a demanda.

Los datos de las CCAA se referían a los stocks y a los consumos (materiales distribuidos a los centros, que en algunas de las CCAA incluía a los centros sanitarios y sociosanitarios). Los datos proporcionados por los centros se referían a su stock y consumo, teniendo en cuenta, como se ha señalado, que algunos también compraban material. Por ello, no coincidía la suma de los datos de los hospitales con los datos de la Comunidad. De todos

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

modos, en los casos en que en algún periodo alguna Comunidad no proporcionaba datos, se estimaban sumando los datos de los hospitales que habían declarado de esa Comunidad.

La información de la disponibilidad asistencial, parte en todos los casos de los centros asistenciales como responsables de la asistencia sanitaria, en tanto que para determinar las necesidades de material hay que tener en cuenta las necesidades de cada centro asistencial pero también las necesidades de otras unidades administrativas, así como el stock total de los centros más los almacenes de los servicios centrales a los que enviaba el material adquirido por ellas o distribuido por el Ministerio de Sanidad, por lo que la información más fiable era la agregada por parte de los responsables de las CCAA.

- **Página 87**

Al inicio de esta página se señala que "*la utilización de esta aplicación comercial satisfizo las necesidades del MSND como solución de emergencia para la recepción de información (…)*"

En esta y en las anteriores páginas el Informe está auditando el Cuadro de Mando y Control, que fue un sistema de información y una aplicación tecnológica creada *ex profeso* para la gestión de información relacionada con la pandemia, por lo que no se trata de una "aplicación comercial" como indica el Anteproyecto.

Por otra parte, los datos de **recursos humanos** se recogieron en la forma y durante el tiempo que la unidad responsable decidió en su momento, dadas las necesidades del SNS. De este modo, se implementaron las modificaciones solicitadas, que se referían a la estructura de la propia información.

Finalmente, las validaciones implementadas sobre la aplicación de encuestas para evitar la remisión errónea de información fueron aquellas solicitadas por las unidades funcionales, dentro de las prestaciones que la plataforma de software libre sobre la que se basa ofrece. En el anexo 32, se indica que los auditores han detectado que en 260 registros de información de centros hospitalarios y CCAA el número total de camas comunicado es inferior a la suma de las camas ocupadas COVID-19 más las camas ocupadas no COVID-19. Una vez revisada por este Ministerio la base de datos y el número de registros en estas condiciones, el resultado obtenido es de 220 registros. Teniendo en cuenta que el número

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

total de registros de la base de datos es 1.387.000, el porcentaje de registros con errores por este motivo es inferior al 0,02% lo que se considera muy razonable para un sistema de información diseñado, desarrollado implementado en tiempo récord, cuyos datos eran remitidos por las CCAA a partir de sus propios sistemas de información, diferentes entre sí, y que se ha utilizado desde mayo de 2020 a junio de 2023.

Por todo ello, **se solicita que en la versión final del Informe de incorporen las anteriores consideraciones sobre el Cuadro de Mando y Control, a fin de garantizar los principios de objetividad e imparcialidad en la exposición de los resultados de la fiscalización.**

4. **Alegaciones en relación con el Sistema de Información para la vigilancia epidemiológica del COVID.19 (SERLAB) (Páginas 73 a 79)**

En primer lugar, debe señalarse que el Diagrama 15 de la página 75 del Anteproyecto de Informe no es correcto, puesto que la fuente de los datos incluidos en los certificados de vacunación COVID no es SERLAB, sino REGVACU.

Además, se afirma que las cargas masivas realizadas afectaron a la trazabilidad e integridad de la base de datos del sistema, lo cual no es cierto, puesto que en el MS sí se disponía de trazabilidad para los registros insertados, así como para aquellos a los que sustituían.

Las cargas masivas se autorizaron para algunas CCAA cuando se detectaban cambios drásticos no justificados en los datos aportados por una de ellas; precisamente estas detecciones eran posibles gracias al estricto control de calidad de los datos recibidos por parte de la SGSDII.

Cuando ello sucedía, se analizaba la situación con la Comunidad Autónoma afectada, y tras comprobar que ésta tenía identificadas las modificaciones que debían realizarse, para evitar el borrado y sustitución uno a uno de los registros, cuando su número era elevado, se procedía a la carga masiva como forma de optimizar el escaso tiempo disponible de todo el personal implicado y siempre con el objetivo de que las unidades expertas en epidemiología pudieran disponer de la información para el seguimiento de la pandemia con las mínimas interrupciones posibles. A continuación, se detallan las cargas masivas y el motivo por el que se realizaron:

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- 10-02-2021: Desde Andalucía se solicitó eliminar y recargar todas sus pruebas PCR del SNS, debido a un problema técnico en sus bases de datos.

- Con fecha desde el 30-07-2021, para identificar qué pruebas eran Autotest y cuáles test de farmacia.

- 01-03-2022: Borrado y recarga de pruebas de antígenos desde el 1-10-2021, para Galicia, Cantabria y Castilla y León, con el motivo de integrar el campo ID_DISPOSITIVO, necesario para la emisión de los certificados Covid digitales.

- 09-03-2022: Borrado y recarga de pruebas de antígenos desde el 1-10-2021, para C. Valenciana, Canarias (centros SNS) y Extremadura, con el motivo de integrar el campo ID_DISPOSITIVO, necesario para la emisión de los certificados Covid digitales.

- 14-03-2022: Borrado y recarga de pruebas de antígenos desde el 1-10-2021, para País Vasco, Castilla-La Mancha, Baleares y Canarias (centros privados), con el motivo de integrar el campo ID_DISPOSITIVO, necesario para la emisión de los certificados Covid digitales.

Se indica en el informe que el 20% de los registros se grabaron con un desfase mayor de 7 días. Hasta el 15-03-2022 hay un total de 90.978.091 registros cargados en SERLAB, de los cuales 23.730.332 han sido cargados con más de 7 días de diferencia con respecto a la fecha de la prueba, lo que supone un 26%. Unos 18 millones (20%) son fruto de recargas masivas de datos y el resto (6%), fruto de la información llegada con retraso, teniendo en cuenta que este 6% incluye la carga inicial del sistema, el día 16-06-2020, de más de 2 millones de registros. Por lo tanto, la información remitida con retraso es del 4%.

Asimismo, el Anteproyecto señala que algo más de 150.000 registros fueron modificados pasados más de 100 días desde la fecha de realización de la prueba. Hasta el momento del comienzo de la campaña de vacunación, existía una restricción que no permitía modificar registros de más de tres meses. Pero al iniciarse la campaña, los responsables funcionales consideraron más valioso conocer si una persona vacunada había sido o no contagiada y si se contagiaba o no tras la vacunación y por ello, se levantó la restricción.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En cuanto a la afirmación de que para un 4,7% de las pruebas no fue hallada coincidencia en TSI, y que ello evidencia la heterogeneidad de los códigos identificativos asignados entre los diferentes sistemas de información autonómicos y las dificultades para construir modelos plenamente interoperables, a juicio de esta SGSDII evidencia precisamente lo contrario: el porcentaje de discrepancias es muy bajo, muy asumibles para el objetivo que fue creado y la toma de decisiones que sustentan, y lo que más bien evidencian es el éxito de unos sistemas de información construidos en tiempo récord y en plena pandemia, gracias en parte, a la existencia de plataformas interoperables previas, como la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).

Hay que tener en cuenta, como se comentó en las reuniones mantenidas con los auditores, que las personas cuya asistencia sanitaria es gestionada por las mutualidades de funcionarios y eligen provisión privada, en el momento de la pandemia estaban en proceso de incorporación a TSI. Constituyen aproximadamente un 3,5% de la población. En este mismo orden de cosas, personas con derecho a la asistencia sanitaria del SNS que no habían acudido nunca a darse de alta en su Servicio Regional de Salud, lo hicieron a lo largo de la pandemia. Las pruebas COVID que llegaban procedentes de todos los laboratorios que las realizaban, públicos y privados, podían, por lo tanto, contener a un pequeño porcentaje de personas que no iban a ser encontradas. La única consecuencia de este hecho fue que a este pequeño porcentaje de personas no se las pudo georreferenciar, lo cual obviamente, no tuvo ningún impacto en el seguimiento epidemiológico de la pandemia. El mismo comentario aplica al hecho de la existencia de divergencias de un 3 y un 5% entre la información publicada sobre la realización de pruebas diagnósticas durante el periodo fiscalizado por el CCAES y los registros de la base de SERLAB, su impacto epidemiológico es nulo.

El porcentaje de fracaso del cruce con TSI difiere entre los diferentes informantes, y si éstos son de centros públicos o privados. Por ejemplo, en CCAA como Murcia o País Vasco el porcentaje de cruces fallidos no llega al 1%, mientras que en Melilla sube por encima del 20%, debido a la población procedente de países colindantes que atienden en los servicios de salud. Se adjunta tabla:

Id. Usuario	Usuario	Tipo de Petición	Nº Pruebas	No cruzan con TSI	% No cruzan
C_01	CATALUÑA	SNS	19.775.995	768.146	3,88%
C_02	PAIS VASCO	SNS	5.119.528	38.108	0,74%

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Id. Usuario	Usuario	Tipo de Petición	Nº Pruebas	No cruzan con TSI	% No cruzan
C_03	GALICIA	SNS	5.460.369	122.771	2,25%
C_04	ANDALUCIA	NOSNS	1.700.174	577.839	33,99%
C_04	ANDALUCIA	SNS	9.028.528	306.495	3,39%
C_05	ASTURIAS	SNS	2.219.025	60.141	2,71%
C_06	CANTABRIA	NOSNS	31.474	747	2,37%
C_06	CANTABRIA	SNS	1.086.195	18.551	1,71%
C_07	LA RIOJA	NOSNS	83.167	7.316	8,80%
C_07	LA RIOJA	SNS	601.954	5.543	0,92%
C_08	MURCIA	SNS	2.250.139	18.168	0,81%
C_09	COMUNIDAD VALENCIANA	NOSNS	1.535.923	233.809	15,22%
C_09	COMUNIDAD VALENCIANA	SNS	5.759.779	116.775	2,03%
C_10	ARAGON	NOSNS	79.365	19.327	24,35%
C_10	ARAGON	SNS	2.241.400	42.495	1,90%
C_11	CASTILLA LA MANCHA	NOSNS	3.088	647	20,95%
C_11	CASTILLA LA MANCHA	SNS	2.555.965	128.208	5,02%
C_12	CANARIAS	NOSNS	606.450	56.889	9,38%
C_12	CANARIAS	SNS	2.721.952	132.490	4,87%
C_13	EXTREMADURA	NOSNS	17.349	2.539	14,63%
C_13	EXTREMADURA	SNS	2.166.405	32.823	1,52%
C_14	BALEARES	NOSNS	1.447.541	1.020.770	70,52%
C_14	BALEARES	SNS	3.552.344	71.479	2,01%
C_15	NAVARRA	NOSNS	202.730	38.546	19,01%
C_15	NAVARRA	SNS	1.507.057	13.320	0,88%
C_16	MADRID	SNS	13.883.299	558.452	4,02%
C_17	CASTILLA Y LEON	SNS	4.622.155	68.699	1,49%
C_18	CEUTA	NOSNS	143	33	23,08%
C_18	CEUTA	SNS	67.110	1.932	2,88%
C_19	MELILLA	SNS	115.430	11.210	9,71%
C_21	MELILLA CA	NOSNS	3.280	1.193	36,37%

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Id. Usuario	Usuario	Tipo de Petición	Nº Pruebas	No cruzan con TSI	% No cruzan
C_21	MELILLA CA	SNS	10.114	2.591	25,62%
C_22	CEUTA CA	NOSNS	7.839	1.827	23,31%
C_22	CEUTA CA	SNS	82.846	16.354	19,74%
C_24	MINISTERIO DE DEFENSA	SNS	9.199	2.731	29,69%
ES_SERLABSPTH	FRONTERAS	NOSNS	417.610	336.312	80,53%
H_280164	INSTITUTO CARLOS III	SNS	5.170	2.122	41,04%
	Total		**90.978.091**	**4.837.398**	**5,32%**

En el anexo 34, se muestra una comparativa de datos cargados en SERLAB y SPTH, en cuanto a resultado de pruebas diagnósticas cargados por la SGSE de las pruebas realizadas en el control secundario de los aeropuertos, donde existe una diferencia de unas 3200 más en SPTH que en SERLAB para el año 2020 y casi 56.500 más en SERLAB respecto de SPTH en el año 2021.

Debe tenerse en cuenta que SERLAB implementa varios controles de calidad que rechazan registros por no traer informado alguno de los campos considerados esenciales o por estar informados con valores no válidos. Asimismo, existen algunos registros protegidos que tampoco se cargan. Durante el año 2020, cuando SPTH no dependía de la SGSDII, sino de AENA, hubo un porcentaje de registros de pruebas diagnósticas recogidos en este sistema de forma incompleta o errónea, coincidiendo con los primeros meses de la puesta en marcha del procedimiento de control de viajeros en frontera, algo perfectamente asumible.

En cuanto a la diferencia del año 2021, la explica el mismo Anteproyecto en el pie de página número 369, en el mismo anexo.

En relación con los datos de pruebas duplicados en SERLAB de una ciudad autónoma, es preciso señalar que nunca se llegaron a contabilizar en el sistema informacional que utilizaba el CCAES y otras unidades para el seguimiento georreferenciado de los casos y la expansión del virus, puesto que solo se tenía en cuenta uno de ellos (el más antiguo) en el *batch* de la aplicación.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Por lo que se refiere al análisis de calidad del dato realizado en el anexo 35, respecto a las diferencias en el campo sexo de TSI y SERLAB, se indica que en caso de que el registro haya cruzado con TSI, el valor reportado al informacional y que se tiene en cuenta es siempre es el de TSI, que es el que se considera más fiable.

Respecto al análisis de las personas que aparecen como "fallecidas" en TSI, en el conteo informado desde el Tribunal solo se está teniendo en cuenta el estado que tenía la persona en TSI en el momento de la carga, sin comparar la fecha de la prueba con la última fecha de actualización en TSI de la persona (aproximadamente la fecha de fallecimiento). Teniendo en cuenta esta fecha se obtiene un total de 5.398 personas (7.069 pruebas asociadas) que aparecen como fallecidas en TSI en la fecha de la prueba. Por ahora, se desconoce la causa de este caso, que se está analizando en la SGSDII. Recientemente, se ha llevado a cabo un desarrollo adicional sobre SERLAB para no realizar nuevos cruces con personas que aparecen como fallecidas en la fecha de la prueba. Es necesario recordar que las bajas por fallecimiento en TSI se confirman mediante contraste con los ficheros que mensualmente envían el Registro Civil/INE y que, en una situación de alteración de la actividad administrativa como fue la pandemia, esta operación pudo tener algunos desajustes.

Algunas CCAA no informan el campo "origen de la petición" en sus ficheros. El campo "identificación del laboratorio" es un dato que a día de hoy pocos informantes reportan.

Por otro lado, en la página 78 el Anteproyecto de informe señala que ha detectado divergencias entre la información publicada sobre la realización de pruebas diagnósticas durante el periodo fiscalizado por el CCAES y los registros de la base de SERLAB. Sin embargo, las tablas incluidas en las actualizaciones de COVID-19 provenían de la base de datos de SERLAB, y, en el caso de coincidir la publicación de la actualización con las tablas resumen de pruebas diagnósticas, que se publicaban una vez a la semana por parte de la Subdirección General de Información Sanitaria, se comprobaba que los datos coincidían para evitar incoherencias. Por tanto, en el momento de publicarse no había diferencias en los datos entre la base de SERLAB y los datos publicados en los informes.

En atención a lo señalado, **se solicita la consideración de las anteriores alegaciones en la redacción final del Informe de fiscalización.**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

5. **Apartado II.2.5.1.a) Sistemas de información relacionados con el suministro, distribución y gestión de existencias de productos sanitarios (Páginas 80 y 81)**

El Anteproyecto de Informe expone en este subapartado el origen y desarrollo de los procesos de adquisición de material de protección por parte del Ministerio de Sanidad. Pone especial atención en los órganos administrativos que participaron en el mismo (INGESA, DG Cartera, "Grupo Logístico").

Como ya se ha señalado, este análisis organizativo y de procesos de gestión nada tiene que ver con el objeto de la fiscalización de sistemas de información y, por tanto, se considera que no debería formar parte del Informe final.

Y ello es así, a pesar de los intentos que realiza el Anteproyecto por encontrar algún punto de conexión entre organización interna y actividad administrativa, por un lado, y sistemas de información, por otro, lo que, a su entender, parece ser, le habilitaría para proceder a fiscalizar la entera actividad de gestión, distribución y control de los suministros realizada por el Ministerio de Sanidad.

Prueba de este modo de proceder es la introducción, ciertamente forzada, del término "sistema de información" en el tercer párrafo de la página 81 en relación con la distribución de funciones entre la DG Cartera e INGESA. Al sostener que esta distribución de funciones "no fue acompañada de un sistema de información adecuado", se ofrece de nuevo una interpretación extensiva del concepto "sistema de información", que parece emplearse aquí como sinónimo de comunicación, de coordinación interna o de mera interrelación entre dos órganos administrativos.

Lo cierto es que la distribución de funciones entre ambos órganos se realizó por parte de los responsables del Ministerio de Sanidad en ejercicio de la potestad de auto organización de sus propios servicios y en atención a la normativa que regulaba la estructura orgánica entonces vigente.

Se buscó siempre la mayor eficacia en la gestión. A la DG Cartera le correspondió recabar las necesidades de material sanitario de las Comunidades Autónomas, en base al consumo semanal y el stock que incorporaban en el sistema de información diseñado para ello (y del que se extraían los datos que servían de base para realizar la propuesta de distribución).

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

También le correspondió ordenar la distribución periódica del material a las CCAA remitiendo la orden a la empresa logística e informando en paralelo a INGESA.

A INGESA, por su parte, le correspondió, en primer lugar, verificar que la distribución se realizaba correctamente a través del análisis de los ficheros de entregas proporcionados por la empresa logística. En segundo lugar, controlaba la efectividad y conformidad de cada entrega de material a sus destinatarios finales (CCAA) mediante los certificados enviados y firmados por estos. En tercer lugar, INGESA se encargaba de incorporar los resultados de los análisis de calidad de los diferentes productos a los citados ficheros, con el objetivo de conocer de forma actualizada los materiales que estaban disponibles para ser distribuidos, comunicando diariamente el stock distribuible a la DG Cartera.

Por tanto, la asignación de funciones era clara y las tareas de coordinación entre DG Cartera y el INGESA estaban perfectamente definidas, aunque no se materializaran procedimentalmente, y funcionaron correctamente. La prueba de ello es que el material llegó a sus destinatarios con la máxima celeridad, teniendo en cuenta las dificultades logísticas de los primeros meses, y en unos momentos en los que tan necesario era que los profesionales y pacientes del SNS contaran con equipos de protección.

Asimismo, debe destacarse que en la documentación remitida a ese Tribunal con ocasión de esta fiscalización y de la que dio lugar al Informe 1.542, consta perfecta acreditación documental de todos y cada uno de los envíos de material realizados por los adjudicatarios de los contratos de emergencia y de cada entrega posterior de este material a sus destinatarios finales en España, particularmente las CCAA. Por tanto, como ha debido comprobar ese Tribunal, a pesar de no señalarse en este Anteproyecto de Informe, existe total trazabilidad documental de los suministros de material de protección contratados y distribuidos por el Ministerio de Sanidad.

6. **Apartado II.2.5.1.b) "Flujos de información" (Páginas 82 y 83)**

En el apartado II.2.5.1. b), no se analizan sistemas de información (más allá de proponer un sistema de seguimiento integral), sino procesos y tareas de gestión administrativa y logística, por lo que podría estar excediéndose el ámbito objetivo de la fiscalización. Añadir el término "información" al hablar de flujos, cuando estos flujos no son de información (orden, recepción, distribución, etc.), no modificaría dicha extralimitación.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En la página 83 se detallan lo que a juicio del Anteproyecto de Informe son deficiencias. Pero de nuevo estas valoraciones se refieren a aspectos de gestión material: "*no realización de un estudio funcional de necesidades globales de gestión de INGESA y MSDN para mejorar su coordinación*", "*esfuerzo individual de funcionarios*", "*fragmentación en la gestión*", naturaleza jurídica de INGESA, no adopción de una "*estrategia decidida para reforzar la coordinación*", etc. Nuevamente, intercalar referencias a los "sistemas de información" en estas valoraciones no modifica la naturaleza sustantiva de las cuestiones y, por tanto, continuarían sin estar relacionadas con el objeto de la fiscalización, tal y como esta fue programada.

Sin perjuicio de lo anterior, y entrando en las presuntas debilidades desde el punto de vista de la gestión que apunta el Anteproyecto, debe señalarse que las circunstancias que concurrieron en marzo de 2020 y en los meses posteriores, con una situación epidemiológica de extrema gravedad y una severa carencia de material de protección en el SNS para hacer frente a la pandemia, requerían una actuación rápida y diligente del Ministerio de Sanidad. Y el Ministerio estuvo a la altura, no solamente mediante la contratación de emergencia de cientos de millones de unidades de equipos de protección, sino también estableciendo rápidamente unos mecanismos de actuación ágiles, que permitían que los materiales recién recibidos en España, estuvieran, en cuestión de horas, a disposición de las CCAA. Esa gestión diligente, que permitió el suministro y distribución casi inmediata de un material clave para prevenir contagios y salvar vidas, es la que el Anteproyecto de Informe considera deficiente, entre otras cuestiones, porque "*no se realizó un estudio funcional de las necesidades globales de gestión*" o porque se emplearon "*herramientas ofimáticas comerciales*".

Si los gestores del Ministerio de Sanidad hubieran ralentizado o paralizado los sistemas utilizados para el control de la llegada de suministros, su almacenamiento y distribución, los controles de calidad de los productos o la detección de necesidades de las CCAA, con la finalidad de realizar estudios funcionales sobre necesidades de gestión o sustituir herramientas ofimáticas, que perfectamente respondían a las necesidades del momento, es muy posible que se hubiera resentido la entera actividad realizada por el Ministerio en momentos tan complicados como aquéllos.

Por otro lado, considera el Anteproyecto de Informe en la página 83 que la consideración de INGESA como entidad gestora de la Seguridad Social no coadyuva a su adecuado

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

funcionamiento, que este Instituto "*sufre*" una doble dependencia del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y que ello no ha favorecido la coordinación entre los órganos del Ministerio y el propio INGESA.

Tales afirmaciones son meramente especulativas al no sostenerse sobre hechos verificados e ignoran que durante más de 20 años la dependencia funcional de INGESA del Ministerio de Sanidad ha funcionado razonablemente bien. La presidencia de INGESA la desempeña la persona titular de la Secretaría de Estado de Sanidad (Secretaría General Sanidad hasta agosto de 2020), lo que asegura el pleno alineamiento entre las prioridades de política sanitaria establecidas por el Ministerio y la actividad desempeñada por INGESA. Las directrices de los responsables del Ministerio se aplican sin ningún problema también a INGESA. Por tanto, desde el inicio de la pandemia, INGESA funcionó como un instrumento más del Ministerio de Sanidad, y la coordinación mantenida entre los órganos del Ministerio e INGESA fue similar a la que podía haber, por ejemplo, entre diferentes Direcciones Generales que componían la estructura orgánica del departamento.

Esta coordinación, como se ha manifestado, fue en realidad intensa y positiva para alcanzar los resultados pretendidos, que no eran otros que operar con eficacia y agilidad en la distribución de equipos de protección a las CCAA. De hecho, en las 68 sesiones del pleno del CISNS celebradas en 2020, ni una sola Comunidad Autónoma mostró alguna queja, preocupación o petición alguna con respecto al funcionamiento del sistema de asignación y reparto del material de protección.

Por todo ello, **se solicita sean tenidas en cuenta las anteriores consideraciones y se modifique en consonancia con las mismas el Informe final de fiscalización.**

7. **Apartado II.2.5.1.c) Comunicación y explotación de la información relativa a consumos y disponibilidad de productos sanitarios remitidos por las CCAA y centros hospitalarios (Páginas 84 a 88)**

En este subapartado, el Anteproyecto de Informe sí se limita, en su mayor parte, al análisis de sistemas de información, pues audita diferentes aspectos del módulo "recursos materiales" del Cuadro de Mando y Control, sistema creado por el Ministerio de Sanidad para la gestión de la pandemia. Las alegaciones sobre este apartado ya se expusieron anteriormente.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

8. **Apartado II.2.5.1.d) Distribución y gestión de existencias (páginas 88 a 97)**

Las siguientes alegaciones se emiten sin perjuicio de la ya reiterada falta de adecuación entre el objeto de fiscalización (sistemas de información) y la fiscalización efectiva que el Anteproyecto de Informe realiza sobre los procesos materiales de distribución y gestión de los equipos de protección.

En primer lugar, debe destacarse que el Anteproyecto de Informe incurre en importantes incongruencias a la hora de valorar la actividad de gestión y control del material de protección adquirido. Solo en este subapartado, es posible encontrar valoraciones positivas sobre el control del material, valoraciones negativas sobre el mismo y también referencias a que no es posible determinar si ese control es correcto o no.

Así, en la página 88, el Anteproyecto de Informe reconoce que "*el sistema de gestión de existencias que se analiza a continuación sirvió para el control de todos los materiales cualquiera que fuera su destino*".

Por su parte, en la página 96 se señala que no es "*posible determinar si el control de la distribución y existencias es correcto*".

Finalmente, en la página 81 se habla de "*debilidades notables de control*" y en la página 96 se concluye que "*todo ello evidencia que el MSND no dispuso de un sistema o procedimiento fiable para controlar las existencias y distribución de los recursos materiales*"

Esta variabilidad e inconsistencia en las valoraciones no contribuye a la necesaria claridad que debe tener el texto sobre el que el órgano fiscalizado ha de realizar alegaciones. Ciertamente, tampoco permite a los órganos gestores poder extraer fácilmente conclusiones sobre el funcionamiento y, en su caso, posible mejora de los servicios públicos

Por otro lado, en la **página 88** se hace referencia a los criterios epidemiológicos y poblacionales utilizados por la DG de Cartera con la finalidad de proceder a la distribución de equipos de protección desde los primeros momentos de la pandemia. El Anteproyecto

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

de Informe indica que en la determinación de dichos criterios "*no se han hallado incidencias en los cálculos*", pese a lo cual señala que estos "*se efectuaron con hojas de cálculo de aplicaciones ofimáticas comerciales*", en un procedimiento que "*no garantiza la integridad y trazabilidad de la información gestionada que, además, tenía efectos en la distribución de recursos*"

Sorprende a este respecto la consideración crítica que el Anteproyecto de Informe realiza sobre la utilización de hojas de cálculo, cuando este instrumento se utilizó en este caso precisamente para hacer cálculos, no para gestionar o distribuir recursos. Cuesta, por tanto, comprender cómo la utilización de esta herramienta ofimática, una de cuyas primeras utilidades es, precisamente, hacer cálculos, puede afectar a la integridad de la información o, más aún, a su trazabilidad. La "trazabilidad" es, según la RAE, la *Posibilidad de identificar el origen y las diferentes etapas de un proceso de producción y distribución de bienes de consumo.* El empleo de hojas de cálculo para "calcular" la cantidad de material a distribuir a cada Comunidad Autónoma en función de criterios objetivos, no implica ninguna producción ni distribución de bienes, por lo que no sería posible tampoco predicar de tal instrumento la cualidad de "trazabilidad". A estos efectos, dicha herramienta ofimática era el instrumento más útil y eficaz para lograr los objetivos pretendidos.

Por otro lado, el **Diagrama Nº 21 que figura en la página 89**, no recoge la totalidad de los procesos materiales que se desarrollaron para la distribución de los suministros. Falta un proceso clave, perfectamente documentado en la información remitida a ese Tribunal: el envío de documentación, a modo de acta de recepción, que permitía comprobar el cumplimiento material de cada entrega realizada a las Comunidades Autónomas.

En estos documentos/actas de recepción, se especificaban diferentes datos relativos a la entrega, tales como identificación del material suministrado y número de unidades. Cada uno de estos envíos recibía la conformidad de los representantes designados por las CCAA. Estos documentos se remitían mediante correo electrónico al representante designado en el punto de recepción, y una vez obtenida la conformidad, se recibían y archivaban como comprobantes en la unidad habilitada al efecto en el INGESA.

Esta documentación venía a verificar el número de unidades realmente suministradas y la conformidad del receptor, lo que permitía y permite dar validez a los ficheros Excel sobre cuya exactitud e integridad expresa dudas el Anteproyecto de Informe. Este proceso adicional constituye, de hecho, un paso fundamental para cerrar el circuito y evidencia el

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

control sobre las distribuciones para su posterior justificación. A este respecto, el Anteproyecto de Informe, aunque no se refiera en ningún momento a esta documentación, tiene razón al concluir que *"el sistema de gestión de existencias (…) sirvió para el control de todos los materiales cualquiera que fuera su destino"* (página 83).

Aunque, como se ha señalado, ese Tribunal tiene constancia desde 2022 de estos certificados de conformidad, que además eran los documentos utilizados para certificar las entregas, INGESA queda a disposición de esa entidad para remitir todos aquellos documentos que requiera al respecto.

En las **páginas 89 y 90**, el Anteproyecto de informe indica que para el seguimiento de la distribución de productos se elaboraron hasta tres ficheros (hojas de cálculo) diferentes por la empresa logística, por INGESA y por la DG Cartera. Para el seguimiento y control de existencias, dos, de la empresa logística y de INGESA.

Como se desarrollará más adelante, quien tenía la responsabilidad primera e inmediata sobre el seguimiento de todas las existencias almacenadas y sobre las distribuciones realizadas era, como es lógico, la empresa logística, a la que a tal efecto se le adjudicaron desde INGESA varios contratos de emergencia.

Las hojas de cálculo de distribuciones de INGESA y la DG Cartera procedían de la información facilitada por la empresa logística, y su existencia se explica por la necesidad de que los órganos gestores dispusieran de esa información detallada, precisamente para hacer el seguimiento y control de todas las operaciones, en el ámbito de sus responsabilidades. En el caso de la DG de Cartera, como responsable de establecer los criterios de reparto a las CCAA y unidad encargada de la relación con sus interlocutores autonómicos. En el caso de INGESA, para verificar que, como responsable del contrato de logística, las distribuciones que realizaba la empresa se ejecutaban correctamente a través del análisis de sus ficheros, y también para enviar a los destinatarios las actas de comprobación para que estos procedieran a firmar de conformidad.

De igual modo, en el caso de las existencias, INGESA debía disponer de su propio fichero para realizar las mencionadas tareas de control de ejecución del contrato con la empresa logística, desplegar el sistema de comprobación documental de que cada envío llegaba correctamente a sus destinatarios y también para incorporar a dichos ficheros los resultados de los análisis de calidad de los diferentes productos.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Por tanto, lejos de ser una actuación censurable que los órganos del Ministerio de Sanidad que asumieron funciones en este ámbito dispusieran de ficheros propios (aun con un origen común) sobre las existencias y las distribuciones de material, en realidad se trata de una buena práctica de gestión, cuando, además, estos ficheros se utilizaban y manejaban con finalidades diferentes entre sí.

A continuación, el Anteproyecto de Informe considera que *"la información se gestionaba por medio de hojas de cálculo elaboradas a través de herramientas ofimáticas comerciales, careciendo de la estructura y estandarización necesarios para una explotación automatizada y sin una garantía mínima de integridad, trazabilidad y seguridad"* (página 90).

Al respecto debe señalarse, en primer lugar, que quien dispone de una herramienta informática para realizar el seguimiento integral de las distintas fases de gestión de las existencias era y es la empresa logística, lo cual resulta de todo punto lógico, pues es esta empresa especializada la que, bajo la dirección de INGESA, ejecuta toda la actividad material de recepción, almacenaje y envío de los productos. Desde el inicio del primer contrato de emergencia se dio acceso a personal del Ministerio de Sanidad a dicha herramienta informática.

Por tanto, ni era necesario ni resultaba operativo que el Ministerio de Sanidad estableciera un sistema propio porque este sistema ya existía.

La empresa contratada por el trámite de emergencia para la recepción, almacenamiento y distribución del material de protección fue una de las empresas españolas con mayor capacidad y experiencia en esta materia. De hecho, fue seleccionada porque ya había sido adjudicataria antes de la pandemia de contratos de esta naturaleza celebrados por INGESA. Es más, en la formalización de estos contratos de emergencia (por ejemplo, en el contrato con referencia COVID35, de principios de abril de 2020), se incluía una referencia explícita a esta cuestión, cuando en la cláusula 2 h) se estableció que "el contratista mantendrá actualizado en todo momento un inventario de material depositado, debiendo comunicar, al menos diariamente, y, en todo caso, a requerimiento de INGESA, la información disponible (…)".

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Posteriormente, en el contrato de servicios de almacenaje, control de stock y distribución de una reserva estratégica de material sanitario, de protección y farmacéutico, para atender la situación creada por el virus COVID-19, iniciado en julio de 2022 y adjudicado por el Ministerio de Sanidad en mayo de 2023 (EXP. 202209PA0002), se establece en la Cláusula 2.2.5 del Pliego de Prescripciones Técnicas lo siguiente:

> *"Se mantendrán registros informáticos de los movimientos de mercancías y se asegurará la integridad y acceso a dichos registros. La empresa deberá disponer de sistema de gestión de calidad de seguridad de sistemas de información.*
>
> *Llevará un control del stock disponible, tanto por referencia de producto como por referencia de los contratos en base a los cuales el Ministerio de Sanidad haya recibido los suministros, facilitando acceso en línea al Ministerio de Sanidad a la aplicación informática de control de stock.*
>
> *Los cambios en el stock indicados por el Ministerio de Sanidad, deberán ser incorporados en un plazo máximo de 48 horas. Los movimientos internos entre almacenes deben ser datos de gestión interna de la empresa y no afectar al control del stock, que debe estar actualizado diariamente y a disposición del Ministerio de Sanidad".*

Como puede observarse, desde mayo de 2023, una vez adjudicado el contrato 202209PA0002, el Ministerio de Sanidad continúa pudiendo acceder en línea a la herramienta informática de seguimiento integral de todo el stock de la empresa logística adjudicataria (**Anexo 2** Expedientes de contratación)

Por tanto, sí existía desde el principio de la pandemia una herramienta informática de gestión de stock y seguimiento de las distribuciones, que era la de la empresa logística adjudicataria de los contratos de emergencia. A partir de esta herramienta, dicha adjudicataria facilitaba al Ministerio de Sanidad la información en hojas de cálculo pudiendo también accederse en línea a la aplicación en cualquier momento desde el Ministerio de Sanidad si fuera preciso, como así sucedió en ocasiones. Estas hojas de cálculo sirvieron desde el principio para que los órganos responsables del Ministerio llevaran a cabo el seguimiento y control de existencias y material distribuido. Estas hojas de cálculo fueron el instrumento más sencillo y eficiente (teniendo en cuanta las enormes necesidades y urgencias del momento) para la gestión de los suministros de material de protección desde marzo de 2020.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Estos ficheros podrían carecer, como dice el Anteproyecto de Informe, de "*la estructura y estandarización necesarios para una explotación automatizada".* Lo que no puede compartirse es que carecieran por completo de *"una garantía mínima de integridad, trazabilidad y seguridad".* Sus garantías podrían ser limitadas, insuficientes o mejorables, pero no inexistentes. Sí permitieron el control y seguimiento de existencias y distribuciones por los órganos del Ministerio de Sanidad y también permitieron comprobar la trazabilidad de todos los procesos, como lo prueba la propia explotación de la información realizada por los auditores y que el Anteproyecto de Informe plasma en los Cuadros Nº 9, 10, 11 y 12. Sobre ellos se vuelve más adelante en este escrito de alegaciones.

Censura a continuación el Anteproyecto de Informe, en esta misma página 90, el *"intenso flujo de ficheros que ha supuesto una carga de trabajo muy significativa de los empleados públicos involucrados, sin que se haya abordado por la DG Cartera a lo largo de todo el periodo de la pandemia la coordinación necesaria para evitar duplicidad del esfuerzo entre esta Dirección General e INGESA, habiéndose detectado errores en la revisión efectuada".*

Esta afirmación no se encuentra sustentada sobre hechos objetivos y verificables. El intercambio de ficheros pudo suponer una carga de trabajo significativa para los empleados públicos, del mismo modo que la supusieron las tareas de seguimiento de stocks, de organización de las distribuciones de material o de control de cada entrega realizada a las CCAA, por ejemplo.

Pero no hay una sola evidencia en el Anteproyecto de Informe sobre la existencia de esa supuesta duplicidad de esfuerzo entre la DG de Cartera e INGESA, ni tampoco de problemas de coordinación entre ambos órganos que hubiera facilitado dicha duplicidad. Como ya se ha señalado, ambos órganos tenían responsabilidades diferentes. La DG de Cartera debía establecer las cantidades de material a distribuir a las CCAA, mientras INGESA controlaba la ejecución del contrato de la empresa logística, organizaba las actas de recepción de los envíos a las CCAA e incorporaba a los ficheros los resultados de las comprobaciones sobre la calidad de los productos. Por tanto, no hubo ni duplicidad ni descoordinación, **y así debería constar en la versión final del Informe de fiscalización.**

Más adelante, en esta misma página 90, el Anteproyecto de Informe sostiene que "de *la revisión efectuada se desprende que el sistema de seguimiento adoptado por la DG de Cartera* no era eficiente y no garantizaba el adecuado control de la distribución y gestión

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

de las existencias durante la crisis sanitaria, *puesto que las soluciones adoptadas con carácter de emergencia* se mantuvieron en el tiempo *sin que las unidades implicadas contasen con personal con el* perfil profesional adecuado *para realizar seguimiento y sin que se desarrollara una herramienta tecnológica de apoyo ni un sistema de información integral".*

La afirmación de que la DG de Cartera no era eficiente en el seguimiento y que no quedaba garantizado el adecuado control de la distribución y gestión de las existencias durante la crisis sanitaria, **no se sustenta en hechos verificados o en datos inequívocos que permitan llegar a esa conclusión, por lo que debiera suprimirse en la versión final del Informe.**

Las únicas pruebas que se alegan al respecto son: a) que se mantuvieron en el tiempo las soluciones de emergencia; b) que el perfil profesional del personal no era adecuado; y c) que no se desarrolló una herramienta de apoyo ni un sistema de seguimiento integral. Ninguno de estos supuestos elementos probatorios permite sustentar el juicio emitido, lo que convierte la valoración realizada en una opinión totalmente subjetiva o en mera conjetura.

a) Que se mantuvieran en el tiempo las soluciones de emergencia, esto es, el seguimiento realizado mediante la información facilitada por la empresa logística en hojas de cálculo, no tienen ninguna implicación con respecto a la eficiencia o esa supuesta falta de control.

   Como ya se ha señalado, estas hojas de cálculo permitían perfectamente a la DG de Cartera y a INGESA controlar las entradas en almacenes de los productos enviados por las empresas suministradoras, los stocks de material, y las distribuciones realizadas. Mantener en el tiempo un sistema que funcionaba y era operativo a los fines pretendidos por el Ministerio de Sanidad no es desde luego, ninguna prueba de ineficiencia o descontrol.

b) Establecer que el perfil profesional de los empleados públicos no era el adecuado tampoco se basa en ninguna prueba o dato demostrativo. En ningún momento se identifica el personal al que se refiere, su número, cualificación o funciones asignadas.

   Lo cierto es que este personal del Ministerio de Sanidad, obviamente, no era quien gestionaba materialmente la entrada de los pallets en los almacenes, quienes decidían

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

la organización de los productos en dichos almacenes, quienes efectuaban materialmente los traslados y entrega a las CCAA, etc. Todas estas tareas eran efectuadas por la empresa logística contratada a estos efectos. Las tareas que correspondían a los empleados públicos, en este caso de la DG de Cartera, eran la determinación de las cantidades a distribuir y la comprobación, junto con INGESA, de que estas distribuciones se ejecutaban correctamente. Difícilmente puede argumentarse que el perfil profesional de funcionarios públicos no era el adecuado para la realización de estas funciones.

c) Finalmente, el Anteproyecto de Informe ofrece como supuesta prueba de la ineficiencia y descontrol, el hecho de que no se desarrollara una herramienta tecnológica de apoyo ni un sistema de información integral.

Teniendo en cuenta que el sistema resultó operativo y de gran utilidad en las tareas de seguimiento y control (como reconoce el propio Anteproyecto en la página 88), no existió la necesidad de plantearse una nueva herramienta. Además, los trabajos necesarios para diseñar, alimentar y poner en producción esta nueva herramienta, habrían requerido un tiempo y dedicación de los empleados públicos del Ministerio, que tendrían que haber detraído de sus labores ordinarias, precisamente el control y seguimiento del material de protección en momentos en los que la pandemia seguía plenamente presente entre nosotros. En todo caso, como ya se ha señalado, esa hipotética herramienta de seguimiento integral ya existía en la empresa logística, a la cual desde el inicio el Ministerio de Sanidad puede acceder en línea.

En definitiva, teniendo en cuenta que la Norma Técnica Nº 68 del Tribunal de Cuentas obliga a que la fiscalización se realice de forma objetiva e imparcial, evitando juicios de valor o interpretaciones no suficientemente fundamentados, se solicita la supresión de todas las valoraciones anteriormente señaladas que el Anteproyecto de Informe realiza en las páginas 89 y 90.

- **Alegaciones sobre los resultados de las revisiones (páginas 91 a 97)**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En las **páginas 91 a 95**, el Anteproyecto de Informe se dedica a exponer los resultados de las revisiones sobre diferentes bases y hojas de cálculo que sirvieron para efectuar las tareas de control y seguimiento de los productos adquiridos y distribuidos.

Aquí, el Anteproyecto de Informe no se limita a auditar sistemas de información, sino que se dedica principalmente a exponer, en diferentes cuadros, datos sobre adquisiciones, almacenamiento y distribución de equipos de protección, tras examinar los ficheros que fueron facilitados por diferentes órganos del Ministerio de Sanidad.

Al llevar a cabo estas operaciones, la fiscalización excede nuevamente el ámbito objetivo al que debería circunscribirse, pues la única intención que parece desprenderse de este examen es poner de manifiesto unas supuestas discrepancias en la información ofrecida y, en todo caso, dar a conocer cierto tipo de datos muy concretos, sin que las motivaciones de ese especial interés en conocerlos y publicitarlos se hayan puesto de manifiesto en el texto.

A continuación, se exponen las alegaciones a las páginas 91 a 97 de manera estructurada en función de las cuestiones a las que se refieren:

a) Consideraciones generales

Durante la realización de esta auditoría, el Tribunal de Cuentas solicitó a los órganos del Ministerio de Sanidad información completa y detallada sobre todos los procesos de suministro, distribución y existencias de material de protección que se hubiera gestionado desde dicho Ministerio, incluyendo información de la que dispusiera la empresa logística. En el curso de esta auditoría, el Ministerio cumplió con lo solicitado y facilitó de manera puntual toda la información.

En un primer momento, entre los meses de marzo y mayo de 2022, se remitieron a ese Tribunal los ficheros que obraban en poder de INGESA, la DG de Cartera y la empresa logística. Se remitió de manera separada porque cada una de estas entidades disponía de ficheros propios que se utilizaban como soporte para la gestión que cada uno de ellos debía desempeñar. Como ya se ha señalado, cada una de ellas tenía atribuidas funciones y tareas distintas, que respondían también a diferentes finalidades. Como se expondrá más adelante, esta es la explicación, no solo de que existan varios ficheros, sino de que en ocasiones pudieran existir algunas diferencias en los datos que integraban estos ficheros.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Posteriormente a ese primer envío de información de 2022, el Tribunal se dirigió de nuevo al Ministerio, en esta ocasión a la Secretaría de Estado de Sanidad, con fecha 21 de febrero de 2023. En este escrito, se trasladaba que *"(…) apreciándose divergencias en los datos sobre los productos sanitarios y otras reservas recibidos, distribuidos y almacenados. (…) Con el fin de ofrecer una visión de la situación actual de los productos sanitarios y aclarar las incoherencias identificadas en la información registrada en los ficheros facilitados por el Ministerio e INGESA, se solicita lo siguiente (…)".* Y a continuación se expresaba en detalle la nueva información solicitada[14].

[14] "Suministros recibidos: Fichero de gestión utilizado con el máximo nivel de desglose: * Contrato * identificación de la donación. * Fecha de recepción. * Unidades contratadas o donadas. * Descripción del material. * Descripción del material estandarizada. * Observaciones * Código nacional material. * Código material. Se identificará, en su caso, por separado, el material no disponible para su utilización y la causa de ello (problemas de calidad, homologación, o la que proceda) y si está pendiente de reposición (en núm. de unidades por caducidad, sin calidad, deterioro, etc.).

Existencias a la fecha más recientes que se disponga y, en su defecto, a 31.12.2022 de productos sanitarios (mascarillas, buzos, gafas, respiradores, entre otros) con todo el detalle de su identificación, ubicación y estado. Se acompañará de los ficheros o bases de datos que sustenten la información con el máximo desglose de campos de información, entre ellos al menos los siguientes: * Localización (reserva estratégica defensa, stock LOGISTA, etc.). * Contrato * identificación de la donación. * Proveedor / Donante. * Código artículo * Descripción material. * Descripción Material estandarizada. * Código nacional material. o Código material. * Fecha de recepción. * Unidades disponibles. * Fecha de caducidad del producto. * Cajas. * Observaciones. Se identificará, en su caso, por separado, el material no disponible para su utilización y la causa de ello (caducidad, problemas de calidad, homologación, o la que proceda) y si está pendiente de destrucción (en núm. de unidades por caducidad, sin calidad, deterioro, etc. Se acompañará, adicionalmente, de los ficheros o bases de datos auxiliares procedentes de las empresas proveedoras del servicio de almacenamiento y logística o, en su caso, de las unidades administrativas que correspondan, que respalden la información.

- Productos distribuidos, con destino al Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Defensa y otros destinatarios. Se acompañará del fichero o base de datos que sustente la información con el máximo desglose de campos, entre ellos los siguientes: * Contrato * identificación de la donación. * Agente distribuidor (Logista, Fedifar, Correos, Inditex, etc.). * Proveedor / Donante * Destinatario (CCAA u otro destino) (especifique si la entrega es para la Reserva estratégica o, en su caso, para la destrucción). * Código nacional material. * Código material. * Descripción material. * Descripción Material estandarizada. * Fecha de salida de la mercancía. * Fecha de entrega. * Unidades distribuidas. * Albarán de entrega. * Cajas. * Observaciones Se acompañará, adicionalmente, de los ficheros o bases de datos auxiliares procedentes de las empresas proveedoras del servicio de almacenamiento y logística o, en su caso, de las unidades administrativas que correspondan, que respalden la información.

-Relación de Productos destruidos con el mayor detalle posible, acompañados de documentación que autorice tal decisión."

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Como consecuencia de esta nueva petición, la Secretaría de Estado de Sanidad volvió a coordinar a INGESA y a la DG de Cartera a fin de preparar la nueva información solicitada por el Tribunal con la categorización y nivel de detalle que este exigía. Esta información fue remitida el 15 de marzo de 2023. Por tanto, la Secretaría de Estado de Sanidad, en cuanto órgano superior del departamento, no dispuso nunca de ficheros adicionales propios, y diferentes a los de sus unidades dependientes, sino que se trabajó con los ficheros de estas, INGESA y la DG Cartera, para dar cumplimiento a la nueva solicitud del Tribunal en los términos en los que ésta le fue dirigida.

Por ello, resulta absolutamente incorrecto incorporar datos de la "Secretaría de Estado de Sanidad" en los cuadros Nº 10 y Nº11, donde se incluye a esta Secretaría de Estado en una nueva columna, como si se tratara de una fuente adicional y distinta de INGESA y la DG de Cartera y un cuarto agente a considerar (junto a los dos anteriores y la empresa logística). Este uso de la información facilitada a ese Tribunal de buena fe y con la absoluta voluntad de colaboración y cumplimiento, **supone una exposición de los resultados de la fiscalización de forma subjetiva y parcial, vulnerándose así el apartado c) de la Norma Técnica 68 que ha de regir en la elaboración de esta fiscalización. Los resultados de fiscalización que el Anteproyecto extrae después de operar de esta manera no serían más que opiniones subjetivas y juicios de valor no fundamentados.**

Por otro lado, en el escrito de petición adicional de información, de fecha 21 de febrero de 2023, se solicitaba el envío de información con un alcance y unas condiciones muy precisas, en parte diferentes de los parámetros en los que la información estaba clasificada en los ficheros gestionados por INGESA y la DG de Cartera. Por ello, para dar cumplimiento a lo solicitado por el Tribunal fue preciso reelaborar parte de la información suministrada. Por este motivo, resulta difícil de comprender que esta labor realizada para cumplir lo solicitado por el Tribunal de Cuentas, reciba una valoración negativa en el propio Anteproyecto de Informe, precisamente por efectuar *"una nueva elaboración de la información"* y enviar *"hojas de trabajo elaboradas ad hoc"* (página 96). Parece razonable entender que cuando un órgano fiscalizado actúa para cumplir con las indicaciones dadas por el propio el Tribunal de Cuentas, los resultados de la fiscalización no debieran censurar ese modo de proceder inducido por el propio órgano fiscalizador.

Igualmente, resulta sorprendente que en este mismo escrito de 21 de febrero de 2023, el Tribunal solicite de manera reiterada, no ya ficheros de gestión con determinadas

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

características técnicas, sino también, directamente, datos concretos y muy específicos en relación con las existencias. No se trataba de datos genéricos o concretos sobre otras cuestiones, como suministros de las empresas adjudicatarias de los contratos de emergencia, cantidad de material donado o dotación de reservas estratégicas[15], por ejemplo. No. La única petición de datos concreta, establecida de manera reiterada en el escrito, era *"el material no disponible para su utilización y la causa de ello (problemas de calidad, homologación, o la que proceda) y si está pendiente de reposición (en núm. de unidades por caducidad, sin calidad, deterioro, etc.) "*. Se considera que esta petición concreta de datos, no relacionada con cuestiones como la seguridad, integridad o trazabilidad de sistema de información alguno, podría no resultar justificada en el marco de esta fiscalización, siendo razonable plantearse si los objetivos pretendidos con su solicitud y posterior utilización estaban realmente relacionados con el alcance de esta concreta auditoría.

Por otro lado, subyace a lo largo de estas páginas 91 a 97 una insistencia en comparar datos procedentes de diferentes ficheros. Debe reiterarse al respecto, en primer lugar, que la herramienta de seguimiento integral de todos los procesos de suministro efectivo del material, de distribuciones y existencias es la de la empresa logística, a partir de la cual se extraen diferentes hojas de cálculo que sirven a cada órgano del Ministerio de Sanidad (INGESA y DG de Cartera) para realizar el seguimiento y control de sus respectivos ámbitos de responsabilidad. Estos ámbitos estaban bien definidos y no existió ningún tipo de duplicidad, estableciéndose una estrecha coordinación entre dichos órganos y de estos con la empresa logística.

Finalmente, a este Departamento le surgen importantes dudas sobre el modo en que los auditores han analizado y explotado la información de los ficheros aportados. Resulta relevante esta cuestión porque dichos análisis y explotaciones son determinantes de la información que el Anteproyecto incorpora en los Cuadros Nº 9,10,11 y 12 y de las valoraciones y conclusiones a las que llega, sobre todo en las páginas 96 y 97.

Las operaciones de explotación y análisis realizadas por los auditores no han consistido en la mera explotación automatizada de los ficheros, lo que de haber sido así, probablemente no habría merecido alegación al respecto, sino que ha consistido en tareas diversas,

[15] Por ejemplo, a diferencia del material caducado, llama la atención que el Tribunal no solicitó ninguna información sobre un aspecto tan relevante como los suministros realizados por las empresas adjudicataria, ni sobre su entrada, registro y control en los almacenes.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

muchas de ellas de reclasificación y agregación, cuyo alcance es desconocido para los órganos fiscalizados. El propio Anteproyecto de Informe vendría a reconocer este modo de proceder cuando señala que "*su análisis ha precisado un análisis detallado y específico de las distintas partidas que lo componían*" (página 96).

A modo de ejemplo de los problemas señalados en la ejecución de la auditoría, el Cuadro Nº12 recoge una clasificación y estandarización de los productos que no se corresponde con la llevada a cabo en la operativa práctica de INGESA y DG Cartera, ni tampoco con la propia información remitida en 2023 por la Secretaría de Estado de Sanidad. Parece que el Anteproyecto de Informe, para conformar ese cuadro, ha creado una codificación y categorización de productos y materiales específicos, basada en la información aportada hasta entonces, pero con matices, novedades y aportaciones propias. Además, como se expondrá más adelante, se han detectado incongruencias y datos posiblemente inexactos en la explotación de la información para conformar dicho Cuadro Nº 12.

En definitiva, ante el desconocimiento sobre el modo en el que el Anteproyecto de Informe ha procedido a explotar los ficheros facilitados para crear los Cuadros Nº 9, 10, 11 y 12, y dado que de todo ello deriva el Anteproyecto conclusiones sumamente críticas con la actividad de los órganos del Ministerio de Sanidad, **no parece que, en aras de la transparencia, claridad y objetividad, tales cuadros y valoraciones deban aparecer en el Informe final**. Todo ello, sin perjuicio de las concretas alegaciones que a cada uno de los cuadros y valoraciones se realiza a continuación.

b) Suministros

Se trae a colación en este escrito de alegaciones la cuestión de los suministros, aunque el Anteproyecto de Informe apenas realiza ninguna referencia a los mismos (sólo aparece tangencialmente en el Cuadro Nº 12 y no recibe ninguna valoración específica), lo cual resulta desproporcionado en comparación con otras cuestiones extensamente tratadas, como las distribuciones, las existencias o el material caducado.

A este respecto, como bien conoce ya el Tribunal de Cuentas (Informes Nº 1.473 y 1.542), todos los suministros contratados por el Ministerio de Sanidad e INGESA por el trámite de emergencia, en cantidades cercanas a los 1.000 millones de unidades, llegaron a España a lo largo del año 2020. Cada uno de los envíos realizados por las empresas adjudicatarias fue seguido y controlado por el Ministerio de Sanidad a través de la empresa de logística y

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

de toda la documentación que se acompañaba para comprobar, de manera efectiva, la ejecución de los contratos. Así, cada caja y unidad de material suministrada resultó acreditada, no solo en las facturas y actas de recepción, sino en el resto de la documentación incorporada a cada expediente, como los Documentos Únicos Administrativos de Importación, los levantes de importación y el *packing list* de cada uno de los envíos.

Todo ello fue posible, precisamente, por la existencia de un adecuado sistema que permitía el seguimiento y control de los suministros, no solamente en lo referente a su llegada, almacenaje y distribución, sino también a la justificación del cumplimiento de cada uno de los contratos de emergencia.

c) Existencias (Cuadro Nº 9)

En la página 91 se señala que "*En relación con las existencias a 31 de marzo de 2022, se ha comprobado que existen diferencias entre los datos procedentes del fichero de la empresa logística con la hoja de cálculo de INGESA*". Y para tratar de demostrarlo se muestra el Cuadro Nº 9, en el que las unidades ofrecidas por INGESA son siempre inferiores a las de la empresa logística.

La explicación sobre dichas discrepancias es sencilla: el fichero de INGESA sólo incluía el material que era susceptible de distribución, mientras que el de la empresa logística contemplaba todo el material almacenado.

Si bien el fichero de INGESA se alimentaba primariamente, como no podía ser de otra manera, con la información facilitada por la propia empresa logística sobre entradas, salidas y stock de productos, resulta que las funciones que desempeñaba INGESA y sus finalidades, eran diferentes de las de la empresa logística. Los datos de la empresa tenían una finalidad de puro seguimiento logístico. Los de INGESA, en cambio, además de servir para controlar la ejecución del contrato con dicha empresa, también debían servir para conocer el material susceptible de distribución.

INGESA compartía con la DG de Cartera los ficheros con el material susceptible de distribución, pues era esta Dirección General la encargada de ordenar los envíos a cada Comunidad Autónoma en función de los criterios objetivos establecidos.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Por tanto, en los ficheros de INGESA no aparecían recogidos aquellos productos que estaban siendo sometidos a estudios de calidad para permitir su distribución, así como aquel material que no cumplía los criterios de calidad y que, por tanto, no permitía su uso y distribución. Dicha información nunca estuvo, al menos con ese detalle, alcance y precisión temporal, en los ficheros de la empresa logística.
Debe advertirse que el hecho de no poder utilizar y distribuir cierto material en un momento dado, no es incompatible con su almacenaje, dado que, de la resolución de las reclamaciones e impugnaciones con las empresas, podría resolverse que su uso era el adecuado, como en ocasiones así sucedió.

Como ejemplo del distinto tratamiento de las existencias dado por el INGESA y la empresa de logística y a modo de aclaración de las mismas, en el Cuadro Nº 9, el INGESA hace constar 0 gafas almacenadas frente a las 396.700 que indica la empresa logística. En realidad, existían 0 gafas "aptas para su distribución", dado que las 396.700 comunicadas por la empresa logística no cumplían con los criterios de calidad y, por tanto, se encontraban bloqueadas para su entrega.

En igual situación se encontraría, por ejemplo, también, el medicamento PROPOFOL, con 0 unidades disponibles para su distribución según los registros del INGESA porque las 10.877 unidades que figuran almacenadas en la empresa de logística se encontraban caducadas.

La misma pauta se repite con el resto de materiales y medicamentos recogidos en el mencionado cuadro. Por todo ello, **se considera que los datos proporcionados por INGESA y por la empresa logística no son discordantes, que atienden a realidades y situaciones diferentes, y que, por tanto, el Cuadro Nº 9 debiera ser eliminado en el Informe final.**

d) Recursos distribuidos (Cuadros Nº 10 y 11)

Sobre el material distribuido, el Anteproyecto de Informe elabora dos Cuadros, el Nº 10 y el Nº 11, con información diferente. En el Cuadro Nº 10 se incluye todo el material distribuido procedente de contratos y también de donaciones, ya realizara esta distribución la empresa logística, las empresas adjudicatarias de los suministros o los donantes. En el Cuadro Nº 11 se incluyen información procedente de cuatro fuentes distintas pero referente solo a los recursos distribuidos por la empresa logística.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En el Cuadro Nº 10, como ya se ha señalado, se incorporan dos columnas con información que supuestamente procede de ficheros independientes, de la DG de Cartera y de la Secretaría de Estado de Sanidad. Esto es incorrecto. Como se ha señalado, en febrero de 2023 el Tribunal solicitó a la Secretaría de Estado nueva información sobre recursos distribuidos, ante las discrepancias que, al parecer, había detectado en la información facilitada en marzo y mayo de 2022 por la DG de Cartera e INGESA. En esta solicitud se pidió información con un alcance y características específicas, en parte diferente a la información remitida en mayo de 2022 por la DG de Cartera.

Con fecha 15 de marzo de 2023, la Secretaría de Estado de Sanidad dio respuesta a esa solicitud de información, y ofreció al Tribunal, en un esfuerzo de simplificación y unificación, un solo fichero con las distribuciones de material efectuadas. Las fuentes de este fichero único nunca pudieron ser distintas de los ficheros manejados por los órganos administrativos dependientes de la Secretaría de Estado con competencias en la materia (INGESA y DG de Cartera). A este respecto, la Secretaría de Estado de Sanidad siempre entendió que la solicitud de envío de un solo fichero, ante aquellas posibles discrepancias en los datos, tenía por finalidad aclarar la cuestión y que el Anteproyecto de Informe manejaría únicamente la información ofrecida por el órgano superior jerárquico común de INGESA y la DG Cartera. La sorpresa fue descubrir que la información facilitada por la Secretaría de Estado iba a utilizarse en el Anteproyecto de Informe, no como fuente autorizada para despejar cualquier duda, sino como argumento adicional para, supuestamente, respaldar las valoraciones preconcebidas de los auditores en relación con la aparente disparidad de cifras entre los distintos órganos gestores.

Pues bien, con independencia de que se desconoce, como ya se ha apuntado, el trabajo de recategorización de conceptos realizada por los auditores a la hora de componer el Cuadro Nº 10, así como los detalles de la explotación realizada, resulta que la información que ha de considerarse correcta es la enviada por la Secretaría de Estado de Sanidad en marzo de 2023. Debe recordarse que la fuente primaria de información procede de la empresa logística y que también debe considerarse el fichero de INGESA, puesto que este contiene todas las actas de recepción o comprobación del material distribuido. La información facilitada por la Secretaría de Estado se basaba principalmente, con las reelaboraciones solicitadas, en estas fuentes (INGESA y empresa logística).

Adicionalmente, debe recordarse, una vez más, que las funciones desempeñadas por la DG de Cartera en este ámbito se circunscribían a la determinación de criterios para establecer

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

los repartos de material a las CCAA, en función del material realmente disponible, y dar las indicaciones para proceder a este reparto. Las competencias de control y verificación de la ejecución del contrato de la empresa logística, correspondían a INGESA, entre ellas la comprobación de que se procedía correctamente con las distribuciones de material. También correspondían a INGESA funciones relativas a documentar todos los envíos de conformidad a los destinatarios, e incorporar al fichero los resultados de los controles de calidad. La utilidad añadida para la DG de Cartera de disponer de un fichero sobre distribución de material residía en que era esta DG la encargada principal de la interlocución con las CCAA.

Por su parte, y en relación con el Cuadro Nº 11, el Anteproyecto de Informe lleva a cabo una clasificación y estandarización de los productos que no se considera adecuada, ni se corresponde tampoco con la llevada a cabo, al menos, desde el INGESA. Ello imposibilitaría hacer las comparaciones que pretende hacer el Anteproyecto, puesto que estas conducen a la obtención de conclusiones que solo son aparentemente contradictorias.

En este sentido, se tratan por igual todo tipo de mascarillas, sin discriminar las mascarillas quirúrgicas de las de protección y, sin embargo, se diferencia como apartados separados pantallas y gafas cuando el INGESA las considera unidas al tratarse de material de protección ocular.

En relación con la falta de una adecuada clasificación de los productos, este departamento desconoce si los datos manifestados por la empresa logística siguen una correcta clasificación en los grupos comparados. Parece lógico que al tratarse de materiales que no estaban estandarizados a priori y que se calificaban por personal no especializado, en este tipo de productos, pudiera haberse efectuado una incorrecta clasificación de los mismos. De ello no puede derivarse ninguna consecuencia a efectos de control por parte de los órganos del Ministerio de Sanidad, puesto que estos también disponían de sus propios ficheros y podían proceder, como así sucedió, a realizar correctamente dichas clasificaciones.

Es posible, por otro lado, que la empresa logística no incluyera los traslados entre almacenes o devoluciones, cuyas depuraciones se tenían que hacer cuidadosamente desde el INGESA para ajustar los valores de las distribuciones.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Asimismo, la discrepancia en las cifras del medicamento DIPRIVAN es consecuencia de las distintas unidades de medida utilizadas, de tal forma que aun siendo todas ellas equivalentes, el INGESA trabajaba con las unidades que eran útiles para su distribución, esto es, miligramos, mientras que el resto de entidades expresaron dichas unidades en viales sin tener en cuenta la dosis en miligramos.

En definitiva, se considera que, para una correcta comparación entre los datos trasladados por la empresa logística, la DG de Cartera e INGESA, sería necesario, en su caso, proceder a una reelaboración de los cuadros teniendo en cuenta la correcta clasificación de los productos e interpretando dichos datos según las finalidades y propósitos de las diferentes Entidades implicadas en la distribución y gestión de las existencias.

Adicionalmente, debe señalarse que en este Cuadro Nº 11 las cifras filtradas a fecha 31 de marzo de 2022 correspondientes a la empresa logística y al fichero facilitado por la Secretaría de Estado de Sanidad, coinciden en su gran mayoría, prueba de que la información primaria y la que ha de considerarse a efectos del seguimiento de todos los procesos logísticos es la de la empresa adjudicataria de los contratos celebrados con este objeto por el Ministerio de Sanidad, aun con las mínimas variaciones que pudieran darse por incidencias u errores[16].

Por tanto, **en atención a lo señalado, se considera que los Cuadros Nº 10 y 11 tendrían que ser suprimidos en el Informe Final.**

e) <u>Flujo de recepción, distribución y existencias atendiendo a la categoría del producto (Cuadro Nº 12)</u>

En la página 94, el Anteproyecto de Informe hace constar por primera vez, que en febrero de 2023 se solicitó a la Secretaría de Estado información adicional a fin de valorar la fiabilidad de los datos sobre elementos adquiridos. Incluye esta referencia a efectos de presentar los análisis del Cuadro Nº 12.

[16] De hecho, todas las cantidades de material entre los ficheros de la empresa logística (enviados en 2022) y el facilitado al Tribunal por la Secretaría de Estado (remitido en marzo de 2023) coinciden, salvo en el caso de las batas/buzos (1.000 unidades de diferencia) y las mascarillas (1,43 millones de diferencia, el 0,37% del total). Estas diferencias bien pueden explicarse por discrepancias en las fechas, por diferencias en la catalogación, por los mencionados movimientos internos del material, por los propios errores en la explotación de los datos u otras circunstancias.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Resulta que en páginas anteriores (92 a 94), tanto en el texto como en los Cuadros Nº 10 y 11, se alude a información u hojas de cálculo de la Secretaría de Estado de Sanidad, sin aclarar en ningún momento que dicha información fue aportada con posterioridad a los envíos de INGESA, la DG Cartera y la empresa logística -de hecho, se solicitó y remitió casi un año después-. Tampoco se hace referencia en esas páginas previas, al contexto en el que esta nueva información se pidió, a que se hizo a fin de "aclarar incoherencias" (tal y como consta en la petición realizada el 21 de febrero de 2023), y por supuesto tampoco se hace referencia a que la información ofrecida, convenientemente adaptada según los requerimientos del Tribunal, no suponía incorporar un agente nuevo que manejara su propio fichero, sino que se limitó a enviar de nuevo la información procedente de sus órganos dependientes según lo requerido por dicho Tribunal. Además de lo ya apuntado previamente, ocultar esta circunstancia en las páginas 92 a 94 desvirtúa la consideración que pueda hacerse de la información de los Cuadros Nº 10 y 11, pues **los hechos no se recogen con exactitud y precisión, lo que podría comprometer el cumplimiento de los principios de objetividad e imparcialidad por los que se rige el Tribunal de Cuentas en su actividad.**

Por otro lado, como ya se adelantó, surgen importantes dudas sobre el modo en que los auditores han analizado y explotado la información de los ficheros aportados en la que se basa este Cuadro Nº 12. Aparte de que esta actividad no ha resultado transparente, dado que el propio texto del Anteproyecto no la explica, resulta que en varios supuestos los datos ofrecidos no son correctos.

A modo de ejemplo, en el caso de la información sobre trajes/buzos/monos, los datos agregados fijados en el Cuadro Nº 12 recogen un total de 6.952.910 unidades adquiridas y procedentes de donaciones. Esta información, según señala el Anteproyecto proviene exclusivamente del análisis de la información aportada por la Secretaría de Estado en marzo de 2023.

Sin embargo, no es posible deducir qué criterios, análisis o sumatorios han realizado los auditores a la hora de computar esa cantidad. Los datos no cuadran.

Un filtrado de los datos aportados por la Secretaría de Estado de Sanidad en marzo de 2023 no ofrece los mismos resultados que la información aportada por el Anteproyecto de Informe en dicho Cuadro Nº 12. Así, tras realizar ese filtrado, la información obtenida respecto a los suministros de este material es la siguiente:

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- Donaciones realizadas: 512.208.

- Suministros contabilizados en el fichero rubricado *"INGESA SUMINISTROS_CONTRATOS"*. 4.146.150 unidades (expedientes COVID19_49, COVID19_70, COVID19_12).

- Total: 4.658.358 unidades.

Las razones que pueden explicar estas diferencias podrían derivar de una apreciación errónea por parte del Anteproyecto de la información facilitada por la Secretaría de Estado, como haber contabilizado en el archivo "*INGESA SUMINISTROS ENTREGADOS*", el *expediente COVID19_48*, de 2,5 millones de batas, cuando de la información proporcionada en ese fichero puede deducirse que ese expediente estaba resuelto, por desistimiento.

Quizás las divergencias provienen de haber utilizado la información derivada del archivo "*DGCSYF Contratos actas recepción*", incorporado en la carpeta sobre SUMINISTROS, generando una doble contabilización de estos productos. En efecto, el fichero traslada la recepción de un total 2.692.450 unidades (contrato 202009PJ0024), proveniente de un expediente (COVID19_70) que ya se recoge en el fichero "*INGESA SUMINISTROS_CONTRATOS*".

En este caso, las actas de recepción contabilizadas en el fichero "*DGCSYF Contratos actas recepción*", llegan hasta el 28 de abril de 2020 (hubo otras recepciones más allá de esa fecha, como atestigua la información proveniente de INGESA sobre este expediente, con recepciones hasta julio de 2020).

En cuanto a los productos distribuidos, la información agregada proveniente del Cuadro Nº 12 señala que son 3.364.543 unidades. Para contrastar esta información, al hacer un filtrado de la información remitida por Secretaría de Estado de Sanidad, se obtienen los siguientes resultados:

- Distribuciones CCAA y otros: 2.518.618 unidades.
- Distribuciones directas: 687.025 unidades.
- Total: 3.205.643.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Sirva lo anterior como meros ejemplos a considerar para justificar las discrepancias o, al menos, las dudas de este Departamento sobre el tratamiento y explotación de la información y sobre la robustez y fiabilidad de los resultados obtenidos por los auditores y que se reflejan en el Anteproyecto de Informe.

Finalmente, en este Cuadro Nº 12 se incluye una columna con las unidades de material "Caducadas o no cumplen", que se incorporan al Cuadro a partir de la información remitida específicamente sobre esta cuestión por la Secretaría de Estado de Sanidad en marzo de 2023, ante la insistencia del Tribunal sobre este particular en su escrito de petición de 21 de febrero. Como se explicará más adelante en relación con las reservas estratégicas, en la información ofrecida en este Cuadro Nº 12, se echa en falta que el Anteproyecto de Informe no haga constar una precisión importante sobre la extensión de la vida útil de los productos sanitarios, que se realizó manera expresa a ese Tribunal en el envío de documentación el pasado 15 de marzo de 2023.

En definitiva, **en base a las alegaciones realizadas, se considera que el Cuadro Nº 12 debería ser también suprimido en el Informe Final de fiscalización**.

f) Valoraciones y conclusiones del Anteproyecto de Informe

En las **páginas 96 y 97**, el Anteproyecto de Informe procede a exponer las conclusiones que, a su juicio, se desprenden del análisis sobre las diferentes bases y hojas de cálculo. A continuación, se exponen las alegaciones a dichas conclusiones

a. El Anteproyecto de Informe sostiene en la página 96 que "*la información proporcionada a febrero de 2023 respondió a una nueva elaboración hecho que confirma la inexistencia de un sistema de información estable en el periodo (…)*"

Como ya se ha explicado, resulta cuanto menos sorprendente que el Tribunal de Cuentas solicite una información adicional en febrero de 2023, de acuerdo a unos parámetros que en ocasiones no tenía la información que se envió un año antes, y que al remitirla de nuevo el Ministerio, critique que la hubiera reelaborado en alguno de sus aspectos. Lógicamente, el Ministerio debió volver a elaborar parte de la información para responder a los requerimientos del propio Tribunal. Censurar esta actuación cuando se realizó a instancias de los propios auditores del Tribunal, no parece, cuanto menos, razonable.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

b. Critica también el Anteproyecto de Informe que "*la información no se acompañó del soporte auxiliar de las tablas de datos de la empresa que prestan el servicio de almacenaje*"

A la vista de la solicitud de información remitida por ese Tribunal con fecha 21 de febrero de 2023, transcrita anteriormente, resulta que el propio Tribunal ofreció, como alternativa ("o, en su caso"), que el envío podía igualmente producirse "de las unidades administrativas que correspondan", como efectivamente fue el caso. Por ello, se considera que el Ministerio de Sanidad dio cumplimiento integral a la solicitud realizada y dicha alusión no estaría justificada.

En este sentido, se consideró que la información proveniente de forma directa de las unidades administrativas, podría ofrecer una información más valiosa y ajustada a lo que, tal y como se entendió en aquel momento, buscaba el Tribunal. No obstante, si así se considera y solicita, puede remitirse esa información sin ningún inconveniente.

c. Considera el Anteproyecto de Informe que el control y análisis de la información se sustentaba "*en hojas de trabajo elaboradas ad hoc, sin que existan herramientas tecnológicas para monitorizar ni los recursos que restan por distribuir ni los restantes que puedan designarse como estratégicos ni para la coordinación con las reservas estratégicas de las CCAA*".

Desde el inicio de la pandemia se tiene acceso en línea a la herramienta informática de la empresa logística, a pesar de lo cual el seguimiento y control se efectuaba en lo que el Anteproyecto considera "*hojas de trabajo elaboradas ad hoc*", ya que en realidad esta aplicación ofimática fue la que resultó de mayor utilidad a los fines pretendidos.

Por tanto, lo cierto es que la fuente inicial de la información procede de la herramienta de gestión integral de la empresa logística adjudicataria del contrato de servicios que a tal efecto se sustanció, si bien la información remitida en hojas de cálculo fue luego adaptada por los órganos del Misterio de Sanidad en función de sus competencias, prioridades y necesidades. Como se evidencia del análisis de los procesos, este sistema sirvió perfectamente para controlar los suministros y sus reposiciones, justificar el cumplimiento de contratos, realizar los cálculos de la

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

distribución, repartir el material entre las CCAA y resto de agentes, y controlar los stocks de material. La existencia de aparentes discrepancias en algún fichero responde, como se ha indicado, a que cada órgano tenía cometidos específicos y, por tanto, trataba la información de acuerdo a sus necesidades, pero siempre con una base común, que era la información facilitada por la empresa logística.

Con respecto a la monitorización de los recursos que restan por distribuir o de los restantes que pudieran designarse, como ya se ha señalado, desde el inicio de la pandemia, tanto INGESA como el Ministerio de Sanidad tienen acceso en línea a la herramienta de gestión integral de la empresa logística.

d. Concluye el Anteproyecto de Informe que "*la información remitida presentaba carencias e incongruencias internas en algunas categorías de elementos, lo que revela un riesgo de falta de la fiabilidad de los datos sobre los recursos materiales gestionados bajo la responsabilidad del MSND (…)*".

Se desconoce a qué carencias e incongruencias internas en algunas categorías de elementos se refiere, sobre todo teniendo en cuenta que en el Cuadro Nº 9 INGESA y la empresa de logística incluían cosas distintas en sus aplicaciones y que en el Cuadro Nº 10 no es posible establecer comparación alguna entre la DG Cartera y la Secretaría de Estado de Sanidad, ya que esta se limitó a remitir al Tribunal los datos con las características solicitadas, y no gestiona directamente ningún fichero que pudiera ser objeto de comparación. Asimismo, en el Cuadro Nº 11 se incluyen ficheros de fuentes diversas que tenían atribuciones distintas, siendo la información de la empresa logística la fuente primaria y la de la Secretaría de Estado de Sanidad, la fuente a considerar, dado el esfuerzo de aclaración que se realizó ante la solicitud de 21 de febrero de 2023 del Tribunal, y teniendo en cuenta también que fue la última en el tiempo en remitirse

Continúa el Anteproyecto señalando que *"se detectan determinados casos en que no existe coherencia entre el dato de adquisición, distribución y existencias finales, así como supuestos en que se desconoce el contrato o donación de los que proceden ciertos materiales, no siendo posible determinar si el control de la distribución y existencias es correcto*".

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Más allá de las explicaciones ya realizadas sobre las diferencias en las atribuciones de funciones de los distintos órganos, con incidencia en los ficheros, se considera que, si el Anteproyecto de Informe tiene dudas sobre el material asignado a cada contrato, debería haber identificado con claridad de qué materiales en concreto se trataría, a efectos de poder realizar las oportunas alegaciones. De lo contrario, estaría extendiendo sospechas vagas e indeterminadas sobre cuestiones que son muy relevantes. En todo caso, tras la fiscalización de los contratos de emergencia del Ministerio de Sanidad e INGESA, ese Tribunal tiene constancia de todos los expedientes de adquisición de material de protección, de las actas de recepción y de toda la documentación anexa justificativa que acreditaba su íntegro cumplimiento.

Finalmente, en este párrafo, el Anteproyecto de Informe concluye que *"el MSND no dispuso de un sistema o procedimiento fiable para controlar las existencias y distribución de los recursos materiales, no efectuándose actuaciones suficientes para corregir las dificultades iniciales".*

Resulta evidente, como ya se ha señalado, que las existencias y la distribución de los recursos materiales han sido y son objeto de un adecuado control por parte del Ministerio de Sanidad y, en particular, de INGESA, que es el responsable de garantizar el correcto cumplimiento del contrato adjudicado a la empresa logística. Esta empresa logística, desde el principio, ha proporcionado información completa y puntual al Ministerio de Sanidad para el seguimiento detallado de las existencias y la distribución de recursos, a partir de su herramienta de seguimiento y gestión logística. En particular, sorprende las dudas que el Anteproyecto de Informe vierte sobre el control de los procesos de distribución a las CCAA, cuando en los ficheros de INGESA y en sus archivos constan de manera detallada todas y cada una de las actas de recepción del material distribuido a dichas CCAA.

En atención a lo expuesto, **se solicita la supresión o matización, en los concretos términos de las alegaciones realizadas, de las conclusiones establecidas en las páginas 96 y 97 del Anteproyecto**

9. **Alegaciones sobre las referencias a la reserva estratégica**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Sobre las valoraciones realizadas en las **páginas 90, 91, 96 y 97** sobre la reserva estratégica y su gestión, se realizan las alegaciones que a continuación se exponen.

- **Contextualización**

En primer lugar, ante algunas de las apreciaciones y la enumeración de cierta normativa que se realiza en el Anteproyecto de Informe sobre esta cuestión, resulta preciso ofrecer primeramente cierta información para contribuir a contextualizar correctamente, sobre todo desde el punto de vista internacional, los procesos en los que se diseñan y establecen las reservas estratégicas de productos sanitarios. Todas las normas e iniciativas españolas no solo están plenamente alineadas con las iniciativas a nivel europeo, sino que se complementan con las mismas, en el marco de la apuesta por la autonomía estratégica.

La autonomía estratégica abierta de la Unión Europea fue reconocida como objetivo clave por el Consejo Europeo[17], y fue uno de los cuatro ejes principales de la reciente Presidencia Española del Consejo de la Unión Europea[18]. En 2020, la pandemia de COVID-19 puso el foco en la necesidad de mitigar nuestra dependencia económica de cadenas de suministro de terceros países, en concreto en el ámbito de la salud[19]. También se puso de manifiesto la falta de reservas de contramedidas médicas[20], en la UE y los Estados miembros, así como la vulnerabilidad de las cadenas de suministro de la UE en cuanto a las contramedidas médicas críticas, otros medicamentos considerados estratégicos por Estados miembros y las materias primas empleadas en su fabricación, especialmente en situaciones de crisis.

En el contexto de la construcción de una Unión Europea de la salud más fuerte[21], se establecen una serie de medidas para reforzar la resiliencia de la Unión Europea en lo

[17] https://www.consilium.europa.eu/media/45932/021020-euco-final-conclusions-es.pdf

[18] https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Paginas/2023/150623-prioridades-presidencia-ue.aspx

[19] https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2022/733589/EPRS_BRI(2022)733589_EN.pdf

[20] Las contramedidas médicas pertinentes para la respuesta de salud pública abarcan productos farmacéuticos y productos no farmacéuticos, como, entre otros, productos sanitarios, equipos de protección individual, suministros de vacunación, dispositivos y productos para la realización de pruebas de diagnóstico y equipos de laboratorio.

[21] https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0724

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

relativo a la necesidad de contramedidas médicas y reducir el impacto sobre la salud de la escasez de medicamentos, destacando la creación de la Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante emergencias sanitarias (HERA por sus siglas en inglés). HERA ha coordinado acuerdos para la adquisición conjunta de medicamentos y ha impulsado el establecimiento de reservas estratégicas de contramedidas médicas *rescEU* a nivel de la Unión para complementar las reservas estratégicas nacionales, entre otras acciones relacionadas con la autonomía estratégica. A modo de ejemplo, se puede citar la adquisición de vacunas frente al virus *Monkeypox* en 2022.

La relevancia del establecimiento de reservas estratégicas de contramedidas médicas en el contexto de la preparación para futuras emergencias sanitarias, se pone de manifiesto en la propia Comunicación de la Comisión por la que se crea HERA, que contempla esta medida como parte de la misión central de la Autoridad[22], así como a través de la inclusión de esta medida como parte del informe del estado de preparación de la salud de la UE de 2023 [23] y en la reciente Comunicación publicada por la Comisión de cara a hacer frente a los problemas de suministro de medicamentos críticos[24]. No obstante, cabe destacar que esta medida a nivel de la Unión Europea, solo se contempla como una medida de última instancia, que complementa las reservas estratégicas existentes a nivel nacional[25], especialmente teniendo en cuenta la urgencia con la que se requiere la administración o uso de estas contramedidas en situaciones de crisis, en muchos casos durante las primeras horas tras el evento. Con el fin de armonizar las estrategias para el desarrollo de reservas estratégicas a nivel nacional y de la UE, HERA ha incluido en su Plan de Trabajo de 2024 dos iniciativas que se implementarán a lo largo de este año: el desarrollo de una Estrategia Común en la Unión, así como una acción conjunta (*Joint Action*) de la Comisión, cuyo propósito principal será apoyar a los Estados miembros en el desarrollo de estrategias, sostenibles y enfocadas a futuro, para el establecimiento de reservas a nivel nacional[26].

- **Alegaciones específicas**

[22] 43aaa66d-3eee-4d91-8bff-c974bd5851a3_en (europa.eu)

[23] State of Health Preparedness Report 2023 - European Commission (europa.eu)

[24] https://commission.europa.eu/system/files/2023-10/Communication_medicines_shortages_EN_0.pdf

[25] https://commission.europa.eu/system/files/2023-10/Communication_medicines_shortages_EN_0.pdf

[26] 6fb9201c-14bf-42f9-946d-7b790e6e08fc_en (europa.eu)

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Señala el Anteproyecto de Informe en su página 96 que "*Tras la determinación en julio de 2020 de los productos y su cuantía que deberían formar parte de la reserva estratégica, no se ha emitido ni aprobado ningún otro posterior. En este sentido, el documento de julio de 2020 se realizó sobre la base de las necesidades existentes en ese momento, las cuales han cambiado considerablemente. De hecho, la reserva estratégica únicamente cuenta con las existencias aún no consumidas y utilizables de los productos adquiridos en 2020 (…)".*

El documento al que se refiere el Anteproyecto fue un Plan excepcional, denominado de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19, que, entre otros aspectos, abordaba la constitución de reservas estratégicas de productos sanitarios y de protección de la salud.

Dicho Plan fue aprobado por el CISNS principalmente porque contenía diversas medidas en relación con el sistema de gobernanza para hacer frente a la pandemia, el refuerzo de las unidades de Salud Pública, la dotación de capacidades adicionales para la detección precoz del COVID-19, el refuerzo de capacidades asistenciales, etc. Y aunque es cierto que establecía diversos criterios para la constitución de reservas estratégicas de equipos de protección, no era este su objeto principal.

En todo caso, que no se haya aprobado en el CISNS desde entonces un documento similar, una vez declarado el fin de la pandemia, no quiere decir que a nivel de gestión no se haya realizado ninguna actuación. Se han llevado a cabo y seguirán implantándose para cumplir, además, con las directrices y compromisos a nivel de la UE.

En particular, el Anteproyecto de Informe señala en las páginas 90 y 91 que el Plan de Respuesta Rápida de julio de 2020 disponía que para la determinación de la reserva estratégica "*se consideran los consumos semanales reales declarados por las CCAA, estableciendo un periodo de cobertura de ocho semanas y considerando la capacidad de producción nacional*".

A este respecto, y como prueba, además, de que con independencia de la aprobación de nuevos documentos sobre la reserva estratégica, es posible seguir gestionando los procesos de almacenamiento, el Anteproyecto no ha considerado, a la hora de reproducir los cálculos del material necesario para dotar la reserva, un inciso importante del Plan de Respuesta de julio de 2020, el 3.5.3.1., en el que se señala, tras los cálculos de consumo

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

que determinarían las cantidades a incluir en la reserva estratégica, lo siguiente: "*En lo referente a las mascarillas quirúrgicas y las mascarillas FFP2 esta cantidad será superior, dada su disponibilidad tras la adquisición".*

Por otro lado, en el Cuadro Nº 12 se incluye una columna sobre material caducado o que no cumple, que se remitió a solicitud del Tribunal en 2023, y que el Anteproyecto cifra en 237,7 millones de unidades, de las cuales más de 233 millones serían mascarillas. A esta cuestión se hace referencia también en el texto del Anteproyecto, sobre todo en la página 96, cuando concluye que "*se han identificado debilidades en el cumplimiento del principio de eficiencia de dicha reserva estratégica establecidos en el Plan de respuesta temprana de julio de 2020 antes enunciado, dado que se ha producido la caducidad de un número considerable de productos, particularmente mascarillas y buzos, y no se ha efectuado reposición de varias categorías tales como batas-buzos, guantes o mascarillas FFP3*[27]*".*

A este respecto, es preciso puntualizar, en primer lugar, que el hecho de que un producto sanitario esté caducado, no implica necesariamente que ese producto no pueda utilizarse bajo ninguna circunstancia. Aalgunos de los productos incluidos en la reserva tienen una fecha de validez otorgada por el fabricante de acuerdo a los estudios de estabilidad exigidos por su regulación pertinente. Sin embargo, eso no necesariamente indica una pérdida de actividad, rendimiento o eficacia. Por ello, determinados productos pueden ser reevaluados y en interés de la salud publica conservados más allá de su fecha teórica de validez. Así ha ocurrido en España con la reserva de vacuna frente a viruela humana ACAM 2000, que, tras vencer su caducidad en 2018, ha sido reevaluada su actividad e idoneidad, que el fabricante ha extendido hasta en dos ocasiones a petición de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Por otro lado, resulta también llamativo que una indicación expresa sobre esta cuestión, comunicada por la Secretaría de Estado de Sanidad a ese Tribunal con ocasión de los envíos de ficheros el 15 de marzo de 2023, no haya sido tenida en cuenta en la redacción del Anteproyecto de Informe. En dicha indicación, la Secretaría de Estado de Sanidad ya

[27] La determinación de las cantidades de material adquirido, destruido, distribuido y caducado que se contienen en el Cuadro Nº 12, así como los datos de material caducado, que utiliza el Anteproyecto para concluir que han existido problemas de ineficiencia en la gestión por la caducidad "*de un número considerable de productos",* lo que demuestran, en todo caso, es que las bases de datos y las fuentes de información del Ministerio de Sanidad sí permiten realizar el seguimiento de todos los procesos logísticos, en este caso las existencias disponibles de material y su estado .

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

advertía, expresamente, que "esta fecha de caducidad podrá ser modificada con base en resultados emanados de nuevas pruebas o análisis realizados sobre el producto".

En definitiva, la propia condición de "preparación" asociada a la reserva estratégica, implica el almacenamiento y custodia de un catálogo de productos previamente seleccionados, que, en ausencia de la emergencia, están, lógicamente, abocados a agotar su vida útil. En todo caso, la plena disponibilidad de material sanitario en las reservas estratégicas, en las cantidades precisas, está completamente garantizada. Y ello es así por las existencias disponibles, las reevaluaciones que se lleven a cabo sobre la vida útil de ciertos materiales, y también por los procesos de adquisición que, en caso de necesidad, se pondrán en marcha. Es más, algunos de los productos relacionados con una reserva estratégica nacional, trascienden los que fueron necesarios en aquellos momentos y se vinculan a otras posibles amenazas que afecten a la salud de la población, situándose en el plano de la seguridad nacional.

En resumen, y a modo de conclusión de las alegaciones realizadas a este Apartado II.2 (páginas 66 a 97), se solicita la eliminación en el Informe Final de cualquier referencia que no tenga una relación directa e inmediata con sistemas de información. En todo caso, se solicita la supresión íntegra de los subapartados II.2.5.1a), II.2.5.1b) y II.2.5.1d).

En su defecto, se solicita la eliminación, al menos, de todas las interpretaciones no suficientemente fundamentadas, las valoraciones no sustentadas en hechos verificados y las apreciaciones no imparciales u objetivas que, a juicio de este departamento, se incluyeron en el Anteproyecto de Informe, en los términos señalados en las alegaciones específicas a este Apartado.

4. APARTADO II.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD EXTERIOR

En este Apartado vuelven a reproducirse los problemas ya señalados en apartados anteriores sobre la extralimitación en la que incurre el Anteproyecto al analizar y valorar aspectos distintos y no relacionados con los sistemas de información. Ello sucede en relación con las valoraciones que se realizan sobre la organización de los servicios periféricos del Estado, en los que se incardina Sanidad Exterior, y cuando se entran a considerar aspectos específicos de la actividad material de control sanitario. Así sucede por ejemplo cuando analiza el seguimiento por parte de Sanidad Exterior de los casos positivos

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

(páginas 115 y 116), la realización o no de PDIAs a pasajeros de vuelos procedentes de determinados países (página 117), las derivaciones a los servicios asistenciales de las CCAA (página 119) o el seguimiento de las personas en cuarentena por parte de personal del Ministerio de Defensa (página 117), entre otros.

Asimismo, en muchas ocasiones se extraen de los sistemas de información determinados tipos de datos y no otros, que se presentan, además, de una determinada manera, sin que se explique en el Anteproyecto este modo de proceder. Así, por ejemplo, se hace especial hincapié en los cruces entre el *dashboard* de SPTH sobre controles realizados, en el concepto "casos importados" o en las cuarentenas, pero en cambio no se consideran ni publicitan otros aspectos que también formaron parte de la auditoría de este sistema de información, como el número de Certificados Digitales emitidos o su exitosa integración en SPTH.

En todo caso, se considera que la profusión de tablas y cuadros con múltiples datos, tanto en el texto y los anexos, excede las necesidades propias de esta concreta auditoría, ofreciendo la impresión de que lo que en realidad se está fiscalizando es la propia actividad de control sanitario y no solo los sistemas de información. **Por tanto, en aras de asegurar la debida objetividad e imparcialidad, se solicita que en el Informe final los datos que se ofrezcan, y la manera en que estos se presenten, responda única y exclusivamente a la finalidad de la auditoría y no a otras finalidades diferentes.**

1. **Alegaciones al apartado II.3.1. Estructura organizativa y medios de los servicios de sanidad exterior: doble dependencia de las unidades territoriales de sanidad exterior (páginas 98 a 101)**

El Anteproyecto de Informe dedica este apartado a analizar y valorar la estructura y dependencia orgánica de los servicios de sanidad exterior en relación con su entera actividad, no solo en lo que se refiere a los sistemas de información.

Si el objetivo de la fiscalización hubiera sido analizar los sistemas de información, como así habría parecido indicar la denominación de la misma en la programación de 2021, habría sido suficiente, a efectos de contextualizar adecuadamente el análisis de estos sistemas, con realizar una referencia somera y objetiva a la existencia de unos servicios centrales en el Ministerio de Sanidad y unos servicios periféricos en las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En cambio, el Anteproyecto de Informe profundiza en aspectos de organización, y gestión material, analizando y valorando hechos no necesarios, a estos efectos, para auditar posteriormente los sistemas de información.

Así, en primer lugar, en la página 98 se considera que la sanidad exterior, en España, "*se asienta sobre una estructura compleja",* ofreciéndose como única justificación para emplear dicho calificativo, la existencia de una estructura central y una estructura territorial integradas en las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno. Dicha referencia a la complejidad de la estructura no parece estar del todo justificada, dado que los servicios de Sanidad Exterior en el territorio se organizan del mismo modo que el resto de servicios integrados en Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno, como los de Agricultura, Industria, Energía o Transportes[28], así como, por ejemplo también, las Unidades de Violencia de Género, con dependencia funcional del Ministerio de Igualdad. Sobre todos estos servicios existe, desde 1997, una doble dependencia: funcional de los Ministerios, y orgánica de las propias Delegaciones y Subdelegaciones y del Ministerio de Política Territorial. Si la complejidad de la organización en el caso de Sanidad Exterior resulta ser una característica a destacar, también lo debería ser respecto del resto de Ministerios que cuentan con servicios integrados.

Asimismo, en esta página 98 se ofrece información incorrecta. Señala el Anteproyecto que "*los equipos informáticos y programas ofimáticos los proporciona el MTER*", aunque el sistema informático específico de Sanidad Exterior es administrado y proporcionado por el Ministerio de Sanidad. De ello, el Anteproyecto de Informe extrae la conclusión de que existe "*el riesgo de falta de alineación de las prioridades en la dirección y gestión tecnológica entre ambos ministerios*".

En realidad, quien tiene la competencia tecnológica horizontal en las Delegaciones y Subdelegaciones de Gobierno y sus servicios integrados no es el Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, sino la Secretaría General de Administración Digital (SGAD), que despliega un amplio conjunto de competencias de carácter transversal a toda la Administración General del Estado y sus Organismos Públicos, entre ellas la provisión de servicios en materia de tecnologías de la información y comunicaciones y la prestación de

[28] Real Decreto 1330/1997, de 1 de agosto, de integración de servicios periféricos y de estructura de las Delegaciones del Gobierno.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

aplicaciones y servicios para Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y las Direcciones Insulares en todos sus ámbitos de actuación, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones[29].

Con independencia de esta cuestión, las conclusiones que extrae el Anteproyecto de Informe sobre un supuesto riesgo de falta de alineación de las prioridades en la dirección y gestión tecnológica entre el órgano funcional (SG de Sanidad Exterior) y el órgano horizontal (SGAD), no están suficientemente justificadas en el texto para poder llegar a dicha conclusión. El único responsable de las aplicaciones de Sanidad Exterior es el Ministerio de Sanidad, y en ellas no impacta la actividad de la propia SGAD, más allá de aportar los equipos (PCs) y el soporte de comunicaciones. Por ello, no existe ni podría existir una falta de alineación de prioridades de dirección o gestión tecnológica entre los diferentes Ministerios, con impacto sobre los sistemas de información de sanidad exterior, puesto que los departamentos tienen ámbitos de responsabilidad diferentes. Además, como se ha indicado, el MTER no tiene competencias tecnológicas sobre los servicios integrados en Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno. De hecho, de seguir el razonamiento del Informe la mayor parte de los sistemas de la AGE incurrirían en el mismo riesgo puesto que la SGAD aporta muchos servicios (por ejemplo, las Comunicaciones) a la mayor parte de los Ministerios de la AGE.

En esta misma página, el Anteproyecto de Informe señala que "*la falta de adecuación (…) a las necesidades actuales de algunos de los sistemas implantados en relación con sanidad exterior ha desembocado en soluciones particulares desarrolladas en el ámbito de las Delegaciones y en que el control de las cargas de trabajo por parte de la SGSE no pueda realizarse de forma automática y precise de laboriosos trabajos en hojas de cálculo por parte de las Delegaciones y Subdelegaciones y de agregación de la información por la SGSE".*

En los términos en que se pronuncia el Anteproyecto en esta página, se desconoce a qué necesidades supuestamente no responderían los sistemas implantados, y cuál es el sentido real de las referencias críticas que se realizan con respecto a las cargas de trabajo y la

[29] Durante el periodo fiscalizado, la SGAD estaba adscrita al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (Real Decreto 403/2020, de 25 de febrero). Las competencias de este órgano se contienen actualmente en el Real Decreto 210/2024, de 27 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica básica del Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública, Ministerio al que se adscribe.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

imposibilidad de controlarlas de manera automática, lo que impide realizar alegaciones al respecto.

En todo caso, se considera que el Anteproyecto vuelve a extralimitarse con respecto a su ámbito objetivo de análisis, cuando entra a considerar con cierto nivel de detalle supuestas deficiencias que afectarían al funcionamiento ordinario de los servicios de Sanidad Exterior en el territorio. A este respecto, cita un Acuerdo de Consejo de Ministros de 2006 y un Informe de la AEVAL de 2013. Cuesta comprender cómo un Acuerdo de Consejo de Ministros de hace más de 18 años, que precisamente aprobaba un Plan de Medidas de Mejora, puede emplearse como prueba de las deficiencias supuestamente detectadas en los servicios de Sanidad Exterior en 2024.

Asimismo, el Anteproyecto concluye, expresamente, que la doble dependencia, orgánica y funcional, es un "*factor adverso en la eficacia de funcionamiento de las unidades de sanidad exterior*". Para justificar esta afirmación, se apunta "*la existencia de procedimientos extremadamente complejos y muy burocráticos*" en relación con la dotación de recursos humanos. Posteriormente indica que "*el recurso a la contratación de interinos, en caso de necesidad, es escasamente eficaz (…) porque no permite responder de forma rápida a una necesidad sobrevenida*".

Al respecto debe señalarse, en primer lugar, que todos los sistemas de provisión de puestos de trabajo en la AGE siguen el mismo procedimiento y a todos ellos se les aplican las mismas normas, tanto en servicios centrales como en las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno. En segundo lugar, que la referencia a la presunta ineficacia de la provisión de puestos de trabajo por interinos no está fundamentada en modo alguno. En multitud de supuestos, acudir en caso de urgencia y necesidad a este tipo de personal sí ha servido para atender situaciones excepcionales que se le han planteado a la AGE, pudiéndose citar como ejemplo el refuerzo de las Oficinas de Extranjería que dependen orgánicamente las propias Delegaciones de Gobierno y del MTER[30]. Por todo ello, **se considera que las apreciaciones y valoraciones sobre estas cuestiones no están asentadas en datos convenientemente verificados y que, por tanto, al tratarse de valoraciones subjetivas no contrastadas suficientemente, no deberían constar en el Informe Final.**

[30] En julio de 2023 ante el incremento en la carga de trabajo de estas Oficinas de Extranjería, el Ministerio de Política Territorial incorporó 295 interinos en un plazo muy breve de tiempo. Este personal interino ha contribuido a mejorar la eficacia y eficiencia de la gestión en estas Oficinas y a reducir el tiempo de espera de los ciudadanos que acuden a las mismas.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En todo caso, el examen detallado de la organización y funcionamiento de la AGE en el territorio y, en particular, sobre los servicios de los Ministerios integrados en las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno, podría recibir atención por parte de ese Tribunal en una auditoría operativa o de gestión diferente y específica, pero no en una fiscalización sobre los sistemas de información del Ministerio de Sanidad, cuyo funcionamiento no se ve afectado por dichas cuestiones.

A continuación, en la página 101, el Anteproyecto de Informe extiende los supuestos problemas de gestión de la estructura territorial de Sanidad Exterior al que sí habría debido ser único ámbito de atención de la auditoría, los sistemas de información. A este respecto señala que "*el impulso de proyectos tecnológicos, la asignación de recursos o la elección de las alternativas tecnológicas dependen de estructuras de gobernanza diferentes, de tal manera que el software específico depende del MSND mientras que los equipos, la configuración base y la infraestructura depende del MTER, operando por tanto en entornos tecnológicos distintos y con el riesgo de que las prioridades no se encontraran alineadas*"

A este respecto debe indicarse primeramente que, como se ha señalado, las competencias horizontales en materia de tecnologías de la información no correspondían al MTER, sino a la SGAD, adscrita entre 2019 y 2021 al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. En segundo lugar, que a la SGAD le correspondían funciones meramente horizontales (equipos y comunicaciones), que poco o nada tenían que ver con los sistemas tecnológicos de los órganos funcionales (Sanidad Exterior), creados, alojados, mantenidos, y desarrollados exclusivamente por el Ministerio de Sanidad.

Igualmente, en el Anteproyecto de informe se critica que el MTER no tenga acceso al sistema SISAEX del Ministerio de Sanidad, cuando en realidad los propios empleados públicos de Sanidad Exterior, dependientes orgánicamente del MTER, tenían acceso al mismo y operaban con él. La única necesidad que los órganos centrales de MTER tenían con respecto a este sistema de información era conocer datos a efectos de comunicación o de elaboración de la memoria anual, en ningún caso para gestionar. Para atender exclusivamente estas finalidades, resultaba suficiente con la remisión por parte del Ministerio de Sanidad de Estadísticas de actividad de las unidades de Sanidad Exterior.

Finaliza este subapartado en la página 101 con una referencia a supuestos planteamientos estratégicos discordantes entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Política

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Territorial con respecto a la mejora del funcionamiento de las Unidades de Sanidad Exterior[31].

Debe señalarse que el Anteproyecto incluye en este párrafo una referencia a los sistemas de información totalmente descontextualizada y artificial, pues las discrepancias entre ambos departamentos nunca parecieron versar, según lo que señala el propio Anteproyecto, sobre este particular. En todo caso, todas estas apreciaciones realizadas, no sólo exceden claramente el ámbito objetivo de fiscalización, sino que tampoco se basan en hechos verificados y comprobables. Igualmente, se desconoce si las supuestas discrepancias entre varios Departamentos de la AGE se plasmaron en documentos remitidos por estos a los auditores. Se considera, en todo caso, que cuestiones de esta índole no debieran aparecer en un Informe de estas características.

En atención a lo señalado, se solicita que todas las referencias y valoraciones críticas sobre la doble dependencia funcional de las competencias de Sanidad Exterior, así como todos los aspectos reseñados en el Anteproyecto de Informe sobre la estructura organizativa vigente por Ley, que no tengan una incidencia directa sobre los sistemas de información y que no se basen en hechos verificados y probados, no formen parte del texto del Informe Final a emitir por ese Tribunal.

2. **Alegaciones al Apartado II.3.2. Análisis de los sistemas de información en materia de control de personas en medios de transporte internacionales (Páginas 101 a 104)**

En relación con el análisis de SISAEX, es necesario realizar varias puntualizaciones:

- cuanto al escaso número de Declaraciones Generales de Aeronave (DGA) existentes en SISAEX (pág. 102), conviene señalar que, tal y como se indica en el propio informe, la escasa implantación internacional de la DGA en el entorno aéreo dificulta en gran medida la obtención de la misma, pues muchos comandantes de aeronaves desconocen su existencia y ponen muchas objeciones para cumplimentarlas. Esta circunstancia se repite, no solo durante el período de la pandemia, sino también con anterioridad a la misma.

[31] En la página 148 vuelve a hacerse referencia a supuestas dificultades en la relación orgánica y funcional que mantienen ambos Ministerios.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- Si bien estaba pendiente de actualizar los procedimientos de actuación descritos en el *Manual de alertas sanitarias en fronteras* que se señala en la página 103 del informe, de tal manera que incorpore referencias a los sistemas informáticos, conviene señalar que dicho Manual continúa siendo válido para responder a este tipo de eventos, pues contiene los aspectos básicos de la respuesta y su flexibilidad permite que pueda ser adaptado a cualquier situación que se produzca. De hecho, todos los procedimientos de actuación elaborados ante alertas sanitarias en fronteras gestionadas en años precedentes y los elaborados al inicio de la pandemia por COVID, estaban basados en los contenidos del Manual que era debidamente adaptado a las circunstancias propias de cada una de ellas.

- Por otra parte, los modelos de informes abreviado y ampliado que se citan en la página 103 del informe, no existían en el momento en que el Manual fue elaborado.

- La primera versión del procedimiento de actuación de Sanidad Exterior al que se hace referencia en la página 104, ya incorporaba la necesidad de que los viajeros entregasen las denominadas *Passenger Locator Card* (que posteriormente evolucionó a lo que se denominó *Formulario de Control Sanitario*).

- En cuanto al seguimiento de las cuarentenas (página 105), no fue SISAEX el medio mediante el cual se debía informar, motivo por el cual no existen informes al respecto, por lo que **se solicita la retirada de dicha observación en el Informe final**referencia a los campos no cumplimentados en la tabla del modelo de informe ampliado que se indica en el anexo 56, conviene explicar que dicha tabla fue inicialmente concebida para recoger específicamente información de los casos de gastroenteritis aguda que pudieran constituir un brote a bordo de los buques, por lo que no es cumplimentada en otro tipo de eventos.

- Con respecto a la recepción en SISAEX de las DMS introducidas en DUEPORT, hay que señalar que ha sido un proceso arduo y difícil de implantar, pues la diversidad de aplicaciones informáticas existentes en los puertos españoles, si bien vuelcan todas a DUEPORT, presentan singularidades que han creado confusión en algunas ocasiones. Adicionalmente, la imposibilidad de aportar documentos adjuntos a la DMS a través de DUEPORT, ha hecho que en muchas ocasiones se mantuviese la vía del correo electrónico para el envío de toda la documentación en su conjunto.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- cuanto a la comparativa de los datos facilitados al Ministerio de Política Territorial por parte del Ministerio de Sanidad y los disponibles en SISAEX (anexo 52), se evidencia una gran similitud salvo en los relativos a las intervenciones de los equipos de los servicios de Sanidad Exterior. Esto se explica porque la funcionalidad definida en SISAEX no permite obtener los datos directamente desde SISAEX y, por lo tanto, esta tarea se realiza a partir de la extracción de la información por parte del personal de la Subdirección General a partir de los informes abreviados y ampliados y su gestión mediante hojas de cálculo fuera del sistema.

Finalmente, conviene puntualizar lo indicado en la página 153 en relación con que SISAEX, tanto su módulo de AHS como de VI, contiene información sensible en campos de texto libre, sin medidas de protección específicas. En este sentido, indicar que se han llevado a cabo las oportunas evaluaciones de la seguridad de los datos y se han observado todas aquellas medidas recomendadasatención a lo señalado, **se solicita que en la redacción del Informe final se tenga en cuenta las anteriores consideraciones y matizaciones.**

En las páginas 103 y 104 se realizan diversas consideraciones sobre modificaciones normativas en materia de sanidad exterior tras la declaración de pandemia de COVID-19 (incorporadas además en el Diagrama Nº 24), y se hace referencia a la aprobación de "Instrucciones Médicas y Procedimientos de Actuación de las unidades de sanidad exterior".

Se considera que esta información de contexto, siendo correcta, excede de la que resultaría necesaria para proceder, posteriormente, al análisis de los sistemas de información. De hecho, esta contextualización de detalle es la que sirve, precisamente, no ya para auditar los sistemas de información, sino para realizar el resto de consideraciones de gestión sanitaria material que el Anteproyecto de Informe expone posteriormente.

3. **Alegaciones al subapartado II.3.3.1. Registro en los sistemas de información del tránsito en el periodo previo a la implantación de los controles sanitarios en aeropuertos (enero-junio 2020) (páginas 104 y 105)**

En este subapartado se incorporan varias consideraciones que no tienen relación con la fiscalización de los sistemas de información, sino con los datos procedentes de su explotación, lo que conecta directamente con actuaciones materiales y no con dichos

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

sistemas[32], tal y como sucede también en el subapartado II.3.3.3 y se comenta con detalle más adelante.

4. **Alegaciones al subapartado II.3.3.2. Registro en los sistemas de información de los controles sanitarios en aeropuertos (julio de 2020 a diciembre de 2021) (páginas 106 a 111)**

En este subapartado, además de presentarse el esquema de controles sanitarios de entrada en los aeropuertos, que sí pudiera servir como información de contexto para el análisis específico de SISAEX y SPTH, se presta una atención especial a aspectos que nada tienen que ver con estos sistemas de información.

Concretamente, el Anteproyecto de Informe analiza las necesidades de personal para efectuar los controles sanitarios y señala (página 107) que "*fue AENA quien determinó el número de profesionales necesarios para la implementación de los controles diseñados por el MSDN (…)*". Esta observación parece obviar lo dispuesto en las cláusulas 2.2.1 y 2.2.1.1 del Convenio suscrito por AENA y la DG de Salud Pública en 2020, en las que se indicaba lo siguiente:

> *"2.2.1 Poner a disposición de Sanidad Exterior de modo temporal, y a través de la contratación o contrataciones de las empresas especializadas que pudieran ser necesarios para ello, los siguientes recursos humanos, sanitarios y de apoyo (…)*
>
> *2.2.1.1 Recursos humanos: **el personal requerido por la autoridad sanitaria**. Auxiliares o personal de apoyo, enfermeros o DUE y médicos para llevar a cabo los controles primarios y secundarios descritos en la cláusula primera del presente Convenio. En concreto, el control primario lo realizarán auxiliares y enfermeros y el control secundario enfermeros y médicos. Este personal estará siempre bajo la supervisión de Sanidad Exterior en el ejercicio de sus funciones para el control sanitario sobre los pasajeros".*

Por tanto, **dicha afirmación que realiza el Anteproyecto de Informe no se basa en hechos ciertos y verificados, por lo que no debería constar en el Informe final de fiscalización.**

[32] Principalmente, en estos apartados II.3.3.1 y II.3.3.2, lo referente a número de Declaraciones de Generales de Aeronave y el seguimiento de cuarentenas.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Asimismo, en la página 107 se hace referencia a una "puesta de manifiesto" del Director General de la Administración General del Estado en el Territorio sobre "*la dificultad para tomar la responsabilidad en 2021 de los contratos sanitarios por la falta de la financiación requerida*". Asimismo, se indica que "*MTER asumiría en el futuro la contratación del control secundario (personal sanitario) mediante la contratación de funcionarios interinos*", lo que lleva al Anteproyecto a poner de manifiesto las dificultades para que, "*con el esquema actual organizativo y con la cobertura legal vigente, la AGE pueda responder de manera urgente ante emergencias de alta intensidad, caso de la pandemia*". Y concluye señalando que, en atención a estos hechos, se ponen de manifiesto "*las dificultades de coordinación interministerial para la priorización de objetivos, incluso en una materia de esta especial relevancia*".

Más allá de recordar otra vez que estas cuestiones sobre personal encargado de la gestión sanitaria y su financiación, nada tienen que ver con los sistemas de información del Ministerio de Sanidad, debe reseñarse que, de los hechos mencionados (una puesta de manifiesto por el DG de AGE en el Territorio no incorporada al texto del Anteproyecto ni a los Anexos al mismo, o el hecho de que AENA finalmente continuó como responsable del control secundario), no parece poder extraerse, de manera lógica e inequívoca, la consecuencia que el Anteproyecto señala, esto es, que en las actuales condiciones la AGE no puede responder de manera urgente ante emergencias, y que existen dificultades de coordinación interministerial para la priorización de objetivos.

Dado que el Tribunal de Cuentas, en su actuación ha de evitar juicios de valor o interpretaciones no suficientemente fundamentadas, se solicita que las anteriores referencias alegadas no formen parte del Informe final.

En la página 108 se ofrece información sobre el personal contratado para realizar las funciones de control sanitario primario y secundario. Estas referencias y esta información tampoco tienen relación alguna con los sistemas de información. Se trata de aspectos concretos de la gestión operativa que, lógicamente, podría ser auditada por ese Tribunal, pero en una auditoría específica o diferente de la actual, que solo habría de dirigirse, por su denominación, a auditar los sistemas de información. Por tanto, **se solicita también su eliminación en la versión definitiva del Informe.**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En la página 111 se indica lo siguiente: *"Adicionalmente, debe indicarse que SpTH fue diseñado por AENA SME SA para la gestión ordinaria de los operadores de los controles sanitarios y, por tanto, los servicios territoriales de Sanidad Exterior no grababan su actividad como supervisores de estos controles sanitarios, ni en su papel de agentes de la autoridad en el caso de derivación de un enfermo a los servicios asistenciales de las CCAA".*

Esta afirmación no es del todo correcta, pues SpTH fue diseñado funcionalmente por la SGSE y desarrollado por una empresa externa contratada por AENA SME SA, y supervisado por la Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS a partir de junio del 2021. Por ello, **se solicita que la supresión de este inciso en la redacción final del Informe.**

En la página 111 se señala lo siguiente: "*la SGSE carecía de personal con perfil funcional para coordinar proyectos tecnológicos lo que requirió un esfuerzo extraordinario de los empleados públicos que participaron en su implementación. Este esquema de trabajo ha conducido, respecto de determinados datos, a la falta de conciliación entre las diversas fuentes, como se muestra más adelante".*

El Anteproyecto de Informe concluye que la falta de conciliación de las diversas fuentes es consecuencia de que la Subdirección General de Sanidad Exterior carecía de personal con el perfil profesional necesario, lo que supone una valoración subjetiva, parcial y no demostrada. Dicha falta de conciliación entre las fuentes de información puede deberse a varias causas no consideradas por el Anteproyecto diferentes de la señalada, en particular la premura con la que hubo que actuar para diseñar e implantar el sistema SPTH para el control sanitario en frontera. Por ello, **se solicita que la supresión de este inciso en la redacción final del Informe**

La Subdirección General de Sanidad Exterior no carecía, como señala el Anteproyecto, de "*perfil funcional para coordinar proyectos tecnológicos".* Precisamente, un perfil funcional es aquel que ofrece conocimiento y ejerce responsabilidad sobre una materia o área funcional específica. Y por supuesto que los responsables de la Subdirección General de Sanidad Exterior acreditaban ambas características, si bien era necesaria también la participación de personal con perfil tecnológico procedente de la Secretaría General de Salud Digital. Por ello, no se comprende la valoración que realiza el Anteproyecto de Informe sobre este particular. La coordinación de los proyectos tecnológicos siempre ha de ser compartida, para que ofrezca resultados eficaces, entre el responsable funcional y el

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

profesional de los sistemas de información y tecnológicos. Precisamente esto es lo que sucedió con el sistema Spain Travel Health.

5. Alegaciones al subapartado II.3.3.3 SPAIN TRAVEL HEALTH (SPTH). (Sobre todo, páginas 112 a 119)

Consideraciones generales

En primer lugar, debe señalarse que el Ministerio de Sanidad, a través, la SGSDII, se hizo cargo del sistema en junio del 2021, por lo que todos los aspectos comentados en el informe relativos a fechas anteriores, deberían poder ser revisados, si procede, por AENA, entidad responsable hasta ese momento, sin que conste que el Anteproyecto de Informe haya sido remitido a dicha entidad para la realización de alegaciones.

Por otro lado, la información procedente de la explotación de los sistemas no se expresa en el Anteproyecto de Informe, en muchas ocasiones, con la objetividad e imparcialidad requerida. Dicha manera de presentar los resultados pareciera dar a entender que, en cierto modo, no se han cumplido los protocolos establecidos ni efectuado los controles oportunos, cuando, por el contrario, dichos protocolos funcionaron y el control fue efectivo.

Así sucede, por ejemplo, al observar el modo en el que el Anteproyecto expresa los datos numéricos, que varía según los casos. En unas ocasiones se presentan los datos en números netos, mientras que en otras se utilizan porcentajes, sin que se expliciten en el Anteproyecto los motivos para proceder de una u otra manera.

A modo de ejemplo, esta práctica se identifica en la página 114 del Anteproyecto, donde se afirma haber detectado "*valores ilógicos de fechas de llegada*", remitiéndose al Anexo 45 sobre análisis de la calidad del dato, en el que se afirma que "304 viajeros que han cruzado por el control primario indican un año de llegada posterior a 2022", sin contextualizarlo en un denominador de millones de pasajeros.

En el mismo Anexo se afirma que *"En cuanto a los datos identificativos, se han advertido 38 registros en las tablas de pruebas diagnósticas que no tienen asignado el identificador,*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

108 pasajeros no tienen cumplimentada la fecha de realización del test y 90 registros de personas están duplicados (que corresponden a 34 viajeros)". En este caso, igualmente, no se recogen los porcentajes sobre el total de miles de pruebas realizadas.

En otras ocasiones, la práctica es la contraria, como en el caso del Anexo 49, relativo a test aleatorios. En esta ocasión, no se incluye el número total de viajeros que hubieran sido objeto de esos controles. En esta tabla, además, la no identificación de los países imposibilita poder conocer y, en su caso, rebatir o matizar, la información ofrecida sobre el número de viajeros que se recibieron durante ese período.

De mantenerse en el informe la profusión de datos resultantes de la explotación de SPTH, se solicita que estos sean expuestos con mayor rigor y del modo más homogéneo posible y con la máxima objetividad.

Por otro lado, el Anteproyecto de Informe señala que SPTH presenta carencias en el diseño de la aplicación en relación con la trazabilidad de la información y la realización de estadísticas precisas para el seguimiento y explotación analítica de la información, obviando dos aspectos importantes. Por un lado, la capacidad para el propio diseño del sistema en un tiempo récord y en un contexto de plena crisis sanitaria. Por otro, el impacto que tuvo este sistema en la recuperación de la movilidad nacional e internacional en condiciones de seguridad. El Anteproyecto de informe no se refiere apenas a estas relevantes cuestiones, **por lo que se solicita que la versión final del Informe sí las incluya, a fin de mantener el adecuado equilibrio en la exposición de los resultados de fiscalización.**

Debe señalarse a este respecto que en todo momento se priorizó la parte operacional por urgencia y necesidad, y, sin embargo, se ofreció también una solución informacional. Tuvo que hacerse frente asimismo a cambios de normativa frecuentes, necesarios para adaptar el control sanitario en frontera a la situación epidemiológica cambiante.

Del mismo modo, el texto del Anteproyecto tampoco valora su flexibilidad y adaptación a las diferentes necesidades en función de la evolución epidemiológica de la pandemia y su marco regulatorio, ni la introducción continua de mejoras, o su definición para poder aplicarse en el futuro a otros eventos sanitarios asociados a la movilidad internacional de viajeros, especialmente en relación al manejo de emergencias de salud pública u otros acontecimientos puntuales que puedan implicar riesgo para la salud de las poblaciones.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En cuanto al reto que supuso el desarrollo de la aplicación en un tiempo récord, es preciso recordar que, tras el anuncio de la apertura de fronteras el 1 de julio de 2020, se dispuso de 40 días para realizar su primera versión. Posteriormente, se fueron introduciendo numerosas mejoras a medida que se iban identificando necesidades en el marco de una situación epidemiológica a nivel mundial y nacional altamente cambiante que exigía adaptaciones continuas. Así, las principales mejoras introducidas en los meses posteriores al nacimiento de SpTH fueron las siguientes:

- Octubre de 2020: se habilita la posibilidad de cumplimentar una Historia Clínica, de tal manera que el personal sanitario del control secundario pueda introducir información clínica de los pasajeros que son evaluados.

- Noviembre de 2020: se incorpora como mejora la posibilidad de recopilar información sobre las PCR requeridas a los viajeros procedentes de países de riesgo. Adicionalmente se permite introducir los resultados de los test de antígeno que comenzaron en ese momento a realizarse en los aeropuertos de llegada.

- Enero de 2021: se pone en marcha el "Portal de informes" que permite una explotación de los datos contenidos en SpTH. Se introduce igualmente la capacidad de solicitar a los viajeros de manera aleatoria sus certificados de pruebas diagnósticas.

- Junio de 2021: se incorpora la posibilidad de que los viajeros suban a SpTH sus Certificados COVID Digitales durante el proceso de obtención del QR. SpTH los valida y envía al viajero un código QR denominado *Fast Control*, utilizado en la gestión de flujos a la llegada. De esta manera, se obtiene un triple beneficio: se realiza el control sanitario antes incluso de iniciarse el viaje, el paso por los controles a la llegada es mucho más rápido y se evita el uso fraudulento de los certificados mediante la validación previa.

- Septiembre de 2021: se introduce un ayudante virtual que permite que SpTH y el viajero interaccionen durante el proceso de obtención del código QR.

- Octubre de 2021: se incluye la posibilidad de que el viajero compruebe si su Certificado COVID Digital es válido para viajar a los diferentes países de la Unión Europea. El viajero puede igualmente registrarse en SpTH agilizando el proceso de obtención del QR.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- Diciembre de 2021: se incorpora la posibilidad de exigir una doble certificación (vacunación y prueba diagnóstica) a los viajeros procedentes de países de especial riesgo.

Por otro lado, es importante destacar que el sistema SpTH fue reconocido con el Premio a la Innovación a la Gestión en la XV Edición de los Premios a la Calidad e Innovación en la Gestión Pública que concedía el Ministerio de Hacienda y Función Pública.

A nivel internacional, muchos países siguieron el ejemplo español y posibilitaron la cumplimentación electrónica del formulario y diferentes organismos/entidades crearon herramientas que replicaban parte de las funcionalidades que ofrecía SpTH. Algunos ejemplos de ello los encontramos en varias aerolíneas, en la Declaración Digital de Viaje de SITA (Société Internationale de Télécommunications Aéronautiques) elaborada en colaboración con la IATA (Asociación de Transporte Aéreo Internacional) y la plataforma PanaBIOS Trusted Travel, desarrollada por la Comisión de la Unión Africana y el Centro Africano de Prevención y Control de Enfermedades.

Además, desde el Ministerio de Sanidad se prestó asesoramiento a autoridades sanitarias de otros países como Alemania, Luxemburgo o Noruega y a EU HEALTHY GATEWAYS, Joint Action de la UE que, a instancias de la Comisión Europea, desarrolló una herramienta para aquellos estados miembros que no tuvieron capacidad propia para ello.

Por otro, lado, y en lo que a evaluaciones externas se refiere, Skytrax, organización internacional de calificación del transporte aéreo, evaluó en junio de 2021 los seis aeropuertos españoles con tráfico internacional de viajeros (Palma de Mallorca, Madrid, Málaga, Tenerife Norte, Alicante y Barcelona)[33]. Skytrax lanzó en 2020 las calificaciones de seguridad COVID-19 que cubrían aeropuertos de todo el mundo, proporcionando una evaluación y certificación independiente y experta de las medidas de higiene y seguridad de los aeropuertos. Los aeropuertos españoles evaluados en la auditoria obtuvieron la máxima calificación de 5 estrellas en Airport Safety Rating.

[33] Disponible en la URL: https://skytraxratings.com/aena-has-six-spanish-airports-certified-with-the-highest-5-star-covid-19-safety-rating.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

La auditoría evaluó 175 protocolos de seguridad diferentes introducidos en respuesta a la pandemia de COVID-19 para reducir el riesgo y mejorar el bienestar de los clientes y el personal[34]. En relación con SpTH, la auditoría señaló que había encontrado "procedimientos rigurosos y eficientes en cada aeropuerto. El sistema requiere una serie de controles de documentación y controles de salud, y estas medidas se están implementando de la manera más eficiente y segura posible. La infraestructura ha sido diseñada e implementada en torno a una variedad de escenarios para volúmenes altos y bajos de pasajeros para garantizar que haya capacidad adecuada en el sistema para mantener el distanciamiento social y el movimiento seguro de los clientes". Destaca especialmente que **los auditores internacionales señalaron que en los aeropuertos españoles se realizaban los mejores controles sanitarios de Europa,** además de señalar expresamente que SpTH suponía un valor adicional al reconocimiento general de las buenas prácticas COVID llevadas a cabo en dichos aeropuertos.

Debe hacerse notar, asimismo, que para la definición de los requisitos de SPTH se mantuvo una batería intensísima de reuniones entre la SGSE y la SGSDII, y una vez puesta en producción, en concreto, 3 reuniones semanales (L-X-V), con asistencia del proveedor, la SGSE, y la SGSDII. Una vez a la semana se incorporaba a las mismas AENA

Consideraciones específicas

En la página 112 se indica que *"Inicialmente se preveía que el código QR fuese la única vía posible, pero la realidad (países de origen con internet deficiente o compañías aéreas que no lo exigían en origen) determinó que fuese necesario habilitar adicionalmente la posibilidad de presentar el FCS cumplimentado en papel".* Sin embargo, la posibilidad de presentar el FCS se contempló desde el inicio del desarrollo, teniendo en cuenta la posible dificultad para muchos viajeros para obtener un QR a través de una aplicación informática/web.

En la página 113 el Anteproyecto de Informe señala que "*se ha detectado la existencia de registros sin información un 31,34% (1.072.775 registros) en el tercer trimestre de 2020*", período en el que la plataforma era responsabilidad de AENA. Aunque debería consultarse

[34] Las inspecciones examinaron la implementación de medidas de salud, higiene y seguridad de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Trabajo para la Recuperación de la Aviación del Consejo de la OACI, la Agencia de Seguridad Aérea de la Unión Europea (EASA) y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) además de requerimientos del Gobierno de España y autoridades autonómicas.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

para mayor detalle a dicha entidad, teniendo en cuenta la evaluación constante de la usabilidad del formulario realizada, esta incidencia podría deberse a que no se estuvieran registrando todos los formularios que llegaban al control en papel en la aplicación, debido al desconocimiento de la operativa en ciertos aeropuertos hasta que el personal de tierra se habituó al procedimiento. En este sentido, el seguimiento de la usabilidad del formulario, permitió detectar inicialmente dificultades en la cumplimentación del mismo, sobre todo en población poco familiarizada con el uso de herramientas digitales, por lo que se mantuvo el formato papel durante un periodo transitorio, dando soporte a su cumplimentación desde el inicio del proyecto (atención telefónica y email). Asimismo, en aplicación de la Resolución de 4 de junio de 2021, de la Dirección General de Salud Pública, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España, las compañías de transporte quedaban obligadas a prestar apoyo a los pasajeros con destino España para obtener el QR de SpTH. Gracias a estas medias y a las mejoras en la usabilidad del formulario, disminuyó de manera considerable el porcentaje de utilización del formulario en papel sobre el formulario en formato electrónico, representando un 36,7% al inicio del proyecto en julio de 2020 y disminuyendo al 4% de los formularios que se leían en el control sanitario en febrero de 2022.

En esta misma página 113, las diferencias identificadas entre el número de viajeros registrados en las estadísticas de AENA con las que figuran en el dashboard de SpTH son mínimas frente a los datos globales. Si bien en el Cuadro Nº 14 se presentan tan solo los números netos, al expresarlos como porcentaje, estas diferencias suponen tan solo un 2,59% de los registros en el segundo semestre de 2020 y de un 1,18% de los registros en el año 2021, y se podrían considerar asumibles en una plataforma tecnológica desarrollada en un tiempo récord. La plataforma fue incorporando mejoras y correcciones en las sucesivas versiones desplegadas. En relación con las diferencias que se muestran en el anexo 44, coinciden en fechas con el periodo de cambios frecuentes en la operativa y en la aplicación, como consecuencia de la evolución mundial de la pandemia y los cambios consiguientes en las resoluciones de la Dirección General de Salud Pública.

En la página 114 se identifican divergencias entre los códigos QR escaneados y los reportes de llegada a España, de los que se deduce una supuesta fiabilidad limitada de las fuentes de elaboración estadística. En el Anexo 44 se recoge el detalle de las divergencias entre los códigos QR escaneados y los reportes de llegada a España, afirmándose que *"Este grafico revela una debilidad en la integridad de la información..."*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Es necesario tener en cuenta que parte de las discrepancias en el año 2020 se deben a la dificultad de implementación del QR al inicio, llegando muchos viajeros con formularios en papel que no pudieron ser escaneados en su totalidad, pero que eran custodiados por los equipos de Sanidad Exterior, para utilizarlos en caso de que fuera necesario estudiar los contactos de un caso en un vuelo. **Por ello, se considera necesario que sea incorporada esta observación en la versión final del Informe.**

En la página 114 el Anteproyecto de informe se afirma que *"se han identificado, otras incidencias, entre las que cabe destacar la falta de fiabilidad de la información sobre el asiento del viajero en la aeronave (el asiento 1-A se ha reportado en una proporción 30 veces superior a la que hubiera correspondido), afectando a la potencial traza de los contactos*".

En este punto es preciso aclarar que este dato, obligatorio, se podía cumplimentar con posterioridad, una vez el viajero dispusiera del mismo. Si bien, se comprobaba el formato de la aerolínea según los códigos IATA, el número del asiento era muy dependiente de la configuración de los aviones, por lo que la aplicación de reglas de calidad en la entrada revestía gran complejidad. El dato del asiento dejó de ser obligatorio en abril del 2022. Adicionalmente, para facilitar el control de viajeros, se disponía en SpTH de una funcionalidad que mostraba asientos cercanos a un pasajero que estuvieran en la misma fila que otro, de forma que permitía identificar contactos estrechos.

A este respecto, se adjuntan (**Anexo 3** Guía rápida SpTH+1.12.0 -ES -vf y **Anexo 4** Guía rápida SpTH+1.13.1 v0 -ES -vf) como evidencias las guías rápidas de SPTH+ publicadas para los viajeros, en versiones 1.12 y 1.13.1, donde se observa, para la primera, de fecha febrero 2022, la obligatoriedad de consignar el dato, o bien en el mismo momento en que rellenaban el formulario, o después cuando conocieran el dato; y respecto de la segunda, que este campo deja de ser obligatorio (mayo 2022, en abril comenzó la desescalada).

También se adjunta manual (**Anexo 5** MNU_SpTH+_Manual del operador_V1.16.0) del operador en su última versión. En el apartado 3.4.2, "*Entrada manual formulario*", se indica: "*La entrada manual del cuestionario deberá ser realizada por el operador con permisos de control primario o secundario en el caso que el viajero no haya realizado el cuestionario online […]*". En el subapartado 3.4.4.2 "*Información del viaje*", se indica lo siguiente "*Datos del vuelo en el que ha llegado a España, indicando la compañía, vuelo, fecha de salida y también como dato obligatorio el asiento en el que ha viajado. No será*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

obligatorio, sin embargo, rellenarlo en los controles secundarios si se tiene que dar de alta su historia clínica."

Las fechas de realización de test sin asignar y los registros de pruebas realizadas en el aeropuerto duplicadas, que se mencionan en el anexo 45, bien podrían ser el resultado de errores humanos de los operadores, que eran los que introducían los datos, algo perfectamente natural, dado que tenían que realizarlo lo más rápido posible para evitar colas en el control secundario a los pasajeros.

Por otro lado, en el Anexo 45 se indica que entre el "*entre el 9 de junio y el 29 julio de 2021, no hay pruebas volcadas en el sistema, que, sin embargo, sí figuran en la hoja auxiliar de control que elaboraba la SGSE (60.847 pruebas), afectando a la integridad de la* información".

Esta divergencia se debió a una incidencia en el mantenimiento de la base de datos histórica anonimizada. En este sentido se considera necesario que el Anteproyecto de informe hubiera diferenciado las incidencias puntuales (difícilmente evitables) de las no conformidades sistemáticas que pueden ser debida a malas prácticas. **Por dicho motivo, se solicita que sea retirada esta observación o sea indicada como una incidencia puntual localizada en un determinado periodo.**

También se recoge en el anexo 45 que SPTH no establece una categorización precisa reduciéndola a cuatro categorías. Debe tenerse en cuenta que las diferentes evoluciones de SPTH fue ampliando dichas categorías para incluir las realizadas por control epidemiológico, por ejemplo, por procedencia de país de riesgo, cuarentena, etc. En atención a los principios de objetividad e imparcialidad, s**e considera necesario especificar esta evolución del desarrollo de SPTH, dado que prácticamente todas las aplicaciones van sufriendo modificaciones y mejoras a raíz de su implementación, sin que ello supongo en sí mismo, una situación deficitaria.**

En el anexo 46 se indica que *"Adicionalmente, el control primario realizaba un control de temperatura y visual de síntomas, que, de acuerdo con el protocolo vigente en cada momento, suponía la derivación de los pasajeros detectados al control secundario o al área de test. Esta operativa no queda registrada en la tabla de control primario en SPTH, restando trazabilidad a la información y mermando el ulterior análisis de la misma."*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Es necesario señalar que estas derivaciones sí se recogían en la base de datos de SPTH, volcado del formulario, **por lo que se solicita la retirada de dicha observación y de las conclusiones a las que se llega.**

En el anexo 47 se indica que, de los 450 pasajeros con prueba positiva, 193 no figuraban en la tabla de PDIAS. La Secretaría General de Salud Digital ha comprobado que en las historias clínicas con prueba positiva registradas en la tabla de PDIAS, la fecha de la prueba es varios días anterior a la fecha de llegada, entendiéndose, por tanto, que son pasajeros que traían un documento con el resultado de la prueba realizada en origen, y que se registraba en la historia clínica, pero no se registraba en la tabla de PDIAS al no tratarse de pruebas realizadas en el aeropuerto, conforme a las reglas definidas por Sanidad Exterior. O bien porque al hacer el control de los certificados sanitarios presentados por los viajeros en el control primario, se detectaba una prueba positiva, que era derivada a control secundario, y ya no se repetía la PDIA en el área de test. En consecuencia, **se solicita la eliminación del citado anexo o, cuanto menos, que conste en el texto la anterior aclaración.**

También se afirma lo siguiente: "*En el gráfico anterior se puede apreciar que en 1.533 registros no figura el resultado de la valoración por el control secundario, hecho que supone nuevamente una carencia en las validaciones de entrada de datos y en la información que suministra la aplicación. Además, es preciso tener en cuenta que, como se indica posteriormente, estos datos son incompletos puesto que no incluyen la información de los pasajeros derivados a Sanidad Exterior directamente desde el área donde se efectuaban las pruebas "in situ".*

En caso de consultarse las BBDD de historias clínicas-control secundario, tal y como se indicó a los auditores, estos datos no se recogían inicialmente en los informes predefinidos del control secundario (se empezaron a utilizar en marzo 2021), ya que los recogían las empresas adjudicatarias. La información relacionada con los pasajeros derivados desde el área de test a Sanidad Exterior se recogía en las BBDD del área de test.

También se indica en el subapartado de Control secundario, que *"de la revisión de la información se deduce que hasta marzo de 2021 no estuvo plenamente operativa en SpTH una utilidad para recoger la evaluación sanitaria realizada por el control secundario por lo que previamente se utilizaban los medios de la empresa adjudicataria, sin que esta*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

información se haya volcado posteriormente en SpTH, lo que impide reconstruir el volumen de su actividad y afecta a la integridad de la información recogida".

Respecto de esta afirmación debe indicarse que esta funcionalidad estaba disponible en SPTH desde 28 octubre el 2020 y se recogía la información, aunque hasta principios de 2021 la Subdirección General no tuvo acceso a las tablas.

En la página 116 se indica que "*Del análisis de las tablas de SpTH respecto de las 355.086 PDIAs realizadas entre el 23/11/2020 y el 28/02/2022 se desprende que aquellos registros de antigüedad superior a tres meses se almacenen en una base histórica en la que se suprimen los posibles datos identificativos. Sin embargo, en relación con el registro de las PDIAs realizadas en la base histórica se ha suprimido injustificadamente el dato especialmente relevante de la posible derivación directa a Sanidad Exterior si el resultado de la prueba había sido positivo. Como consecuencia, SpTH no permite conocer el número total de pasajeros derivados en todo el periodo a Sanidad Exterior desde el área de test".*

Esta afirmación no es correcta, dado que el dato referido a la posible derivación de los viajeros a Sanidad Exterior desde el área de test se recoge en las tablas históricas, aunque no en el portal de informes predefinidos. **Por ello, se solicita la supresión de este párrafo en la versión final del Informe.**

También se indica lo siguiente: "*Los parámetros de controles aleatorios para realización de pruebas diagnósticas se fijaban por SGSE atendido a criterios de riesgo según el Estado de procedencia del vuelo internacional. Del análisis efectuado se aprecia que los controles implantados en los aeropuertos no ejercieron el control sobre el porcentaje de viajeros instruido por la SGSE, siendo el control efectivo que consta en la aplicación menor en relación con los países y el periodo al que se refería la instrucción, como se refleja en el Anexo 49 del Informe".*

A este respecto, debe señalarse que se aplicaba el porcentaje de aleatorización directamente en SPTH, y en los aeropuertos cuando se trataba de un 99% no se podía modificar, porque este % indicaba que se trataba de país en cuarentena. Lo que ocurre es que para saber si estaban a 99% o no, hay que ver los periodos de tiempo en los que estaban a ese %, porque en cuanto salieran de la cuarentena, ya no se aplicaba el 99%, por lo que no se puede extraer el dato sin más, sin conocer la situación del país en cada momento en el periodo de tiempo estudiado. En el caso de los otros países, además de

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

tener en cuenta lo explicado, su % sí que se podía modificar en el aeropuerto, para aumentarlos o disminuirlos en un % fijo, en función de los viajeros que había en ese momento en los controles, para no bloquear la operativa del aeropuerto. Es lo que en su día se denominó *períodos valle* y *períodos punta.*

A continuación, el Anteproyecto de Informe indica también lo siguiente: *"Por último, para aquellos supuestos de falta de capacidad para la realización del número de test requerido por acumulación de viajeros, se implementó la posibilidad de la entrada libre en España con la obligación de remitir una PCR en el plazo de 48 horas. Los viajeros sujetos a esta obligación fueron 18.356, de los que solo un 27,6% de los viajeros la cumplió (25 positivos y 5.053 negativos), sin que conste la realización de ningún seguimiento por parte de la SGSE para los que incumplieron la obligación o comunicaron un resultado positivo*".

En este caso hay que tener en cuenta que muchos de los resultados los recibían las Unidades de Sanidad Exterior directamente en sus buzones, por lo que no se puede extraer dicha conclusión sin realizar las comprobaciones en todas las ubicaciones. **Teniendo esto en cuenta, y dado que las valoraciones realizadas no se basan en hechos comprobados y verificados, se solicita su eliminación en la redacción final del Informe.**

En la página 117, el Anteproyecto de informe afirma categóricamente que "*el MSND carecía de personal con un perfil profesional adecuado para tramitar expedientes sancionadores por incumplimientos de las cuarentenas*". Al respecto no se aporta ningún dato objetivo para sustentar dicha conclusión. No se analiza la estructura del Departamento, el número y distribución de los puestos de trabajo o los perfiles de los empleados públicos del Ministerio. Si se hubiera realizado, se habría podido comprobar que estos perfiles profesionales para tramitar expedientes sancionadores no solo si existían en el Ministerio de Sanidad, sino que incluso dos órganos, como la Subsecretaría y la Secretaría General Técnica, tienen atribuidas competencias específicas de carácter jurídico y de tramitación de expedientes administrativos. En consecuencia, **dado que, en su actuación, el Tribunal de Cuentas debe evitar juicios de valor o interpretaciones no suficientemente fundamentados, se solicita que en el Informe final se suprima el inciso señalado.**

En la página 118 del Anteproyecto se afirma que la SGSE no tuvo acceso directo a una copia de la base de datos de SPTH, a pesar de haberla solicitado. En este punto es necesario señalar que es inconsistente con una política de seguridad de la información solvente y

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

coherente permitir el acceso directo a la base de datos más que al administrador de esta, a lo que se añade que para consultar y extraer información de la base de datos es preciso disponer de, por ejemplo, lenguaje SQL. Es importante recalcar que sí se ofrecía la información necesaria a través de herramientas de explotación, como cuadros de mando e informes *ad hoc* a demanda de los usuarios, además de disponer de un portal de informes predefinidos de los últimos 3 meses. Por tanto, no es cierto que la SGSE no tuviera acceso al portal hasta diciembre de 2021, se tenía antes, pero con información relativa a 90 días, sin perjuicio de que, además, se podían solicitar a la Secretaría General de Salud Digital descargas de parte del contenido de la base de datos. Posteriormente, se añadió al cuadro de mando toda la información histórica.

El informe señala que la aplicación SISAEX no está preparada para gestionar procesos de estas características y complejidad como los que hubo que aplicar en los controles sanitarios en frontera, obviando, sin embargo, que esta fue la razón por la cual se desarrolló e implementó SPTH.

En general, no se entienden las menciones a SISAEX en este contexto, porque, como ya se ha indicado, en ningún momento se utilizó esta aplicación (no era esa su finalidad) para el seguimiento de la pandemia, a excepción del registro de las vacunaciones COVID para ciertos colectivos (residuales) a través del módulo de vacunación internacional y el envío del resultado de pruebas diagnósticas realizadas a SERLAB. Por tanto, **se ruega su supresión en la versión final del Informe.**

En la página 119 se indica que "*no se puede extraer de SpTH el número de viajeros con Covid-19 que fueron derivados a los servicios asistenciales de las CCAA como resultado de los controles sanitarios. En consecuencia, los datos sobre viajeros derivados se extraen de la agregación efectuada por la SGSE de los informes diarios de los servicios territoriales de Sanidad Exterior remitidos por correo electrónico.*"

Sin embargo, estos datos sí que estaban disponible en las BBDD anonimizadas de la parte de operadores de SpTH, en la funcionalidad de historia clínica y pruebas diagnósticas, pero finalmente no se usó por parte de las unidades de Sanidad Exterior para completar la historia clínica, una vez que se derivaban desde el control secundario a Sanidad Exterior. En el caso de un resultado positivo por prueba diagnóstica en el aeropuerto, sí se podía conocer si se había derivado a una Comunidad Autónoma. **Por ello, se solicita la supresión**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

de este inciso en este apartado y en las conclusiones y recomendaciones (punto 25, segundo inciso).

6. **Alegaciones al subapartado II.3.4. Soporte en los sistemas de información y seguimiento de las medidas adoptadas en los puertos como consecuencia de la pandemia**

En la página 120 se indica lo siguiente: *"Como en el caso de las fronteras aéreas, el restablecimiento de la entrada por vía marítima, con excepción de los buques de pasaje tipo crucero, se produjo a partir del 1 de julio de 2020228, con la consiguiente implantación de controles sanitarios a la llegada. A estos efectos, el modelo que se implantó, distinto del previsto para el tránsito aéreo, consiste en el desarrollo por el ente Puertos del Estado de una herramienta específica, "SpTH-marítimo" y la implantación de controles sanitarios, por parte de cada Autoridad Portuaria",*

Es necesario tener en cuenta que el ente Puertos del Estado desarrolló esta herramienta basándose en SPTH, pero teniendo en cuenta sus particularidades, con el asesoramiento funcional de la SGSE y el asesoramiento técnico de la Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información del SNS. **Por ello, se solicita incorporar esta observación en la redacción final de este apartado que se realice en el Informe de fiscalización, así como en las conclusiones y recomendaciones (punto 26).**

En la página 121, el Anteproyecto afirma que la Subdirección General de Sanidad Exterior disponía de "*escasa información*" en relación con los controles sanitarios marítimos. Sin embargo, tal y como señala el propio Anteproyecto, Puertos del Estado enviaba a Sanidad Exterior informes periódicos con información detallada sobre dichos controles. Obtenerla de esta manera, y no mediante el acceso directo a la aplicación, puede ser señalado como práctica a mejorar, pero desde luego en ningún caso supuso que Sanidad Exterior tuviera escasa información sobre dichos controles, por lo que, **en aras de la precisión y veracidad de los términos empleados en las valoraciones, se solicita la eliminación de este inciso en la versión final del Anteproyecto.**

7. **Alegaciones a los subapartados II.3.5 y II.3.6**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En el apartado II.3.6 el Anteproyecto de Informe se centra de manera exclusiva en el concepto "casos importados" a efectos de tratar de ofrecer cifras y valoraciones al respecto. Sin embargo, se considera que esta operación es ajena a las necesidades y propósitos de la auditoría de los sistemas de información. Adicionalmente, en ningún momento el Anteproyecto justifica este modo de proceder o la finalidad perseguida con ello. Por ello, **en atención a la necesaria objetividad e imparcialidad que ha detener la fiscalización, se solicita la supresión del subapartado II.3.6 en la redacción final, incorporando, en su caso, las consideraciones que en este se realizan sobre los sistemas de información, en otros apartados del Informe.**

Sin perjuicio de lo señalado en el párrafo anterior, en la página 122, el Anteproyecto señala que "*Hay que tener en consideración, sobre este particular, una cuestión ajena a los sistemas de información que es la naturaleza del proceso clínico del Covid-19, con un periodo de incubación asintomático en el que las pruebas diagnósticas no permiten la detección del virus en una persona (viajero en este caso)*."

Si bien, tal y como el propio texto reconoce, esta es una "*cuestión ajena a los sistemas de información*", es llamativo que esta información no sea tenida en cuenta en el Anteproyecto, y concretamente en su interpretación del Diagrama Nº 33, donde debería aclararse que precisamente puede haber casos importados cuya PDIA positiva sea posterior al control del aeropuerto. En este sentido, no se considera en el informe que, aunque las derivaciones a las CCAA se realizaban fundamentalmente por resultados positivos en PDIA, en aras del control de la transmisión, también se realizaban derivaciones por sintomatología compatible o por ser contactos estrechos, pudiéndose confirmar posteriormente.

Además, no se consideran otros aspectos, como que los casos importados declarados por las CCAA podían provenir de tráfico terrestre. A modo de ejemplo, en el caso de la Comunidad de Madrid, entre el 1 y el 25 de julio de 2021 se derivaron desde el aeropuerto 126 casos positivos (sobre un total de 30.777 análisis realizados). En ese periodo, en el que se habían eliminado los controles fronterizos terrestres, la Comunidad de Madrid comunicó 417 casos positivos importados, entre los que destacaban 257 de Portugal.

Por otro lado, en las páginas 122 y 123 se resalta también que en la información sobre casos importados remitida a SIVIES por las CCAA "*en la ficha incluida en el protocolo aprobado no se incluye el detalle de la vía de entrada (área, marítima o terrestre)*". Esta

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

consideración podría resultar contradictoria con lo argumentado en otras partes del propio Anteproyecto de Informe. Así, en la página 44 el Anteproyecto pone el foco en las dificultades existentes para la notificación de casos por el excesivo número de campos a cumplimentar. Teniendo en cuenta que el objeto de SIVIES no es otro que la vigilancia epidemiológica, cabe preguntarse el grado de utilidad que a estos efectos tendría añadir ese campo, cuando los controles de entrada están convenientemente establecidos.

En cualquier caso, el Anteproyecto señala en esta página 123 que en el 22,7 % de los casos notificados de COVID-19 por las CCAA a SIVIES, no se ha completado el campo de información en el que se especifica si es un caso importado o no. Como el Anteproyecto de informe no audita a las CCAA, y ni siquiera las identifica en los cuadros de datos, no es posible saber el motivo por el que en el 22,7% de los casos, no se cumplimentó ese dato. Habría sido de utilidad conocer esta información porque los órganos responsables de establecer sistemas de seguimiento de las declaraciones y de garantía de calidad de los datos (por ejemplo, estableciendo campos de cumplimiento obligatorio en las aplicaciones que vuelcan a SIVIES) son los órganos de salud pública autonómicos. Como ya se ha señalado, excluir del análisis a las CCAA (y ocultar su identidad en el texto y los Anexos), impide completar la pista de auditoría de todos los procesos asociados a los sistemas de información y dificulta poder ofrecer resultados ponderados y satisfactorios tras la fiscalización.

También en la página 123, el Anteproyecto de informe reitera que "*no hay información sobre importación de casos en el ámbito terrestre*". En este punto es preciso puntualizar que durante los períodos en los que se restablecieron controles en los desplazamientos interiores de España con Francia y Portugal, solo se permitía el acceso a territorio nacional, básicamente, a ciudadanos españoles; personas residentes en España; trabajadores transfronterizos y aquellos que acreditaban, documentalmente, causas de fuerza mayor o situación de necesidad y transporte de mercancías. Este establecimiento de controles en frontera se realizó siempre bajo criterio epidemiológico.

En ese sentido, debe indicarse que no pueden implementarse "controles sanitarios en fronteras terrestres" entre Francia, Portugal y España, debido a que no existen como tales, y las fronteras de Ceuta y Melilla estaban cerradas. Siendo el volumen de personas que se desplazaba entre estos países por vía terrestre notoriamente inferior al que se desplazaba por vía aérea, o incluso marítima. No obstante, conviene destacar que una vez abiertas las fronteras de Ceuta y Melilla en 2022, se implantó un sistema de control de las personas

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

que las atravesaban por vía terrestre que fue una adaptación de SPTH (adaptación del formulario y lectura de QR mediante la propia aplicación en un dispositivo móvil, debido a la complejidad de montar equipos fijos con la web de operadores de SpTH en la frontera terrestre).

También se indica que *"(…) en la copia de la base facilitada al Tribunal en la tabla correspondiente a la derivación desde el área de test, se ha borrado el campo en el que se recoge la información sobre derivación a los servicios de Sanidad Exterior, por lo que no se ha podido verificar. Por otro lado, este dato no forma parte de los que se incluyen en la utilidad estadística dashboard".*

Sobre esta concreta afirmación, debe señalarse que la base de datos de pruebas diagnósticas de SpTH sí permitía la extracción de los viajeros con test positivo que se derivaban a las CCAA. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el dashboard no tenía estos datos porque se utilizaba para la operativa del control primario y del área de test, pero sólo de test realizados y sus resultados. Por ello, **se solicita la inclusión de esta importante matización en la redacción final del Informe.**

En todo caso, l**as referencias al control en fronteras terrestres, al no estar referidas a ningún sistema de información, deberían no figurar en la versión final del Informe, por lo que habría de suprimirse el subapartado II.3.5.**

Por otro lado, en la página 125 se recoge que *"(…) sin perjuicio de que las competencias asistenciales y de salud pública correspondan a las CCAA, si Sanidad Exterior identificaba un caso, hasta que la CCAA no lo confirmaba y comunicaba a la RENAVE, no era conocido por el CNE y, adicionalmente, Sanidad Exterior carecía de información sobre casos importados comunicados por las CCAA".*

Esta afirmación carece por completo de toda lógica, desde el punto de vista de la vigilancia y el control de las enfermedades transmisibles.

En primer lugar, como quiera que para el control de la transmisión de COVID-19, las CCAA debían implementar medidas concretas (aislamiento de los casos, estudio de contactos, cuarentena de contactos), era la Comunidad Autónoma quien debía recibir esta información para actuar con la mayor premura posible, confirmando los casos y tomando las medidas adecuadas de control.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En segundo lugar, la información que se comunica a RENAVE no es solo "la confirmación del caso", sino toda aquella relacionada con las actuaciones realizadas por la autoridad sanitaria autonómica. En consecuencia, necesariamente se produce un lapso de tiempo entre la realización de estas actuaciones y el momento en que son conocidas por RENAVE. En este punto, hay que recordar que, precisamente para poder realizar un seguimiento en tiempo real de los casos confirmados, se puso en marcha el sistema SERLAB, para evitar que, en situaciones de aumento de la incidencia, los retrasos en la notificación a SIVIES pudieran dificultar el seguimiento de la tendencia. Por otro lado, en relación con la consideración de que "*adicionalmente, Sanidad Exterior carecía de información sobre casos importados comunicados por las CCAA*", teniendo en cuenta las competencias y funciones de Sanidad Exterior, no se entiende por qué debería haber obtenido esta información, de carácter puramente epidemiológico y responsabilidad de otros órganos del Ministerio de Sanidad, para el desempeño de dichas competencias y funciones.

8. **Alegaciones referidas al sistema SISAEX (sobre todo, páginas 125 a 131)**

Se afirma en el Anteproyecto de Informe que la interoperabilidad entre sistemas está condicionada por la política de protección de datos sanitarios, ya que mientras que en SISAEX el enfermo desembarcado está identificado con nombre y apellidos, en SIVIES los datos carecen de identificación personal y en otros sistemas de información, como REGVACU y SERLAB se almacenan seudonimizados.

En el caso de SIVIES, como ya se indicado, esta afirmación es correcta. Sin embargo, el hecho de que un dato se almacene seudonimizado, como en SERLAB y REGVACU, no es inconveniente para cruzar datos con SISAEX, siempre y cuando la persona pueda ser encontrada en la base de datos de población protegida (TSI) utilizando la dupla nombre + apellidos. No obstante, la DGSD siguió instrucciones de la unidad funcional, que prefirió priorizar, dada la situación de emergencia extrema, el desarrollo e implementación de SPTH, puesto que cubría un espectro más amplio de funcionalidades necesarias.

La mención de la dependencia de personal externo en el desarrollo y mantenimiento de SISAEX no es exclusiva para esta aplicación. El MS es uno de los ministerios que más carencia de personal tecnológico tiene respecto de las competencias que asume en este sentido, llegando a un 92% de subcontratación. Como puede consultarse en el último

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

informe Reina (https://administracionelectronica.gob.es/pae_Home/dam/jcr:5079afd0-2a07-4a49-a839-1ab55d35a498/20240318_Reina_2022.pdf), el ratio de personal TIC del MS respecto al total del personal es de 1,6%.

En el caso concreto de las actualizaciones solicitadas por la SGSE sobre SISAEX-VAC durante la pandemia para adaptar el módulo a la remisión de datos al registro de vacunación, teniendo en cuenta la dificultad de la definición imprescindible de las funcionalidades por los responsables en esos momentos y la escasez ya mencionada de recursos propios, los plazos de 3 y 4 meses que se mencionan son bastante adecuados.

También son los responsables funcionales los que comunican al funcionario responsable de la DGSD los usuarios que deben darse de baja en la aplicación.

El hecho de que información relevante se guarde en texto libre es, de nuevo, decisión de la unidad funcional.

En el anexo 55 el esquema planteado no está en el manual de SpTH, sino que es de elaboración propia, por lo que **se solicita su corrección.**

En el anexo 56 se hace hincapié en otras incidencias detectadas en SISAEX. Para los 26 registros detectados en los que se indica que un barco no procede de una zona afectada según la OMS y, sin embargo, se permite marcar un puerto de estas áreas y en 7 casos se indica la fecha de visita, se debe a que entre los requisitos definidos por el personal funcional no se encuentra el validar las zonas afectadas según la OMS, para así comparar si un barco procede o no realmente de esa zona. Esta circunstancia puede suponer la posibilidad de excluir de seguimiento a estos buques.

Se encuentra en ejecución en la actualidad una reingeniería de la aplicación, financiada con fondos europeos, que introduce, entre otras mejoras, la posibilidad de definición de una batería nueva de informes predefinidos. En todo caso, y en relación a la afirmación de la rigidez de las posibilidades estadísticas de aplicación, por no poder el usuario configurar los datos que precisa, se debe apuntar que este tipo de funcionalidades no es aconsejable abordarlas en un sistema operacional, pues penalizan de forma importante el rendimiento. Lo que sí debe hacerse es desarrollar un sistema informacional paralelo, normalmente basado en hipercubos, que permita esta flexibilidad. Esta posibilidad puede materializarse

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

siempre que la SGSE así lo decida, y sujeta a los recursos financieros y humanos disponibles.

El borrado trimestral de datos se realizó para cumplir con la legislación de protección de protección de datos personales.

5. APARTADO II.4: SISTEMAS DE INFORMACIÓN RELATIVOS A LA ADMINISTRACIÓN Y REGISTRO DE VACUNAS

A diferencia de lo que sucede en otros apartados, en los que el Anteproyecto se adentra en la gestión material realizada por el Ministerio de Sanidad en el ámbito epidemiológico, de gestión de suministros de material y de controles sanitarios en frontera, este apartado sí se centra prácticamente en su totalidad en sistemas de información, particularmente en REGVACU, herramienta que fue fundamental para el éxito de la campaña de vacunación frente al COVID-19 en España. Este Registro jugó un papel clave en el seguimiento de la campaña, la optimización de los planes de vacunación y la vigilancia y seguridad de todo el proceso. Cualquier decisión estratégica y operativa sobre la campaña de vacunación se sustentaba en REGVACU, incluyendo la estrategia y actuaciones que llevaba a cabo la Dirección General de Salud Pública.

Debe recordarse que el 31 de agosto de 2021, España consiguió ser el primer país entre las 20 economías más avanzadas del mundo en vacunar con pauta completa al 70% de su población. También fue el primer país en conseguirlo entre los 50 más poblados del mundo.

Para hacer esto posible, resultó clave también la constitución en noviembre de 2020 del denominado Grupo Integral de Vacunación (GIV-COVID), siguiendo la experiencia positiva del Estudio Nacional de Seroprevalencia[35].

En este grupo se integraban profesionales de los ámbitos de la salud pública, la coordinación asistencial, la Agencia de Medicamentos y la salud digital del Ministerio de Sanidad, junto con los 19 coordinadores autonómicos y los equipos de especialistas en

[35] Se echa en falta en un Informe de estas características el análisis o, al menos, la incorporación de referencias al estudio ENE-COVID, una investigación sero-epidemiológica, realizada en varias oleadas, que resultó pionera en el mundo, convirtiendo a España en el primer país en conocer qué porcentaje de su población se había contagiado. Este proyecto, sumamente complejo y exitoso, requirió también el soporte de un específico sistema de información para llevarlo a efecto.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

estas materias de cada comunidad y ciudad autónoma. Estos profesionales trabajaron en diferentes grupos y a distintos niveles bajo la coordinación del Ministerio de Sanidad.

Hasta el mes de agosto de 2021, este grupo intergubernamental había celebrado más de 300 reuniones bilaterales y multilaterales, y se habían intercambiado miles de llamadas y correos electrónicos, en los que se organizaba cada envío de vacunas (más de 1800 hasta esa fecha), se resolvían dudas, se anticipaban y solucionaban problemas, se hacía el seguimiento de los planes de vacunación en cada territorio y se coordinaba a nivel operativo y logístico toda la campaña.

La prueba irrefutable del éxito de esta coordinación fue la existencia, desde el principio, de un ritmo homogéneo de vacunación en todos y cada uno de los territorios, lo que permitió alcanzar de manera casi simultánea el objetivo del 70% en todas las CC AA, con un lapso de pocos días entre ellas.

1. Alegaciones a los subapartados II.4.1.1 y II.4.1.2

En primer lugar, es preciso aclarar que la legislación de protección de datos vigente no permite un acceso con carácter general del personal de salud pública a las historias clínicas manejadas desde los servicios asistenciales y, por lo tanto, a los datos vacunales, sino que debe justificarse por qué es preciso ese acceso en cada caso concreto.

A continuación, el Anteproyecto señala que la inclusión del informe de vacunación en el Conjunto Mínimo de Datos de Información Clínica (CMDIC) a través del RD 572/2023, resuelve "parcialmente" la posibilidad de interoperabilidad de la información. El hecho de disponer de una cobertura legal suficiente es un paso imprescindible y suficiente para poder abordar desde el punto de vista técnico, la codificación e interoperabilidad de esta información con garantías.

En la página 131 donde dice "Comisión Nacional de Precios" debe decir "Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos".

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

2. Alegaciones al subapartado II.4.2. Sistema de información para el seguimiento de la vacunación Covid-19 (REGVACU) (páginas 134 a 141)

En la página 135, el Anteproyecto de Informe señala que la Resolución de la Dirección General de Salud Pública de 16 de diciembre de 2020 por la que se establece el Sistema de Información para el seguimiento de la vacunación frente a la COVID-19, "no fue objeto de publicación en el BOE, a diferencia de la Resolución de 20 de julio de 2021 sobre el sistema de información sobre las pruebas diagnósticas del Covid-19 (SERLAB), evidenciando una ausencia de criterio único sobre la publicación de actos administrativos generales"

No puede compartirse esta afirmación. La Resolución de 16 de diciembre de 2020 no se publicó en el BOE porque sus destinatarios eran exclusivamente las CCAA, por lo que resultó suficiente con la comunicación a las mismas y, adicionalmente, con la presentación de su contenido en el CISNS. En cambio, la Resolución referente a SERLAB fue publicada en el BOE porque los destinatarios de esta Resolución no eran solo las CCAA, sino también terceros (laboratorios).

El artículo 45 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas establece que serán publicados los actos administrativos que *"tengan por destinatario una pluralidad indeterminada de personas o cuando la Administración estime que la notificación efectuada a un solo destinatario es insuficiente para garantizar la notificación a todos (…)".*

Por tanto, siempre se mantuvo el mismo criterio a la hora de publicar o no las Resoluciones, que era el criterio establecido en la Ley. Por ello, **se solicita la supresión de esta referencia a la publicación de los actos y, especialmente, la valoración subjetiva no sustentada en evidencia alguna que se refiere a la "ausencia de criterio único sobre la publicación de actos administrativos generales".**

Por otro lado, en la página 137, el Anteproyecto de Informe indica que la Dirección General de Salud Pública ha elaborado la información sobre número de vacunas COVID utilizadas en España con fuentes distintas a las de REGVACU, lo cual puede ser cierto. Sin embargo, no puede achacarse a descoordinación en ningún caso, sino a la existencia de dos vías de información complementaria. En cualquier caso, como se ha señalado, todas las decisiones estratégicas y operativas sobre la campaña de vacunación se sustentaron en REGVACU,

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

incluyendo las actuaciones de la Dirección General de Salud Pública, debiendo ser, por tanto, este Sistema la fuente de información a considerar a todos los efectos. Por ello, **se solicita que en el Informe final se supriman las referencias a fuentes diferentes o, al menos, que se aclare que la fuente a tener en cuenta es, como no podría ser de otra manera, REGVACU.**

Por otro lado, al igual que sucede en el caso de SERLAB, se considera por parte del Anteproyecto de informe que las cargas masivas de datos de las CCAA en el ámbito de REGVACU afectan a la integridad y trazabilidad de la información en el sistema. Estas cargas, al igual que en SERLAB, siempre fueron realizadas a petición de la CA correspondiente. El hecho de tener que publicar un informe diario de vacunación, hace que el coste de realizar una actualización registro a registro, hablando del volumen de éstos que se manejaban (más de 100 millones), no compense frente a éstas. En cualquier caso, sí se tiene identificado cuándo se realizó cada carga y existen *backups* periódicos que permiten visualizar el estado de la base de datos antes y después de una de ellas.

También se menciona en la página 138 que de las casi 13.000 vacunas COVID administradas por Sanidad Exterior, según el módulo de SISAEX-VAC, no se encuentran 216 en REGVACU. Ello es debido a que la carga en REGVACU desde SISAEX-VAC se produce a través de servicio web, y si en REGVACU se rechaza la inserción del registro porque se detecta algún error con las validaciones implementadas, son los usuarios funcionales de SISAEX-VAC quienes deben corregir en origen aquella información que falta o es incorrecta, y volver a enviar, por lo que es posible que en esos casos, los datos no pudieran ser completados o corregidos por múltiples causas, o debido a la intensa carga de trabajo que los Centros de Vacunación Internacional (CVI) soportaron en ese periodo. Se trata, no obstante, de un 1,66% de los registros realizados en los CVI, lo cual no parece significativo respecto del total.

Del mismo modo, el que existan 2,6 millones de registros de vacunas administradas cuyo identificador no se encontró en Tarjeta Sanitaria Individual puede considerarse un éxito cuando estamos hablando de un número total de registros en REGVACU de más de 105 millones de registros (menos del 2,5%) y especialmente si se tiene en cuenta, como ya se ha comentado, que hay un pequeño porcentaje de la Población residente en España que no está en Tarjeta Sanitaria Individual, como son las personas cuya asistencia sanitaria es gestionada por las mutualidades de funcionarios y eligen provisión privada, que en el momento de la pandemia estaban en proceso de incorporación a TSI. o personas con

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

derecho a la asistencia sanitaria del SNS que no habían acudido nunca a darse de alta en su Servicio Regional de Salud. En total constituyen aproximadamente un 3,5% de la población.

Es preciso señalar, además, que la actualización de los datos de Tarjeta Sanitaria Individual, dependen de las CCAA y las mutualidades, y que éstas realizan actualizaciones diarias a través de la mensajería que el MS pone a su disposición. Esto hace aún más meritorio un sistema de información con ese porcentaje identificación no contrastada (2,5%) al ser un sistema alimentado por múltiples organizaciones públicas y privadas distribuido por todo el territorio nacional, realizado en tiempo récord y validado contra una base de datos como es TSI también alimentada de forma cooperativa por múltiples organizaciones. Hasta una base de datos tan potente y clave como es el DNI, que es realizada por una única organización, consolidada durante décadas, con obligación legal de inscribirse, identificación biométrica y que posiblemente es la mejor base de datos de identificación española cuenta con un pequeño porcentaje de personas con identificadores duplicados. Prueba adicional del éxito coral de esta aplicación es la emisión de más de 78 millones de Certificados Covid Digitales de Vacunación (74 millones de ellos de vacunación) con una tasa de litigiosidad prácticamente nula.

El hecho de que las vacunas suministradas por Sanidad Exterior fueron las últimas en integrarse en REGVACU obedece al hecho de la priorización de las CCAA como agentes suministradores con mayor volumen de registros, con el acuerdo de los usuarios funcionales y los responsables del proceso de vacunación.

En cuanto a los 34.000 registros en los que el DNI obtenido es distinto en los diferentes cruces con TSI en las diferentes dosis administradas, que se mencionan en el anexo 58, pueden deberse a distintas casuísticas:

- Los extranjeros con NIE que luego pasan a tener DNI en TSI.
- Los menores que en TSI no disponen de DNI y están asociados como beneficiarios a los de alguno de los padres
- Que el DNI no estuviera completo en TSI en una cierta fecha y que posteriormente la CCAA lo haya completado.

En el nuevo registro de vacunaciones e inmunizaciones que se está desarrollando (SIVAIN), este tipo de error se corrige unificando toda la información de la persona y modificando los registros pasados.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

De nuevo el porcentaje de registros erróneos respecto del total (más de 105 millones de registros) es irrisorio, lo que demuestra la solvencia de la plataforma. Asimismo, no se ha recibido ninguna reclamación de ciudadanos en relación con estos datos.

Los 35.430 duplicados que se mencionan en el mismo anexo se deben, de nuevo a que la CCAA envió el registro con una serie de identificadores que no cruzan con TSI, posteriormente lo corrige, y el cruce es posible. El bajo número de los mismos respecto del total hizo que no compensara el esfuerzo de retirarlos duplicados (17.000), y que se prefiriera realizar otras tareas, más urgente y útiles para la campaña nacional de vacunación y la protección de la población.

En cuanto a los registros con fecha de administración de la vacuna posterior a la fecha de inserción, todos los registros que hallamos en esta situación son de agosto de 2021, por lo que parece ser debido a una regularización de información solicitada por varias CCAA, donde la fecha del servidor no es correcta. Las vacunas tienen fecha del 8/8/2021 00:00:00 y la fecha de modificación es del 07/08/2021 23:00:00.

3. Alegaciones sobre el apartado II.4.3. Vacunación internacional (páginas 141 a 148)

En relación con el sistema SISAEX-VAC, se afirma en el Anteproyecto de Informe que el modelo de datos sobre el que se estructura la información que se almacena en SISAEX-VAC no es adecuado. Para sustentar esta afirmación sería necesario que el Tribunal aportara a la DGSD el diseño que así considera, o en qué exactamente no se cree adecuado el actual; después del estudio de la propuesta esta unidad podría alegar si se requiere.

También se indica que no se ha realizado la transformación digital del procedimiento que permite la remisión estadística de la información de las vacunaciones internacionales, pues se realiza a través de hojas Excel. La unidad funcional es la que debe definir el rediseño del procedimiento para poder incorporarlo al desarrollo del nuevo SISAEX que se está llevando a cabo. Respecto a las discrepancias señaladas en el anexo 58, donde se indica que se han detectado 11.924 registros únicos repetidos, incluso uno de ellos hasta siete veces, en la tabla de prescripciones de vacunas (550.225 prescripciones en el periodo fiscalizado), con idéntica información en los campos cita, viajero, fecha de prescripción y vacuna, es muy

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

posible que se traten de distintas dosis de la misma vacuna. En cualquier caso, el porcentaje de errores es, de nuevo, muy razonable (2,17%).

En cualquier caso, fruto de la necesidad consciente de mejora continua, es necesario destacar que desde mediados del año 2023 se está trabajando en el desarrollo de dos aplicaciones informáticas que van a mejorar sustancialmente esos sistemas de información. Por un lado, el nuevo aplicativo diseñado para la gestión de las alertas de salud pública en los puntos de entrada (COHISAL), contempla todos aquellos aspectos propios de la respuesta coordinada en los diferentes puntos implicados. Por su parte, el nuevo sistema de vacunación, denominado VIVAC, ha sido igualmente diseñado para que sirva de herramienta útil en el desarrollo de la actividad de los profesionales de Sanidad Exterior en los CVI. Está previsto que estos nuevos sistemas entren en producción a lo largo del año 2024.

6. **APARTADO II.5. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO, DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ANALIZADOS, INCLUIDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES APLICABLES EN MATERIA DEL ESQUEMA NACIONAL DE SEGURIDAD (páginas 149 a 164)**

1. **Alegaciones sobre seguridad, ENS y protección de datos (páginas 149 a 153)**

La nueva versión de la política de seguridad de sistemas de información (PSI) del MS está **pendiente de revisión y aprobación por el Comité de seguridad de la Información** del ministerio en estos momentos. Es preciso recordar que el ENS obliga a disponer de una PSI vigente, pero **no obliga a renovarla con ningún tipo de periodicidad** definida.

El Tribunal señala que el MS no efectúa **designaciones formales** de los responsables de los sistemas de información. Esta afirmación es incorrecta, puesto que en el **inventario** de sistemas de información mantenido por la DGSD y en el momento del alta, se especifica, entre otros datos, cuál es, tanto la unidad funcional responsable del sistema, como la persona de contacto concreta de esa unidad se adjuntan como anexos al informe (**Anexo** 6 Inventario_Proyecto_REGVACU, **Anexo 7** Inventario_Proyecto_SERLAB, **Anexo** 8

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Inventario_Proyecto_SPTH, **Anexo 9** Inventario_Proyecto_SPTH-INF, **Anexo** 10 Inventario_Proyecto-CMC, **Anexo 11** Inventario_Proyecto-SI_Sisaex).
Adicionalmente, la PSI vigente identifica quienes son los responsables de la información y del servicio:

- El **Responsable de la Información** es el titular del órgano o unidad que gestione cada procedimiento administrativo.
- El **Responsable del Servicio** es el titular del órgano o unidad que gestione cada servicio.

A la vista de la afirmación de que algunos de los sistemas objeto del informe hubieran podido ser de categoría **alta**, se solicitan los documentos de análisis alternativos de cumplimiento del ENS realizados por el Tribunal en los que se sustenta, con el fin de poder realizar el consiguiente contraanálisis, si procede. De la redacción del informe del Tribunal no se deduce que se haya tenido en cuenta la definición exacta de categoría “alta” que se incluye en la normativa ENS.

Se recuerda que ENS atribuye la responsabilidad y capacidad para definir los **niveles de seguridad a los responsables de la información y de los servicios** y que **la existencia de datos personales sensibles no implica necesariamente la categorización ALTA** del sistema.

El Tribunal indica que los sistemas de información específicos desarrollados con ocasión de la pandemia, **SPTH, REGVACU y SERLAB,** no se sometieron a una auditoría de conformidad con el ENS, por considerarse aplicaciones de carácter temporal. Es necesario indicar que el hecho de que un sistema de información no sea sometido a una auditoría ENS no significa que no se haya analizado conforme a la normativa aplicable su cumplimiento de la misma. Además, **la afirmación no es correcta,** puesto que se han realizado valoraciones ACIDT con el objetivo de categorizar los sistemas SERLAB y REGVACU, según establece el ENS, así como auditorías de seguridad de ambos para la detección y corrección de vulnerabilidades antes de su puesta en producción o del lanzamiento de nuevas versiones. Para SPTH los informes anteriores a junio de 2021 deben requerirse a AENA.

Las auditorías ENS que realiza el MS siempre se llevan a cabo sobre **sistemas de información que se alojan en su CPD**, lo que no es el caso de SPTH+, la versión de SPTH de cuyo desarrollo es responsable el MS desde junio de 2021.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

A continuación, el Tribunal aprecia que en los trabajos destinados a emitir el certificado de conformidad con el ENS que afectaron a SISAEX-AHS, no se expresaran salvedades en relación con la excesiva complejidad del modelo de datos y las deficiencias de los datos almacenados, que, a su juicio, existían, y constituían una debilidad significativa. Este ministerio debe recordar que la auditoría ENS versa sobre el cumplimiento de éste, luego no procede en ningún caso analizar **si el modelo de datos es deficiente o si la calidad de la información almacenada** es correcta, ambos aspectos con los que este ministerio no está de acuerdo. Al no haber podido tener acceso al análisis de tribunal que justifica estas afirmaciones, el MS no puede emitir una opinión sobre las mismas.

El Tribunal indica que no se realizaron pruebas de continuidad del negocio en el periodo fiscalizado, de acuerdo al **Plan de Continuidad de negocio** del MS, que data del año 2017. De nuevo debe hacerse mención a la extraordinaria situación de emergencia, tensión y carga de trabajo vivida en el periodo auditado con motivo de la gestión de la pandemia, donde absolutamente todos los recursos disponibles se dedicaron a apoyar su seguimiento; por lo tanto, toda tarea no directamente relacionada con esa necesidad, quedó necesariamente relegada. Desde el 2022, una vez superada la pandemia, se han vuelto a realizar **pruebas periódicas documentadas del plan de contingencia y recuperación de desastres**, con el objetivo de verificar su correcto funcionamiento y garantizar la continuidad del negocio tal como el plan exige.

También señala el Tribunal que no se ha aportado documentación acreditativa de la existencia de una **programación anual de análisis de vulnerabilidades,** con independencia de que los sistemas hayan tenido o no subidas a producción. Sin embargo, el ENS **no establece obligatoriedad de realizar análisis de vulnerabilidades periódicos**, únicamente la exige antes de la puesta en producción de los sistemas.

No obstante, se pone en conocimiento de los auditores que el área de seguridad realiza de forma periódica (**bianual**) **auditorías de infraestructura** con el objetivo de detectar vulnerabilidades en los sistemas expuestos a Internet. Adicionalmente, el COCS-AGE, dependiente del Ministerio de Transformación Digital y Función Pública, realiza también en la actualidad auditorías de infraestructura mensuales sobre dichos sistemas.

Se adjunta como anexo el **procedimiento de áreas seguras** (**Anexo 12** PRO.11.1-Áreas_seguras), que está aprobado en diciembre de 2023 en el que se indican las directrices de acceso a las áreas que procesan o contienen información. En cuanto a los

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

accesos al edificio, se recuerda que la gestión de éste dependía, en el periodo auditado, del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (en su denominación actual).

Se indica en el informe que no se ha puesto en marcha un **plan de concienciación y formación del personal en materia de ciberseguridad**. Nuevamente ha de mencionarse que durante el periodo auditado todos los recursos se asignaron a la gestión de la pandemia. Es preciso indica que antes de que aconteciera la crisis sanitaria, se realizaban cursos de concienciación en esta materia, con la colaboración de la Subdirección General de Recursos Humanos. En la actualidad y desde el año 2022, se dispone de un **plan de formación anual** y se realizan, de forma continuada y planificada, acciones formativas y de concienciación, en materia de seguridad de la información. Dentro de las acciones, se incluyen cursos presenciales, cursos en modalidad on-line y envíos de boletines y píldoras de concienciación sobre materia de ciberseguridad a los usuarios de manera periódica. Adicionalmente, durante la última auditoría de certificación ENS (diciembre 2023) no se han reportado por parte de los auditores incumplimientos asociados a los controles mp.per.3 (Concienciación) y mp.per.4 (Formación) del ENS.

No se entiende la mención a la **división tic**, dependiente de la subsecretaría, en relación con las políticas de seguridad de la información ni de las infraestructuras del MS, puesto que, tal como el real decreto de estructura vigente del MS define claramente (Real Decreto 735/2020, artículo 8, puntos h e i), es la **Subdirección General de Infraestructura Tecnológica Sanitaria**, dependiente de la DGSD la unidad responsable de:

- El diseño, provisión y gestión de las infraestructuras de tecnologías de la información y las comunicaciones **del MS** y los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

- La explotación y operación de los servicios de tecnologías de la información y las comunicaciones del Sistema Nacional de Salud **y la gestión de la seguridad de los mismos y de sus datos**.

También se afirma que múltiples documentos aportados como documentación soporte de las medidas implantadas por el MS no se encuentran formalmente aprobados y firmados por los titulares de los órganos y unidades administrativas responsables en cada caso. Se solicita indicación sobre qué documentos exactos son los señalados, y **en qué norma** se indica que ello deba llevarse a cabo. La aprobación de los documentos de análisis ENS y ACID se realiza por parte de las **unidades funcionales en todos los casos**, quedando

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

constancia o bien en las actas de las reuniones realizadas al efecto o bien a través de correo electrónico. En el caso de los tratamientos de datos personales es, además, la unidad funcional la que debe solicitar el alta e los mismos en el **registro de actividades del tratamiento** del MS y la inclusión de los datos pertinentes en la aplicación que lo sustenta, lo que incluye a los citados análisis y supondría, de facto, la aprobación de los mismos.

Se señala que, en relación con la aplicación **CMC**, la **memoria de protección de datos personales fue suscrita por la DG de Cartera**, que solo tenía relación con uno de los módulos de la herramienta. Dado que esta aplicación no contiene más datos personales que los nombres y cuentas de usuario, al tratarse de un cuadro de mando estadístico donde únicamente se muestra información agregada, se decidió, para evitar más carga de trabajo adicional en la pandemia a todas las unidades funcionales responsables de los módulos, la suscripción de la memoria por una de ellas, a la sazón, aquella que gestionaba el servicio presupuestario especial que se habilitó en aquél periodo para cubrir los gastos derivados de la gestión de la crisis sanitaria, esto es, la DGC. Con la publicación de CMC en el registro de actividades del tratamiento hubiera sido posible para cualquiera de las unidades funcionales involucradas, de estar interesadas, solicitar la revisión de la mencionada memoria.

En cuanto a la mención a la ausencia de **medidas de protección específica** para los campos de texto libre de ciertos módulos de la aplicación SISAEX, se recuerda que las medidas técnicas implementadas son aquellas correspondientes a categorización **MEDIA** conforme al ENS, que es la asignada a esta plataforma.

2. **Alegaciones al apartado II.5.6. sobre estrategia y planificación de las tecnologías de la información**

La Estrategia de Salud Digital del SNS (ESD) fue aprobada por el CISNS y publicada en diciembre de 2021, y su horizonte temporal abarca los años 2021-2026. Los más de 600 proyectos que la conforman y sus seis planes de acción, se encuentran en fase de implementación.

Se indica por el Tribunal que, al margen de las actuaciones que se han comprometido como “hitos” del PRTR, no se ha definido un calendario de avance de las actuaciones previstas ni

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

unos indicadores de cumplimiento asociados a fechas estimadas, más allá de los planes semestrales a los que se refiere el citado Plan y a los que alude la Estrategia.

Precisamente, la consecución de estos compromisos con la Comisión Europea (hitos CID y OA), cuya última versión, puede consultarse en el documento "ANEXO revisado de la DECISIÓN DE EJECUCIÓN DEL CONSEJO por la que se modifica la Decisión de Ejecución del Consejo (UE) (ST 10150/2021; ST 10150/2021 ADD 1 REV 1), de 13 de julio de 2021, relativa a la aprobación de la evaluación del plan de recuperación y resiliencia de España" (https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/27764e7a-66c1-11ee-9220-01aa75ed71a1/language-es) son los hitos que la ESD debe cubrir, y así se menciona en su contenido.

Se recuerda, además, que las Estrategias son documentos de alto nivel a los que no se les acompañan calendarios detallados de consecución de objetivos; éstos se incluyen en los distintos planes de acción en los que la ESD se despliega de forma operativa, y en las planificaciones de cada uno de los proyectos llevados a cabo en su marco, por cada uno de los agentes involucrados (MS y CCAA).

Se están definiendo, junto las CCAA, indicadores cuantitativos y cualitativos de impacto de la ejecución de la ESD. Asimismo, se dispone de un cuadro de mando específico para el seguimiento de la ejecución de cada uno de los planes de acción de la estrategia, con acceso por parte de las CCAA.

Este seguimiento se sustenta en herramientas para facilitar el reporte de información por parte de CCAA y responsables tecnológicos de los proyectos del MS, basada en *Sharepoint*, que permiten alimentar el Cuadro de Mando de forma automática, así como en reuniones periódicas en el plano operativo y directivo, complementado por reuniones ad hoc y bilaterales monográficas con cada uno de los agentes.

En cuanto al seguimiento de la ESD, en cada pleno del CISNS ordinario se incorpora, como punto informativo, un informe de seguimiento al respecto, como puede comprobarse en la página web del MS (https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/ordenes.htm).

Esta estrategia, como su propio nombre indica, es del Sistema Nacional de Salud y no del MS, por lo que su ámbito es el indicado y está perfectamente definido en su contenido. Por

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

otra parte, no es correcto indicar que no se mencione la planificación tecnológica del propio MS, puesto que las áreas de actuación reflejan, precisamente, cada una de las áreas competenciales de las autoridades sanitarias que conforman el SNS, esto es, el MS, y las CCAA y ciudades autónomas e INGESA. En la página 15 se mencionan las competencias exclusivas del MS. En cuanto al INGESA, se trata en la ESD como una autoridad sanitaria más del SNS. Al igual que no se menciona expresamente el refuerzo tecnológico de las CCAA, tampoco expresamente para el INGESA, que, por otra parte, es un organismo autónomo dependiente del MS, y con competencias propias en sistemas de información. Siguiendo esa misma reflexión, también debería entonces hacerse referencia al refuerzo tecnológico de otros organismos autónomos dependientes del MS, como la AEMPS, cuya ausencia, sin embargo, no ha llamado la atención de los auditores.

Las unidades administrativas funcionales, usuarias de los sistemas de información, están representadas en la **Comisión de Salud Digital del SNS**, dependiente del CISNS. Es en esta Comisión y con dichas unidades funcionales donde se aprobó la ESD de forma previa a su remisión al Pleno y donde se realiza el seguimiento de la misma a través de reuniones periódicas; además, se realizó en el momento de su elaboración una fase de consulta pública, en la que se tuvo la oportunidad de realizar aportaciones, por lo que entendemos están adecuadamente implicadas en los procesos de elaboración de los documentos de planificación a medio y largo plazo en el ámbito tecnológico.

3. **Alegaciones al apartado II.5.7 sobre expedientes tramitados y recursos económicos (Páginas 155 a 159)**

En la página 156 se señala que "*ha existido cierta dispersión en lo que respecta al órgano de contratación de los expedientes en el ámbito tecnológico, las aplicaciones presupuestarias a las que se han imputado los gastos y el tipo de tramitación efectuada en lo que respecta al órgano de contratación (…)*", si bien lo considera solo parcialmente justificado por la creación de un nuevo concepto 228 en el Presupuesto del Ministerio, los cambios organizativos y el propio marco normativo de la contratación. Se considera que estos tres factores, por si solos, justifican completamente el modo en que el MS actuó.

Se solicita la eliminación de esta valoración sobre la dispersión, así como las denominadas "*cuestiones relevantes*" en el apartado *Tramitación de los expedientes de gastos*, ya que el mismo Tribunal ofrece, a continuación, las razones por las cuales se ha

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

producido, y que la explican completamente. El ministerio no considera que el utilizar, en cada momento, las herramientas legales y administrativas disponibles para la adquisición de suministros y contratación de servicios TIC pueda ser catalogada de dispersión, sugiriendo así de manera injustificada una connotación negativa en relación con la gestión de los expedientes de contratación auditados.

El Tribunal afirma que la referida dispersión supone un **riesgo de control interno**, ya que se dificulta el seguimiento de la pista de auditoría de los mismos y se fragmenta la supervisión que se ejerce sobre los trabajos realizados por las empresas adjudicatarias. Este Ministerio no puede compartir esta afirmación, puesto que todos los procedimientos de contratación se encuentran registrados en los sistemas de información contable oficiales de la AGE y han sido auditados, y recepcionados de conformidad por la Intervención Delegada del MS, por lo que la pista de auditoría es clara y puede comprobarse haciendo uso de los citados sistemas de información contable.

En cuanto a la **inclusión de varios proyectos en un mismo expediente**, es práctica habitual y la ley así lo permite, no solo en el ámbito TIC, sino en cualquier otro, siempre que tengan un objeto común, como es el caso y en aras de impulsar la eficiencia administrativa.

La **facturación** de los servicios se ha realizado conforme a las instrucciones recibidas desde la Intervención Delegada, que, naturalmente, ha dispuesto en el marco de los actos de recepción de cada expediente, de la información clara y rigurosa sobre los recursos destinados a cada uno de los sistemas y trabajos aplicados en cada uno, sin que se hayan realizado observaciones. Existe ya, tal como se recomienda por el tribunal, un sistema de seguimiento de contabilidad analítica de los costes imputables a cada uno de los sistemas de información, que se utiliza en el ámbito de la SGSDII, denominado GEMA.

Tampoco se comprende la afirmación de que la imputación al **concepto 228** de las primeras actuaciones enmarcadas en los "*Servicios de definición, implementación y operación de un cuadro de mando para el centro de mando y control de la evolución del Covid-19*" fueran erróneas porque implicaban el desarrollo de una utilidad totalmente nueva y deberían haberse considerado como un gasto de inversión.

El concepto 228 (aplicación 26.09.313A.228) se puso a disposición de las unidades del MS para tramitación de los gastos **de toda naturaleza** asociados a la gestión de la pandemia, a través del RDL 7/2020, de 12 de marzo, que autorizó la aplicación del Fondo de

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Contingencia y la dotación de un crédito extraordinario por un importe total de 1.000 millones de euros en el presupuesto de la D.G. Cartera, por lo que la imputación referida es correcta, y de hecho, se ha inventariado el bien resultante (CMC), como corresponde a una nueva inversión.

Como prueba de que la actuación del MS fue correcta, resulta que la Intervención Delegada de la IGAE en el Ministerio informó favorablemente todos los expedientes de contratación, incluido el señalado en el Anteproyecto. En el caso de los expedientes con pagos a justificar, la Intervención informó con carácter previo a cada pago y, posteriormente, en la rendición de las cuentas justificativas. En ningún caso apreció imputación incorrecta de los gastos al concepto 228, como, por otra parte, tampoco lo apreció en la adquisición de suministros inventariables para hacer frente a la pandemia, como fueron los Dispositivos de Ventilación Mecánica.

A continuación, se señala (y se repite de nuevo en la página 161), que el detalle en la descripción de los trabajos a realizar por las empresas tecnológicas en los pliegos de prescripciones técnicas de los contratos es escasamente preciso, lo que permite un amplio margen de discrecionalidad a los responsables de los proyectos tecnológicos para fijar la prioridad de las actuaciones a realizar y, en consecuencia, para instruir a las empresas contratistas sobre los trabajos concretos a realizar.

Es preciso señalar que los pliegos de prescripciones técnicas, al igual que el resto de documentación administrativa, han sido revisados y fiscalizados por las unidades competentes para ello, incluyendo la **Dirección General de Racionalización y Centralización de la Contratación** del **Ministerio de Hacienda** para los expedientes de contratación centralizada, sin que se haya señalado tal circunstancia, cuando esa dirección general exige, precisamente, concreción en las tareas incluidas en los documentos de licitación, y desde luego, mucha más que la que se puede esperar de los documentos que acompañan a una contratación de emergencia, para lo que la ley de contratos vigente permite, basado en las circunstancias extraordinarias que los generan, menor exhaustividad.

Las unidades funcionales conocen con todo detalle el alcance de los trabajos a realizar por parte de las empresas contratadas, puesto que ellas mismas los han definido. Conviene considerar que un mismo Sistema puede contar con varias unidades funcionales y/o decisoras a las que presta servicio y por tanto una Unidad puede no haber definido la

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

totalidad del alcance realizado, incluso no responder a sus necesidades, por corresponder a otras.

Se aclara que, como establece el Real Decreto de estructura del MS, ya mencionado, que la **Subdirección General de Infraestructura Tecnológica Sanitaria**, dependiente de la DGSD es competente para realizar (art 8, punto j), "*la planificación y ejecución presupuestaria en materia de tecnologías de la información y transformación digital en el ámbito de sus competencias, así como su ejecución y el seguimiento asociado. Asimismo, el impulso de los expedientes de contratación y seguimiento contractual de los acuerdos de niveles de servicio*", por lo que no debe extrañar que a esa unidad se le hayan atribuido cometidos de contenido económico en el ámbito de la SGSDII. Ello no es óbice para que la **Subdirección General de Servicios Digitales de Salud**, dependiente también de la DGSD, pueda y deba realizar la conformidad por escrito en relación con los servicios facturados en ejecución de los contratos de cuyo seguimiento es responsable.

En definitiva, en atención a lo señalado, **se solicita que en el Informe final sean corregidas y eliminadas, según los casos, las valoraciones efectuadas en el Anteproyecto sobre contratación y gestión presupuestaria que han sido alegadas, y ello para garantizar la debida correspondencia entre los hechos comprobados y su consideración por ese Tribunal.**

4. **Alegaciones al apartado II.5.8. Estructura organizativa (Páginas 159 a 164)**

   a) En la página 160 del Anteproyecto se indica que *"a la vista de la atribución de funciones configurada en el RD 735/2020, se advierte un cierto solapamiento de funciones entre las dos subdirecciones generales de la DG de Salud Digital y Sistemas de información del SNS y la "División de Tecnologías de la Información de la Subsecretaría".*

   Aunque el RD 735/2020 indica en el apartado e) que la División de Tecnologías de la Información tiene como funciones la planificación, dirección y coordinación de los desarrollos de los sistemas de información, lo circunscribe a "*los servicios de la Subsecretaría del Departamento, en coordinación con la DGSDSISNS"* en lo que respecta a las infraestructuras de los sistemas que soportan los servicios. Por esta razón pudiera entenderse que pudiera haber cierto solapamiento.
   En cualquier caso, el RD 852/2021 (que modificada el RD 735/2020) en el artículo 9 apartado 2 e) especifica de forma más concreta dichas funciones de la siguiente

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...
CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

forma: "*la planificación, dirección y coordinación de los desarrollos de los sistemas horizontales del Ministerio de Sanidad.*"
Por sistemas horizontales se consideran sistemas de información de propósito general para la realización de la actividad administrativa independientemente del negocio o actividad sectorial del ministerio que se trate. Algunos ejemplos de este tipo de sistemas son los sistemas de administración electrónica: plataforma de firma, portafirmas, sede electrónica, sistema de notificaciones, clientes de consulta del servicio de verificación de datos, tramitadores de expedientes administrativos, gestión de consultas de atención al ciudadano, etc…. De esta forma, las funciones de cada unidad quedan delimitadas.

b) En la misma página 160, en el epígrafe donde se indica *a título ilustrativo, se atribuye a la División TIC de la Subsecretaría funciones de "apoyo en el desarrollo de sistemas de información",* cabe señalar, como se ha indicado ya anteriormente, que el propio Real Decreto 735/2020 lo restringe al ámbito de la Subsecretaría del Departamento.

c) En el siguiente epígrafe de la página 160 del Anteproyecto, se le atribuye a la misma División "*la planificación, dirección y coordinación de los desarrollos de los sistemas horizontales del Ministerio de Sanidad.*"

   Esta redacción no se corresponde con la atribución de funciones configurada en el RD 735/2020, si no en el RD 852/2021.

d) Asimismo, señala el Anteproyecto en la página 160 también que "*se advierte cierto solapamiento de la DTI con la Sub Gral de Atención al Ciudadano ya que se le atribuye "el establecimiento y gestión de los sistemas de información del Ministerio de Sanidad dirigidos a los ciudadanos" y a la División "la coordinación y dirección de la publicación de contenidos y procedimientos del portal web".*

   No se considera tal redacción como solapamiento ya que, en el primero de los casos, es competencia de la Subdirección General de Atención al Ciudadano la decisión y gestión de los sistemas de información que se utilicen para contactar con los ciudadanos tales como el servicio de cita previa o los sistemas de gestión de las peticiones de información de los ciudadanos al Ministerio, sin perjuicio del apoyo tecnológico que pueda prestar la DTI.

En el segundo de los casos, la DTI tiene como cometido el establecimiento y coordinación del proceso de publicación de contenidos en la Web, ya que el portal Web se encuentra dividido internamente en zonas lógicas donde cada una tiene su unidad(es) responsables de la publicación de dicho contenido. En este caso, la SG de Atención al Ciudadano, es

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

responsable de los contenidos del epígrafe "Servicios a la Ciudadanía" en donde se incluye la información relativa a la Oficina de Información y Atención al Ciudadano.

e) En la misma página en el párrafo siguiente aparece que "*en el desarrollo de los sistemas de información analizados en el curso de la fiscalización, no se ha identificado participación alguna de la División TIC de la Subsecretaría, pese a que en sus cometidos se encontraba coordinar proyectos tecnológicos en el ámbito del MSND, como es el caso de la ya referida aplicación de gestión de sanidad exterior, SISAEX, que es liderada desde el punto de vista tecnológico por la Subdirección General de Servicios Digitales de Salud (dependiente de la Secretaría General) pese a que, teóricamente, respondería a un sistema propio del MSND, correspondiendo, por tanto, a la División".*

   SISAEX es una aplicación puramente sanitaria, teniendo en cuenta los diferentes Reales Decretos de estructura. Por su naturaleza esta aplicación no pertenece al ámbito de responsabilidad de la División de Tecnologías de la Información.

f) En lo que respecta al párrafo *"a 31 de diciembre de 2021, la DG de Salud Digital tenía asignados 105 funcionarios en su RPT y la División, 9. De ello se desprende que las funciones de la División de Tecnologías de la Información son escasas, por lo que no se justifica la existencia de tres subdirecciones generales con competencias similares o coincidentes en ciertos ámbitos. Además, la atribución de funciones a la División de Tecnologías de la Información de la Subsecretaría no es realista, ya que con esa dotación de personal y aun contando con personal de apoyo externo, no puede desarrollar funciones de apoyo en el desarrollo de sistemas de información."*

   De acuerdo con el preámbulo del RD 735/2020, "*la creación de la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud, ……. con el objetivo de abordar los proyectos de modernización, mejora y transformación del Sistema Nacional de Salud, a la luz de los nuevos retos derivados de la pandemia ocasionada por el COVID-19, y en particular los relacionados con la salud digital, la interoperabilidad y los servicios en red en el ámbito nacional, europeo e internacional, así como los sistemas de información sanitarios, fomentando la incorporación de las prestaciones de las tecnologías emergentes de última generación, tales como el análisis de datos («big data»), la inteligencia artificial o la analítica predictiva, entre otros, en el ámbito de la salud* "
   Al segregar los sistemas de información propios del sector sanitario que pasan a depender de una Secretaría General con funciones en el ámbito sanitario, las funciones propias de cualquier departamento TIC de un Ministerio que da soporte a los funcionarios y a los sistemas de información transversales, siguen dependiendo, como es lógico, de la Subsecretaría, a través, en el caso del MSND,

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

de la DTI. En este sentido, las actuaciones que, desde su creación, viene realizando la DTI, a pesar de la escasa dotación de personal, han sido numerosas. Esta segregación de funciones mencionada es de naturaleza paulatina, dada la necesidad de seguir prestando todos los servicios transversales ligados a las tecnologías de la información. Conforme ésta se ha producido, la DTI ha incorporado al personal necesario para la prestación de servicios en el marco de sus competencias.

También es importante reflejar las funciones y actividad de la DTI de acuerdo con el RD 852/2021. La actividad de la DTI se circunscribe a las siguientes áreas:

- Puesto de trabajo y atención a usuarios.
  Comprende la gestión y aprovisionamiento del material del puesto de trabajo digital y atención a los usuarios. Durante el año 2022 el Centro de Atención a Usuarios del Ministerio atendió 27.119 incidencias.
- Administración electrónica y sistemas comunes.
  Gestiona todos los servicios comunes provenientes fundamentalmente de la Secretaría General de Administración Digital, como son: Geiser, Cl@ve, Inside, Notific@, Plataforma de intermediación de Datos, etc… así como los sistemas internos de administración electrónica: Sede electrónica (SGM-TRAM y SIGM-FORM), y los sistemas internos intermediaros de los sistemas comunes desarrollados para asilar la capa de negocio con respecto a las aplicaciones que los consumen: PFE, VerDNI, SNEC, etc.. A continuación se indican algunos datos de uso del año 2022 proporcionados por el Observatorio de Administración Electrónica.
  - Notificaciones electrónicas puestas a disposición de los ciudadanos: 705.419.
  - Asientos electrónicos- Geiser: 29.118.
  - Peticiones de autenticación a Cl@ve: 759.217.
  - Facturas electrónicas a través de FACe: 32.143.
  - Expedientes almacenados en Inside: 170.
  - Consultas a la Plataforma de intermediación de Datos: 4.625.650

- Sistemas horizontales.
  Se implantan, mantienen y evolucionan los sistemas de gestión administrativa fundamentalmente los sistemas de información y atención al ciudadano, ASSI-RGPD, Orden Civil de Sanidad y Gestión de alegaciones de los procesos selectivos.
- Portales.
  Comprende el portal Web del Ministerio, la Intranet, así como los portales horizontales que existen. Como dato para comprender la envergadura de los

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

sistemas se podría aportar que el Portal Web tiene del orden de 11.000 páginas.

- Gabinete Gráfico.
  Responsable del diseño gráfico de casi todo el material gráfico del Ministerio que es utilizado en actos, páginas Web o material impreso. Se muestra a continuación una muestra de los trabajos más representativos efectuados en el 2022.



- Gestión de la contratación asociada.
  Como ya se ha indicado previamente en este informe, no es hasta el año 2022 cuando se inicia la actividad de contratación de la DTI. Se reflejan a continuación los expedientes que se han llevado a cabo en esa anualidad.

Expediente	Importe Total	**Anualidad 2022**
Capítulo 2	**1.028.051,34 €**	**143.046,62 €**
(CF-3021) Adquisición de memorias USBs y auriculares	3.000,00 €	3.000,00 €
(CF-3086) Licencia galería de recursos gráficos	2.807,20 €	2.807,20 €
(CF-3092) Suscripción de licencia Canva	180,53 €	180,53 €
(CF-3147) Suscripción de una licencia Wirecast	956,57 €	956,57 €

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

(CF-3159) Suministro de cableado para monitores y fundas para ordenadores portátiles	1.422,96 €	1.422,96 €
(CF-3184) Licencias Team Viewer	2.166,93 €	2.166,93 €
(202201CM0003) Contratación de cables y diverso material informático	8.158,53 €	8.158,53 €
(202201CM0005) Contratación de consumibles de las impresoras personales	3.993,82 €	3.993,82 €
(202201PR0001) Asistencia técnica especializada. Lote 5- explotación y soporte a usuarios de servicios de microinformática	1.005.364,80 €	120.360,08 €
Capítulo 6	**212.074,79 €**	**212.074,79 €**
(202201AM0001) Contratación de cámaras web	2.038,85 €	2.038,85 €
(202201AM0002) Adquisición de 100 ordenadores de sobremesa de categoría superior	59.025,01 €	59.025,01 €
(202201AM0003) Suscripción de licencias de la suite adobe	41.443,70 €	41.443,70 €
202201AM0004) Contratación de licencias software de la suite Atlassian (jira)	14.781,36 €	14.781,36 €
(202201AM0006) Adquisición de 500 monitores de 23 pulgadas	65.551,75 €	65.551,75 €
(202201CM00014) Contratación de tabletas y accesorios para los dispositivos móviles	16.209,04 €	16.209,04 €
(202201CM00019) Suministro de cámaras web	12.626,08 €	12.626,08 €
(202201CM0022) Contratación de teclado para Ipad pro	399,00 €	399,00 €
Servicio 50	**40.312,53 €**	**40.312,53 €**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

(202250CM0005) Contratación de licencia de la herramienta de accesibilidad y usabilidad Insuit	17.532,90 €	17.532,90 €
(202250CM0006) Servicio de consultoría de accesibilidad cognitiva de contenidos en el portal web	15.579,63 €	15.579,63 €
(202250CM0007) Formación en accesibilidad	7.200,00 €	7.200,00 €

g) Por último, sobre la ejecución presupuestaria se indica que, "*todos los documentos contables revisados en el curso de la fiscalización que afectan a sistemas de información desde la creación de la Secretaría General de Salud Digital, en agosto de 2020, se han aprobado por titulares de cargos de esa Secretaría General: la persona titular de la DG o de las Sub. Grales. De Infraestructura o Servicios Digitales de Salud, sin intervención de la División TIC.*"

   No es hasta la aprobación del RD 852/2021, en el artículo 9, apartado 2 i) donde se le atribuyen competencias en materia de planificación y ejecución presupuestaria en el ámbito de sus competencias.

En la página 166, el Anteproyecto de Informe se refiere a un contrato menor a una persona física, cuyo objeto era el apoyo al Gabinete del titular del Ministerio en materia de creación y gestión de contenidos audiovisuales para la web corporativa, redes sociales y documentación, que ya fue fiscalizado por ese Tribunal en el Informe 1.542.

El Anteproyecto parece considerar este contrato innecesario, ya que "*la documentación técnica publicada en la web se generaba por los propios órganos y unidades administrativas del MSND*".

Desde luego que la documentación técnica se generaba por los propios órganos y unidades del Ministerio. Ese no era el objeto del contrato, sino otro tipo de actuaciones dirigidas a la comunicación al público, como la creación de contenidos audiovisuales, la confección de notas de prensa y otros materiales a partir de la información ofrecida por los servicios técnicos del Ministerio, o la gestión de las redes sociales, cuya actividad creció exponencialmente desde marzo de 2020, como reconoce el propio Anteproyecto en la página 167 y el Anexo 67. Debido al incremento de las tareas a realizar y del escaso número de profesionales que formaban parte del equipo de comunicación del departamento, fue

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

necesario proceder a realizar este contrato de apoyo temporal en las primeras semanas de la pandemia.

En consecuencia, **se solicita la supresión de la referencia a este contrato, en el Informe final.**

A la vista de la atribución de funciones configurada en el RD 735/2020, el Anteproyecto advierte un cierto **solapamiento de funciones** entre las dos subdirecciones generales de la DGSD y la *División de tecnologías de la información de la subsecretaría*.

Sin embargo, en el citado Real Decreto de estructura, quedan claramente delimitadas las competencias de una y otra unidad. Mientras que la DGSD es el órgano encargado del "*desarrollo de servicios públicos digitales, del impulso a la salud digital y a la interoperabilidad electrónica de la información clínica y sanitaria, tanto en el ámbito nacional, como internacional, así como de la innovación en la analítica de datos y la explotación de la información relativa a la salud"*, la división TIC se responsabiliza de "*la planificación, dirección y coordinación de los desarrollos de los sistemas horizontales del Ministerio de Sanidad*" (art 9.2.e).

Es decir, la DGSD, conforme al RD de estructura, es responsable de todos aquellos servicios relacionados con la salud digital y la digitalización del SNS, lo que incluye los servicios electrónicos comunes del SNS y las aplicaciones informáticas de salud digital del MS, como es el caso de SISAEX. La División TIC se encarga de los servicios horizontales propios de una subsecretaría, por ejemplo, web, sede electrónica, intranet y las plataformas relacionadas con la administración electrónica en general y, por lo tanto, SISAEX no se encuentra entre ellos.

El escaso personal de perfil tecnológico asignado al Ministerio, que se desprende del informe **REINA** que el propio tribunal menciona, hace imprescindible contar con un porcentaje elevado de **subcontratación**. Ello no es óbice para que en el ámbito de cada servicio se asigne siempre a un funcionario con perfil tecnológico como responsable y todas las tareas se realicen bajo su supervisión directa. Debido a la escasez de personal funcionario TIC, cada uno de ellos debe hacerse responsable de varios servicios.

Por lo tanto, en ningún caso los servicios de ninguna Oficina Técnica adquieren carácter estructural, por cuanto las tareas realizadas por las mismas están circunscritas a un objeto

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

y un ámbito temporal específico y éstos están permanente supervisados por un funcionario de perfil tecnológico.

La definición de los requisitos funcionales, realizada por las unidades responsables y recogidas por la DGSD, se realiza en el ámbito de la gestión del servicio que corresponde al órgano de contratación, tal como se exige en el art 190 de la ley de contratos, en este caso la DGSD o sus subdirecciones dependientes, con observación escrupulosa de las medidas definidas en la Administración General del Estado para evitar la cesión ilegal de trabajadores.

Los contratos referidos a servicios de apoyo a la coordinación y seguimiento de proyectos COVID, cubren tareas sustancialmente distintas a las que se plasman en una contratación de servicios de desarrollo software, pero igualmente permitidas por la ley y por el Ministerio de Hacienda para la contratación centralizada y son igualmente medibles en su desempeño por el funcionario responsable del órgano de contratación.

Asimismo, en todos los pliegos de prescripciones técnicas ya se incluyen de forma sistemática cláusulas destinadas a asegurar que las empresas adjudicatarias entregarán al MS, la documentación técnica y recursos que procedan para asegurar la continuidad de los servicios y la transferencia segura y eficaz de las herramientas en caso de nuevas licitaciones.

En cuanto a la no existencia de un **plan de difusión y formación** sobre las capacidades de las aplicaciones y su utilización, no era una prioridad en las circunstancias de urgencia extrema que rodearon a la crisis sanitaria y para la que se destinaron todos los recursos disponibles. No obstante, el hecho de la no existencia de un plan como tal, no fue impedimento para realizar sesiones de formación específicas e imprescindibles para que las unidades funcionales pudieran utilizar las plataformas desarrolladas. Por ejemplo, para SISAEX-VAC se organizaron varias **sesiones de formación online al personal de los CVI** para que se familiarizaran con las nuevas funcionalidades implementadas para facilitar el registro de la administración de vacunas COVID y la posterior emisión de los certificados COVID de vacunación asociados.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

7. **APARTADO II.6. CUMPLIMIENTO DE LAS PREVISIONES LEGALES EN RELACIÓN CON LA LEY ORGÁNICA 3/2007 PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES, Y CON LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO**

El Tribunal advierte que en la ESD no hay ninguna referencia a medidas de promoción de la igualdad efectiva de mujeres y hombres, pese a que, la medida que contiene propuestas de acción en el ámbito tecnológico podría haber contenido alguna directriz sobre las medidas de contratación y que en el contenido de los pliegos de prescripciones técnicas y de condiciones administrativas particulares no se han identificado medidas de promoción de la contratación de mujeres por parte de las empresas licitadoras.

Ello no es del todo correcto, puesto que, en los pliegos de cláusulas administrativas particulares de los procedimientos abiertos gestionados por la DGSD, se establece como criterio de desempate el establecido en el artículo 147.e) de la ley de contratos vigente, que establece como tal las "*Proposiciones presentadas por las empresas que, al vencimiento del plazo de presentación de ofertas, incluyan medidas de carácter social y laboral que favorezcan la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*."

a) En la página 167 del Anteproyecto se indica que "*la responsabilidad de la información publicada en la página web del Ministerio residió en cada una de las unidades responsables de cada ámbito funcional correspondiente, si bien en el RD de estructura se atribuye a la unidad División de Tecnologías de la Información, adscrita a la Subsecretaría del Departamento, la coordinación de los contenidos a publicar en la web*".

   Como se ha señalado anteriormente, aunque la responsabilidad de los contenidos que se publiquen sea de cada una de las unidades responsables de cada ámbito funcional dentro del Ministerio en el epígrafe correspondiente del portal web, *"la coordinación y dirección de la publicación de contenidos y procedimientos del portal web"* corresponde a la División de Tecnologías de la Información, que realiza funciones relativas accesibilidad y usabilidad de la información, organización de los contenidos, creación de plantillas y componentes, soporte a los publicadores de contenidos de las diferentes unidades, etc.

b) En la página 168 se indica lo siguiente: "*A este respecto, se ejecutó una campaña específica, no prevista previamente, por importe de 4.478.371 euros relacionada*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

con el COVID-19, a cuyo importe hay que agregar otros costes adicionales de las campañas que sumaban 244.240 euros."

Este departamento desconoce el origen de esta cifra de 244.240 € y no se hace referencia en los anexos ni en los pies de página al mismo.

APARTADO III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES (páginas 168 a 189)

Con carácter general, **se solicita que las alegaciones generales y específicas realizadas a los Apartados I y II del Anteproyecto de Informe, sean tomadas en consideración también en lo que pudieran afectar a las Conclusiones y Recomendaciones recogidas en este Apartado III y, en consecuencia, que su redacción se corrija en función de dichas alegaciones.**

En todo caso, se realizan las siguientes alegaciones concretas sobre las Conclusiones y Recomendaciones del informe.

1. Apartado III.1. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, ALERTAS Y EMERGENCIAS

- **Conclusión 1**

Al tratarse en este subapartado cuestiones sobre los órganos colegiados de coordinación y cooperación, respecto de materias no relacionadas con los sistemas de información, **se solicita su supresión en el Informe definitivo**. En caso de mantenerse, debería vincular la actuación de estos órganos exclusivamente a los sistemas de información, como sí hace el Anteproyecto en la Conclusión 2

- **Conclusión 2**

La afirmación de carácter general acerca de los avances y mejoras de los sistemas de información no está apoyada suficientemente por datos concretos, dado que no se han analizado otros sistemas de información diferentes a los de la pandemia.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

solicita que **en la redacción final del informe conste esta referencia a que muchos de los sistemas de información del Ministerio de Sanidad no fueron objeto de fiscalización, tal y como se expone en el apartado 7 de alegaciones generales del presente escrito y que, en consecuencia se matice el alcance de la conclusión.**

- **Conclusión 3**

En esta conclusión se analizan cuestiones no relacionadas con el objeto de la fiscalización. Nada tienen que ver con sistemas de información el número de reuniones de los órganos, las actas o la configuración y funcionamiento de la secretaría ejecutiva, por lo que **se solicita la supresión de la Conclusión 3 en la versión final del Informe.**

En todo caso, se reitera que el manejo de herramientas ofimáticas en el trabajo de los órganos de cooperación es habitual en todos los ámbitos sectoriales en los que existen. Su utilización resultaba adecuada a los fines pretendidos. Pese a ello, está marcha un proceso de modernización tecnológica (Cooper@), impulsado por el Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, tal y como se estableció en Disposición Adicional 30ª del Real Decreto-Ley 6/2022, de 29 de marzo. Su financiación corre a cargo de los fondos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

- **Recomendación Nº 1**

En atención a lo señalado con respecto a las Conclusiones 1 y 3, y dado que el contenido de esta Recomendación excede el análisis de sistemas de información, **se solicita su eliminación en el Informe final.**

En todo caso, al recomendar que se pongan o refuercen medios tecnológicos seguros, debe reiterarse que en el periodo examinado, todo el uso de aplicaciones en el Ministerio de Sanidad estaba perfectamente amparado en unas adecuadas políticas de gestión de la información, infraestructura de seguridad perimetral y control de accesos a la documentación, clasificada en unidades de red de acceso restringido. Por ello, la consideración de que exista una carencia en este sentido, y de ello se derive una recomendación, no puede compartirse por no ajustarse a la realidad de los hechos.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- **Conclusión 4**

En primer lugar, se considera que la redacción de esta conclusión no refleja de manera fiel el contenido de los resultados de la fiscalización que se exponen en el Apartado II.1.2, dando a entender que las deficiencias aquí sintetizadas son de mayor intensidad, cuantitativa y cualitativamente, que las efectivamente detectadas al exponer dichos resultados en aquel Apartado.

Así, en el segundo párrafo de esta Conclusión se destaca que durante la pandemia, la mayor parte de la gestión de las alertas se llevó a cabo "a *través de herramientas ofimáticas comerciales, comunicaciones por correo electrónico, telefónicas o videoconferencias y mediante la utilización del "módulo de incidencias" del sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), que no tenía dicha finalidad".*

Se oculta, por tanto, en este párrafo de la Conclusión, que esta circunstancia "*resulta comprensible debido a la situación excepcional existente en ese periodo*" (página 46).

Igualmente, se omite lo reseñado previamente con respecto a los resultados de la auditoría que se refieren al periodo posterior al 11 de mayo de 2020. Así, desde esta fecha, el Anteproyecto de Informe había señalado previamente que "*las medidas adoptadas, tanto de contención epidémica, como de refuerzo de medios (capacidad de diagnóstico, mejoras técnicas, entre otras) implicaron que la capacidad de detección de los casos de Covid-19 permitiera monitorizar la situación de manera mucho más precisa*" (página 47).

Por tanto, **en aras de mantener la debida coherencia entre los resultados de la fiscalización y las conclusiones emitidas, y la objetividad en el modo en el que estas han de presentarse, se solicita la inclusión en el segundo párrafo de esta Conclusión 4 de las anteriores consideraciones procedentes de lo señalado por el propio Anteproyecto en las páginas 46 y 47.**

Por otro lado, en relación con el tercer párrafo de esta Conclusión, como ya se ha señalado previamente, en la actualidad se está desarrollando un Sistema de Información de la Red de Vigilancia en Salud Pública con una visión holística y formado por varios módulos, uno de los cuales es el sistema nacional de alerta precoz y respuesta rápida (rebautizado como

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

HEIMDAL), cuya primera versión se encuentra ya en producción, con las siguientes funcionalidades, definidas y aprobadas por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES):

- Notificación de señales, eventos y alertas.
- Prestaciones colaborativas
- Integrado con SIVIES
- Gestión de permisos, roles y usuarios.
- Buscador de alertas.
- Trazabilidad de accesos y acciones.
- Gestor documental
- Generación de informes.

Este el sistema de información de vigilancia en salud pública cuenta con una dotación de 27,4 millones de euros. Más de 8 millones de euros se destinan al nodo central del sistema, y 16,2 millones para desarrollar en cada Comunidad Autónoma los componentes de la Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública. El objetivo principal de la mejora de la Red de Vigilancia en Salud Pública es ampliar e integrar los sistemas de información de enfermedades transmisibles y no transmisibles existentes en España. Esto incluye el equipamiento y las herramientas tecnológicas que le dan soporte. Esta inversión se está realizando tanto en el nodo central (nuevo Centro Estatal de Salud Pública y Ministerio de Sanidad) como en los nodos regionales (instituciones de salud pública de las CCAA). El objetivo es aprovechar todos los desarrollos e infraestructuras del Nodo Central del SNS, que han demostrado su fortaleza y versatilidad desde el año 2013, así como los mecanismos actualmente en uso para el intercambio de información administrativa y clínica, tanto en la recepción de datos remitidos desde fuentes primarias, como los que dan soporte a la tarjeta sanitaria individual, receta electrónica interoperable, uno de los servicios mejor valorados por la ciudadanía, e historia clínica del SNS.

Este es un proceso complejo, y que requiere su tiempo, pero que no conoce precedentes en cuanto a su impulso y apoyo mediante la distribución de fondos. En la última adenda aprobada al PRTR, el ECOFIN ha ampliado hasta finales de 2025 el plazo de ejecución de este proyecto.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Por ello, **se solicita que en el Informe final se tengan en cuenta también estas consideraciones en la redacción del tercer párrafo de esta Conclusión 4.**

- **Conclusión 5**

En el segundo párrafo de esta Conclusión, el Anteproyecto de Informe afirma que "*la rigidez del marco jurídico ha dificultado la adaptación a las nuevas tecnologías y a las necesidades que han ido surgiendo tales como el brote de listeria (2019), el Covid 19 (2020-23) y la viruela del mono (2023)*".

A este respecto, como se ha señalado anteriormente, parece confundirse el sistema de vigilancia y su regulación, con el sistema de información, cuando son dos conceptos diferentes. Podría ajustarse al ámbito objetivo del Informe utilizar referencias al sistema de vigilancia como información de contexto útil para examinar y valorar los sistemas de información, pero no así convertir estos sistemas de vigilancia en el objeto concreto a auditar. Se reitera que los sistemas de información pueden y deben adaptarse a las nuevas tecnologías mediante la continua inversión en los mismos, algo que se ha fomentado en el período objeto de auditoría con un esfuerzo inversor sin precedentes, vehiculizado en parte a través de transferencias a las CCAA a partir del año 2021.

En atención a lo señalado, dado que el marco jurídico sobre el sistema de vigilancia no tiene una relación directa con los sistemas de información, **se solicita la supresión de este apartado en las conclusiones del Informe final.**

Sin perjuicio de lo anterior, se solicita que la denominación de "viruela del mono" (página 15) se cambie por la de "Mpox", denominación actual propuesta por la Organización Mundial de la Salud. En todo caso, tampoco se justifica esta alusión a una crisis sanitaria que se produjo con posterioridad al marco temporal de este Anteproyecto de Informe, y que, por tanto, no debería haber sido objeto de referencia cuando, además, el Apartado I.2.3 contiene ninguna referencia al respecto.

Se añade a continuación en esta Conclusión 5 que: "*La propuesta de reforma integral del citado RD 2210/1995 no se culminó, al disolverse las Cortes Generales en mayo de 2023, encontrándose un proyecto de RD en el trámite de información pública. A este respecto, las modificaciones parciales introducidas en 2015, 2020 y 2023 sobre el texto de ese Real Decreto de 1995 no corrigen las deficiencias en lo que respecta a la racionalización y*

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

actualización de la configuración de la comunicación de la información sobre enfermedades transmisibles a la Administración General del Estado".

Tal y como se ha explicado anteriormente, el texto parece confundir la tramitación normativa de distintos Reales Decretos relacionados con la vigilancia, sin que ninguna de esas tramitaciones haya decaído por disolverse las Cortes Generales, dado que se han retomado de forma diligente una vez constituidas de nuevo éstas. Se afirma que "*las obligaciones de remisión de información epidemiológica o relacionada con salud pública amparadas únicamente por la Ley 2/2021, han decaído una vez declarada la finalización de la crisis sanitaria del Covid-19 en julio de 2023*". Esta afirmación no es correcta, si se considera el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio, que permite continuar exigiendo la mayor parte de la remisión de información epidemiológica relacionada con el COVID, por decisión del CCAES. En este sentido, además, se incorpora a los sistemas que componen la red nacional de vigilancia epidemiológica, tanto el Sistema Estatal de Resultados de Laboratorio para Pruebas Diagnósticas de SARS-CoV2 (SERLAB-CoV), como el Registro de Vacunación frente al COVID-19 (REGVACU)

Por tanto, **sin perjuicio de la solicitud anterior de supresión íntegra de esta Conclusión 5 y, en su defecto, se solicita la incorporación de las anteriores consideraciones en el Informe final.**

- **Recomendación Nº 3**

Esta Recomendación parte nuevamente de una concepción equivocada de lo que es el sistema de vigilancia, por un lado, y el sistema de información, por otro. Asimismo, considera de manera incorrecta que el cambio normativo de la vigilancia epidemiológica supone *per se* una mejora en los sistemas de información.

Igualmente, añade que ha de contemplarse "*la implantación de modelos de gestión de la información interoperable y en línea, de manera que no precise de actuaciones de transformación y cumplimentación de la información y acto formal de remisión (notificación*).

Lo que se plantea en este inciso puede llegar a ser incompatible con el desempeño de las labores de vigilancia y control de las enfermedades. Si bien es cierto que se debe seguir

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

impulsando, como se ha hecho en los últimos años, que exista cada vez mayor automatización de los datos, que permitan el volcado automático desde los distintos sistemas de información asistenciales autonómicos a sus respectivos servicios de salud pública, no es menos cierto que este proceso nunca podrá prescindir del acto formal de "notificación". En primer lugar, porque la propia notificación requiere la validación, mediante la interpretación de la información epidemiológica, por parte de profesionales de epidemiología y/o medicina preventiva. En segundo lugar, porque más allá de las notificaciones, el trabajo de las unidades de salud pública va más allá de ser meros "notificadores", sino que son los encargados, en el caso de las enfermedades transmisibles, de la implementación de las medidas de control de la transmisión, que son variadas e incluyen muchos aspectos, como la identificación de contactos, la administración de profilaxis, etc. Toda esta información debe quedar recogida[36].

Por tanto, **se sugiere también, en atención a lo señalado, la supresión de la Recomendación Nº3 en el Informe final de ese Tribunal.**

- **Conclusiones 6 a 10. Referencia previa**

Con carácter previo a su análisis específico, que se realiza a continuación, debe señalarse que muchas de las supuestas deficiencias detectadas en los sistemas de información de vigilancia y alerta expresadas en las Conclusiones 6, 7, 8, 9 y 10 son coincidentes entre sí. Su incorporación en diferentes apartados de Conclusiones y la reiteración continua de esas supuestas deficiencias, ofrece una imagen desproporcionada de las mismas, y ofrece una visión artificialmente negativa de la actuación de los responsables de los órganos administrativos correspondientes

Por ello, en atención a lo establecido en el apartado c) de la Norma Técnica 83 de las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, que exige evitar "cualquier reiteración o fraccionamiento de una misma materia o cuestión en varias conclusiones del informe", se solicita que se incluyan en su solo apartado de Conclusiones todas las valoraciones sobre una misma cuestión que resulten similares o conexas, evitando, en todo caso, reiteraciones innecesarias que ofrezcan una imagen desproporcionada o irreal de los hechos fiscalizados.

[36] A modo de ejemplo, el seguimiento de los estudios de contactos sobre tuberculosis y sus medidas aparejadas pueden prolongarse durante meses.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- **Conclusiones 6 y 7**

Como se ha señalado en diferentes ocasiones en este escrito de alegaciones, para que una auditoría sobre los sistemas de información, en este caso de vigilancia de la salud, pudiera llegar a resultados completos y detallados para mejorar los servicios públicos correspondientes, el ámbito subjetivo habría debido ampliarse para abarcar a las CCAA, que son quienes constituyen la fuente inicial y determinante de información de la RENAVE.

Por ello, la referencia contenida en ambas Conclusiones respecto a que las capacidades de las unidades de salud pública autonómica "*eran muy heterogéneas entre sí*" o a la "*debilidad*" de los sistemas de información autonómicos, no permite profundizar en las diferencias entre unos servicios autonómicos y otros, ni destacar aquellos servicios que peor desempeño han tenido, junto con sus causas y consecuencias. Por tanto, con esta limitación del ámbito subjetivo, no es posible extraer conclusiones de utilidad para que las CCAA que más lo necesiten afronten, en su caso, las mejoras que habrían de ser requeridas. **Se solicita, en consecuencia, que en la versión final del Informe, al menos, sean identificadas las CCAA en la información ofrecida.**

- **Recomendación Nº 5**

El contenido de esta Recomendación sobre racionalización de los identificadores de pacientes en todo el ámbito del SNS y la accesibilidad e interoperabilidad entre el ámbito asistencial y el de salud pública no se corresponde con lo señalado en las Conclusiones 10 y 11 que la preceden.

A este respecto, además, debe reiterarse que resulta errónea la referencia a la interoperabilidad de los sistemas de información de salud pública con la Historia Clínica Digital Interoperable, pues ésta se utiliza únicamente para la atención a pacientes en movilidad, y la información clínica que contiene es un subconjunto de aquella incluida en las historias clínicas digitales de las CCAA, siendo a éstas a las que debe estar referida la citada interoperabilidad. Por tanto, **se solicita la modificación de los términos de este apartado en función de lo anteriormente señalado.**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- **Conclusión 8**

En esta Conclusión el Anteproyecto de informe identifica "*significativas debilidades estructurales en los sistemas de información de salud pública*" y utiliza como única evidencia las debilidades puestas de manifiesto con el brote de listeriosis de 2019, en el que "*se produjo dispersión de los canales de comunicación de la información sobre la alerta*".

Más allá de las ya comentadas diferencias en la gestión de la crisis de listeriosis y la de COVID-19, resulta que una sola Comunidad Autónoma (Andalucía) en la que se produjeron la práctica totalidad de casos de listeriosis. Fue esta Comunidad la responsable de que hubiera diferencias en SIVIES entre las 1.683 personas cuantificadas (en los 29 brotes) y los 300 casos comunicados por la vía de notificación individualizada (Anexo 13 del Anteproyecto). Esta circunstancia no indica en ningún caso que exista dispersión de los canales de comunicación de la información sobre la alerta que deba achacarse al órgano fiscalizado, sino que esta información fue facilitada por una Comunidad Autónoma a través de sus sistemas que volcaban a SIVIES.

Este hecho ilustra a la perfección lo ya reseñado en diversas ocasiones en este escrito de alegaciones sobre la necesidad y conveniencia de que la auditoría hubiera debido haberse extendido a las CCAA, a fin de obtener resultados ponderados con respecto a las deficiencias detectadas y discernir claramente a quién asignar las distintas responsabilidades y ámbitos de mejora.

Por ello, se solicita, al menos, que en esta Conclusión 8 se pondere adecuadamente la causa real de las discrepancias (o dispersión) detectadas y detalladas en el Anexo 13 del Anteproyecto.

- **Conclusión 9 y Recomendación Nº 6**

La referencia a que "*la configuración organizativa de la Red de Vigilancia Epidemiológica en el ámbito estatal no favorecía un funcionamiento armónico de la misma*", debido a una supuesta fragmentación de la gestión entre el CNE y el CCAES, "*sin que existiera una clara y precisa delimitación de funciones*", no está justificada ni amparada en hechos comprobables.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Como se ha señalado y se recoge en la página 54 del Anteproyecto, la normativa organizativa establece claramente que el CNE del ISCIII "*desarrolla acciones técnicas*" en cumplimiento del RD 2210/1995, mientras que el CCAES "*coordina la Red de Vigilancia en Salud Pública".* Por tanto, el ISCIII desarrolla las acciones técnicas de la vigilancia (es decir recoge, analiza, interpreta y difunde la información), y el CCAES coordina la Red, lo que se materializa a través de las Ponencias de Vigilancia y de Alerta integradas por todas las CCAA.

En atención a lo señalado, y dado que tampoco se justifica suficientemente en el Anteproyecto de informe la no existencia de una *"clara y precisa delimitación de funciones"* que implicara *"una división de los recursos humanos y técnicos y que la fijación de prioridades y las decisiones de gestión no siempre fuera plenamente coherentes",* **se solicita la supresión de la Conclusión 9 y la Recomendación Nº 6 en la redacción final del Informe de fiscalización.**

- **Conclusión 10**

En este apartado se relaciona la ausencia de interoperabilidad con un incremento de la carga de trabajo y con la dificultad de producir con agilidad la información necesaria para la toma de decisiones en el primer periodo de la pandemia.

Debe señalarse al respecto que el incremento de la carga de trabajo y las dificultades para producir información, no procedían principalmente de ningún problema de interoperabilidad, sino de las dificultades de los órganos asistenciales para cumplimentar la información necesaria ante el gran incremento de casos y la enorme presión sobre los recursos asistenciales que se produjo, sobre todo, a partir de la tercera semana del mes de marzo, como se recoge también en este apartado.

Por tanto, se solicita que la redacción final de esta Conclusión 10 se circunscriba a la circunstancia reseñada a la hora de identificar la causa de la alta carga de trabajo y de las dificultades para producir con agilidad la información necesaria.

En el segundo subapartado de esta Conclusión, el Anteproyecto de informe considera que en virtud de la Orden SND/234/2020, la información epidemiológica quedó desdoblada entre el CCAES y el CNE.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Ello respondió a la necesidad apremiante de obtener información puntual y actualizada sobre el número de casos, así como su distribución geográfica, para su análisis epidemiológico y también para la comunicación a la ciudadanía.

Teniendo en cuenta que las circunstancias de aquellos momentos exigían recabar y ofrecer la información del modo más rápido y ágil posible, como así se hizo, y como además el propio Anteproyecto de Informe considera esta manera de proceder como "*comprensible*" debido a la situación existente (página 46), **se solicita que, en atención a la debida coherencia entre el texto del informe y sus conclusiones y a los principios de objetividad e imparcialidad, ambas consideraciones se incorporen en la redacción definitiva del Informe final.**

2. Apartado III.2. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISEÑADOS PARA LA TOMA DE DECISIONES A PARTIR DE MARZO DE 2020

- **Conclusión 14**

En el tercer párrafo de esta Conclusión, el Anteproyecto de informe señala que, en relación con la información sobre capacidad asistencial, "*la aplicación y la calidad de la información adolecieron de ciertas debilidades tales como la existencia de envíos repetidos y la necesidad de realizar comprobaciones y correcciones manuales para depurar los datos y publicarlos*", sobre lo cual ha de remitirse a lo señalado en las alegaciones específicas de este escrito.

A continuación, el Anteproyecto indica que "*de las actuaciones efectuadas, se desprende que su utilización ha sido limitada, por lo que su diseño y configuración no ha favorecido el despliegue de su potencial*". Esta es una afirmación subjetiva que no basa en hechos objetivos y que no responde a la finalidad para el que fue concebido este sistema de información. La utilización de esta aplicación por 113 usuarios, como se señala en la página 72, no permite llegar de manera ineludible a dicha conclusión. Se trata de un "Cuadro de Mando" y, por tanto, los usuarios a los que realmente iba destinado era al personal de perfil directivo (nunca estuvo pensado para su uso masivo por perfiles de gestión o tramitación) del Ministerio de Sanidad y de las CCAA, por lo que ese nivel de usuarios se ajusta perfectamente a los fines pretendidos con el diseño y configuración de este sistema. Prueba de ello es que su uso se ha extendido hasta el año 2023.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Por ello, se solicita la eliminación del tercer párrafo de la Conclusión 14 en la redacción final del Informe de fiscalización.

- **Conclusión 15**

En este apartado se refieren diversas consideraciones sobre el Sistema SERLAB. **Se solicita que la redacción de definitiva de este apartado en el Informe final recoja las alegaciones contenidas anteriormente en este escrito de valoraciones.**

En particular, la explicación de que las cargas masivas se autorizaron para algunas CCAA cuando se detectaban cambios drásticos no justificados en los datos aportados por una de ellas. Asimismo, que estas detecciones eran posibles gracias al estricto control de calidad de los datos recibidos por parte de la SGSDII y que estas se realizaron para evitar el borrado y sustitución uno a uno de los registros, cuando su número era elevado, como forma de optimizar el escaso tiempo disponible de todo el personal implicado en momentos de una gran carga de trabajo.

La afirmación de que un 4,7% de la vinculación entre identificaciones fue fallida, suponiendo un riesgo potencial para el ciudadano, no se recoge de manera proporcionada y tampoco refleja un juicio ponderado sobre la realidad. Lo que en realidad refleja este porcentaje es un nivel muy reducido de discrepancias y totalmente asumible para el objetivo para el que este sistema fue creado, sobre todo teniendo en cuenta la rapidez en que fue concebido y realizado. Su papel en la toma de decisiones relacionadas con la gestión de la pandemia fue, además, esencial para el Ministerio y las CCAA.

Por ello, **se considera que, en aras de la objetividad y de la exposición equilibrada de los resultados de la fiscalización (Norma Técnica 68), tales consideraciones deberían ser también incorporadas en este Apartado de Conclusiones en la redacción del Informe final.**

- **Conclusión 16**

Este apartado establece conclusiones sobre el módulo de "Recursos Humanos" del Cuadro de Mando y Control. Tal y como se ha señalado anteriormente en este escrito de

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

alegaciones, las modificaciones efectuadas en su estructura respondieron a las necesidades trasladadas por los órganos gestores.

Si este sistema no fue utilizado para realizar "*traslados significativos de carácter interautonómico*" fue porque la autoridad sanitaria no lo consideró necesario dadas las circunstancias, por lo que no se considera un comentario relacionado con el sistema de información, sino con la actividad material de los órganos administrativos con competencias sanitarias. Por ello, **se considera que debería suprimirse en el Informe final.**

Por otro lado, **a fin de guardar la debida coherencia con el resto del Anteproyecto y de asegurar la objetividad en el modo de presentar los resultados, quizás debiera incorporarse a esta Conclusión el reducido porcentaje de discrepancias producido en esta aplicación**. Según se ha señalado en este escrito de alegaciones, únicamente en 220 registros de información de centros hospitalarios y CCAA el número total de camas comunicado es inferior a la suma de las camas ocupadas COVID-19 más las camas ocupadas no COVID-19. Teniendo en cuenta que el número total de registros de la base de datos es 1.387.000, el porcentaje de registros con errores por este motivo es inferior al 0,02%, lo que demuestra el buen diseño y la excelente gestión llevada a cabo en relación con este sistema de información.

- **Conclusión 18 y Recomendación Nº 11**

Tal y como se expuso en las alegaciones al Apartado II.2.5, no se consideran correctas las referencias que aquí vuelven a realizarse a la naturaleza jurídica de INGESA y a diferentes aspectos de gestión material de las existencias y su distribución, cuya fiscalización, además excedería el objeto del Informe.

Asimismo, no puede compartirse, por lo ya señalado en este escrito, que los órganos intervinientes utilizaran las hojas de cálculo para "*finalidades análogas*", ya que estas fueron diferentes, ni que resultara imprescindible construir "*un sistema de información integral*" con las características establecidas en la página 82 del Anteproyecto, dado que la empresa logística ya disponía de una herramienta integral, a la que desde el principio de pandemia pudo acceder el Ministerio de Sanidad, y teniendo en cuenta la funcionalidad de las herramientas existentes, que permitieron, en todo caso, realizar una gestión eficiente de los suministros y su distribución. En relación con la consideración de

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

información "*incompleta*" y la existencia de "*discrepancias*" en su contenido, habrían de tenerse en cuenta las extensas alegaciones específicas realizadas con respecto a las páginas 88 a 97 del Anteproyecto de Informe.

Por tanto, **se solicita la modificación de la redacción de la Conclusión 18 y la Recomendación Nº 11 en el Informe final, a la luz de estas consideraciones y de las explicaciones ofrecidas anteriormente en este escrito de alegaciones**

3. Apartado III.3. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANIDAD EXTERIOR

- **Conclusión 19**

Dado que no debieran ser objeto de fiscalización aspectos y materias diferentes y no relacionadas con los sistemas de información, se solicita la eliminación de las referencias que en este apartado se realizan sobre el ámbito organizativo y funcional de los servicios de Sanidad Exterior.

Igualmente, y como ya se explicó anteriormente en este escrito, la doble dependencia no afecta a los sistemas de información, dado que la SGAD (no MTER), únicamente presta, como en el resto de la AGE, servicios transversales, correspondiendo al Ministerio de Sanidad la responsabilidad única sobre sus sistemas de información.

Por todo lo anterior, **se solicita la supresión de los tres párrafos de la Conclusión 19 en el Informe final que apruebe el Pleno de ese Tribunal.**

- **Conclusión 20**

En el segundo párrafo se concluye lo siguiente: "*el marco normativo y los medios de la Administración General del Estado a través de los dos Ministerios afectados eran insuficientes para responder a una crisis sanitaria y, además, carecían de la flexibilidad y capacidad de gestión para dotarse de los medios de refuerzo preciso*".

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Se trata de una afirmación que no se justifica suficientemente en hechos comprobables puestos de manifiesto en el Anteproyecto (desde luego no es prueba suficiente la mera firma de un convenio de colaboración entre dos entidades estatales), lo que la convierte en una **opinión meramente subjetiva que, en aplicación del apartado c) de la Norma Técnica 68 no debería formar parte del Informe final.**

Asimismo, las referencias a conceptos generales, no vinculados con los sistemas de información, como el marco normativo, los recursos humanos o la gestión de personal en la AGE, exceden claramente el objeto de una fiscalización de este tipo.

Por tanto, **se solicita la supresión del segundo párrafo de este apartado, dado que la conclusión.**

- **Conclusiones 23 a 25**

En primer lugar, en aras de la objetividad y equilibrio que ha de guardarse en la exposición de los resultados y conclusiones de la fiscalización, **se solicita que en estos apartados 23, 24 y 25 se reflejen también, de la manera que merecen, todas las características positivas del sistema SPTH, tal y como fueron expresadas anteriormente en este escrito de alegaciones**.

En particular, se solicita que se haga expresa referencia a la capacidad para diseñar el sistema en un tiempo récord y en un contexto de plena crisis sanitaria, así como al positivo impacto que tuvo este sistema en la recuperación de la movilidad nacional e internacional en condiciones de seguridad, muy valorado por diferentes entidades nacionales e internacionales.

Igualmente, se solicita que **se consideren e incorporen a la redacción de estas conclusiones las alegaciones realizadas al epígrafe II.3.3 en relación con el análisis, explotación, interoperabilidad y calidad de los registros de SPTH.**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- **Conclusión 26**

Teniendo en cuenta la información efectivamente ofrecida por Puertos del Estado a Sanidad Exterior, que permitió asegurar un adecuado control, **se solicita la supresión del segundo párrafo de este apartado de conclusiones.**

- **Conclusión 27**

Dado que no tiene relación con ningún sistema de información, **se solicita la supresión íntegra de esta Conclusión referida al tránsito de viajeros por las fronteras terrestres.**

- **Conclusión 28**

En este apartado se hace una referencia a la imposibilidad de realizar análisis o explotar sinergias por parte del Ministerio de Sanidad por la mera existencia de dos modelos de control distinto de tránsito de viajeros.

Como quiera que los sistemas funcionaron a la finalidad pretendida de control, esta referencia, sobre un aspecto menor y casi anecdótico, ofrece una imagen desproporcionadamente negativa que no se compadece con la realidad de los hechos, que avalan la eficacia de ambos. **Y por esa razón, se solicita su supresión en la versión final del Informe de fiscalización.**

- **Conclusión 29**

En relación con el sistema de información utilizado por los servicios de Sanidad Exterior referido a este ámbito, SISAEX, ha de indicarse que fruto de la necesidad consciente de mejora continua, es necesario destacar que desde hace más de un año se está trabajando en el desarrollo de dos aplicaciones informáticas que van a mejorar sustancialmente esos sistemas de información. Por un lado, una nueva aplicación para la gestión de alertas y, por otro, un nuevo sistema de vacunación internacional. Está previsto que estos nuevos sistemas entren en producción a lo largo del año 2024.

Por tanto, **se solicita que en la redacción final de este apartado 29, se tenga en cuenta que el trabajo que en la actualidad se está realizando.**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

4. Apartado III.4. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE VACUNACIÓN

- **Conclusión 34**

En el segundo párrafo de este apartado se concluye que "*la información sobre vacunas administradas en REGVACU y la proporcionada por la Secretaría de Estado de Sanidad (Dirección General de Salud Pública) no era coherente entre sí, lo que revela que los responsables funcionales elaboraron la información partiendo de herramientas de trabajo propias, al margen de los desarrollos tecnológicos existentes, lo que muestra que la coordinación interna admite cierto margen de mejora. Así, según las tablas de REGVACU en marzo en 2022 se habían administrado 100 millones de vacunas, mientras que, en junio de 2022, la Dirección General de Salud Pública indicó que eran 95 millones de dosis administradas*".

Como ya se ha señalado, todas las decisiones estratégicas y operativas sobre la campaña de vacunación se sustentaron en REGVACU, incluyendo las actuaciones de la Dirección General de Salud Pública, debiendo ser, por tanto, este Sistema la fuente de información que debe considerarse en todo caso

La utilización por parte de los órganos de salud pública de fuentes distintas no puede achacarse a descoordinación en ningún caso, sino a la existencia de dos vías de información que perfectamente pueden ser complementarias para diferentes usos.

Por ello, **se solicita que en el Informe final se supriman las referencias a fuentes diferentes o, al menos, que se aclare que la fuente a tener en cuenta es, como no podría ser de otra manera, REGVACU, así como que en ningún caso existió descoordinación, pues esta no resulta probada a través de los hechos expuestos.**

En relación con las referencias a las cargas sustitutivas de datos o la existencia de identificadores diferentes y los cruces con Tarjeta Sanitaria Individual (párrafos tercero y cuarto), han de considerarse también aquí las alegaciones específicas realizadas, **a fin de ofrecer una imagen fiel y real del alcance de las incidencias detectadas, por lo que se solicita su modificación en el Informe final en los términos señalados.**

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

5. Apartado III.5. CONCLUSIONES SOBRE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ANALIZADOS, INCLUIDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES APLICABLES EN MATERIA DEL ESQUEMA NACIONAL DE SEGURIDAD

- **Conclusión 37**

Con respecto a la actualización de la política de seguridad, como ya se señaló anteriormente en este escrito, la nueva versión de la política de seguridad de sistemas de información del Ministerio de Sanidad está pendiente de revisión y aprobación por el Comité de seguridad de la Información del ministerio en estos momentos. Es preciso recordar que el ENS obliga a disponer de una política de seguridad vigente, pero no obliga a renovarla con ningún tipo de periodicidad definida.

Por lo que se refiere al Plan de continuidad de negocio, su mera referencia sin atender a la extraordinaria situación vivida desde principios de 2020 no permite emitir un juicio ponderado que atienda a la verdadera realidad de los hechos, ofreciendo una imagen desproporcionadamente negativa de las incidencias detectadas. En todo caso, como ya se señaló, desde 2022 se vienen realizando actuaciones diversas para garantizar la continuidad del negocio tal como el plan exige.

Por ello, en atención a la necesaria presentación equilibrada y objetiva de las conclusiones de fiscalización, **se solicita la incorporación de estas consideraciones en la Conclusión 37.**

- **Conclusión 38**

La referencia al proceso de auditoría, de acuerdo al ENS, de los sistemas de información referidos, como ya se ha señalado, no es correcta, puesto que se realizaron valoraciones ACIDT en SERLAB y REGVACU, según establece el ENS, así como auditorías de seguridad de ambos antes de su puesta en producción o del lanzamiento de nuevas versiones. Con respecto a SPTH estas cuestiones habrían de ser requeridas a AENA hasta junio de 2021. Desde esa fecha, y dado que SPTH+ no se aloja en el CPD del Ministerio, el análisis ENS corresponde al proveedor del servicio de alojamiento. Por otro lado, ya se explicaron este

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

escrito las discrepancias con las referencias que el Anteproyecto realizaba sobre SISAEX-AHS y el alcance de la auditoría ENS.

Por todo lo anterior, **se solicita la supresión del apartado 38 de las Conclusiones en la versión final del Informe de fiscalización.**

- **Conclusión 40**

En relación con la supuesta carencia de una matriz de seguimiento con indicadores cuantitativos en la Estrategia de Salud Digital, ya se explicó anteriormente que precisamente, la consecución de los compromisos con la Comisión Europea (hitos CID y OA) son los hitos que la ESD debe cubrir, y así se menciona en su contenido. Además, la Estrategia es un documento de alto nivel, y este tipo de documentos no es habitual que incluyan calendarios detallados de consecución de objetivos. Estos forman parte de los distintos planes de acción en los que la Estrategia se despliega.

En atención a lo anterior, **se solicita supresión del último inciso del primer párrafo de la Conclusión 40, desde "*Al margen del seguimiento (…)*" hasta el final del párrafo.**

- **Conclusión 41 y Recomendación Nº 19**

El Anteproyecto de Informe vuelve a incluir en este apartado que "*los múltiples cambios organizativos y la celeridad en la tramitación han dado lugar a una cierta dispersión en la tramitación de los expedientes de contratación, al tramitarse varios expedientes para un mismo sistema con participación de diferentes órganos y procedimientos (emergencia, contratación centralizada, acuerdos marco) lo cual supone un riesgo de pérdida de la pista de auditoría, debilita los procedimientos de control interno y dificulta calcular el coste imputable a cada uno de los sistemas de información*".

Como se explicó con ocasión de las alegaciones específicas al apartado II.5, todas las actuaciones que el Anteproyecto considera "*dispersión*" estarían completamente justificadas teniendo en cuenta la creación de un nuevo concepto 228 en el Presupuesto del Ministerio, los cambios organizativos (que se realizaron para reforzar los equipos de gestión de la pandemia) y el propio marco normativo de la contratación. El Ministerio de Sanidad no considera que el utilizar, en cada momento, las herramientas legales y

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

administrativas disponibles para la adquisición de suministros y contratación de servicios TIC pueda ser catalogada de dispersión, sugiriendo así de manera totalmente injustificada una connotación negativa en relación con la gestión de los expedientes de contratación auditados.

Además, la referencia que se realiza a un supuesto riesgo en los controles, arroja una serie de dudas y sospechas absolutamente infundadas sobre la actuación contractual y presupuestaria del Ministerio de Sanidad, cuya mención en este Anteproyecto se considera especialmente grave, dada la relevancia de estas cuestiones y lo injustificado de tales sospechas. Absolutamente todos los procedimientos de contratación se encuentran registrados en los sistemas de información contable oficiales de la AGE y han sido auditados, y recepcionados de conformidad por la Intervención Delegada del Ministerio de Sanidad, por lo que la pista de auditoría es clara y puede comprobarse haciendo uso de los citados sistemas de información contable.

Asimismo, en el segundo párrafo el Anteproyecto de informe considera que los pliegos de prescripciones técnicas en materia TIC adolecen de concreción, lo que generaría un riesgo de discrecionalidad.

Se trata nuevamente de una valoración con connotaciones y efectos muy relevantes que no debieran realizarse sin una base probatoria firme y sólida, la cual no existe en ningún caso. Los pliegos de prescripciones técnicas, al igual que el resto de documentación administrativa, han sido revisados y fiscalizados por las unidades competentes para ello, incluyendo la Dirección General de Racionalización y Centralización de la Contratación del Ministerio de Hacienda para los expedientes de contratación centralizada, sin que se haya señalado tal circunstancia, cuando esa dirección general exige, precisamente, concreción en las tareas incluidas en los documentos de licitación, y desde luego, mucha más que la que se puede esperar de los documentos que acompañan a una contratación de emergencia, para lo que la ley de contratos vigente permite, basado en las circunstancias extraordinarias que los generan, menor exhaustividad.

Dada la gravedad de las valoraciones realizadas y su carácter totalmente infundado e injustificado, se requiere la supresión íntegra de este apartado 41 de las conclusiones del Anteproyecto, y que no figure ninguna de sus valoraciones en la redacción final del Informe de fiscalización. Por el mismo motivo, se solicita la supresión de la Recomendación Nº 19.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

- **Conclusión 42**

Se considera que la creación de la División de Tecnologías de la Información "no parece suficientemente justificada" cuando "la *mayor parte de las labores se desempeñan por Secretaría General de Salud Digital*".

Sin embargo, en el propio Real Decreto de Estructura Orgánica del Ministerio quedan claramente delimitadas las competencias de una y otra unidad. La Dirección General de Salud Digital, dentro de la SGSDII es responsable de todos aquellos servicios relacionados con la salud digital y la digitalización del SNS, lo que incluye los servicios electrónicos comunes del SNS y las aplicaciones informáticas de salud digital del Ministerio. La División TIC se encarga de los servicios horizontales propios de una subsecretaría, por ejemplo, web, sede electrónica, intranet y las plataformas relacionadas con la administración electrónica en general. Por ello, **se solicita la supresión de la referencia a que la creación de la División de Tecnologías de la Información no estuvo suficientemente justificada por ser una apreciación subjetiva no basada en hechos comprobados.**

- **Conclusión 43**

En relación con el primer párrafo de este apartado 43, ha de señalarse que, tal y como se expuso en las alegaciones específicas al apartado II.5, es precisamente el escaso personal de perfil tecnológico asignado al Ministerio de Sanidad el que hace imprescindible contar con un porcentaje elevado de subcontratación, lo cual no es impedimento para que en el ámbito de cada servicio se asigne siempre, al menos, un funcionario con perfil tecnológico como responsable. Todas las tareas se realizan bajo su supervisión directa.

Por lo tanto, en ningún caso los servicios de ninguna Oficina Técnica adquieren carácter estructural, por cuanto las tareas realizadas por las mismas están circunscritas a un objeto y un ámbito temporal específico y éstos están permanente supervisados por uno o varios funcionarios de perfil tecnológico. Por tanto, **se solicita que se modifique en este sentido la redacción definitiva del primer párrafo de apartado 43 de las Conclusiones**

La definición de los requisitos funcionales, realizada por las unidades responsables y recogidas por la Secretaría General de Salud Digital, se realiza en el ámbito de la gestión del servicio que corresponde al órgano de contratación, tal como se exige en el art 190 de

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

la ley de contratos, con observación escrupulosa de las medidas definidas en la Administración General del Estado para evitar la cesión ilegal de trabajadores.

En el segundo párrafo de la Conclusión 43 se señala que la supuesta carencia de funcionarios con un perfil profesional adecuado para para participar en la dirección y coordinación de proyectos tecnológicos, al margen de la Secretaría General de Salud Digital, *es la causa de que la participación de personal no tecnológico en la implementación de los proyectos sea limitada*. Ya se ha señalado que en el diseño de todos los proyectos tecnológicos del Ministerio de Sanidad han participado profesionales con perfil tecnológico y responsables funcionales de las diferentes áreas, por lo que la referencia a que las herramientas no siempre han satisfecho las necesidades de las unidades funcionales usuarias no se considera correcta sin un apoyo probatorio adicional, más allá de incidencias puntuales que lógicamente pudieran haber surgido, precisamente porque los responsables funcionales sí participaron siempre en su diseño. Por tanto, **se solicita la supresión de estas referencias en la redacción definitiva de este apartado 43.**

Por otro lado, también en el segundo párrafo de este apartado 43 de las conclusiones, la referencia que se hace a "*infrautilización*" de las funcionalidades de los sistemas de información es una apreciación meramente subjetiva, pues se desconoce cuál es el estándar aplicado para considerar que una herramienta sí resultaría utilizada correctamente. A modo de ejemplo, la utilización de sistemas como el Cuadro de Mando y Control, planteado y diseñado para el seguimiento por parte de los responsables sanitarios y la toma de decisiones, no necesita, para cumplir los propósitos que motivaron su creación, un número muy elevado de usuarios. Por ello, **en aras de mantener la debida objetividad e la exposición de los resultados de la fiscalización, se solicita que en el Informe final se suprima toda referencia a esa supuesta "infrautilización".**

- **Conclusión 44**

El texto de este apartado 44 es reiterativo con respecto al apartado 43 y no aporta ninguna información o valoración nueva no incluida o que no hubiera podido incluirse en dicho apartado 43.

En atención a lo establecido en el apartado c) de la Norma Técnica 83, que exige evitar "cualquier reiteración o fraccionamiento de una misma materia o cuestión en varias

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

conclusiones del informe", **se solicita la eliminación del apartado 44 de las Conclusiones en la redacción final del Informe.**

- **Recomendación Nº20**

Como quiera que el Ministerio de Sanidad ya incluye en todos los pliegos de prescripciones técnicas de forma sistemática cláusulas destinadas a asegurar que las empresas adjudicatarias entregarán al Ministerio la documentación técnica y recursos que procedan para asegurar la continuidad de los servicios y la transferencia segura y eficaz de las herramientas en caso de nuevas licitaciones, **se solicita la eliminación del último inciso de la Recomendación Nº20 en la redacción final del Informe.**

SOLICITUDES DE MODIFICACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE INFORME QUE REALIZA EL MINISTERIO DE SANIDAD

A modo meramente aclaratorio y no limitativo, a continuación, se referencian agrupadas las principales solicitudes de modificación del Anteproyecto de Informe de cara a la redacción del Informe final que se han realizado en este escrito de alegaciones:

1. **Solicitud general de que en el informe final desaparezcan todas y cada una de las referencias que no estén vinculadas directa y totalmente con los sistemas informáticos, según la definición que de éstos hace la RAE.**

2. Valoración de la inclusión en la fiscalización operativa a las CCAA (en coordinación con los OCEX, en su caso), que son copartícipes, junto con el Estado, en el funcionamiento y utilización de los sistemas de información examinados por el Anteproyecto. Asimismo, identificación de las comunidades autónomas concretas en toda referencia que se realice a su actividad en el texto y anexos del informe final.

3. Incorporación del resultado de las comprobaciones que exceden el ámbito temporal previsto en notas aclaratorias complementarias al texto del informe final, señalando claramente el momento en el que se producen y precisando que no forman parte del mismo.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

4. Corrección del párrafo de la página 16del anteproyecto en su referencia al confinamiento general de trabajadores no esenciales.

5. Eliminación de toda referencia a cuestiones o valoraciones acerca de aspectos organizativos, legales o de cualquier otra índole no relacionados directamente con sistemas de información de salud pública en el apartado II.1, suprimiendo los subapartados II.1.1. (págs. 19 a 23), II.1.2 (págs. 23 a 26) y II.1.3.3 (págs. 43 a 49), así como los Anexos a los que se remiten.

6. Eliminación de las consideraciones acerca de las herramientas para el seguimiento del CISNS, en particular las relativas a la seguridad y/o trazabilidad, de acuerdo con la información proporcionada.

7. Corrección de las consideraciones acerca de la vigilancia epidemiológica, los sistemas que se utilizan para ello y la red de vigilancia epidemiológica, de acuerdo con las explicaciones y referencias aportadas en relación con el apartado II.1 del anteproyecto de informe.

8. Inclusión de datos sobre el incremento de inversión TIC por parte de la sanidad española en su conjunto en 2020 y 2021, de acuerdo a la información recogida en la tabla de la SEIS en el apartado II.2.4 de este documento.

9. Eliminación de todas las referencias a los órganos de cooperación y, en todo caso, de las conclusiones y juicios de valor realizados sin contar con el suficiente apoyo justificativo contenidas en las páginas 22 y 23 del anteproyecto de informe.

10. Eliminación de las referencias a la crisis de la listeria en la página 24 del anteproyecto de informe o, alternativamente, exposición de las grandes diferencias existentes entre la crisis del COVID y la de la listeria, incluyendo la referencia correcta a la documentación acerca de la crisis de listeria, que sí se publicó.

11. Supresión, al menos, del último párrafo de la página 25 (que continúa en la 26), desde "El fallido despliegue (…) hasta "en este ámbito" dado que no se aporta documentación que justifique las afirmaciones acerca de la "herramienta informática".

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

12. Eliminación del último inciso del segundo párrafo de la página 27, que afirma que el RD de Vigilancia en Salud Pública está "destinado a actualizar el marco normativo RD 2210/1995" dado que no es correcto.

13. Eliminación de toda referencia que exceda el ámbito de la auditoría de los sistemas de información de vigilancia en el apartado II.1 del informe final y en particular los análisis acerca del el sistema competencial, organizativo y funcional de la vigilancia de la salud pública, en las páginas 27 y ss.

14. Si se mantienen las referencias contenidas en el Anteproyecto al marco normativo de la página 30, no obstante exceder el ámbito del informe, en aras de mantener la debida objetividad y equilibrio en la fiscalización, el informe final debería ponderar la situación vivida y la enorme carga de gestión que afrontó el Ministerio de Sanidad a la hora de valorar su actuación en este ámbito; asimismo debería en ese caso valorar y ponderar qué sucedió durante el periodo 2011 a 2019.

15. En caso de mantenerse las referencias a cuestiones ajenas a los sistemas de información, de la página 31, debe incorporarse la información acerca de los esfuerzos llevados a cabo a partir de 2020 para desarrollar la LGSP de 2011, sin precedente en el período previo a la pandemia.

16. Revisión de la confusión entre dos Reales Decretos diferentes en tramitación en las páginas 32 y 33.

17. En las páginas 42 a 53 se hacen varias afirmaciones acerca del funcionamiento de algunos de los sistemas de vigilancia que son imprecisos o bien no están respaldados por ningún dato.

18. Eliminación de cualquier referencia que no tenga una relación directa e inmediata con sistemas de información. En el caso de los recursos materiales, se solicita la supresión de cuantos subapartados y referencias no se refieran de manera directa e inmediata al Cuadro de Mando y Control y/o se refieran a asuntos que ya hubieran sido objeto de fiscalización de cumplimiento y operativa por ese Tribunal, en concreto en el Informe Nº 1.542.

19. En particular, se solicita la supresión íntegra de los subapartados II.2.5.1a), II.2.5.1b) y II.2.5.1d). En su defecto, eliminación, al menos, de todas las interpretaciones no

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

suficientemente fundamentadas, las valoraciones no sustentadas en hechos verificados o en datos contenidos en el propio Informe y las apreciaciones no imparciales u objetivas.

20. Supresión de todas las valoraciones señaladas que el Anteproyecto de Informe realiza en las páginas 89 y 90 acerca de la distribución y gestión de existencias y que no están respaldadas por hechos o datos verificados, de conformidad con lo previsto en la Norma Técnica nº 68 del Tribunal de Cuentas.

21. Supresión de los cuadros Nº 9, 10, 11 y 12, dado que no se explica el tratamiento que el Tribunal ha hecho de los datos proporcionados ni tampoco el diferente significado de los datos de fuentes diferentes y, en el caso de los cuadros 10 y 11 inducen a error al presentar a la SE de Estado de Sanidad como una fuente adicional de datos diferentes a los aportados por INGESA y la DG de Cartera cuando en realidad se trata de datos agregados de manera diferente, proporcionados en momentos distintos para atender las peticiones del propio Tribunal de Cuentas.

22. Supresión o corrección, de acuerdo con las alegaciones, de las conclusiones que aparecen en las páginas 96 y 97 del anteproyecto de Informe, que se apoyan en la incorrecta interpretación de los datos de los cuadros citados en la solicitud de modificación previa.

23. Revisión de los datos y cuadros incluidos en el apartado II.3 del anteproyecto de informe a los efectos de asegurar que son pertinentes para la finalidad de la auditoría de sistemas de información.

24. Eliminación de las apreciaciones y valoraciones acerca de la organización de los servicios de sanidad en el territorio nacional, en la página 98, que no están asentadas en datos verificados y contrastados.

25. El examen detallado de la organización y funcionamiento de la AGE en el territorio y, en particular, de los servicios de los Ministerios integrados en las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno, no procede en el marco de una fiscalización de los sistemas de información del Ministerio de Sanidad. Por ello, deben eliminarse todas las referencias y valoraciones de la doble dependencia funcional de las competencias de Sanidad Exterior, en la página 101, así como todos los aspectos reseñados en el Anteproyecto de Informe sobre la estructura organizativa vigente por Ley que no

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

tengan una incidencia directa sobre los sistemas de información y que no se basen en hechos verificados y probados.

26. Corrección de la referencia en la página 107 a la determinación de los recursos humanos necesarios como hecha por AENA, para recoger que el convenio entre AENA y el MSD indicaba que dicha determinación se haría "por la autoridad sanitaria".

27. Eliminación de la referencia a personal contratado para realizar funciones de control primario o secundario en la página 108 dado que no tiene relación alguna con el alcance de la auditoría.

28. Eliminación de la referencia a la carencia por parte de Sanidad Exterior de un perfil funcional en la página 111 para coordinar proyectos tecnológicos.

29. Complementar el Anexo 49 y la referencia al mismo de la página 116 con los cálculos e informaciones reseñadas en las alegaciones acerca de las páginas 112 a 119 del anteproyecto de informe.

30. Eliminación del anexo 47 por no ser de aplicación los datos que contiene a las reglas de trabajo establecidas para las PDIAs por Sanidad Exterior.

31. Revisión y corrección, conforme a alegaciones presentadas, de las afirmaciones y valoraciones relativas a SPTH, SISAEX, REGVACU, SISAEX-VAC en las páginas 113, 114, 117,118, 121, etc. y en los Anexos correspondientes.

32. Eliminación de las referencias al control en fronteras terrestres, al no estar referidas a ningún sistema de información, en la versión final del Informe, suprimiendo el subapartado II.3.5

33. Consideración de los trabajos que lleva más de un año desarrollando Sanidad Exterior para crear dos nuevos sistemas de información sobre alertas y vacunación internacional.

34. Supresión del subapartado II.3.6 del anteproyecto en la versión final del informe, o, alternativamente, corrección del contenido de acuerdo con la información aportada en el apartado II.4 de este documento y eliminando las valoraciones subjetivas o no apoyadas en datos.

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

35. Supresión de la referencia de la página 135 a la no publicación de los actos y, especialmente, la afirmación subjetiva no sustentada en evidencia alguna de la "ausencia de criterio único sobre la publicación de actos administrativos generales".

36. Supresión en el Informe final de la referencia de la página 137 a fuentes distintas de REGVACU.

37. Revisión y corrección, conforme a las alegaciones presentadas, de las afirmaciones y valoraciones del apartado II.5, relativo a la implementación, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información, incluyendo el cumplimiento del ENS, incorporando los datos aportados en el apartado II.6 de este documento de alegaciones.

38. Eliminación de la valoración sobre la dispersión, así como las denominadas "cuestiones relevantes" en el apartado Tramitación de los expedientes de gastos del anteproyecto de presupuestos.

39. Revisión y corrección, conforme a las alegaciones presentadas, de las afirmaciones y valoraciones del apartado II.6 acerca de las previsiones pen relación con la ley orgánica 3/2007 y con la ley 19/2013.

40. Las solicitudes específicas de supresión o modificación de las Conclusiones 1 a 10, 14 a 16, 18 a 20, 23 a 28, 29, 34, 37, 38 y 40 a 44. E igualmente, la supresión o modificación, según los casos, de las Recomendaciones Nº 1, 3, 5, 6, 11, 19 y 20, conforme siempre a las alegaciones realizadas.

Madrid, a fecha de firma electrónica
La Ministra,

Mónica García Gómez

CSV : [redacted]4
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 25/04/2024 18:48 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

MINISTERIO
DE SANIDAD

ALEGACIONES AL TEXTO REMITIDO POR EL TRIBUNAL DE CUENTAS EL 29 DE OCTUBRE DE 2024 EN RELACIÓN CON EL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021

Con fecha 29 de octubre de 2024, se ha recibido en este Ministerio de Sanidad nueva versión del Anteproyecto de Informe de fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021.

El texto remitido reproduce 62 páginas de las 363 que formaban parte de la versión inicial del Anteproyecto enviado a este Ministerio con fecha 29 de febrero de 2024.

Según consta en el oficio de remisión de ese Tribunal, este nuevo documento se remite "*de conformidad con lo dispuesto con en el artículo 44.2 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de funcionamiento del Tribunal de Cuentas, a tenor de la documentación e información que fue aportada como aclaraciones en el marco del trámite de alegaciones de la FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2010, 2021.*

Asimismo, señala que *"remito los apartados afectados del ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021 con la finalidad de que, si lo considera oportuno, pueda formular nuevamente las alegaciones que estime pertinentes, pudiendo acompañar estas de los documentos y justificaciones que juzgue adecuados*".

Al respecto de esta remisión y del proceder en el ámbito de esta fiscalización se realizan las siguientes

ALEGACIONES

I. CONSIDERACIONES PREVIAS

1. Recapitulación del procedimiento seguido en el presente Informe de Fiscalización

Con fecha 29 de febrero de 2024, tuvo entrada en el Ministerio de Sanidad escrito de ese Tribunal, firmado por el Consejero Sr. D. Javier Morillas Gómez, en el que se trasladaba la primera versión del Anteproyecto de Informe de Fiscalización de los sistemas de Sanidad y Salud Pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021.

Este Anteproyecto constaba de 363 páginas, de las cuales 189 se correspondían con el texto del Informe y 164 con Anexos. También se trasladaron diversos archivos en formato electrónico.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Con fecha 25 de abril de 2024, dentro del plazo establecido, la titular del Ministerio de Sanidad remitió escrito de alegaciones a dicho Anteproyecto, acompañado de varios anexos. En las 170 páginas del texto, junto a detalladas consideraciones específicas y otras apreciaciones, se cuestionaba el alcance de la fiscalización, entendiendo que una parte muy significativa del Anteproyecto excedía el ámbito objetivo propio de una fiscalización de sistemas de información y que, en consecuencia, se extralimitaba con respecto al Acuerdo de 22 de diciembre de 2020 del Pleno del Tribunal de Cuentas, que aprobó esta actuación y acordó incluirla en su Programa de Fiscalizaciones para 2021 dentro de la medida "*M.3. Impulsar las auditorías de sistemas informáticos*" del Plan Estratégico del Tribunal de Cuentas 2018-2021.

Posteriormente, con fecha 19 de junio de 2024, el citado Consejero del Tribunal de Cuentas remitió nuevo escrito a este Ministerio, en el que, "*a los efectos de valorar adecuadamente las alegaciones presentadas*", solicitaba que "*se aclare o se acompañe la información o documentación soporte detallada que corresponda*", de acuerdo con el Anexo de 28 páginas que acompañaba a este escrito. Igualmente, comunicó la puesta a disposición en la sede electrónica del Tribunal de "*soporte documental de determinados resultados que figuran en el Anteproyecto de Informe y que fueron objeto de alegación*" por este Ministerio.

En este escrito del Consejero, las aclaraciones solicitadas solo se refirieron a una pequeña parte de las alegaciones que había presentado el Ministerio de Sanidad, obviando el resto, circunstancia sobre la que se volverá más adelante.

Junto con este escrito, y en la misma fecha, el Tribunal de Cuentas solicitó también al Ministerio de Sanidad la celebración de una reunión a fin de analizar algunas de las discrepancias manifestadas por éste en relación con los resultados expuestos en el Anteproyecto de Informe sobre la gestión del material sanitario. Dicha reunión se celebró el 18 de julio de 2024.

Posteriormente, en respuesta al escrito de 19 de junio y a lo solicitado en dicha reunión por el personal auditor del Tribunal, el Ministerio de Sanidad remitió con fecha 1 de agosto de 2024 un nuevo escrito con todas las aclaraciones requeridas, al que se adjuntaron 12 carpetas con archivos comprimidos. En el caso concreto del material sanitario, el Ministerio ofreció en este escrito un calendario para comunicar toda la información que fue solicitada en la citada reunión, dada la complejidad de lo requerido. Tras un nuevo intercambio de comunicaciones por correo electrónico, la información que restaba por remitir se envió el 10 de octubre de 2024, dentro del plazo improrrogable establecido por el equipo del Tribunal de Cuentas que finalizaba en esa misma fecha, a pesar de que desde el Ministerio se había solicitado, por razones operativas, uno mayor hasta el mes de noviembre.

Tras el envío de estas comunicaciones por parte del Ministerio de Sanidad en los meses de agosto y octubre de 2024, el Consejero del Tribunal de Cuentas remitió el ya mencionado escrito de fecha 29 de octubre, mediante el que traslada a este departamento los "*apartados afectados*" del Anteproyecto de Informe de Fiscalización, con la finalidad de formular nuevamente las alegaciones que estimara pertinentes.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. :

2. Consideraciones sobre la solicitud de aclaraciones de 19 de junio de 2024 en relación con el presente trámite de alegaciones

El Ministerio de Sanidad discrepa del modo de proceder del Consejero durante las distintas fases de tramitación de este Informe de Fiscalización.

Además de las discrepancias sobre el concreto alcance de esta fiscalización operativa, circunstancia ya expuesta en comunicaciones anteriores y sobre las que se vuelve más adelante en este escrito, en este apartado se ponen de manifiesto las disconformidades de este Ministerio con el escrito de aclaraciones remitido por ese Tribunal el 19 de junio de 2024 y con el impacto que dicha fase intermedia de comprobaciones tiene sobre las posibilidades de efectuar alegaciones en este nuevo trámite abierto con la comunicación recibida el 29 de octubre de 2024.

a) Solicitud parcial de aclaraciones y/o justificación documental

El primer elemento de discrepancia es el alcance de las aclaraciones solicitadas en el escrito de 19 de junio de 2024, que posteriormente, una vez realizadas por este Ministerio, han dado lugar al nuevo trámite de alegaciones abierto por el Tribunal.

Y ello es así porque el 19 de junio de 2024, ese Tribunal solicitó "*que se aclare o acompañe la información o documentación soporte detallada que corresponda*" con la finalidad de sustentar "*el criterio sostenido en las alegaciones*" realizadas por este Ministerio, pero lo hizo solo respecto a 13 cuestiones muy concretas derivadas de las alegaciones presentadas por este departamento en las páginas 95 y 109 a 131 de su escrito de 25 de abril de 2024.

El Tribunal no ha aclarado en ninguna de sus comunicaciones, por qué se solicitó aclaración, información y documentación sobre unas alegaciones específicas (las realizadas en 23 de las 170 páginas del escrito de alegaciones) y no extendió esta solicitud a otras muchas planteadas al resto del Anteproyecto de informe, también incluidas en el escrito del Ministerio de 25 de abril de 2024, e igualmente susceptibles de ser comprobadas por la misma vía utilizada por el Tribunal en su escrito de 19 de junio de 2024, como se expondrá a continuación.

Esta diferenciación no justificada tiene especial relevancia:

- En primer lugar, porque se impide al ente fiscalizado aclarar o aportar documentación en determinados supuestos (la mayoría) cuando en otros casos similares (una minoría) sí se le permite, sin que exista, o al menos sin que se presente, base o causa objetiva que ampare tal diferenciación, lo que puede llegar a considerarse arbitrario. El equipo de auditoría no ha aportado en ninguno de los trámites efectuados justificación alguna sobre esta manera de actuar.

- En segundo lugar, porque al privar al Ministerio de Sanidad injustificadamente de esta posibilidad de remitir aclaraciones al resto del Anteproyecto, también se le veda la

CSV :
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

posibilidad de efectuar alegaciones en el nuevo trámite concedido, ya que la versión del Anteproyecto sometida a consideración en el escrito de 29 de octubre no incluye aquellos aspectos sobre los que en junio de 2024 no se ofreció al Ministerio la posibilidad de emitir aclaraciones o aportar documentación. Este modo de proceder, que limita injustificadamente los derechos de defensa y las posibilidades de alegación del ente fiscalizado, vulneran el principio de contradicción y generan una evidente indefensión (SSTC 66/1989, 162/1997, 16/2000; 93/2000, 179/2002, etc.).

Como ya se ha señalado, el Consejero del Tribunal de Cuentas solicitó el 19 de junio de 2024 al Ministerio de Sanidad aclaración o documentación justificativa con respecto a 13 cuestiones (detalladas en el Anexo 1 de dicho escrito) que previamente habían sido objeto de alegación por parte del Ministerio. Las alegaciones sobre las que se pedía aclaración o justificación habían hecho referencia, según los casos, a posibles errores materiales, a situaciones de hecho relevantes, a valoraciones y a interpretaciones que el Ministerio solicitó fueran tenidas en cuenta por el Tribunal en la elaboración del informe final de fiscalización.

Una parte importante del resto de alegaciones enviadas al Tribunal en el escrito de 25 de abril de 2024 versaba precisamente sobre discrepancias de ese mismo tipo: errores materiales, situaciones de hecho, valoraciones e interpretaciones, no sobre explicaciones. Pese a ello, en estos casos el Tribunal no entendió oportuno ofrecer al Ministerio la posibilidad de aclarar o documentar lo previamente alegado. En caso de haberse requerido por ese Tribunal información adicional o documentación demostrativa sobre el resto de alegaciones, este departamento, lógicamente, también las habría aportado.

Por ello, en aras de los principios de objetividad, imparcialidad y buena fe, de la necesidad de tratar de igual modo supuestos que son similares, y de evitar cualquier riesgo de arbitrariedad o indefensión del organismo fiscalizado, parece lógico entender que el resto de cuestiones alegadas por el Ministerio de Sanidad en su escrito del pasado 25 de abril de 2024 y cuya comprobación no se requirió en el escrito en el que solicitaban comprobaciones adicionales, han sido asumidas por el Tribunal[1], y que estas serán tenidas en cuenta en la redacción del Informe final, bien porque entienda que se ajustan a la realidad o bien porque haya podido comprobar su veracidad por otros medios.

Como en el texto parcial del Anteproyecto remitido para nuevas alegaciones el 29 de octubre de 2024, no figuran muchos de los resultados de fiscalización que fueron objeto de alegación en el mes de abril, no resulta posible para este Ministerio conocer si el Tribunal ha actuado o no de esta manera.

[1] Así, si el escrito remitido por el Tribunal llega a solicitar incluso al Ministerio, aclaración o justificación sobre alegaciones cuyo contenido "*no concuerda con los antecedentes de que dispone el Tribunal o con los soportes documentales aportados*", con mayor motivo habría podido ser requerido el Ministerio, en caso de haber surgido dudas a ese Tribunal, con respecto al resto de alegaciones contenidas en el escrito de 25 de abril de 2024, las cuales no incurrirían en ninguna supuesta contradicción con la información de la que dispone el Tribunal, y cuya comprobación o acreditación habría resultado mucho más sencilla.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

En el supuesto de que el Tribunal ya hubiera decidido no estimar todas o algunas de estas alegaciones, se considera que antes de proseguir con los trámites subsiguientes con vistas a la aprobación del Informe final por parte del Pleno del Tribunal, el órgano auditor habría de comunicar qué otras alegaciones no incluidas en los 13 incisos del escrito de 19 de junio de 2024, pero que son de similar naturaleza a las que sí fueron objeto de petición de aclaraciones, requerirían aclaración o justificación adicional por parte de este Ministerio, en un nuevo escrito y concediendo posteriormente trámite adicional de audiencia (artículo 44.2 Ley 7/1988).

En tal situación se encontrarían, al menos, las alegaciones realizadas al primer Anteproyecto de informe remitido que se contienen en las siguientes páginas del escrito: 16, 17, 21, 22, 28, 35, 36, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 55, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 103, 104, 107, 108, 109, 113, 115, 122, 125, 126, 127, 141, 145, 146. y 147.

A continuación, se resume el contenido de dichas alegaciones a efectos de claridad y poder comprobar que su naturaleza es similar a aquellas otras alegaciones cuya justificación sí fue solicitada en el escrito del mes de junio:

- **Página 16 del escrito de alegaciones**

En relación con los sistemas de información para la gestión de la actividad del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en las alegaciones se hizo referencia a la creación de Plataforma Digital de Colaboración entre las Administraciones Públicas, Cooper@, como instrumento impulsado por el Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática para facilitar las relaciones y el soporte electrónico del sistema de órganos de cooperación. Esta Plataforma se preveía en el Real Decreto-ley 6/2022. Posteriormente, el 1 de mayo de 2024 se publicó en el BOE la *Orden PJC/385/2024, de 30 de abril, por la que se crea la Plataforma Digital de Colaboración entre las Administraciones Públicas y se regula su configuración y funcionamiento.*

Al no haberse requerido aclaración adicional al Ministerio, habría de entenderse que la remisión a una publicación oficial es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de esta alegación, si bien no se dispone de información al respecto.

- **Páginas 16 y 17 (y 145 y 146) del escrito de alegaciones**

En el escrito de alegaciones se señalaba que en la actualidad se está desarrollando, financiado con fondos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, un Sistema de Información para la Red de Vigilancia en Salud Pública con una visión holística y formado por varios módulos, uno de los cuales incluía el sistema nacional de alerta precoz y respuesta rápida (denominado HEIMDAL), cuya primera versión, con amplias funcionalidades, se encontraba ya en producción.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

A diferencia de los sistemas SIVAIN, COHISAL, VIVAC o la reingeniería de SISAEX, no se solicitó al Ministerio en el escrito remitido en el mes de junio la aportación de ningún elemento para la comprobación de la puesta en marcha de este sistema.

- **Página 21 del escrito de alegaciones**

En relación con la cuestión de la posibilidad de uso de datos clínicos asistenciales para la salud pública, en el escrito de abril de 2024 el Ministerio alegó que en el marco del Plan de Transformación Digital de Atención Primaria, incluido en el PERTE Salud de Vanguardia y liderado por la SGSDII del Ministerio de Sanidad junto con las CCAA, uno de los grupos de trabajo estaba dedicando una línea de actuación específica a este fin, con participación de personal de perfil epidemiológico como tecnológico.

Tampoco se requirió posteriormente prueba alguna adicional para sustentar lo alegado, por lo que habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de la alegación, si bien no se dispone de información al respecto.

- **Páginas 21 y 22 del escrito de alegaciones**

Ante la afirmación del Anteproyecto de Informe de *que "los cambios de adscripción organizativa de las tareas de secretaría ejecutiva (del CISNS) (…) no han contribuido a que existiera una continuidad en el desempeño de las tareas",* en las alegaciones se señaló que el cambio de titularidad de la secretaría ejecutiva no afectaba a la continuidad de los trabajos, tanto por la adscripción de los funcionarios encargados de esta tarea a los nuevos órganos, como por la existencia de repositorios comunes que garantizaban, en todo caso, esta continuidad.

En caso de haberse solicitado, lógicamente se habría remitido a ese Tribunal a efectos de comprobación, tanto documentación acreditativa de los cambios de adscripción del personal funcionario, como información sobre los repositorios comunes.

- **Páginas 28 y 147 del escrito de alegaciones**

En las alegaciones se hizo referencia a una dotación de 27,4 millones de euros para el refuerzo del sistema de información de vigilancia en salud pública para los años 2021, 2022 y 2023. De ellos, 8 millones se destinan al nodo central del sistema y 16,2 millones para desarrollar en cada comunidad autónoma los componentes de la Red.

El escrito de 19 de junio tampoco aquí solicita más información o comprobación, como sí se hizo con el desarrollo de otros sistemas de información en los apartados 9, 10 y 11 del Anexo a dicho escrito.

- **Página 35 del escrito de alegaciones**

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

En relación con la calidad del dato en SiVies, se señaló en las alegaciones que una parte de los desarrollos se ha financiado a través del Componente 17 del PRTR: "Reforma institucional y fortalecimiento de las capacidades del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación", sin que tampoco se requiriera posteriormente más información o prueba al respecto.

Por ello, habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de la alegación, si bien no se dispone de información al respecto

- **Página 35 del escrito de alegaciones**

En respuesta a lo señalado en el Anteproyecto de informe, el Ministerio alegó que "*el 27 de enero de 2020, el responsable funcional de SiViEs en el ISCIII envió por correo electrónico los metadatos de la primera ficha de COVID-19*", por lo que se solicitaba la modificación correspondiente en el Informe final de fiscalización.

Tampoco se pidió en este caso comprobación de lo alegado, por lo que habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de la alegación, si bien no se dispone de información al respecto

- **Página 35 del escrito de alegaciones**

El Ministerio señaló en el escrito de alegaciones que el desglose de la estadística por sexo y edad en SiViES no se incluyó en las órdenes, pero que se solicitó a la Ponencia de Alertas desde el 20 de marzo de 2020.

El Tribunal tampoco solicitó posteriormente justificación o prueba documental al respecto, que igualmente habría podido realizarse sin problema alguno; al no haberse solicitado habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de la alegación, si bien no se dispone de información al respecto

- **Página 36 del escrito de alegaciones**

En las alegaciones se solicitó la correspondiente rectificación en el Informe final porque el primer informe CCAES en el que se incorporaron datos de SiViEs fue el informe Nº 52, de fecha 22/03/2020, no el Nº 120, como sostenía el Anteproyecto de informe.

No se ha solicitado tampoco respecto de esta cuestión justificación o prueba documental alguna, por lo que habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de la alegación, si bien no se dispone de información al respecto

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

- **Página 36 del escrito de alegaciones**

El Anteproyecto de Informe señaló que el ISCIII no pudo restaurar las copias de seguridad históricas de SiViES anteriores a mayo de 2021.

No obstante, en las alegaciones se indicó que el CCAES sí disponía de las descargas de datos, sin que tampoco se haya solicitado en el escrito de 19 de junio demostración o prueba sobre ello, que lógicamente habría podido también aportarse en caso de haberse requerido. Al no haberse solicitado, habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de la alegación, si bien no se dispone de información al respecto.

- **Página 45 del escrito de alegaciones**

En relación con el Cuadro de Mandos y Control (CMC), el Ministerio alegó que resultaba de gran importancia que quedara constancia en la aplicación de encuestas que el envío del formulario con el dato erróneo había sido realizado por el agente suministrador, devolviéndose, además, un PDF.

Tampoco aquí se solicitó prueba o justificación alguna al respecto, por lo que habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de la alegación, si bien no se dispone de información al respecto.

- **Página 46 del escrito de alegaciones**

En relación también con el CMC, el Anteproyecto de informe valoraba críticamente que, en caso de falta de información de un obligado, se repetían los datos de la remisión anterior hasta un máximo de 72 horas, sin que quedara constancia en la base de datos.

Por su parte, el Ministerio alegó que, por el contrario, sí quedaba perfecta constancia con los informes de calidad generados a diario.

Al no requerirse tampoco en este caso prueba adicional, habría de entenderse que el Tribunal pudo comprobar este extremo con la documentación que ya obra en su poder, pero se carece de confirmación acerca de ello.

- **Página 47 del escrito de alegaciones**

El Anteproyecto de Informe sostenía que en el módulo de material de equipos de protección del CMC, la información remitida por los hospitales era superior, en determinadas remisiones semanales, a la declaración agregada de las CCAA.

Al respecto se alegó que muchos hospitales realizaron contratos de emergencia de este tipo de material al margen de las adquisiciones de los Servicios Regionales de Salud, poniendo como ejemplo en nota al pie (13) el caso de un Hospital de Madrid.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Si bien la información de las compras de emergencia de material realizadas directamente por hospitales se encuentra en los portales de contratación de las CCAA, tampoco en este caso se solicitó por el Tribunal aclaración sobre esta alegación particular.

Como la nueva versión del Anteproyecto de informe remitido el 29 de octubre de 2024 vuelve a incidir en este aspecto, sin modificación con respecto a la anterior, en el presente escrito se realizarán nuevamente las correspondientes alegaciones.

- **Página 49 del escrito de alegaciones**

En el anexo 32 del Anteproyecto de informe se indicaba que en 260 registros de información de centros hospitalarios y CCAA el número total de camas comunicado es inferior a la suma de las camas ocupadas COVID-19 más las camas ocupadas no COVID-19. En la alegación el Ministerio sostuvo que la cifra correcta era de 220 registros.

Se entiende en este caso, por tanto, que el Tribunal considera correcto el cálculo realizado por el Ministerio, ya que, de no ser así, el Tribunal habría solicitado al Ministerio un nuevo cálculo de los datos, como hizo en el escrito de 19 de junio con respecto, por ejemplo, a la información del Cuadro Nº 12. No obstante, se carece de confirmación acerca de ello.

- **Página 50 del escrito de alegaciones**

En relación con el sistema SERLAB, el Anteproyecto afirmaba también que las cargas masivas realizadas afectaron a la trazabilidad e integridad de la base de datos del sistema.

En el escrito de alegaciones el Ministerio sostuvo que esto no era cierto, ya que el Ministerio sí disponía de trazabilidad para los registros insertados y para aquellos a los que sustituían, como se explicó en dicho escrito.

Nuevamente, se entiende que al no solicitarse en el escrito de aclaraciones prueba o explicación adicional, como sí se realiza respecto de otras cuestiones, la alegación original habría de ser admitida en el Informe final.

- **Página 51 del escrito de alegaciones**

También en relación con SERLAB, mientras el Anteproyecto de informe sostenía que el 20% de los registros se grabaron con un desfase mayor de 7 días, el Ministerio alegó y argumentó que en realidad la información remitida con retraso era del 4%.

Al no solicitarse en el escrito de aclaraciones de 19 de junio de 2024 mayor explicación, prueba o cálculo alternativo, habría de entenderse también en este caso que la alegación es aceptada por el Tribunal de cara a la redacción del Informe final.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

- **Página 55 del escrito de alegaciones**

El Anteproyecto sostenía que había divergencias entre la información publicada sobre la realización de pruebas diagnósticas por el CCAES y los registros de la base de SERLAB. Sin embargo, en las alegaciones se sostuvo que en el momento de publicarse no había diferencias en los datos entre la base de SERLAB y los datos publicados en los informes, sin que tampoco esta alegación haya sido puesta en cuestión o sido objeto de requerimiento en el escrito remitido por el Tribunal en junio de 2024.

Por tanto, habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de la alegación, si bien no se dispone de información al respecto.

- **Páginas 90, 91 y 93 del escrito de alegaciones**

En estas páginas del escrito de alegaciones se trataban de subsanar varios errores de hecho que figuraban en el Anteproyecto. En particular, se señaló que el único departamento responsable de las aplicaciones de Sanidad Exterior es el Ministerio de Sanidad, y que en ellas no impacta la actividad de la Secretaría General de Administración Digital, más allá de ser este departamento el que aporta los equipos (PCs) y el soporte de comunicaciones. También se aclaró que estas últimas funciones instrumentales no eran desempeñadas por el Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, sino por el de Transformación Digital y de la Función Pública

Dado que en junio de 2024 no se solicitó justificación adicional de lo alegado, como sí se hizo en otros supuestos, habría de entenderse también que en este caso el Tribunal acepta la alegación y, en consonancia, modificará el texto en el Informe final.

- **Página 92 del escrito de alegaciones**

En relación con las referencias críticas del Anteproyecto sobre la dotación de recursos humanos en las Delegaciones del Gobierno y, en particular sobre la dotación "*escasamente eficaz*" de personal interino, las alegaciones realizadas por el Ministerio el pasado mes de abril, por ejemplo sobre la utilidad del personal interino para reforzar oficinas de extranjería de las propias Delegaciones (nota al pie 30), no han requerido tampoco de mayor prueba o ulterior explicación por parte de ese Tribunal en su escrito de junio de 2024, por lo que habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja el contenido de la alegación, si bien no se dispone de información al respecto.

- **Página 96 del escrito de alegaciones**

El Anteproyecto de informe consideraba que los módulos AHS y VI de SISAEX contenían información sensible en campos de texto libre, sin medidas de protección específicas.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

En las alegaciones se señaló que el Ministerio había llevado a cabo las oportunas evaluaciones de la seguridad de los datos y que se habían observado todas aquellas medidas recomendadas en atención a lo señalado. En su escrito de 19 de junio, el Tribunal no pide detalle o prueba de estas evaluaciones de seguridad, cuando el Ministerio puede aportarlo sin mayor problema, por lo que habría que entender que esta alegación también ha sido aceptada de cara a la redacción final del Informe.

- **Página 97 del escrito de alegaciones**

El Anteproyecto de informe señaló que "*fue AENA quien determinó el número de profesionales necesarios para la implementación de los controles diseñados por el MSDN*".

En las alegaciones se expuso que el propio Convenio suscrito entre el Ministerio y AENA (cláusula 2.2.1) establecía que el personal era el requerido por la autoridad sanitaria. Aun entendiendo que con esta referencia al Convenio sería suficiente para modificar lo señalado en el Anteproyecto y suprimir dicho inciso en el Informe final, tampoco en el escrito del Tribunal del mes de junio de 2024 se solicitó más información o justificación sobre este particular, por lo que habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja la alegación, si bien no se dispone de información al respecto.

- **Páginas 103 y 104 del escrito de alegaciones**

En el escrito de alegaciones se hizo referencia a varias evaluaciones sobre el sistema SPTH, tanto nacionales como internacionales, que destacan y ponen en valor su diseño y operatividad para la consecución de sus objetivos, teniendo en cuenta las limitaciones y dificultades de partida.

Por ello, se solicitaba la incorporación en el informe final de referencias a los reconocimientos obtenidos por este sistema (premio de Innovación, auditoría muy positiva de SKYTRAX, asesoramiento a otros países europeos, etc.) a efectos de poder ofrecer una imagen completa y fiel de su consideración por agentes externos al propio Ministerio de Sanidad.

Aunque en el escrito de alegaciones se expusieron con cierta profusión estos reconocimientos externos y se solicitó su toma en consideración, en el escrito del pasado 19 de junio el Tribunal tampoco requirió al respecto pruebas o documentos justificativos adicionales.

- **Página 107 del escrito de alegaciones**

El Anteproyecto de Informe consideraba que la derivación de pasajeros entre el control primario y el secundario no quedaba registrada en la tabla de control primario (Anexo 46). En su escrito de alegaciones, el Ministerio sostuvo que estas derivaciones sí se recogían en la base de datos de SPTH, como consecuencia del volcado del formulario.

Dado que esta supuesta incidencia y su correspondiente alegación son muy similares a las recogidas con respecto a SPTH en el escrito de 19 de junio (apartados 4 y 6 del Anexo 1), y

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

que este no plantea nada a este respecto, razonablemente habría de entenderse que la alegación no requiere ulterior justificación y que, en consecuencia, es aceptada y así se reflejará en la redacción del Informe final.

En caso contrario, se estarían tratando de manera diferente casos que son similares sin que el órgano fiscalizador haya ofrecido explicación ni justificación alguna al respecto.

- **Página 108 del escrito de alegaciones**

En su escrito de alegaciones, el Ministerio de Sanidad dio cumplida justificación al hecho de que 193 pasajeros con prueba positiva no figuraran en la tabla de PDIAS (Anexo 47). Al igual que en el caso anterior, al ser una alegación referida a SPTH muy similar a las recogidas en las páginas 2 y 3 del escrito de 19 de junio (Anexo 1) sobre otras cuestiones relacionadas con este sistema, en buena lógica habría de entenderse aceptada por parte de ese Tribunal de cara al informe final.

- **Páginas 108 y 109 del escrito de alegaciones**

Según el Anteproyecto de informe, hasta marzo de 2021 "*no estuvo plenamente operativa en SPTH una utilidad para recoger la evaluación sanitaria realizada por el control secundario, por lo que previamente se utilizaban los medios de la empresa adjudicataria, sin que esta información se haya volcado posteriormente en SpTH".*

En el escrito de alegaciones el Ministerio sostuvo que esta funcionalidad sí estuvo disponible en SPTH desde el 28 octubre el 2020. Aun cuando esta alegación también puede explicarse y justificarse convenientemente, el Tribunal tampoco realizó ninguna solicitud específica sobre la misma en el escrito del mes de junio.

Es más, en el extracto de Anteproyecto remitido en el mes de octubre de 2024, se hace referencia a esta cuestión en la página 113 (nota al pie 189), desechando la alegación original, sin haber ofrecido, como en otros casos, la posibilidad de aclararla o documentarla.

En dicha nota al pie se señala lo siguiente: "*En el trámite de alegaciones, el MSND indicó que esta funcionalidad se activó el 28 de octubre de 2020, sin embargo la información no está volcada en las bases de datos de SpTH, lo que ha impedido comprobar el volumen de actividad en ese periodo".*

- **Página 113 del escrito de alegaciones**

Ante las afirmaciones efectuadas en el Anteproyecto sobre el proceso clínico de Covid-19, el Ministerio alegó que, aunque las derivaciones a las CCAA se realizaban fundamentalmente por resultados positivos en PDIA, en aras del control de la transmisión, también se realizaban derivaciones por sintomatología compatible o por ser contactos estrechos, pudiéndose confirmar posteriormente. Se solicitaba por ello que se modificara el Diagrama Nº 33.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Además, se expuso que el Anteproyecto no consideró otros aspectos, como que los casos importados declarados por las CCAA podían provenir de tráfico terrestre, ofreciendo al respecto datos de una Comunidad Autónoma.

A la vista de la nueva versión del Anteproyecto recibida el 29 de octubre de 2024 no es posible conocer si estas alegaciones han sido incorporadas o no, ya que solo se remitieron al Ministerio las páginas 122 y 124, pero no la 123, que es la que, en teoría, debería recoger el Diagrama Nº 33.

No obstante, dado que el escrito de 19 de junio no solicitó información o documentación adicional que sustentara el criterio sostenido en las alegaciones o los datos aportados, habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja la alegación.

- **Página 115 del escrito de alegaciones**

En relación con el sistema REGVACU, ante las críticas del Anteproyecto de informe sobre las cargas masivas de datos de las CCAA y la posible afectación a la integridad y trazabilidad de la información, el Ministerio alegó que tiene perfectamente identificado cuándo se realizó cada carga y que existen backups periódicos que permiten visualizar el estado de la base de datos antes y después de cada una de ellas.

El Tribunal tampoco requirió en su solicitud de aclaraciones o documentación, de junio de 2024, más información al respecto, ni tampoco el envío de archivos a efectos de comprobación. Por ello, se considera que debería entenderse aceptada también esta alegación. En caso contrario se podría estar actuando de manera arbitraria e injustificada.

- **Página 122 del escrito de alegaciones**

Por lo que se refiere a los 34.000 registros de REGVACU en los que el DNI obtenido es distinto en los diferentes cruces con TSI en las diferentes dosis administradas, que se mencionan en el anexo 58, el Ministerio ofreció en el escrito de alegaciones varias posibles interpretaciones, cuya comprobación tampoco fue requerida posteriormente por ese Tribunal, por lo que habría de entenderse que la información proporcionada es suficiente para que el Informe final recoja la alegación.

- **Página 125 del escrito de alegaciones**

El Anteproyecto de informe afirmaba que SPTH, REGVACU y SERLAB no se sometieron a una auditoría de conformidad con el Esquema Nacional de Seguridad (ENS).

El Ministerio señaló que dicha aseveración era incorrecta porque se habían realizado valoraciones ACIDT con el objetivo de categorizar los sistemas SERLAB y REGVACU, según establece el ENS, así como auditorías de seguridad de ambos para la detección y corrección

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

de vulnerabilidades antes de su puesta en producción o del lanzamiento de nuevas versiones. Para SPTH los informes anteriores a junio de 2021 debían requerirse a AENA.

Sin embargo, en el escrito de 19 de junio el Tribunal no solicitó al Ministerio la aportación de estas valoraciones y auditorías, por lo que ha de entenderse que no resultaba necesario proceder a ninguna comprobación ulterior y que, en consecuencia, esta alegación ha sido también asumida por el Tribunal.

- **Página 126 del escrito de alegaciones**

El Ministerio puso en conocimiento del Tribunal que el área de seguridad realiza de forma periódica (bianual) auditorías de infraestructura con el objetivo de detectar vulnerabilidades en los sistemas expuestos a Internet. Adicionalmente, el COCS-AGE, dependiente del Ministerio de Transformación Digital y Función Pública, realiza también en la actualidad auditorías de infraestructura mensuales sobre dichos sistemas.

Al no requerirse en el escrito de 19 de junio documentación sobre dichas auditorías, ha de entenderse también en este caso que la alegación es asumida por el Tribunal sin necesidad de proceder a comprobaciones adicionales.

- **Página 127 del escrito de alegaciones**

El Anteproyecto de Informe afirmaba que el Ministerio no había puesto en marcha un plan de concienciación y formación del personal en materia de ciberseguridad. Al respecto, el Ministerio alegó que desde el año 2022, se dispone de un plan de formación anual y se realizan, de forma continuada y planificada, acciones formativas y de concienciación, en materia de seguridad de la información.

Aun cuando este Plan de formación representa también una modificación relevante posterior al periodo fiscalizado, no se ha requerido la aportación de documentación justificativa, como sí se hizo en el escrito de 19 de junio con respecto a la acreditación de otras actuaciones sobrevenidas llevadas a cabo por el Ministerio con posterioridad a dicho periodo (por ejemplo en los apartados 9, 10 y 11 de dicho escrito), debiendo entenderse por tanto que esta alegación ha sido también asumida por parte de ese Tribunal

- **Página 141 del escrito de alegaciones**

El Anteproyecto de Informe afirmaba que el Ministerio no contaba con un plan de difusión y formación sobre las capacidades de las aplicaciones y su utilización. Al respecto se alegó que, por ejemplo para SISAEX-VAC, se organizaron varias sesiones de formación online al personal de los Centros de Vacunación Internacional.

Al no solicitar el Tribunal información o elemento probatorio adicional con respecto a esta formación, habría de entenderse asumida también esta alegación en el Informe final.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

En definitiva, no entendemos que exista causa objetiva que permita justificar por qué en unos supuestos se solicitan aclaraciones o justificación documental de lo alegado, pero no en otros, cuando el tipo y la naturaleza de las alegaciones son similares.

En virtud de lo señalado, debe recordarse que el documento *ISSAI-ES-300: Principios fundamentales de la fiscalización operativa* [2], de ese propio Tribunal, establece en su página 43 lo siguiente:

> *"El proyecto de informe le da a la entidad fiscalizada la primera oportunidad de ver por escrito el contexto completo de resultados y conclusiones de la fiscalización. Cuando se aporte nueva información, el auditor deberá evaluarla y estar dispuesto a modificar el proyecto de informe, siempre que se cumplan los requisitos para ser considerada evidencia de auditoría"* (Pág. 43).

En atención a todo lo anterior, se solicita la apertura de un nuevo trámite de aclaraciones y comprobaciones documentales con respecto a aquellas alegaciones remitidas en el escrito de 25 de abril de 2024 que no fueron incorporadas en la diligencia de ese Tribunal de fecha 19 de junio de 2024 y que, además, no hubieran sido aceptadas con vistas al Informe final de fiscalización.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

1. Observaciones generales sobre el texto sometido a nuevas alegaciones

De las 363 páginas de que constaba la versión inicial del Anteproyecto de Informe, el texto ahora remitido consta solamente de 62 páginas, de las cuales 7 corresponden a la portada, al índice y a la relación de abreviaturas.

Las 55 páginas restantes se refieren únicamente, y en la mayoría de las ocasiones sólo de manera parcial, a los siguientes 6 subapartados de los 28 totales de los que consta la versión íntegra del *Apartado II. Resultados de la fiscalización* del Anteproyecto de informe:

- II.2.5. Sistemas de Información relacionados con la gestión de recursos materiales en el periodo de emergencia sanitaria.

- II.3.3. Soporte en los sistemas de información de las medidas adoptadas en los aeropuertos como consecuencia de la pandemia.

- II.3.5. Soporte en los sistemas de información y seguimiento de las medidas adoptadas en relación con el tránsito internacional de pasajeros por vía terrestre como consecuencia de la pandemia

[2] https://www.tcu.es/export/sites/default/.galleries/pdf/NormasManuales/ISSAI-ES/03-ISSAI-ES-300.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

- II.3.6. Sistemas de información en relación con “casos importados COVID-19”

- II.3.7. Sistema Informático de Sanidad Exterior (SISAEX).

- II.5.6. Estrategia y planificación de las tecnologías de la información

Adicionalmente, se remiten también algunos párrafos del Apartado III.2. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISEÑADOS PARA LA TOMA DE DECISIONES A PARTIR DE MARZO DE 2020.

a) Carácter parcial y fragmentado del texto.

El texto remitido presenta múltiples incidencias que han dificultado la comprensión, la valoración y la realización de las alegaciones que se exponen en este escrito. Algunas de estas incidencias son las siguientes:

- El texto pasa directamente de la página 122 a la 124, y lo hace dentro de un mismo subapartado (II.3.6 Sistemas de Información en relación con “casos importados COVID-19”). Ello impide saber si el texto de la página 123 se ha suprimido o si se ha modificado, y si lo ha hecho, en qué sentido. Todo ello limita al ente fiscalizado la posibilidad de realizar alegaciones al conjunto del subapartado con plenas garantías.

- El texto pasa también directamente de la página 118 a la 120.

- No se sabe si el apartado II.5.6 acaba en la página 153 porque se corta y el texto pasa directamente a la 157, que pertenece a otro subapartado diferente (II.5.7)

- Lo mismo sucede en la página 157, pues sin saber si acaba ahí el Subapartado o no, la siguiente página del texto remitido pasa a ser la 167 (apartado III. Conclusiones y Recomendaciones).

- En la página 174 la nueva conclusión Nº.12 se corta abruptamente. No hay manera de poder saber si finaliza en esa página o continúa posteriormente, ya que no se aporta la página 175.

- En las páginas 86, 121 y 185, la redacción no experimenta ningún cambio que haya podido apreciarse con respecto al texto de la primera versión del Anteproyecto remitida el 29 de febrero de 2024.

  No se comprende por qué sí se envían algunas páginas que no experimentan modificaciones y no se envían otras que se encuentran en esa misma situación, lo cual habría sido importante a efectos, por ejemplo, de remitir el Anteproyecto en su integridad o, al menos subapartados completos.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. :

- Salvo el Anexo 41, no se aporta en esta fase ningún otro Anexo de los mencionados en el texto (nº 2, 39, 40, 42), lo cual impide realizar las comprobaciones oportunas a efectos de expresar las alegaciones que hubieran correspondido.

Este modo de proceder no es el más adecuado para el objetivo de facilitar la aportación de alegaciones. Ofrecer la información para cumplir el trámite de alegaciones de una manera tan difícilmente manejable y comprensible por los trabajadores y responsables del Ministerio, y establecer un plazo tan corto de tiempo (10 días más otros 10 de prórroga) provoca una enorme dificultad añadida para que la entidad fiscalizada pueda contestar en plazo, o que pueda hacerlo con la debida rigurosidad, al carecer del conocimiento de la totalidad del Anteproyecto.

En este sentido, la Norma de Fiscalización nº. 51 señala que "*De acuerdo con lo dispuesto en la norma técnica 70, el anteproyecto de informe que se someta a alegaciones tendrá una estructura y presentación similares a las que se prevea que haya de tener el proyecto de informe que se someta finalmente a la aprobación del Pleno*".

Por su parte la Norma nº. 70 aclara que "*los informes de fiscalización del Tribunal de Cuentas tendrán una estructura y presentación similares, que se regulará en el correspondiente manual, y que se mantendrán a lo largo de las diferentes fases de su tramitación (borrador, anteproyecto y proyecto), respetando las singularidades propias de cada una de ellas*".

Por su parte la Norma de Fiscalización nº. 77 establece que "*la descripción de las deficiencias e irregularidades incluirá, además, cuanta información se considere oportuna para su correcta comprensión y valoración* (…)"

Igualmente, el punto 36 del documento *ISSAI-ES-300: Principios fundamentales de la fiscalización operativa*, elaborado por ese Tribunal de Cuentas, señala que "*los auditores deben esforzarse por proporcionar informes de fiscalización que sean completos, convincentes, oportunos, de fácil lectura e imparciales. Para ser completo, un informe debe incluir toda la información necesaria para la consecución de un objetivo, siendo lo suficientemente detallado para proporcionar una comprensión de la materia en cuestión y las observaciones y conclusiones".*

Asimismo, a efectos orientativos, en la Guía OCEX GPF-OCEX 1220[3] se recomienda que el informe de auditoría contenga "*toda la información pertinente y necesaria para alcanzar los objetivos de la auditoría y lograr que todas las cuestiones tratadas en él sean objeto de una comprensión correcta*" (ANEXO 1, pág. 16).

[3] Guía práctica de fiscalización de los OCEX GPF-OCEX 1220 Guía para el sistema de gestión de la calidad de las fiscalizaciones de los OCEX (Revisada) Referencia: ISSAI-ES 100, ISSAI-ES 200, NIA-ES-SP 1220R, NIGC 1 ES-SP, NIGC 2 ES-SP Documento elaborado por la Comisión Técnica de los OCEX y aprobado por la Conferencia de Presidentes de ASOCEX el 26/06/2024. ASOCEX ASOCIACIÓN DE ÓRGANOS DE CONTROL EXTERNO AUTONÓMICOS. https://asocex.es/normativa/

CSV :
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Por ello, y en definitiva, se ponen de manifiesto determinadas cuestiones detectadas en la extracción del Anteproyecto de Informe que se ha remitido, las dificultades experimentadas en su análisis y el carácter necesariamente incompleto que, por ese motivo, tienen las alegaciones que se realizan. En aras de la claridad y de asegurar que el ente fiscalizado disponga de toda la información necesaria, se solicita el envío del texto completo del Anteproyecto de informe a efectos de poder emitir un nuevo escrito de alegaciones, complementario del actual, y ello en el marco de un nuevo trámite de audiencia que a tal efecto se acuerde por ese Consejero.

b) Modificaciones en el Anteproyecto que no derivan de las aclaraciones

Adicionalmente, debe señalarse también que, en ocasiones, los cambios que se incluyen en esta nueva versión del Anteproyecto no se derivan de las aclaraciones y justificaciones solicitadas y remitidas por este Ministerio en los meses de junio y agosto de 2024, respectivamente, sino que vienen a dar respuesta a alegaciones emitidas el 25 de abril de 2024. Incluso algunos cambios se realizan de oficio sin base en alegación o aclaración alguna facilitada por este Ministerio. Así sucede, por ejemplo, en los siguientes casos:

- La nota al pie 248 (página 152) no sólo se refiere a una alegación realizada por el Ministerio en el mes de abril, sino que el texto se dedica a tratar de rebatirla. Lo hace, además, reproduciendo incorrectamente lo alegado por este Ministerio, como se explicará más adelante.

- En la página 153 la nueva versión del Anteproyecto dedica también un espacio a tratar de rebatir una alegación expresada por el Ministerio en su escrito de abril en relación con la Estrategia de Salud Digital.

- En la página 124 se sustituye la expresión “sistemas interoperables” por la de “sistemas en el que la información sea interoperable”[4]. Esta nueva redacción, incluida de oficio por el Tribunal en esta última versión, no se deriva tampoco de ninguna aclaración de las ofrecidas por el Ministerio de Sanidad en su escrito de julio de 2024.

Este modo de actuar, mediante el cual se incorporan en la nueva versión del Anteproyecto modificaciones que no se derivan de la fase de aclaraciones, sino del primer escrito de alegaciones del Ministerio (o que se incluyen meramente de oficio), resulta totalmente anómalo.

[4] La otra diferencia con el texto original es la supresión de la nota al pie 235, que remitía a un Fichero Adjunto II_3_6 pg 125_1, Fichero Adjunto II_3_6 pg 125_2, que tenía por objeto identificar en la primera fase de alegaciones los archivos correspondientes. La supresión de notas al pie de este tipo ha sido generalizada en la nueva versión remitida.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Por un lado, porque el motivo del que trae causa este nuevo trámite de audiencia son las "comprobaciones o diligencias" (Ley 7/1988) que fueron acordadas.

Por otro, porque al dar conocimiento ahora del criterio del Consejero respecto de algunas de las alegaciones emitidas por el Ministerio en su escrito de 25 de abril de 2024, pero no de otras muchas, se podría estar tratando de manera diferente circunstancias que son similares, afectando con ello al correcto funcionamiento del proceso de auditoría en su conjunto. No existe causa objetiva ni se ha aportado explicación alguna sobre este diferente tratamiento de las alegaciones realizadas en su momento por este Ministerio.

c) Incorrecciones en el modo de presentar las aclaraciones realizadas

Con independencia de lo señalado en el anterior epígrafe, se ha observado también que algunas de las aclaraciones realizadas podrían haberse incorporado a la nueva versión del Anteproyecto de manera incorrecta.

La Norma de Fiscalización Nº. 63 (II. Normas de Procedimiento) establece lo siguiente:

> *"Cuando el alegante invoque que se han modificado, con posterioridad al periodo fiscalizado, los métodos o criterios de actuación analizados en el anteproyecto, el departamento ponente analizará la conveniencia de comprobar tales modificaciones e introducir los cambios correspondientes en el proyecto (…) En el caso de que las modificaciones hayan sido comprobadas por el departamento ponente, los cambios que, en su caso, se introduzcan, se incorporarán en el texto del proyecto (…)"*

Sin embargo, las referencias que se realizan con respecto al desarrollo de los nuevos sistemas de información VIVAC y SIVAIN se incorporan en las notas al pie 181 y 286 en el apartado de conclusiones. Según la mencionada Norma de Fiscalización, este tipo de referencias deberían incorporarse al texto y no en notas a pie de página. Asimismo, no deberían figurar sólo en el apartado de Conclusiones, sino también en su apartado correspondiente. Al no haberse remitido las páginas de estos apartados, no ha sido posible verificar esta circunstancia.

2. Reiteración y ampliación de las alegaciones realizadas anteriormente

Al no haberse remitido el texto íntegro del Anteproyecto de informe, no es posible conocer si han sido aceptadas la mayor parte de las alegaciones realizadas por este departamento en su escrito de 25 de abril de 2024, en particular las que se incluían dentro del apartado de "Consideraciones Generales", si bien del extracto remitido puede concluirse que, en esos apartados concretos, no lo han sido.

Las consideraciones generales hacían referencia a varias cuestiones que se consideraban de gran relevancia:

1) La **extralimitación del ámbito objetivo de la fiscalización**, en la que se consideraba incurría el Anteproyecto de informe, pues entraba a analizar, fiscalizar y valorar

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

cuestiones ajenas por completo a los sistemas de información gestionados por el departamento, excediendo el tenor literal de la fiscalización según fue programada por el Pleno del Tribunal.

2) **Limitación del ámbito subjetivo**, al no considerar la actuación de las CCAA, que tienen competencia exclusiva en atención sanitaria y compartida en materia de salud pública. El texto no solo no las audita, sino que incluso no las identifica en las escasas ocasiones en las que hace referencia a ellas. Se consideró que la exclusión de las CCAA de esta fiscalización, así como la ocultación de su identidad en la información ofrecida, impide completar la pista de auditoría de todos los procesos asociados a los sistemas de información, y dificulta que los resultados de la fiscalización realizada sean ponderados y satisfactorios.

3) **Extralimitación del ámbito temporal** e inadecuado tratamiento de las referencias a periodos diferentes del autorizado por el Pleno del Tribunal.

4) Criterios de auditoría y presentación de datos**.**

5) Sistemas de información de sanidad y salud pública que **no han sido objeto de análisis.**

6) Inadecuado **tratamiento del contexto** en el que tuvo que actuar el Ministerio de Sanidad, al no tenerse en cuenta de manera suficiente ni ponderar adecuadamente la gravedad de la crisis sanitaria padecida y su impacto en todos los aspectos la gestión pública, en particular en los sistemas de información desarrollados para contribuir a hacerle frente.

En cualquier caso, este Ministerio manifiesta que su escrito de alegaciones de 25 de abril de 2024, en su integridad, continúa siendo su posición en el presente proceso de auditoría, y a él hemos de remitirnos, sin perjuicio de lo manifestado y alegado en el presente escrito. Ambos documentos integran la posición de este Ministerio y deben entenderse como complementarios a todos los efectos y considerarse como una unidad.

Sin perjuicio de lo anterior, en los siguientes apartados se realizan una serie de consideraciones adicionales de carácter general.

3. Extralimitación del ámbito objetivo

En el extracto de Anteproyecto de informe remitido en este segundo trámite de alegaciones, se persiste en entrar a analizar, valorar y criticar aspectos muy concretos de la gestión material y sanitaria del Ministerio que no tienen vinculación alguna con los sistemas de información, como son por ejemplo la gestión logística, la constitución de reservas estratégicas, las características y vida útil de los productos sanitarios, los controles sanitarios en aeropuertos, autorizaciones de la Audiencia Nacional, las derivaciones de casos a los sistemas de salud autonómicos, las cuarentenas, los acuerdos con el Ministerio de Defensa para el rastreo de casos, expedientes sancionadores, etc.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

A estos supuestos de extralimitación del alcance objetivo de la fiscalización deben añadirse los que también concurren respecto del resto de apartados del Anteproyecto que no han sido remitidos en este segundo envío: decisiones sanitarias adoptadas durante la pandemia, gestión funcional del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias, funcionamiento de los servicios administrativos integrados en Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno, etc.

Además, debe recordarse que esta fiscalización se enmarca en la Medida M3 del objetivo específico 1.4 del Plan Estratégico del Tribunal de Cuentas 2018-2021, que tiene por objeto "Impulsar las auditorías de sistemas informáticos".

Según establece el documento *ISSAI-ES-300: Principios fundamentales de la fiscalización operativa, cuando esta se desempeña* en un entorno de Tecnologías de la Información (TI) "*deberá*":

- Evaluar si los sistemas de TI mejoran la economía, la eficiencia y la eficacia de los objetivos del programa y de su dirección, sobre todo en relación con la planificación, la ejecución, el control y la retroalimentación referentes a los Programas.

- Determinar si los resultados del sistema cumplen los parámetros establecidos de realización de calidad, servicio y coste;

- Identificar las deficiencias en los sistemas de información y los controles de IT, y las consecuencias resultantes sobre la eficiencia, economía y eficacia de los resultados;

- Comparar las prácticas de desarrollo y mantenimiento de los sistemas de TI de la entidad fiscalizada con las principales prácticas y normas;

- Comparar la planificación estratégica de TI, la gestión de riesgos y las prácticas de gestión de proyectos de la entidad fiscalizada con las principales prácticas y normas, incluidas las prácticas de buen gobierno empresarial.

Este, por tanto, debería ser es el marco en el que se desarrolla una auditoría de sistemas de información que se programa dentro de una medida denominada "Impulsar las auditorías de sistemas informáticos", y no, por el contrario, la entera actividad material, sustantiva, de dirección y gestión de un Ministerio durante un periodo determinado. Como ya se argumentó en anteriores escritos, esta realidad no desaparece por más esfuerzos de interpretación expansiva que se realicen en el apartado I.4 del Anteproyecto.

Los órganos y el personal del Ministerio de Sanidad utilizan, lógicamente, como el resto de los órganos administrativos del país, herramientas ofimáticas y aplicaciones de correo electrónico en el ejercicio de sus funciones. Pero ello bajo ningún concepto puede dar pie a considerar que cualquier auditoría de sistemas de información, sin límite ni control, pueda entrar a valorar a la entera actividad de un órgano o un Ministerio, como pretende hacer el Anteproyecto de informe.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Esta fiscalización, tal y como fue autorizada y programada por el Pleno del Tribunal de Cuentas, tal y como se intuye que fue definida en las Directrices Técnicas, y tal y como se desprende de los términos que definen su alcance ("Sistemas de Información" e impulso de "auditorías de sistemas informáticos"), no puede bajo ningún concepto convertirse en una auditoría de la "gestión de la pandemia por el Ministerio de Sanidad 2020-2023", que es lo que en realidad hace el Anteproyecto de informe en sus dos versiones conocidas.

Si esa fuera la voluntad real de ese Tribunal, si realmente considera oportuno establecer una auditoría integral de la gestión sanitaria, directiva, administrativa, y tecnológica realizada por el Ministerio de Sanidad durante la pandemia, el modo legal, legítimo y correcto de proceder sería archivar lo hasta ahora actuado, recabar del Pleno del Tribunal de Cuentas una nueva autorización, proceder a una nueva programación de la actuación y aprobar unas Directrices Técnicas diferentes y específicas para el nuevo propósito. En este sentido, el apartado 49 de las Normas de Fiscalización (II. Normas de Procedimiento) establece lo siguiente:

> *"Si en el desarrollo de una fiscalización surgieran* situaciones que la afectasen de manera significativa, el consejero o consejera ponente informará de ello al Pleno, a tenor de lo previsto en el artículo 3.b) de la LFTCu. En particular, se informará al Pleno, entre otros, en los siguientes supuestos:
>
> a) Cuando hechos o circunstancias sobrevenidos alteren el contenido o desarrollo de la fiscalización en curso y, a juicio de la consejera o consejero ponente, puedan requerir un replanteamiento de sus características básicas y, en particular, la aprobación de una modificación de las directrices técnicas, la suspensión de la fiscalización o su supresión del programa anual de fiscalizaciones".

En este concreto supuesto, los hechos o circunstancias sobrevenidos no serían otros que la intención de los auditores de evaluar y fiscalizar un ámbito objetivo mucho más amplio que el previsto inicialmente.

La decisión de emprender un proceso de auditoría operativa que fiscalice la entera actividad del Ministerio de Sanidad durante la pandemia de COVID-19 es una opción legítima, pero siempre y cuando se cumplan los trámites y procesos preceptivos, que siempre han de partir de una decisión del Pleno del Tribunal de Cuentas. Hacerlo excediéndose de la autorización y directrices ofrecidas no lo es, desde el momento en el que se altera la cadena de decisión y se quiebra el principio de seguridad jurídica.

Es más, utilizar una potestad pública para obtener fines distintos de los fijados en el ordenamiento jurídico, como pudiera ser este caso, conduce a la desviación de poder. A este respecto, el Tribunal Supremo ha señalado en múltiples ocasiones que también se incurre en desviación de poder "***en los supuestos en los que, aun siendo público y estimable el fin perseguido, este es, sin embargo, distinto del previsto y fijado por la norma atributiva de la potestad ejercitada***» (STS de 4 de marzo de 1996). En este mismo sentido, las SSTS de 5 de abril, 13 de junio, 14 de noviembre, 9 de diciembre, 12 de diciembre de 2000, etc.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Por lo antedicho, se solicita nuevamente la eliminación de todas aquellas partes del Anteproyecto de informe (en sus dos versiones conocidas) que excedan del ámbito objetivo que marca el examen de los sistemas de información en el concepto que le es propio y que ya fue expuesto en el escrito de 25 de abril de 2024[5] (páginas 2 a 4).

En caso de que se decida no atender la anterior solicitud, se pide, en atención a lo dispuesto en la Norma de Fiscalización Nº. 49 a), que se informe al Pleno a fin de poder volver a iniciar otro procedimiento, a tenor de lo previsto en el artículo 3.b) de la LFTCu, en el que se prevea el nuevo alcance de la fiscalización operativa, para que, en su caso, este pueda concordar con las actuaciones practicadas y los Anteproyectos elaborados.

El resto de alegaciones que se realizan en este y en anteriores escritos han de considerarse supletorios de esta alegación principal y general.

4. Criterios de auditoría y presentación de los datos

En el anterior escrito de alegaciones de 25 de abril de 2024 se pusieron de manifiesto diferentes incidencias detectadas en el Anteproyecto de informe en la auditoría y la presentación de los resultados.

Sin perjuicio de lo señalado entonces, y con vocación de ampliar lo allí apuntado, se trasladan en este escrito diversas consideraciones adicionales.

A.- Criterios de auditoría

En primer lugar, a la vista de las dos versiones del Anteproyecto, la auditoría no ha utilizado en los diferentes análisis y evaluaciones criterios de auditoría, o, al menos, estos no han sido trasladados a esta entidad fiscalizada. Estos criterios pueden ser normas, regulaciones, estándares, buenas prácticas, etc. En la gran mayoría de ocasiones ninguna de las dos versiones de Anteproyecto establece estas referencias para ofrecer un soporte objetivo de las conclusiones alcanzadas. En las consideraciones específicas de este escrito se ofrecen algunos ejemplos de ello.

En este sentido, debe recordarse que la Norma Nº 78 del Manual de Fiscalización Operativa o de Gestión del Tribunal de Cuentas[6] establece lo siguiente:

> "*Respecto a la norma 78 de las NTTCu, dado que la fiscalización operativa no se basa en normas de actuación predefinidas sino en valoraciones y actuaciones razonables, en el*

[5] En dicho escrito se recordó que, según la RAE, un sistema de información es "un conjunto de elementos informatizados de acuerdo con un almacenamiento estructurado, que permite el acceso, las relaciones entre sus elementos, la puesta en común y la interoperabilidad con otros sistemas".

[6] https://www.tcu.es/export/sites/default/.galleries/pdf/NormasManuales/ManualFiscalizacionOperativa.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

informe se deberá hacer constar la información utilizada, la metodología propuesta, los indicadores empleados y los criterios aplicados, cuando ello sea necesario para una mejor comprensión de los resultados obtenidos" (apartado 3.3, página 23).

Igualmente, a modo de referencia, el apartado 27 del documento ISSAI-100[7] indica que:

"27. Los criterios son los puntos de referencia o parámetros utilizados para evaluar la materia o asunto en cuestión. Cada auditoría debe contar con criterios adecuados a las circunstancias de dicha auditoría. Para determinar la idoneidad de los criterios, el auditor considera su relevancia y comprensibilidad para los usuarios previstos, así como su integralidad, confiabilidad y objetividad (neutralidad, aceptación general y equivalencia con criterios utilizados en auditorías similares). Los criterios utilizados pueden depender de una serie de factores, incluyendo los objetivos y el tipo de auditoría. Los criterios pueden ser específicos o más generales, y se pueden obtener de diversas fuentes, incluyendo leyes, reglamentos, normas, principios precisos y mejores prácticas. Deben ponerse a disposición de los usuarios previstos para que puedan comprender la manera en que ha sido evaluada o medida la materia/ asunto en cuestión".

Asimismo, a efectos orientativos, el GPF-OCEX 1220 señala lo siguiente:

"El auditor necesita comunicar de forma transparente el(los) objetivo(s), alcance, metodología y datos recopilados de la fiscalización, así como cualquier restricción o limitación significativa en el informe, de manera que no se confunda o conduzca al error a los usuarios" (Apartado 34).

"Los criterios de auditoría tienen que ser relevantes, comprensibles, completos, fiables y objetivos en el contexto del asunto en cuestión, el (los) objetivo(s) de auditoría y/o las preguntas de auditoría. (…). El auditor debe, como parte de la planificación y ejecución de la auditoría, discutir los criterios de auditoría con la entidad auditada". (Apartados 48 y 49).

" Los criterios de auditoría deben discutirse con la entidad auditada (…) La discusión de los criterios de auditoría con la entidad auditada sirve para asegurar que existe una comprensión compartida y común respecto a los criterios de auditoría cualitativos y cuantitativos que serán empleados como puntos de referencia al evaluar el asunto en cuestión. Esto es particularmente importante cuando los criterios de auditoría no están definidos directamente en las leyes o en otros documentos reconocidos, o cuando los criterios de auditoría deben desarrollarse y perfeccionarse durante el curso del trabajo fiscalizador" (Apartados 50 y 51).

Sin embargo, a pesar de la existencia de estas y otras referencias nacionales e internacionales sobre la necesidad de incorporar con claridad y transparencia los criterios de auditoría, e

[7] https://www.issai.org/wp-content/uploads/2019/08/ISSAI-100-Principios-Fundamentales-de-Auditoria-del-Sector-Publico.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

incluso de discutirlos con la entidad auditada, nada de ello se ha producido en el transcurso de la presente fiscalización. Los criterios, de existir, no se han dado a conocer, ni en el curso de la auditoría ni en la presentación de los resultados en los dos Anteproyectos de informe y, ni mucho menos, han sido compartidos.

En este sentido, tampoco en los casos en los que la auditoría sí se ha centrado en el ámbito concreto y específico de los sistemas de información, ésta ha indicado en qué criterios se basaban sus cálculos, extracción de datos, análisis o valoraciones. No lo ha hecho, por ejemplo, cuando considera que existe una falta de coordinación entre unidades funcionales y la unidad tecnológica, cuando dice que había que haber construido sistemas de información específicos, cuando detalla las supuestas limitaciones del CMC, cuando estima que una aplicación se ha infrautilizado, cuando echa en falta la existencia de un calendario en la Estrategia de Salud Digital (a pesar de que el calendario existe en sus planes de implementación) o cuando considera que se ha producido una dispersión de expedientes de contratación, entre otras muchas de sus valoraciones críticas.

No establecer o, al menos, no publicitar estos criterios de auditoría afecta a la objetividad de los análisis, a la comprensión de las valoraciones, a la aceptación de los resultados y, en definitiva, a la utilidad y aplicabilidad de las recomendaciones efectuadas.

B.- Manejo de datos

En segundo lugar, la objetividad e imparcialidad se ven también afectadas por el modo en el que se manejan los datos a lo largo de todo el Anteproyecto de informe.

Es cierto, como establece la ISSAI-ES 3000[8] en documento disponible en la web del Tribunal de Cuentas, que "*la naturaleza misma de la fiscalización se centra en las carencias",* pero como muy bien aclara a continuación *"conviene que en los informes se hagan constar los resultados y valoraciones de carácter positivo y no sólo los negativos*" (página 45).

Sin embargo, los dos Anteproyectos de informe conocidos no aplican prácticamente en ningún momento esta recomendación de ecuanimidad, como se expuso en el escrito de 25 de abril, y se recoge, a modo de meros ejemplos, en las consideraciones específicas de este escrito.

Con carácter general, en ninguno de los dos Anteproyectos se acompañan las incidencias detectadas con la puesta en valor de los sistemas de información creados, desarrollados y alimentados en tiempo récord, con recursos limitados y en circunstancias extremadamente complicadas.

Tampoco señala de manera equilibrada, como debiera haber hecho cualquier evaluación imparcial, que los sistemas sirvieron más que sobradamente para las finalidades establecidas:

ISSAI-ES 3000. NORMAS Y DIRECTRICES PARA LA FISCALIZACIÓN OPERATIVA
https://www.tcu.es/export/sites/default/.galleries/pdf/NormasManuales/ISSAI-ES/ISSAI-3000.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

el Cuadro de Mando para monitorizar la capacidad asistencial y las necesidades de material, SERLAB para el seguimiento y control epidemiológico, SpTH para el control sanitario en frontera y REGVACU para vacunar con éxito a prácticamente todo un país en tiempo récord, convirtiéndose España en referente internacional.

La ya aludida ausencia de criterios de auditoría genera precisamente estos efectos, que no se adquiere perspectiva ni se establecen referencias objetivas para juzgar correctamente los sistemas objeto de fiscalización.

Como señala también la ISSAI-ES 3000, "*la objetividad requiere (…) que la exposición de todo el informe tenga un contenido y un tono equilibrados. La credibilidad de un informe se ve incrementada significativamente cuando expone las pruebas con imparcialidad*" (página 45).

Sin embargo, en muchas ocasiones las pruebas no se exponen con la debida imparcialidad. Siempre, o casi siempre, el desequilibrio en el modo de presentar la información en esta auditoría cae del lado de los elementos negativos. A modo de mero ejemplo:

- En el anexo 32, en la primera versión remitida, se indica que los auditores han detectado que en 260 registros de información de centros hospitalarios y CCAA el número total de camas comunicado es inferior a la suma de las camas ocupadas COVID-19 más las camas ocupadas no COVID-19. Más allá de que este dato era erróneo en la primera versión del Anteproyecto (el dato correcto es 220), resulta que el número total de registros de la base de datos es 1.387.000, por tanto, el porcentaje de registros con errores por este motivo es inferior al 0,02% lo que se considera muy razonable para un sistema de información diseñado en las difíciles circunstancias experimentadas. El Anteproyecto en este caso decidió presentar cifras absolutas en lugar de porcentajes, cuando en otros supuestos no tuvo inconveniente alguno en presentar las cifras como porcentajes. Esta variación en el modo de presentar las cifras, siempre del lado más desfavorable para el ente fiscalizado es una constante de los dos Anteproyectos.

- En la página 114 de la anterior versión del Anteproyecto, no corregida (o al menos, no remitida en la segunda), se afirma haber detectado "*valores ilógicos de fechas de llegada*", remitiéndose al Anexo 45 sobre análisis de la calidad del dato, en el que se afirma que "304 viajeros que han cruzado por el control primario indican un año de llegada posterior a 2022", sin contextualizarlo en un denominador de millones de pasajeros.

- En el mismo Anexo 45 se afirma que *"En cuanto a los datos identificativos, se han advertido 38 registros en las tablas de pruebas diagnósticas que no tienen asignado el identificador, 108 pasajeros no tienen cumplimentada la fecha de realización del test y 90 registros de personas están duplicados (que corresponden a 34 viajeros)*". En este caso, igualmente, no se recogen los porcentajes sobre el total de miles de pruebas realizadas.

- En la página 111 del extracto de la segunda versión del Anteproyecto remitida, se presenta un cuadro en el que se expone la diferencia del dato registrado de viajeros entre

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

la estadística de AENA y el *Dashboard* de SpTH, presentando números absolutos cuando la discrepancia es solamente de un 1,4%, diferencia que puede deberse a diversas causas coyunturales (errores de registro, pequeñas diferencias metodológicas, etc.) derivadas de que se trata de dos sistemas de información diferentes.

En definitiva, se considera que los resultados de auditoría comunicados hasta ahora no han cumplido con la recomendación de presentar "*los resultados con imparcialidad y evitar la tendencia a exagerar o a recalcar en exceso las deficiencias*" (ISSAI-ES 300, página 45).

Por otro lado, resulta oportuno también poner de manifiesto el modo en el que hasta ahora la auditoría parece haber realizado muchos de sus análisis.

A este respecto, es necesario hacer referencia a la *Norma Internacional de Auditoría, Muestreo de Auditoría*, en su adaptación en España (*NIA-ES 530*[9]), que define el muestreo en auditoría como la "*aplicación de los procedimientos de auditoría a un porcentaje inferior al 100 % de los elementos de una población relevante para la auditoría, de forma que todas las unidades de muestreo tengan posibilidad de ser seleccionadas con el fin de proporcionar al auditor una base razonable a partir de la cual alcanzar conclusiones sobre la población*".

No consta que la presente auditoría haya realizado muestreo alguno durante el proceso de ejecución de la misma, en el sentido técnico y riguroso que esta modalidad de actuación tiene en el contexto internacional.

Lo que sí se ha hecho en esta auditoría es utilizar ejemplos, extraer casos aislados y ofrecer datos parciales para tratar de hacer pasar por análisis rigurosos, lo que en realidad no es más que una mera utilización subjetiva de toda la información facilitada por este Ministerio.

Y aunque en los Anteproyectos remitidos existen diversas pruebas de lo alegado, para muestra adicional, dos ejemplos de los contenidos en la segunda versión remitida en octubre de 2024:

- A la hora de exponer las discrepancias entre los datos facilitados por CCAA y hospitales en el CMC (página 111), se analiza únicamente un producto (buzos) y sólo en 4 CCAA, a las que no se identifica. En ningún momento se específica por qué sólo se analiza un producto, por qué sólo 4 CCAA y por qué precisamente las seleccionadas.

- En el análisis que se realiza sobre controles sanitarios en aeropuertos, se traen a colación los vuelos procedentes de "*un determinado país entre el 22 de febrero y el 3 de mayo de 2021 y desde el 27 de julio al 23 de agosto del 2021*" (página 115). Por qué se hace referencia a un solo país entre decenas de afectados por las decisiones sanitarias (al que, además, no identifica en el texto), y por qué en esas fechas en concreto, son cuestiones que no se aclaran en el Anteproyecto.

[9] https://www.icjce.es/adjuntos/niaes-530.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

A este respecto, resulta relevante destacar que cuando una auditoría no aplica criterios objetivos y técnicas de análisis reconocidas en el sector y el ámbito académico, sino que utiliza meros ejemplos o inferencias acientíficas, no puede esperar recibir una aceptación generalizada.

Como bien está establecido entre los expertos en materia de auditoría, el muestreo "*no se debe confundir con la selección de elementos específicos de la población (los más relevantes o de mayor volumen, los superiores a un determinado importe o ciertos elementos que permitan obtener información sobre la población, etc.), pues los resultados de las pruebas en base a elementos específicos no proporcionan evidencia en relación al resto de la población*[10]".

Por otro lado, sin embargo, la auditoría no recurre a ejemplos o elementos específicos cuando evalúa las hojas de cálculo empleadas por INGESA y la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia (En adelante DG Cartera). Tampoco emplea muestreos de ningún tipo, que es la técnica habitual en auditorías de este tipo.

Sin perjuicio de las consideraciones ya realizadas sobre el juicio que le merece a este Ministerio que una auditoría de sistemas de información abarque la utilización de aplicaciones ofimáticas, como hojas de cálculo, en este caso muy concreto la auditoría despliega toda una actividad de tratamiento, reelaboración e integración de datos, cuyo objetivo principal no parece ser analizar la aplicación, pues ello podría haberse hecho con una menor dedicación de tiempo y recursos, sino realizar explotaciones de datos para extraer unos específicos resultados. Sobre ello se volverá más adelante.

La Norma de Fiscalización Nº 11 establece que **"***el personal que participe en los procedimientos fiscalizadores deberá actuar con la debida independencia respecto a la entidad fiscalizada, sin otra motivación que el interés público, y desempeñará con objetividad e imparcialidad las tareas que le sean encomendadas*". La Norma Nº 68.b), en términos similares, dispone que "*la exposición de los resultados de la fiscalización se realizará de forma objetiva e imparcial. Los hechos verificados y su valoración se recogerán con exactitud y precisión, evitando juicios de valor o interpretaciones no suficientemente fundamentados*".

Por todo ello, en atención a lo señalado en este escrito en su conjunto, así como en el remitido con fecha 25 de abril de 2024, se solicita lo siguiente:

1) Que se incorporen en el Anteproyecto los criterios de auditoría empleados habitualmente para que los análisis y las valoraciones sean objetivos e imparciales;

2) Que se utilicen técnicas de auditoría reconocidas y de base científica, como los muestreos, y que se eliminen (o, al menos se justifiquen adecuadamente) todas las ejemplificaciones y selección de elementos específicos que, en función de la elección subjetiva que se realiza, no llevan más que a distorsionar la fiscalización de los sistemas y procesos evaluados.

[10] "Conceptos básicos de muestreo". *Cuadernos Técnicos. Suplemento de la revista AUDITORES No 21*. Junio. https://www.icjce.es/adjuntos/AuditoresCuaderno21.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Adicionalmente, que las observaciones referidas a números absolutos se presenten además en números relativos, para poder obtener una idea correcta de la dimensión que representan.

5. Contexto de las actuaciones objeto de fiscalización

Según el ya reseñado documento *ISSAI-ES-300: Principios fundamentales de la fiscalización operativa,* el informe de auditoría "*tiene que ser ecuánime y no provocar confusiones y debe situar los resultados en su contexto*" (Página 45).

Para situar adecuadamente los resultados de esta auditoría en el contexto existente durante el periodo objeto de análisis, debería haberse descrito y detallado la situación generada por la crisis sanitaria más grave que España y el mundo padecieron en más de 100 años. Y no sólo en términos generales, sino también en cuanto esta crisis condicionó la entera actividad de la entidad fiscalizada, en particular en este caso en el diseño, contratación, desarrollo, incidencias y resultados de los sistemas de información creados para la gestión de la pandemia. El contexto experimentado también debería haber ser tenido en cuenta a la hora de establecer y ponderar las valoraciones que se realizan.

Las referencias contenidas en ambos Anteproyectos son meramente descriptivas y generales, y a todas luces resultan insuficientes para establecer un juicio ponderado de las actuaciones analizadas. El Anteproyecto se ha limitado a realizar estas apreciaciones:

- "*En el preámbulo de este RD [463/2020, de 14 de marzo, por el que declara el estado de alarma] se reconocía expresamente que las circunstancias concurrentes eran extraordinarias y constitutivas de una crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud, tanto por el muy elevado número de ciudadanos afectados como por el extraordinario riesgo para sus derechos*" (Pág. 16).

- "(…) *la dimensión de la pandemia de Covid-19 implicó un impacto extraordinario y desconocido en el último siglo, afectando singularmente a las unidades administrativas con funciones relacionadas con la vigilancia epidemiológica* (Página 143).

- "*Sin embargo, pese a la situación de extraordinaria emergencia (…) se han identificado algunas cuestiones relevantes (…)"* (Página 156)

- "*La emergencia del Covid-19 produjo una disrupción de los mercados ordinarios de aprovisionamiento de los suministros específicos requeridos para la gestión de la emergencia (…)"* (página 81, segunda versión del Anteproyecto).

Se evidencia así, por tanto, que la auditoría no ha tenido en cuenta suficientemente el contexto de una situación sanitaria de gravedad extrema y totalmente inédita, que resulta necesario considerar, tanto para para valorar correctamente la situación previa a la pandemia de los sistemas de información sanitaria a nivel nacional, como para evaluar la capacidad de reacción que mostró el Sistema Nacional de Salud (SNS) en materia de información y de respuesta sanitaria, con todos sus logros y desaciertos.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Este modo de hacer referencia al contexto extraordinario en el que se desplegaron las actuaciones administrativas auditadas, contrasta con otros informes de fiscalización y auditoría, que no sólo establecieron una descripción más detallada y completa del contexto vivido, sino que también hicieron referencia al mismo a la hora de valorar las dificultades concretas que tuvieron que afrontar los diferentes gestores de la crisis.

Así, se hizo por ejemplo, en relación con la contratación de emergencia para hacer frente a la crisis provocada por el COVID-19 en varios Informes de ese mismo Tribunal:

- El Informe Nº 1.456, aprobado el 27 de enero de 2022, realiza sus recomendaciones "*tomando en consideración que la presente fiscalización viene referida a la situación excepcional que tuvo como antecedente la pandemia provocada por el COVID-19, y que fue objeto de una gestión extraordinaria*" (página 57).

- En el Informe Nº 1.473 aprobado el 26 de mayo de 2022, se considera "*relevante apuntar al respecto que dichas adjudicaciones coincidieron con el inicio de la pandemia, en una situación de emergencia excepcional y en un contexto de desabastecimiento mundial de determinados productos sanitarios, en los meses de marzo, abril y mayo del año 2020*" (página 34).

- El Informe Nº 1.481, aprobado el 28 de julio de 2022, considera que "*la valoración de los casos en que este término* (en referencia al plazo de remisión de información al Tribunal) *no se ha cumplido se ha de realizar teniendo en cuenta el contexto de la crisis sanitaria, en particular en los primeros meses del estado de alarma y según el objeto contratado, pues la aplicación estricta de esta exigencia legal conllevaba el riesgo de incumplir precisamente con la urgencia que requería la situación, debiendo enjuiciarse cada caso en función de sus propias circunstancias y bajo un principio de eficacia*" (página 31).

Como ya se señaló en anteriores escritos de alegaciones, en estos otros informes de fiscalización de cumplimiento del Tribunal de Cuentas se reconoce expresamente en diferentes ocasiones el contexto excepcional en el que se produjo la contratación de emergencia durante los primeros meses de la pandemia, suponiendo un factor que es tenido en cuenta en las diferentes consideraciones y valoraciones específicas que se realizan.

Asimismo, debe considerarse al respecto de esta cuestión el ***Informe de auditoría pública 2020/1623 "Auditoría operativa del ciclo de compras de servicios y material sanitario mediante tramitación de emergencia con motivo del Covid-19"*** elaborado por la Oficina Nacional de Auditoría (ONA), dependiente de la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) en el año 2021.

La segunda versión del Anteproyecto de informe trae ahora a colación como novedad este Informe 2020/1623 de la ONA, pero emplea sus conclusiones únicamente como supuesto apoyo de sus propias consideraciones, obviando otros muchos aspectos incluidos en dicho

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

informe. Sobre esta cuestión se volverá más adelante en el apartado de las Consideraciones Específicas.

Por lo que aquí importa, resulta que el señalado Informe 2020/1963 de la ONA sí analiza y expone de manera adecuada el contexto de crisis sanitaria y su impacto en la actividad de la entidad auditada. Este Informe realiza, entre otras, las siguientes afirmaciones:

- *"(…) la dimensión de la crisis, la situación de los mercados y el problema de abastecimiento de material sanitario y de productos farmacéuticos a nivel, mundial, han sido factores determinantes a la hora de apreciar por la auditoría la fortaleza y debilidad de la gestión realizada". (página 6).*

- *"Junto a ello, cabe destacar las extraordinarias dificultades de distribución de lo adquirido, la envergadura de la necesaria coordinación con los destinatarios del material, especialmente las CCAA, la no menos problemática internacional, donde ha sido decisivo el papel jugado por el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, así como agentes económicos españoles en el exterior especialmente en el mercado chino, o las serias dificultades con los medios de transporte disponibles. Todo ello conforma un elenco de circunstancias que han sido claves a la hora de gestionar y cubrir principalmente las necesidades iniciales más perentorias (páginas 6-7)".*

- *"(…) la Orden Comunicada del Ministerio de Sanidad, de 5 de marzo de 2020, por la que se declara el suministro centralizado de los productos que se establecen en el Anexo I, (…) a juicio de la auditoría pone de manifiesto la dificultad para tomar acciones teniendo en cuenta el entorno existente y el grado de información que se disponía en estos primeros momentos (páginas 9-10)".*

- *"No cabe duda de que esta crisis sanitaria, por su envergadura y nivel de preparación existente en las estructuras de gestión de compras sanitarias, exigió cambios organizativos y de gestión que fueron acometiéndose según iban produciéndose los acontecimientos y la evolución de la propia pandemia, con el objetivo principal de dar las respuestas necesarias al entorno existente" (página 13)"*

En definitiva, en ninguna de las dos versiones del Anteproyecto remitidas se considera de modo suficiente y adecuado el excepcional contexto de gravísima crisis sanitaria experimentada en los ejercicios auditados y que impactaron de manera muy particular e intensa en la gestión de la entidad fiscalizada. De igual modo, no se toma en consideración este contexto a la hora de realizar juicios y valoraciones sobre la configuración, funcionamiento y resultados de los sistemas analizados.

En este sentido, el documento *ISSAI-ES-300: Principios fundamentales de la fiscalización operativa* establece en su apartado sobre Fiabilidad, validez y coherencia que "*es preciso que todos los documentos del proceso reflejen un adecuado equilibrio entre datos, contexto y juicios*".

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Por todo ello, se solicita nuevamente que la versión final del informe, en caso de proseguir adelante en los términos expuestos en el apartado anterior, recoja de manera expresa y detallada el contexto experimentado, y que, por consiguiente, se tenga también este en cuenta en la ponderación y alcance de las conclusiones de la auditoría de los sistemas de información.

6. Publicidad de las comunicaciones y documentos en trámite de audiencia

El artículo 44.4 in fine de la Ley 7/1988 establece que "*El Informe aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas deberá contener cuantas alegaciones y justificaciones hayan sido aducidas por la persona o entidad fiscalizada*".

De acuerdo con lo dispuesto en este precepto, y también en atención a lo recogido en la Norma de Procedimiento II Nº 66 de las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, se solicita que todos los documentos y escritos que se hayan emitido por ese Tribunal y este Ministerio en el marco de este proceso, se acompañen también al Informe de fiscalización que, en su caso, apruebe el Pleno, y que en consecuencia, dichos documentos y escritos (alegaciones, aclaraciones, etc.) sean también objeto de publicación según los cauces habituales.

III. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

II.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN PREVISTO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA TOMA DE DECISIONES COMO CONSECUENCIA DE LA ORDEN 234/2020

Subapartado II.2.5.1.a) Sistemas de información relacionados con el suministro, distribución y gestión de existencias de productos sanitarios.

El Anteproyecto de informe vuelve a hacer referencia en las páginas 82 y 83 a diferentes aspectos materiales y de gestión sustantiva de las reservas estratégicas de productos sanitarios: Acuerdos del CISNS, su incorporación dentro de un Plan de Respuesta Temprana, principios generales de la reserva estratégica, sus características y alcance, etc. Es decir, ámbitos de la gestión propia del ente fiscalizado que nada tienen que ver con los sistemas de información de sanidad y salud pública.

Asimismo, a continuación, el Anteproyecto de informe intenta establecer de manera totalmente forzada un punto de conexión entre la Reserva Estratégica y los sistemas de información, mediante la inclusión de un último inciso en el tercer párrafo de la página 83, con la siguiente redacción:

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

> "*De este modo, las diversas bases y hojas de cálculo para el sistema de control de la distribución y de las existencias contenían los productos de la reserva estratégica nacional.*"

Por más operaciones interpretativas que se realicen, no existe justificación alguna que ampare la extralimitación de la auditoría con respecto al que debería ser su exclusivo alcance objetivo (los "sistemas de información"), en los términos acordados por el Pleno del Tribunal al momento de programar esta fiscalización operativa en diciembre de 2020 y según lo indicado en las Directrices Técnicas que a ese efecto se hubieran dictado.

En todo caso, tal y como ya se alegó en el escrito remitido el 25 de abril de 2024, el documento al que se refiere el Anteproyecto fue un Plan excepcional, denominado de "respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19", que, entre otros aspectos, abordaba la constitución de reservas estratégicas de productos sanitarios y de protección de la salud.

Dicho Plan fue aprobado por el CISNS principalmente porque contenía diversas medidas en relación con el sistema de gobernanza para hacer frente a la pandemia, el refuerzo de las unidades de Salud Pública, la dotación de capacidades adicionales para la detección precoz del COVID-19, el refuerzo de capacidades asistenciales, etc. Y aunque es cierto que establecía diversos criterios para la constitución de reservas estratégicas de equipos de protección, no era este su objeto principal.

En particular, el texto del Anteproyecto señala que "*Tras la determinación en julio de 2020 de los productos y su cuantía que deberían formar parte de la reserva estratégica, no se ha emitido ni aprobado ningún otro posterior, pese a las variaciones en la evolución de la pandemia en 2021 y 2022 y su finalización en 2023".*

Esta afirmación, que excede también del ámbito objetivo de una auditoría de estas características, presenta otros problemas añadidos.

Por un lado, emite un juicio subjetivo, dando a entender que los miembros del CISNS han hecho dejación de funciones por el mero hecho de no aprobar un documento posterior al de 2020. Como ya se señaló en un escrito anterior, que no se haya aprobado en el CISNS desde entonces un documento similar, una vez declarado el fin de la pandemia, no quiere decir que a nivel de gestión no se haya realizado ninguna actuación. Se han llevado a cabo y seguirán implantándose para cumplir, además, con las directrices y compromisos a nivel de la UE.

Por otro lado, en la página 18 de la primera versión del Anteproyecto de informe, dentro del alcance temporal de esta auditoría, se estableció que esta se referirá "*a los ejercicios 2019, 2020 y 2021, sin perjuicio de que las comprobaciones se han extendido a los procedimientos aplicados en el momento en que se han realizado, o en ejercicios anteriores o posteriores, cuando ello ha contribuido a la consecución de los objetivos de esta fiscalización*".

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Además de entenderse que las referencias a la reserva estratégica exceden del ámbito de los sistemas de información y que, por consiguiente, no constituyen tampoco "*procedimientos*" que deban examinarse, tampoco estaría justificado en este caso realizar la extensión temporal que el Anteproyecto pretende aplicar.

Por todo ello, se solicita que en el Informe final se suprima toda referencia a la reserva estratégica de productos sanitarios, por exceder el alcance objetivo y temporal que una fiscalización de los sistemas de información de los años 2019, 2020 y 2021 debería tener. Y muy en particular, el último párrafo del subapartado II.2.5.1.a).

d) SubapartadoII.2.5.1.b) Flujos de información

El Anteproyecto de informe señala lo siguiente en la página 84:

> *"A este respecto, el MSND encomendó a INGESA las tareas antes referidas sobre los suministros adquiridos para responder a la primera oleada de la pandemia, pese a que esta entidad no estaba preparada para responder a un reto de esa dimensión ni disponía de la capacidad para desplegarla de manera ágil.*
>
> *(…) la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) en su informe de auditoría pública 2020/1623 "Auditoría operativa del ciclo de compras de servicios y material sanitario mediante tramitación de emergencia con motivo del Covid-19" puso de manifiesto algunas cuestiones que han sido corroboradas por el Tribunal de Cuentas:*
>
> *- La estructura orgánica del INGESA no estaba dimensionada para acometer estas funciones extraordinarias de compra, distribución y gestión y monitorización de existencias. Así, el marco normativo del INGESA era inadecuado, ya que el organismo carecía de estatuto orgánico y este cometido fue desarrollado por la denominada Unidad de Compras Centralizada, que no figura como tal en su relación de puestos de trabajo (RPT).*
>
> *- Como consecuencia de la insuficiencia de medios humanos del INGESA y de la falta de perfiles profesionales adecuados para implementar un sistema de gestión de los productos adquiridos por la AGE, se constituyó "informalmente" un denominado "Grupo Logístico.*
>
> *(…). Los integrantes de ese "Grupo Logístico" apoyaron al INGESA, entre otras tareas, en la elaboración de herramientas que sirvieran para registrar los suministros recibidos (ya fueran adquiridos o donados), los bienes distribuidos y las existencias, y fueron volviendo a sus destinos de origen entre mayo y junio de 2020.".*

Primeramente, es preciso insistir, por su importancia, en que también en este caso las afirmaciones genéricas realizadas sobre recursos humanos y organización del Ministerio de Sanidad y de INGESA destinados a la gestión de la pandemia, y en particular a la gestión de

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

suministros, excede absolutamente el ámbito objetivo de una fiscalización que tiene por objeto auditar exclusivamente los sistemas de información de sanidad y salud pública.

Por tanto, toda referencia a estructura, personal, procedimientos, etc. que no se encuentren vinculados directamente con los sistemas de información y los correspondientes aplicativos gestionados por el Ministerio de Sanidad, debería suprimirse en el Informe final.

En segundo lugar, y sin perjuicio de lo anterior, es preciso realizar también las siguientes alegaciones específicas:

1.- Cuando el Anteproyecto de informe señala que la estructura orgánica de INGESA no estaba dimensionada para acometer las funciones extraordinarias relacionadas con los suministros de productos sanitarios, habría resultado de utilidad, sobre todo de cara al futuro, que se hubiera podido indicar qué dimensión y capacidades hubieran permitido al INGESA abordar la situación de forma adecuada, o bien qué organismo hubiera sido el adecuado, así como los perfiles profesionales correctos con los que habría que haber debido contarse para ello.

En este caso, como en muchos otros incluidos en el Anteproyecto de informe (en sus dos versiones), es notoria la ausencia de criterios de auditoría, que son los que permitirían establecer parámetros objetivos, buenas prácticas o cualquier otro elemento que pueda servir de referencia a la hora de desplegar la fiscalización operativa para que esta sea objetiva y sirva verdaderamente al principio de eficacia y a la mejora del servicio público[11].

2.- En la nueva versión del Anteproyecto de informe se incorpora como novedad con respecto a la primera versión, una importante referencia al **Informe de auditoría pública 2020/1623, elaborado por la ONA**, organismo perteneciente a la IGAE

En particular, este informe de la ONA se trae a colación en el Anteproyecto de informe como un instrumento que, supuestamente, apoyaría las posiciones previamente ya establecidas por el equipo fiscalizador en la versión de 29 de febrero de 2024 en relación con las carencias de recursos humanos al inicio de la crisis sanitaria en el Ministerio de Sanidad y, en concreto, en INGESA.

[11] En este sentido, la adaptación de la ISSAI 3000 (norma internacional para la auditoría de desempeño) realizada por la Asociación de Órganos de Control Externo (ASOCEX) señala que "*el auditor tiene un papel fundamental en la identificación de los criterios de auditoría, en la medición de éstos, y en la elaboración de un informe de auditoría equilibrado. En este sentido, el auditor necesita mantenerse independiente de tal forma que el informe de auditoría sea imparcial" (apartado 24). Igualmente, en el apartado 46.4 considera que posibles fuentes de criterios de auditoría podrían ser: a) La normativa legal que afecte a la entidad; b) Estándares desarrollados por organizaciones reconocidas (estadísticas oficiales, ratios o indicadores, etc); c) Buenas prácticas generalmente aceptadas en la materia objeto de análisis; d) Ratios o indicadores desarrollados específicamente para la fiscalización a través de las adaptaciones de indicadores"* (Apartado 24, página 3). Guía Práctica de Fiscalización de los Órganos de Control Externo GPF-OCEX-3000 Norma para la auditoría operativa. Referencia: ISSAI 3000 Norma para la auditoría de desempeño Documento elaborado por la Comisión Técnica de los OCEX y aprobado por la Conferencia de Presidentes de ASOCEX el 09/06/20222. https://asocex.es/wp-content/uploads/2022/06/GPF-OCEX-3000-v9-6-2022.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Sin embargo, la nueva versión del Anteproyecto de informe **ha incorporado sólo de manera parcial y sesgada** las apreciaciones que realizó la ONA.

Así, en la mencionada Auditoría pública 2020/1623, este organismo de la IGAE realizó muchas otras apreciaciones sobre estas mismas cuestiones que el Anteproyecto de informe no recoge.

En primer lugar, como ya se ha señalado, enmarca el conjunto de su auditoría de manera reiterada en las **excepcionales dificultades que el Ministerio de Sanidad tuvo que afrontar ante la inmensa gravedad de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19,** circunstancia esta que, pese a resultar evidente desde un punto de vista objetivo, el Anteproyecto de informe no recoge de manera adecuada en ninguna de sus versiones, y ello a pesar de las reiteradas alegaciones que este Ministerio ha hecho al respecto.

En segundo lugar, en relación con lo que el Anteproyecto de informe denomina **"*Unidad de Compras Centralizada*",** de la cual se limita a decir que no figura como tal en la Relación de Puestos de Trabajo (RPT), resulta que el Informe de la ONA, al que alude expresamente el Anteproyecto, establece lo siguiente:

> "*el funcionamiento de esta unidad (la "Unidad de Estrategias de Aprovisionamiento con miras al SNS")* permitió una flexibilidad, que podríamos valorar como muy eficaz en la participación del personal de INGESA, pudiendo contar con todos los efectivos que se consideraron necesarios en cada momento, liberándolos, cuando las circunstancias lo permitieron, sin la exigencia, en ambos casos, de los formales y administrativos habituales" *(página 18).*

El hecho de incorporar en el Anteproyecto de informe únicamente los elementos de la auditoría realizada por la ONA que supuestamente apoyan las posiciones de partida sostenidas por los redactores del mismo, sin considerar ni reflejar otras apreciaciones que, en sentido contrario, también realiza esa misma fuente de conocimiento, vulnera abiertamente los principios de objetividad e imparcialidad a los que debe someterse la actuación del Tribunal de Cuentas (apartado 68.c) de las Normas Técnicas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas.

Por tanto, se solicita que la versión final del Informe de fiscalización recoja de manera equitativa, objetiva y ponderada las conclusiones a las que llegó el Informe 2020/1623 de la ONA, tanto en relación con los aspectos concretos reflejados en las páginas 84 y 85 del Anteproyecto de informe, como en el resto de las cuestiones analizadas por dicho organismo de la IGAE.

2.- Con respecto al denominado **"Grupo Logístico",** compuesto por 25 funcionarios altamente especializados y procedentes de varios centros directivos de la Administración del Estado, que colaboraron durante los primeros meses de la crisis sanitaria con INGESA, el Anteproyecto de

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

informe señala que "*apoyaron al INGESA, entre otras tareas, en la elaboración de herramientas que sirvieran para registrar los suministros recibidos*".

Esta apreciación específica sobre la intervención de este Grupo "*en la elaboración de herramientas que sirvieran para registrar los suministros recibidos"* no se asienta en ningún elemento probatorio objetivo. Los componentes de este grupo trabajaron fundamentalmente en las tareas de acceso a los mercados y en la gestión de la compleja logística internacional. No elaboraron ni apoyaron en la elaboración de herramientas de gestión de suministros. Como bien señaló la Auditoria 2020/1623 de la ONA, "*este grupo lideró las decisiones relativas al comercio internacional en la identificación de empresas, productos y precios*".

Por otro lado, en la página 84, en la nota al pie 151 el Anteproyecto señala que "*no consta el acto administrativo de constitución de este grupo, ni se ha acreditado el mecanismo para articular esta atribución temporal de funciones".*

A este respecto, ha de recordarse que la Disposición Adicional decimoctava del Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19, establece lo siguiente:

> *"Las empleadas y empleados públicos en servicio activo que soliciten colaborar tanto en el ámbito de su administración de origen como en cualquier otra administración, en las áreas de carácter sanitario, sociosanitario, de empleo, para la protección de colectivos vulnerables y aquellas otras que requieran un refuerzo en materia de personal como consecuencia de la situación provocada por el COVID-19, seguirán devengando sus retribuciones por el organismo de origen, no suponiendo modificación de su situación administrativa o contrato de trabajo mientras dure la declaración de Estado de alarma.*
>
> *La prestación del servicio se podrá llevar a cabo tanto de manera presencial como a través de modalidades no presenciales de trabajo, previa autorización de su superior jerárquico y comunicación al órgano competente en materia de personal".*

Es decir, el desplazamiento de empleadas y empleados públicos para prestar servicio de apoyo en unidades administrativas que requerían refuerzos de personal como consecuencia de la crisis sanitaria estaba prevista expresamente en una norma con rango de Ley.

Adicionalmente, ha de recordarse que los grupos de colaboración de carácter interministerial, como el mencionado "*grupo logístico,*" son habituales en todos los niveles de la administración y se utilizan, dentro de las capacidades de autoorganización de la misma, como mecanismo frecuente para desarrollar tareas que requieren de la colaboración de profesionales de diversos perfiles y unidades, sin que se requiera para su formación un acto administrativo ni una atribución temporal de funciones, dado que cada unidad participante aporta su experiencia en su ámbito de competencias. Precisamente, la constitución de ese grupo, con el posterior amparo legal, muestra la capacidad interna del Ministerio de Sanidad

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

e INGESA de poner en marcha en fecha muy temprana, los mecanismos de trabajo más operativos y eficaces posible[12].

Por tanto, se solicita que en la versión final del Informe se elimine el inciso final del último párrafo del apartado II.2.5.1.b) (página 85) del Anteproyecto y la nota al pie número 151 o, en su defecto, se haga referencia al Real Decreto-Ley 11/2020.

e) Subapartado II.2.5.1.c) Comunicación y explotación de la información relativa a consumos y disponibilidad de productos sanitarios remitidos por las CCAA y centros hospitalarios

En la **página 87**, la nueva versión del Anteproyecto incorpora un cambio en la redacción del primer párrafo con respecto a la redacción original de febrero de 2024.

Donde se decía que la habilitación de un correo electrónico para recoger solicitudes de material sanitario por parte de las Comunidades Autónomas "*no resultó eficaz para la finalidad requerida*", ahora se dice que "*la situación de emergencia desbordó este recurso*". Como quiera que no se trata de un ajuste meramente formal y que ni en las alegaciones ni aclaraciones remitidas por este Ministerio se hizo referencia a esta cuestión, se desconoce el motivo y la justificación que han llevado a este cambio.

Debe recordarse, en este sentido, que, de acuerdo con la Regla 63 de las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas (II. Normas de Funcionamiento), el departamento ponente sólo podrá introducir en el proyecto la exposición de deficiencias o irregularidades que modifiquen de forma relevante el anteproyecto, o valoraciones u opiniones sobre la gestión de contenido más crítico que las expuestas en dicho anteproyecto, a la vista de las alegaciones. Por ello, a la luz de este precepto, este tipo de modificaciones no podrían introducirse de oficio en el texto, ni siquiera concediendo un nuevo trámite de alegaciones.

A continuación en esta misma **página 87**, el Anteproyecto sigue manteniendo que la comunicación por correo electrónico no es un procedimiento adecuado para las comunicaciones interadministrativas, "*ya que no garantiza unos estándares mínimos de autenticidad, seguridad, integridad y trazabilidad*", excediéndose nuevamente el ámbito de aplicación de la auditoría (sistemas de información), ya que, como se ha expuesto de manera

[12] Igualmente, debe señalarse que el artículo 20.1 de la Ley 40/2015, del Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que dispone: *"20.1. Son órganos colegiados aquellos que se creen formalmente y estén integrados por tres o más personas, a los que se atribuyan funciones administrativas de decisión, propuesta, asesoramiento, seguimiento o control, y que actúen integrados en la Administración General del Estado o alguno de sus Organismos públicos."*. En ningún momento se pretendió constituir un órgano colegiado de ningún tipo y, de acuerdo con el artículo citado, cabe afirmar que la ley reconoce de forma indirecta la posibilidad de la existencia de grupos informales, ya que para que un órgano se considere colegiado debe constituirse formalmente y asignársele determinadas funciones administrativas de decisión, propuesta, asesoramiento, seguimiento y control.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

reiterada por este Ministerio, las meras herramientas ofimáticas empleadas en la gestión ordinaria de las unidades administrativas no constituyen sistemas de información.

Asimismo, a propósito del uso del correo electrónico, es preciso señalar que el artículo 44.1 de la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público, dispone que "*los documentos electrónicos transmitidos en entornos cerrados de comunicaciones establecidos entre Administración públicas, órganos, organismos públicos y entidades de Derecho público, serán considerados válidos a efectos de autenticación e identificación de los emisores y receptores en las condiciones establecidas en este artículo*"

Precisamente, las comunicaciones entre todas las unidades del Ministerio de Sanidad, INGESA y las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas se llevan a cabo dentro de una red cerrada y segura de comunicaciones.

La misma reflexión aplica el Tribunal a las hojas de cálculo. Su mero uso no implica, por sí mismo, la existencia de un sistema de información, como tampoco lo serían, en ese sentido, los archivos administrativos, los almacenes de datos en la nube o las carpetas ofimáticas compartidas.

Por otro lado, en la misma **página 87,** el Anteproyecto afirma que "*el envío de cada CCAA se correspondía, teóricamente, con las cifras agregadas de los centros hospitalarios (…)*".

La utilización de este adverbio ("teóricamente") supone la emisión de un juicio de valor, exclusivamente subjetivo, que se expone en el marco de los resultados de la fiscalización de manera injustificada. Por ello, se considera que debe ser eliminado en la redacción final del Informe.

El envío de la información se materializó con la periodicidad y el contenido indicados en la normativa correspondiente, como indica el propio Tribunal en el mismo apartado, sin perjuicio de que se pudieran producir errores puntuales en la agregación de la información en su origen.

Debe recordarse en este sentido, a modo orientativo, que la norma ISSAI 3000, en su adaptación realizada por ASOCEX, establece que "*el auditor debe tener cuidado en mantenerse independiente, de manera que los hallazgos y conclusiones de auditoría sean imparciales, y sean vistos de dicha forma por los destinatarios previstos*[13] (apartado 23).

Asimismo, se señala también en la **página 87** en relación con el CMC, que "*esta doble vía de entrada para la misma información incrementó la complejidad de gestión y el riesgo de error, cuestión que se ha acreditado en la medida en que la agregación de la información remitida por los hospitales es superior, en determinadas remisiones semanales, a la declaración agregada de la CCAA, (anexo 39)*".

[13] https://asocex.es/wp-content/uploads/2022/06/GPF-OCEX-3000-v9-6-2022.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Esta afirmación sigue siendo incorrecta. Como se ha indicado en anteriores escritos de alegaciones, las vías de remisión de datos eran complementarias y necesarias, además de ser solicitadas por el órgano directivo competente **como vía de comprobación**, tal y como señala el Tribunal, para poder conocer si los datos remitidos por las CCAA coincidían con el agregado de los datos de los centros hospitalarios, algo de interés en ese momento.

De ese modo, el Centro Directivo, en este caso la DG de Cartera, podía realizar las comprobaciones oportunas con posterioridad, corrigiendo los datos si era necesario. Lo mismo ocurre con el sitio de colaboración que se utilizó por la DG de Cartera para el seguimiento de la remisión y consumo de los recursos materiales. Se trata de vías de apoyo a la gestión, complementarias con esta y necesarias, precisamente, para reforzar los medios utilizados para ella.

Las discrepancias entre la información remitida por los hospitales, superior en determinadas remisiones semanales, y la declaración agregada de las CCAA (**página 87**), se debió a que, como ya se alegó en una fase anterior, muchos hospitales realizaron contratos de emergencia de este tipo de material, al margen de las adquisiciones de los Servicios Regionales de Salud.

En el escrito de 25 abril se ofreció el dato, a modo de ejemplo, del hospital 12 de Octubre de Madrid, que celebró en 2020 contratos de emergencia para la adquisición de cientos de miles de equipos de protección por un importe de, al menos, 3,17 millones de euros.

Se acompaña ahora esta información con los enlaces de la Plataforma de Contratación de la Comunidad de Madrid correspondientes a 5 contratos de mascarillas celebrados por este hospital en 2020[14] y a 12 contratos con el mismo objeto adjudicados por el hospital de La Paz[15], haciendo constar que no son los únicos celebrados sobre mascarillas por estas

[14] https://contratos-publicos.comunidad.madrid/contratos?t=mascarillas&tipo_publicacion=All&createddate=&createddate_1=&fin_presentacion=&fin_presentacion_1=&ss_buscador_estado_situacion=All&numero_expediente=&referencia=&ss_identificador_ted=&entidad_adjudicadora=45&tipo_contrato=All&codigo_cpv=&bs_regulacion_armonizada=All&ss_sist_de_contratacion=All&modalidad_compra_publica=All&ss_financiacion_ue=All&ss_field_pcon_codigo_referencia=&procedimiento_adjudicacion=All&ss_tipo_de_tramitacion=All&ss_metodo_presentacion=All&bs_subasta_electronica=All&presupuesto_base_licitacion_total=&presupuesto_base_licitacion_total_1=&ds_field_pcon_fecha_desierto=&ds_field_pcon_fecha_desierto_1=&nif_adjudicatario=&nombre_adjudicatario=&importacion_adjudicacion_con_impuestos=&importacion_adjudicacion_con_impuestos_1=&ds_fecha_encargo=&ds_fecha_encargo_1=&ds_field_pcon_fecha_publi_anun_form=&ds_field_pcon_fecha_publi_anun_form_1=&f%5B0%5D=tipo_publicacion%3AContratos+adjudicados+por+procedimientos+sin+publicidad

[15] https://contratos-publicos.comunidad.madrid/contratos?t=mascarillas&tipo_publicacion=All&createddate=&createddate_1=&fin_presentacion=&fin_presentacion_1=&ss_buscador_estado_situacion=All&numero_expediente=&referencia=&ss_identificador_ted=&entidad_adjudicadora=56&tipo_contrato=All&codigo_cpv=&bs_regulacion_armonizada=All&ss_sist_de_contratacion=All&modalidad_compra_publica=All&ss_financiacion_ue=All&ss_field_pcon_codigo_referencia=&procedimiento_adjudicacion=All&ss_tipo_de_tramitacion=All&ss_metodo_presentacion=All&bs_subasta_electronica=All&presupuesto_base_licitacion_total=&presupuesto_base_licitacion_total_1=&ds_field_pcon_fecha_desierto=&ds_field_pcon_fecha_desierto_1=&nif_adjudicatario=&nombre_adjudicatario=&importacion_adjudicacion_con_impuestos=&importacion_adjudicacion_con_impuestos_1=&ds_fecha_encargo=&ds_fecha_encargo_

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

entidades, puesto que el objeto de las adjudicaciones de emergencia de material sanitario tenían diversas denominaciones, lo que dificulta la búsqueda exhaustiva.

Asimismo, y dado que el **Anexo 39** del Anteproyecto sólo analizó un tipo de material sanitario, también se facilita a ese Tribunal enlace a 7 contratos de emergencia de ese concreto material (buzos) adjudicados en 2020 por el hospital clínico San Carlos[16].

Valgan estos ejemplos para volver a ilustrar el hecho de que muchos hospitales de España también procedían a comprar en 2020 material de protección sanitaria por el procedimiento de emergencia. Siendo conscientes de ello, y de las dificultades que los Servicios de Salud autonómicos podían tener para agregar periódicamente los datos de todos sus centros sanitarios en momentos tan críticos de gestión de la crisis sanitaria, desde el Ministerio de Sanidad, en un ejercicio de prudencia y que ha demostrado ser también de buena gestión, decidió abrir estas dos posibles vías de información.

Por ello, lo que el Anteproyecto considera que "*incrementó la complejidad de la gestión y el riesgo de error*", fue en realidad un total acierto de gestión por parte de los diseñadores funcionales de la aplicación. En los casos en que en algún periodo alguna Comunidad no proporcionaba datos, se estimaban sumando los datos de los hospitales que habían declarado de esa Comunidad. En sentido contrario, la información ofrecida por las CCAA permitía complementar también posibles incidencias en la remisión de información de los hospitales, como reconoce el propio Anteproyecto de Informe en el segundo párrafo de la página 89.

Gracias a este diseño, fue posible obtener una imagen fiel durante muchos meses de las existencias y necesidades de material en el territorio español. Ello no habría sido posible de haber seguido el modelo sugerido por los auditores.

En cambio, este sistema no fue aplicado en la capacidad asistencial porque en este caso la información no era susceptible de proceder de dos fuentes que, llegado el caso, pudieran

1=&ds_field_pcon_fecha_publi_anun_form=&ds_field_pcon_fecha_publi_anun_form_1=&f%5B0%5D=tipo_publicacion%3AContratos+adjudicados+por+procedimientos+sin+publicidad

[16] https://contratos-publicos.comunidad.madrid/contratos?t=buzos&tipo_publicacion=All&createddate=&createddate_1=&fin_presentacion=&fin_presentacion_1=&ss_buscador_estado_situacion=All&numero_expediente=&referencia=&ss_identificador_ted=&entidad_adjudicadora=46&tipo_contrato=All&codigo_cpv=&bs_regulacion_armonizada=All&ss_sist_de_contratacion=All&modalidad_compra_publica=All&ss_financiacion_ue=All&ss_field_pcon_codigo_referencia=&procedimiento_adjudicacion=All&ss_tipo_de_tramitacion=All&ss_metodo_presentacion=All&bs_subasta_electronica=All&presupuesto_base_licitacion_total=&presupuesto_base_licitacion_total_1=&ds_field_pcon_fecha_desierto=&ds_field_pcon_fecha_desierto_1=&nif_adjudicatario=&nombre_adjudicatario=&importacion_adjudicacion_con_impuestos=&importacion_adjudicacion_con_impuestos_1=&ds_fecha_encargo=&ds_fecha_encargo_1=&ds_field_pcon_fecha_publi_anun_form=&ds_field_pcon_fecha_publi_anun_form_1=&f%5B0%5D=tipo_publicacion%3AContratos+adjudicados+por+procedimientos+sin+publicidad

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

complementarse. Quienes tenían un conocimiento directo de la ocupación hospitalaria eran precisamente los propios centros hospitalarios. Así se requirió por parte de la unidad responsable a la unidad tecnológica. El hecho de disponer de varios paneles en un cuadro de mando como CMC no significa que todos los datos deban recogerse de la misma forma y siguiendo las mismas características. La tecnología es versátil y adaptable a las necesidades de los profesionales especialistas en las diferentes materias. En este caso, la práctica demostró que la elección realizada en el diseño de la capacidad asistencial también fue acertada.

Por otro lado, y a propósito de las afirmaciones realizadas en las **páginas 87 y 88** del Anteproyecto, resulta necesario volver a plantear la problemática de los criterios de auditoría y su impacto en la presente fiscalización.

Como ya se ha señalado, si estos criterios, parámetros o referencias no se especifican en el diseño de la fiscalización o se van incorporando a la misma durante su ejecución, y si posteriormente no se explicitan al ente auditado, se llega a afirmaciones como la señalada en el Anteproyecto sobre la supuesta complejidad y riesgo de error del diseño de un sistema de doble entrada. Se insiste en que, precisamente por haber obtenido dos vías de entrada (hospitales y CCAA) el Ministerio pudo obtener una imagen más fiel de la realidad en momentos tan dramáticos en los que conocer las existencias y necesidades de material de protección era esencial para distribuir los recursos disponibles (muy escasos durante las primeras semanas) allí donde más se necesitaban.

Por otro lado, que existieran discrepancias en los datos facilitados por las CCAA y los hospitales de su territorio, más allá de ser comprensibles por este Ministerio en los momentos más complicados de la crisis sanitaria, es un elemento de fiscalización que no ha de dirigirse a este Ministerio. Como se ha alegado en repetidas ocasiones en el curso de esta auditoría, el alcance subjetivo de esta fiscalización, para resultar comprensiva en su análisis y de total utilidad en sus recomendaciones, debería incorporar también a las CCAA (directamente o a través de sus OCEX), puesto que estas ostentan competencias muy significativas en materia de asistencia sanitaria y salud pública.

De cualquier manera, las conclusiones a las que el Anteproyecto de informe llega sobre esta cuestión se basa en el análisis de un solo producto (buzos) en únicamente 4 CCAA, a las que continúa sin identificar, pese a las alegaciones sobre esta cuestión realizadas por el Ministerio de Sanidad en su escrito de 25 de abril de 2024.

Por qué el equipo auditor eligió este producto en concreto, cuando no fue el de mayor demanda, y por qué se seleccionaron estas cuatro CCAA (denominadas como AUT_01, AUT_03, AUT_06, AUT_09) y no otras, continúa resultando una incógnita. La selección de elementos específicos en auditoría, y máxime cuando no se explicitan los criterios de selección utilizados, presentan serios problemas de representatividad de los resultados y de fiabilidad de las conclusiones alcanzadas mediante este sistema.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

A este respecto, hemos de remitirnos a lo ya señalado sobre la Norma Internacional de Auditoría, Muestreo de Auditoría, en su adaptación en España (NIA-ES 530), que define el muestreo en auditoría, y las consideraciones de los expertos sobre los problemas de la selección de elementos específicos.

En atención a la relevancia de lo señalado, y dado que el apartado 63 d) de las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas (II. Normas Procedimiento) establece la posibilidad de que "las explicaciones del alegante para justificar su actuación" puedan dar a cambios en la redacción del proyecto (aunque no con carácter general), se solicita que en la redacción final del Informe de fiscalización se supriman los siguientes apartados que constan en las páginas 87 y 88 del anteproyecto (en subrayado, el texto que se considera debería eliminarse), así como el Anexo 39:

> *"- Los obligados al envío de información eran las CCAA, ciudades autónomas y centros hospitalarios (inscritos en el registro de centros de atención especializada gestionado por el MSND a partir de la información proporcionada por las CCAA). El envío de cada CCAA se correspondía, teóricamente, con las cifras agregadas de los centros hospitalarios incluidos en su ámbito e incorporaba adicionalmente todos los centros de almacenamiento y consumo de la misma. En paralelo, cada centro hospitalario debía remitir su propia información. Esta doble vía de entrada para la misma información incrementó la complejidad de gestión y el riesgo de error, cuestión que se ha acreditado en la medida en que la agregación de la información remitida por los hospitales es superior, en determinadas remisiones semanales, a la declaración agregada de la CCAA, como se pone de manifiesto en el Anexo 39 del informe que presenta la comparación del consumo de una categoría de suministros (buzos) declarado por varias CCAA y por los centros hospitalarios ubicados en su territorio.*
>
> *En la misma línea, en los cálculos para la distribución de productos por la D.G. de Cartera solo se tuvo en cuenta la información remitida por las CCAA y no la de centros hospitalarios, salvo en el caso de una Ciudad Autónoma, en el que ante la falta de remisión de información por parte de esta ciudad autónoma se utilizó la información remitida por el único hospital de la misma .*
>
> *Resulta significativo que esta solución de doble remisión difiere de la adoptada en materia de disponibilidad asistencial, en la que la CCAA o ciudad autónoma solo tiene que informar, en su caso, de la parte adicional a la información remitida por los centros hospitalarios".*

En relación con las afirmaciones realizadas sobre la aplicación de encuestas (**página 88**) y los supuestos problemas detectados, estos ya fueron objeto de alegación en el escrito de 25 de abril del año en curso, al que hemos de remitirnos, reiterando la solicitud de que las afirmaciones realizadas sean suprimidas en la versión final del Informe.

En todo caso, se insiste en lo siguiente:

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

a) En relación con la falta de integración entre la aplicación de encuestas y la BD de CMC, resulta que cuando se diseñó la aplicación se prefirió actuar de este modo, para primar la necesaria rapidez en la puesta a disposición de las encuestas a los informantes, dada la situación de urgencia extrema imperante, antes que tener que realizar un desarrollo costoso en tiempo y recursos que hubiera pospuesto la obtención de la información por varias semanas.

   Igualmente, se consideró la necesidad de que, cuando un centro/CCAA corregía un dato, una persona experta auditara la corrección previa a su grabado**,** precisamente para evitar datos distorsionadores de la realidad. Ello no quiere decir que no se dispusiera de trazabilidad en la base de datos que permitiera comprobar la corrección realizada, además de los back-ups periódicos que se llevaban a cabo.

   Por último, por parte de los gestores al mando, se consideró de vital importancia que quedara constancia en la aplicación de encuestas que el envío del formulario con el dato erróneo había sido realizado por el agente suministrador, devolviéndose, además, un PDF a éste con los datos enviados a través del formulario, lo que servía de justificante y facilitaba, a través de su lectura, la identificación del error por ellos mismos.

- Se consideró realizar los informes de calidad del dato para disponer de una vía adicional de control de la veracidad de estos.

- Las validaciones implementadas sobre la aplicación de encuestas para evitar la remisión errónea de información fueron aquellas solicitadas por las unidades funcionales, dentro de las prestaciones que ofrece la plataforma de software libre sobre la que se basa.

Por otra parte, el Cuadro de Mando y Control fue un sistema de información y una aplicación tecnológica creada exprofeso para la gestión de información relacionada con la pandemia, por lo que, como ya se alegó en el escrito de 25 de abril de 2024, no se trata de una "*aplicación comercial*" como insiste en señalar el Anteproyecto en el último párrafo de la página 88. Si esta mención se refiere a la aplicación de encuestas, utilizada para la recogida de los datos, también es erróneo calificarla como "comercial", cuando carece de licenciamiento al ser una herramienta de código abierto.

En el **tercer párrafo de la página 89**, el Anteproyecto de informe incorpora la locución conjuntiva adversativa "sin embargo" al referirse al informe creado en el CMC en el que se detallaba la disponibilidad de productos sanitarios y la duración estimada de las existencias, dando a entender que las afirmaciones posteriores representan algún tipo de deficiencia en la gestión.

Fue el personal de la DG de Cartera el que, a pesar de tener, lógicamente, acceso al CMC, solicitó poder disponer, además, de un informe generado desde la propia herramienta, que les fuera enviado de forma periódica, remitiéndose este también a las CCAA. El mantenimiento en el tiempo de estos informes y el acceso continuado a los mismos por los usuarios demuestra precisamente su utilidad y la de la información contenida en la misma.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Todo ello se complementaba con las tablas Excel que también se elaboraban con los datos detallados y recogidos y se ponía a su disposición en el espacio de colaboración específico.

Por ello, se solicita que en el informe final desaparezca las palabras "Sin embargo" en el tercer párrafo de la página 89.

Por otro lado, en el **cuarto párrafo de la página 89**, el Anteproyecto de informe considera que se ha producido una "infrautilización" de la aplicación CMC. El Anteproyecto basa su conclusión en que a la interfaz de explotación de datos han accedido 63 personas, de las que el 58% corresponden a personal directivo.

Surge aquí de nuevo el problema de los criterios de auditoría. Para justificar una afirmación de ese tipo ("*infrautilización*"), habría sido necesario que se explicitara cuál es volumen de accesos que se considera suficiente, qué referencias o baremos se han utilizado o, en su caso, qué otros ejemplos o buenas prácticas se han tenido en cuenta para llegar a esta conclusión. Al no exponerse los criterios de auditoría utilizados se considera que la mera apreciación subjetiva no resulta suficiente para emitir juicios de valor.

Además, como ya se dijo en el anterior escrito de alegaciones, se trata de un "Cuadro de Mando", por lo que los usuarios a los que realmente iba destinado eran precisamente personas de perfil directivo y responsables del seguimiento de la crisis, pues la información recogida tenía como principal finalidad la toma de decisiones de manera rápida y eficaz.

En todo caso, la amplia utilización del espacio colaborativo por personal del Ministerio de Sanidad y las CCAA, en el que la información volcada procede directamente de la aplicación CMC, corrobora precisamente que nunca ha existido una "*infrautilización*", ya que el sistema ha de evaluarse como un todo integrado, del que forman parte tanto la interfaz como el espacio colaborativo.

En atención a lo expuesto, se solicita la supresión del cuarto párrafo de la página 89 en la redacción del Informe final y, en todo caso, la eliminación de las referencias a la supuesta "infrautilización" de las aplicaciones y a la necesidad de mayor colaboración funcional - técnica.

- **Subapartado II.2.5.1.d) Gestión de existencias**

1.- En primer lugar, debe indicarse que la nueva versión del Anteproyecto de informe modifica la denominación de este epígrafe.

Mientras en la versión remitida en el mes de febrero de 2024 se denominaba "*Distribución y gestión de existencias*", en la nueva versión se elimina la referencia a la distribución, sin que exista causa o se aporte explicación alguna. El Ministerio de Sanidad en los escritos de alegaciones y aclaraciones no hizo referencia a este cambio de denominación.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Lo que sí se puso en cuestión de manera reiterada fue que una auditoría operativa de sistemas de información pudiera extender unilateralmente el alcance de la fiscalización para abordar ámbitos de mera actuación material del Ministerio de Sanidad, entre los que se citaba la gestión logística o la distribución de productos sanitarios.

La eliminación de la palabra "*distribución*" en la denominación del epígrafe no aporta nada nuevo en este sentido, como tampoco el hecho de suprimirla en la nueva página 91, puesto que en el diagrama nº 21 y otros apartados de este mismo epígrafe se continúan auditando decisiones y actuaciones de los responsables del departamento en el ámbito de la distribución de material sanitario que nada tienen que ver con sistemas de información.

2.- Asimismo, la nueva versión del Anteproyecto elimina la siguiente afirmación que se contenía en la página 88 de la primera versión remitida el 29 de febrero de 2024 al Ministerio de Sanidad para la realización de alegaciones:

> "*No obstante, si bien* ***el sistema de gestión de existencias que se analiza a continuación sirvió para el control de todos los materiales cualquiera que fuera su destino****, en lo que respecta a la distribución a entidades ajenas al SNS, no se establecieron (…)*

En su escrito de alegaciones, el Ministerio mostró su conformidad con esta valoración positiva, poniéndola en relación con otras más críticas, solicitando la eliminación o matización de estas últimas en función de los datos y explicaciones ofrecidas en dicho escrito

Llama la atención cómo una valoración positiva realizada por el equipo de fiscalización en el Anteproyecto de informe desaparece posteriormente de manera injustificada y sin mayor explicación en una versión posterior del mismo.

El sistema de gestión de existencias no son solo hojas de cálculo como insiste en sostener el equipo auditor. Se compone de otros muchos elementos, como los procesos implantados, el sistema de información de la empresa logística (este sí merece tal calificativo, como se desarrollará más adelante), los canales de comunicación o los soportes documentales de múltiples actuaciones, entre otros. Es el conjunto del sistema de gestión de existencias el que, efectivamente, garantizó y garantiza el control de todos los materiales cualquiera que fuera su destino y, en caso de duda, existe documentación exhaustiva (albaranes, actas de recepción, certificados, etc.) que así lo demuestra, como sabe perfectamente el Tribunal porque dispone de toda ella desde el primer momento.

Establecer un nuevo texto de auditoría más desfavorable para el ente fiscalizado que el anterior, sin justificación ni explicación alguna, genera indefensión y supone vulnerar principios básicos de nuestro estado de derecho, como el principio de "*reformatio in peius*", que impide o proscribe que el órgano que conoce de un recurso (en este caso, un escrito de alegaciones o aclaraciones) pueda empeorar o hacer más gravosa la situación jurídica del recurrente (o, en este caso, alegante) tal y como fue reconocida en la resolución previa (o anteproyecto).

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Por ello, se solicita que en la versión definitiva del Informe se recupere la referencia explícita a que "el sistema de gestión de existencias sirvió para el control de todos los materiales cualquiera que fuera su destino".

3.- En tercer lugar, en la **página 90** de la nueva versión del Anteproyecto vuelve a afirmarse, al aludir a los criterios establecidos para la distribución del material sanitario a las CCAA lo siguiente:

> "*los cálculos de estos parámetros se efectuaron con hojas de cálculo de aplicaciones ofimáticas comerciales. Si bien no se han hallado incidencias en los cálculos, cabe destacar que este procedimiento no garantiza la integridad y trazabilidad de la información gestionada que, además, tenía efectos en la distribución de recursos*".

Como ya se alegó en el escrito anterior, no se comprende cómo puede criticarse que se utilice una hoja de cálculo precisamente para realizar "cálculos", a fin de establecer las unidades del material disponible que correspondía distribuir a cada CCAA según los criterios de reparto establecidos (población, número de casos COVID, ingresos UCI) y su ponderación. Tampoco se comprenden las críticas en cuanto a la integridad o trazabilidad de este procedimiento.

Se desconoce qué referencia, estándar o buena práctica habría permitido operar de otra manera en este supuesto, y si lo que en el texto se quiere decir es que hubiera sido preciso desarrollar una aplicación nueva y específica para poder realizar estos sencillos cálculos, con el coste económico que ello hubiera requerido, así como el tiempo que habría que haber empleado en ello, precisamente durante los momentos más críticos de la crisis sanitaria, en los que proceder de manera inmediata y ágil a los repartos de material sanitario era, literalmente, vital. En cualquier caso y en definitiva, se insiste en que dicha herramienta ofimática era el instrumento más útil y eficaz para lograr los objetivos pretendidos.

4.- Por otro lado, en cuarto lugar, en el **Diagrama Nº 21 que figura en la página 89** se ha incluido en esta nueva versión del Anteproyecto una referencia a la documentación acreditativa de la recepción de todos los materiales, que es un elemento clave de todo el sistema. No obstante, el diagrama modificado lo coloca como un cuadro independiente y aislado del resto de los procesos, cuando tiene relación con muchos otros elementos (destinatarios, DG Cartera, INGESA, etc.).

Debe recordarse que en estos documentos y actas de recepción se especificaban diferentes datos relativos a la entrega, tales como identificación del material suministrado y número de unidades. Cada uno de estos envíos recibía la conformidad de los representantes designados por las CCAA. Estos documentos se remitían mediante correo electrónico al representante designado en el punto de recepción, y una vez obtenida la conformidad, se recibían y archivaban como comprobantes en la unidad habilitada al efecto en el INGESA.

Esta documentación venía a verificar el número de unidades realmente suministradas y la conformidad del receptor, lo que permitía y permite dar validez a los ficheros. En caso de

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

discrepancia en algún aspecto, la documentación de recepción sería la fuente a consultar a efectos de control y verificación. Este proceso constituye, de hecho, un paso fundamental para cerrar el circuito y evidencia el control sobre las distribuciones para su posterior justificación, como bien habían señalado los auditores en la página 88 de la primera versión del Anteproyecto y que luego ha desaparecido en la última versión de manera injustificada, como ya se explicó anteriormente.

Por otro lado, el Diagrama nº 21 no refleja otro elemento clave e indispensable, sin el que no es posible tomar conocimiento exacto del proceso de distribución y gestión de existencias. Se trata del sistema de información del que disponía y dispone la empresa logística, el único sistema de información como tal del sistema de gestión de suministros, el cual será tratado con detalle a continuación.

Por tanto, se solicita que el diagrama nº 21 sea corregido para incorporar la documentación de recepción en el conjunto de los flujos del sistema, y también para incluir el sistema de información de la empresa logística, al que INGESA pudo acceder desde el principio, dejando constancia de su destacada relevancia en el conjunto de las actividades descritas en dicho diagrama.

En esta misma **página 91**, tras el Diagrama Nº 21, el Anteproyecto señala en el segundo epígrafe los siguiente:

> *"INGESA controlaba la ejecución del contrato con la empresa de la logística, las actas de recepción de los destinatarios finales e incorporara* (sic) *los resultados de las comprobaciones de calidad".*

A este respecto, en aras de una mayor precisión, debería sustituirse la referencia a "Actas de recepción", por "certificados de conformidad". Igualmente, debería completarse con "… e incorporaba los resultados de las comprobaciones de calidad en sus sistemas de seguimiento interno".

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se considera que el párrafo debería quedar redactado de la siguiente manera:

> *"El INGESA controlaba la ejecución del contrato con la empresa encargada de la logística, gestionaba los certificados de conformidad de los destinatarios finales e incorporaba los resultados de las comprobaciones de calidad a sus sistemas de seguimiento interno."*

5.- Asimismo, la nueva versión del Anteproyecto de informe expone en las **páginas 91 a 95**, diversas cuestiones sobre datos, comprobaciones y depuraciones (que se analizan más adelante) pero siempre con referencia a las hojas de cálculo utilizadas por INGESA y la DG de Cartera.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Como ya se señaló a ese Tribunal en el anterior escrito de alegaciones, quien dispone de una herramienta informática específica para realizar el seguimiento integral de las distintas fases de gestión de las existencias era y es la empresa logística, lo cual resulta de todo punto lógico, pues es esta empresa especializada la que, bajo la dirección de INGESA, ejecuta toda la actividad material de recepción, almacenaje y envío de los productos. Desde el inicio primer contrato se dio acceso a personal del Ministerio de Sanidad a dicha herramienta informática[17].

Las hojas de cálculo de las que disponían INGESA y la DG de Cartera eran herramientas accesorias para la gestión diaria que se alimentaban de los datos que volcaba el sistema de información de la empresa logística, cuya existencia como elemento clave fue exigida por INGESA en las adjudicaciones de los contratos de gestión logística integral. Este sistema de información y la aplicación informática asociada, junto con las hojas de cálculo, sirvieron desde el principio para que los órganos responsables del Ministerio llevaran a cabo el seguimiento y control de existencias y material distribuido. Estas hojas de cálculo fueron el instrumento más sencillo y eficiente (teniendo en cuanta las enormes necesidades y urgencias del momento) para la gestión de los suministros de material de protección desde marzo de 2020.

A pesar de que en el escrito de alegaciones remitido a ese Tribunal el 25 de abril de 2024 se manifestó en diversos apartados la relevancia y trascendencia del sistema de información de la empresa logística en el conjunto de la gestión del material sanitario, la nueva versión del Anteproyecto persiste en los análisis de hojas de cálculo, meramente auxiliares, utilizadas por el personal del Ministerio de Sanidad como apoyo a sus tareas materiales, y que además no constituyen sistema de información alguno, siendo su objeto meramente operacional y no de control logístico exhaustivo.

Y por el contrario, sigue sin conceder la más mínima relevancia al hecho de que existe un verdadero sistema de información, cuyo objeto sí era el seguimiento y el control, que era el sistema de la empresa logística, que no ha sido auditado.

La única referencia a esta cuestión que se recoge en la última versión del Anteproyecto de informe es la siguiente: "*el MSND sustentó la gestión de estos recursos materiales en los soportes auxiliares proporcionados por la empresa de logística explotados en hojas de cálculo y documentos de trabajo de la DG Cartera y de INGESA (…)* (página 95)".

Al respecto, debe señalarse lo siguiente:

- Resulta incorrecto, o cuanto menos impreciso, denominar "*soportes auxiliares*" a las fuentes primarias que proceden de un verdadero sistema de información, el de la

[17] La disponibilidad de este sistema de información procedió de una decisión expresa de INGESA, que se materializó en el contrato de emergencia adjudicado a principios de abril de 2020, precisamente para que un tercero especializado pudiera realizar esta gestión logística de los suministros de material sanitario.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

empresa encargada de todos los procesos logísticos. Si algo fue "auxiliar" fueron las hojas de cálculo utilizadas para la gestión ordinaria que emplearon los funcionarios encargados de estos procesos

- El Anteproyecto no ha incorporado la alegación que explicaba que, desde principio mismo de la crisis sanitaria y hasta la actualidad, INGESA ha tenido acceso en línea al sistema de información logística de la empresa adjudicataria, al haberse exigido desde el primer contrato de emergencia celebrado con este objeto. En el escrito de alegaciones se ofreció cumplida información sobre estos contratos

- Igualmente, llama la atención que la nueva versión del Anteproyecto sí recoja y analice datos de los sistemas de información de la empresa adjudicataria de los controles sanitarios en aeropuertos (página 113, cuadro nº 14), existiendo en aquel caso un verdadero sistema de información en el Ministerio/AENA (SpTH), pero en cambio no proceda, al menos, del mismo modo en el caso de la empresa responsable de la gestión logística, que era la encargada de establecer y desarrollar el sistema de información logístico.

En atención a lo señalado anteriormente y a lo expuesto en el escrito de alegaciones de 25 de abril de 2024, se solicita que en el Informe final conste información precisa y ponderada sobre la verdadera naturaleza de las distintas fuentes de información. En caso contrario, los resultados de la presente auditoría podrían ser incompletos al no haber examinado y evaluado toda la información relevante existente sobre esta materia.

6.- En sexto lugar, a juicio de este departamento, el Anteproyecto de informe no refleja adecuada ni objetivamente en el cuarto párrafo de la **página 92** las alegaciones realizadas por el Ministerio en relación con los cálculos expresados en la primera versión del Anteproyecto.

En el nuevo párrafo de la página 92, el Anteproyecto señala lo siguiente:

> *"En el trámite de alegaciones el Ministerio "señaló las razones que podrían explicar las diferencias en relación con una sola de las categorías de productos, la de las batas, a modo de ejemplo", sin aportar documentación que lo soportase ni evidencia de contraste sobre el resto de categorías, más allá de mostrarse en desacuerdo con su configuración (…)".*

Sin embargo, las alegaciones que el Ministerio realizó en su escrito de 25 de abril sobre los cálculos y el manejo de datos e informaciones que había hecho y presentado el equipo auditor en la primera versión del Anteproyecto, tuvieron una extensión de 16 páginas (de la 68 a la 83). En ellas, el Ministerio rebatió, cuestionó, matizó y criticó varios modos de proceder y numerosas de las afirmaciones realizadas en el Anteproyecto. A modo de ejemplo, y en relación sólo a las diferencias respecto de los cálculos, que es la cuestión que destaca ahora la nueva versión del Anteproyecto en la página 92, el Ministerio alegó muchas otras cuestiones. A modo de ejemplo:

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

- *"Las operaciones de explotación y análisis realizadas por los auditores no han consistido en la mera explotación automatizada de los ficheros (…), sino que ha consistido en tareas diversas, muchas de ellas de reclasificación y agregación, cuyo alcance es desconocido para los órganos fiscalizados".* (Pág. 71)

- *"*(…) *El Cuadro Nº12 recoge una clasificación y estandarización de los productos que no se corresponde con la llevada a cabo en la operativa práctica de INGESA y DG Cartera, ni tampoco con la propia información remitida en 2023 por la Secretaría de Estado de Sanidad. Parece que el Anteproyecto de Informe, para conformar ese cuadro, ha creado una codificación y categorización de productos y materiales específicos, basada en la información aportada hasta entonces, pero con matices, novedades y aportaciones propias (…)".* (Pág. 72)

- "*La explicación sobre dichas discrepancias (entre ficheros) es sencilla: el fichero de INGESA sólo incluía el material que era susceptible de distribución, mientras que el de la empresa logística contemplaba todo el material almacenado*". (Pág. 73)

- "*Si bien el fichero de INGESA se alimentaba primariamente, como no podía ser de otra manera, con la información facilitada por la propia empresa logística sobre entradas, salidas y stock de productos, resulta que las funciones que desempeñaba INGESA y sus finalidades, eran diferentes de las de la empresa logística. Los datos de la empresa tenían una finalidad de puro seguimiento logístico. Los de INGESA, en cambio, además de servir para controlar la ejecución del contrato con dicha empresa, también debían servir para conocer el material susceptible de distribución*." (Pág. 73)

- "(…) *en los ficheros de INGESA no aparecían recogidos aquellos productos que estaban siendo sometidos a estudios de calidad para permitir su distribución, así como aquel material que no cumplía los criterios de calidad y que, por tanto, no permitía su uso y distribución. Dicha información nunca estuvo, al menos con ese detalle, alcance y precisión temporal, en los ficheros de la empresa logística*". (Pág. 74)

- "*Como ejemplo del distinto tratamiento de las existencias dado por el INGESA y la empresa de logística y a modo de aclaración de las mismas, en el Cuadro Nº 9, el INGESA hace constar 0 gafas almacenadas frente a las 396.700 que indica la empresa logística. En realidad, existían 0 gafas "aptas para su distribución", dado que las 396.700 comunicadas por la empresa logística no cumplían con los criterios de calidad y, por tanto, se encontraban bloqueadas para su entrega".* (Pág. 74).

- "*En igual situación se encontraría, por ejemplo, también, el medicamento PROPOFOL, con 0 unidades disponibles para su distribución según los registros del INGESA porque las 10.877 unidades que figuran almacenadas en la empresa de logística se encontraban caducadas (…) La misma pauta se repite con el resto de materiales y medicamentos recogidos en el mencionado cuadro*". (Página 74)

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

- "*Por su parte, y en relación con el Cuadro Nº 11, el Anteproyecto de Informe lleva a cabo una clasificación y estandarización de los productos que no se considera adecuada, ni se corresponde tampoco con la llevada a cabo, al menos, desde el INGESA. Ello imposibilitaría hacer las comparaciones que pretende hacer el Anteproyecto, puesto que estas conducen a la obtención de conclusiones que solo son aparentemente contradictorias*". (Pág. 76)

- "*En este sentido, se tratan por igual todo tipo de mascarillas, sin discriminar las mascarillas quirúrgicas de las de protección y, sin embargo, se diferencia como apartados separados pantallas y gafas cuando el INGESA las considera unidas al tratarse de material de protección ocular*". (Pág. 76)

- "*En relación con la falta de una adecuada clasificación de los productos, este departamento desconoce si los datos manifestados por la empresa logística siguen una correcta clasificación en los grupos comparados. Parece lógico que al tratarse de materiales que no estaban estandarizados a priori y que se calificaban por personal no especializado, en este tipo de productos, pudiera haberse efectuado una incorrecta clasificación de los mismos. (…). Es posible, por otro lado, que la empresa logística no incluyera los traslados entre almacenes o devoluciones, cuyas depuraciones se tenían que hacer cuidadosamente desde el INGESA para ajustar los valores de las distribuciones*". (Pág. 76)

- "*Asimismo, la discrepancia en las cifras del medicamento DIPRIVAN es consecuencia de las distintas unidades de medida utilizadas, de tal forma que aun siendo todas ellas equivalentes, el INGESA trabajaba con las unidades que eran útiles para su distribución, esto es, miligramos, mientras que el resto de entidades expresaron dichas unidades en viales sin tener en cuenta la dosis en miligramos*" (Pág. 77).

- *"(…) en el caso de la información sobre trajes/buzos/monos, los datos agregados fijados en el Cuadro Nº 12 recogen un total de 6.952.910 unidades adquiridas y procedentes de donaciones (…) Sin embargo, no es posible deducir qué criterios, análisis o sumatorios han realizado los auditores a la hora de computar esa cantidad. Los datos no cuadran. Un filtrado de los datos aportados por la Secretaría de Estado de Sanidad en marzo de 2023 no ofrece los mismos resultados que la información aportada por el Anteproyecto de Informe en dicho Cuadro Nº 12. Así, tras realizar ese filtrado, la información obtenida respecto a los suministros de este material es la siguiente (…)".* (Página 78 y 79)

Por tanto, y en contra de lo sostenido en el cuarto párrafo de la página 92, el Ministerio realizó numerosas alegaciones también sobre los cálculos y los datos presentados en la primera versión del Anteproyecto de informe. De hecho, las alegaciones pusieron de manifiesto errores e inconsistencias en los cálculos y cruces realizados por los auditores que fueron reconocidos posteriormente por estos.

Reducir las alegaciones del Ministerio a "*una sola categoría de productos*" y a un genérico "*desacuerdo*", supone desvirtuar y tergiversar la realidad de los hechos y llegar a afectar a derechos y garantías del ente fiscalizado. Entre estas garantías se encuentran los deberes de

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

imparcialidad y objetividad que deben cumplirse en la realización de la fiscalización (apartado 68.c) de las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas).

En cualquier caso, se debe poner de manifiesto lo anómalo que se considera ha resultado todo este proceso. Más allá de recordar de nuevo que las hojas de cálculo no representan sistemas de información, sino que sólo son meros instrumentos de trabajo para la gestión diaria de los funcionarios, y que el sistema de información es el de la empresa logística (no analizado en el transcurso de esta auditoría), no resulta comprensible la insistencia del Tribunal en la realización de reelaboraciones, conciliaciones y ajustes en las pestañas y los registros de las hojas de cálculo.

No parece que deba ser tarea del auditor "*corregir determinadas deficiencias en la información original*" (página 92) y, mucho menos, que el equipo de fiscalización proceda a "*elaborar*" datos y "*explotarlos*" con el único objetivo de llegar a unas determinadas cifras (páginas 1 y 2 del Anexo 1 del escrito remitido por el Consejero del Tribunal de Cuentas el 19 de junio de 2024)

También ha resultado desconcertante que el equipo auditor conmine al Ministerio de Sanidad a "*depurar*" la información remitida, a "*realizar los ajustes oportunos en las bases de datos*" y revisar "*todos los productos en que existen discrepancias* (Anexo 1 escrito 19 de junio de 2024)".

En buena lógica, las tareas de examen, validación y auditoría de los sistemas de información (que no de hojas de cálculo) corresponden a la entidad encargada de realizar la auditoría y no al ente auditado. Con ello, se estaría invirtiendo la carga de la prueba, haciendo recaer en el Ministerio de Sanidad la responsabilidad de rebatir e incluso "auditar" las operaciones de ajuste, reelaboración, conciliación y explotación que hacen los servicios del Tribunal de Cuentas. Los efectos que este modo de actuar genera en términos de indefensión e inseguridad jurídica para la entidad fiscalizada son evidentes y no necesitan mayor explicación.

Pese a todo ello, y en el marco de su deber de colaboración con ese Tribunal, el Ministerio de Sanidad ofreció cumplida respuesta antes del plazo establecido de 10 de octubre de 2024. A consecuencia de esta respuesta y de los archivos aportados, los servicios del Tribunal procedieron a realizar nuevos ajustes, conciliaciones, reelaboraciones y explotaciones de los datos. Su resultado es el que se expone en esta segunda versión del Anteproyecto de informe que se somete a alegaciones. Las alegaciones concretas se exponen más adelante.

En lo que sí debe hacerse ahora especial hincapié es en la insistencia continuada del equipo auditor en poder realizar explotaciones de los datos con la única finalidad de obtener unos totales que poder mostrar en diferentes tablas y cuadros. Esta insistencia se puso de manifiesto en el transcurso de los trabajos de auditoría, en la primera versión del Anteproyecto, en el escrito de aclaraciones remitido por el Tribunal el 19 de junio de 2024 y en la segunda versión del Anteproyecto recientemente remitido.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Por tanto, no se trata ya sólo de que el Anteproyecto de informe exceda su ámbito objetivo y entre a analizar aplicaciones ofimáticas que no representan un sistema de información, sino que además, supuestamente, utiliza la auditoría para una finalidad diferente de la autorizada, e incluso de la que se prevé en el propio texto del Anteproyecto (página 14). En todo caso, las motivaciones de este interés en explotar y difundir datos sobre la gestión logística del material sanitario no se han puesto de manifiesto en ninguno de los textos remitidos por ese Tribunal.

Por todo ello, si lo que pretende auditar esta fiscalización operativa es la gestión logística del material sanitario, su almacenamiento, su distribución, su estado de conservación y las existencias disponibles, debería instarse el inicio de una nueva y diferente fiscalización operativa (o, en su caso, de cumplimiento) que, de acuerdo con las Normas de Fiscalización, ha de ser autorizada y programada por el Pleno del Tribunal de Cuentas, quien posteriormente habrá de ofrecer las directrices técnicas oportunas.

Y mientras esa nueva actuación se produce, habrían de eliminarse del presente Anteproyecto de informe todas las referencias a los procesos materiales de gestión logística, todos los cuadros que recogen explotaciones de datos procedentes de hojas de cálculo y todas las valoraciones que respecto de todo ello se han emitido en las dos versiones del Anteproyecto de informe

7.- Por otro lado, en relación con **suministros caducados**, el Anteproyecto de informe señala lo siguiente en la página 92:

> "*También manifestaban las alegaciones del MNSD y el INGESA que la "información sobre suministros caducados no hacía constar una precisión importante sobre la extensión de la vida útil de los productos sanitarios*".
>
> *El Tribunal, a la vista de lo señalado en las alegaciones, que no era acorde con la evidencia obtenida en los trabajos de fiscalización y con objeto de realizar las comprobaciones oportunas, solicitó aclaraciones y documentación al MSND:*
>
> *- Sobre la extensión de la fecha de caducidad de los productos, el MSND manifestó que "determinados productos pueden ser reevaluados y en interés de la salud publica conservados más allá de su fecha teórica de validez" y que "se han enviado a las empresas fabricantes cartas de solicitud de extensión de caducidad, en tiempo y forma, de las cuales se está esperando una respuesta". Solicitada la documentación sobre este particular, se aportaron las cartas enviadas por el MSND en mayo de 2022 y la única respuesta recibida de uno de los proveedores en ese mismo año, que estaba referida a mascarillas, la cual indicaba que "la Agencia [Española del Medicamento y Productos Sanitarios] nos ha indicado que una vez el producto se ha comercializado, no es posible extender su plazo de caducidad. […] Los productos que ya se han puesto en el mercado con una fecha de caducidad no podrían modificarse. Otra cuestión sería que en base a nuevos ensayos/estudios que haya hecho el fabricante, esta fecha pueda ampliarla para próximos lotes que quiera poner en el mercado. […]. Hemos contactado con los fabricantes, quienes nos han confirmado el criterio de la Agencia.*

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

De todo ello se deriva que no resulta posible extender la fecha de caducidad del material caducado, lo que afecta al principio de eficiencia en la gestión de la reserva estratégica por el que se debía vincular la utilización del material a la vida útil de los productos".

Primeramente, debe señalarse que la petición que se realizó sobre esta cuestión en el escrito de solicitud de aclaraciones de 19 de junio de 2024, **recoge una falsedad que afecta a todo lo actuado posteriormente**. En aquel escrito se decía literalmente lo siguiente:

"*Tanto el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria como ese Ministerio (páginas 87 y 88 de las alegaciones) manifiestan que se han remitido a los fabricantes de los productos comunicaciones solicitando que se extienda el periodo de caducidad de los mismos".*

Sin embargo, en ningún momento el Ministerio de Sanidad realizó esas manifestaciones, como se desprende de la lectura de las páginas 87 y 88 referidas por el Consejero en su comunicación. En dichas páginas y sobre esta cuestión el Ministerio se limitó a señalar lo siguiente:

"A este respecto, es preciso puntualizar, en primer lugar, que el hecho de que un producto sanitario esté caducado, no implica necesariamente que ese producto no pueda utilizarse bajo ninguna circunstancia. Algunos de los productos incluidos en la reserva tienen una fecha de validez otorgada por el fabricante de acuerdo a los estudios de estabilidad exigidos por su regulación pertinente. Sin embargo, eso no necesariamente indica una pérdida de actividad, rendimiento o eficacia. Por ello, determinados productos pueden ser reevaluados y en interés de la salud publica conservados más allá de su fecha teórica de validez. Así ha ocurrido en España con la reserva de vacuna frente a viruela humana ACAM 2000, que, tras vencer su caducidad en 2018, ha sido reevaluada su actividad e idoneidad, que el fabricante ha extendido hasta en dos ocasiones a petición de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Por otro lado, resulta también llamativo que una indicación expresa sobre esta cuestión, comunicada por la Secretaría de Estado de Sanidad a ese Tribunal con ocasión de los envíos de ficheros el 15 de marzo de 2023, no haya sido tenida en cuenta en la redacción del Anteproyecto de Informe. En dicha indicación, la Secretaría de Estado de Sanidad ya advertía, expresamente, que "esta fecha de caducidad podrá ser modificada con base en resultados emanados de nuevas pruebas o análisis realizados sobre el producto".

En definitiva, la propia condición de "preparación" asociada a la reserva estratégica, implica el almacenamiento y custodia de un catálogo de productos previamente seleccionados, que, en ausencia de la emergencia, están, lógicamente, abocados a agotar su vida útil. En todo caso, la plena disponibilidad de material sanitario en las reservas estratégicas, en las cantidades precisas, está completamente garantizada. Y

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

ello es así por las existencias disponibles, las reevaluaciones que se lleven a cabo sobre la vida útil de ciertos materiales, y también por los procesos de adquisición que, en caso de necesidad, se pondrán en marcha. Es más, algunos de los productos relacionados con una reserva estratégica nacional, trascienden los que fueron necesarios en aquellos momentos y se vinculan a otras posibles amenazas que afecten a la salud de la población, situándose en el plano de la seguridad nacional".

Por tanto, se desconoce la fuente de información de la que pudo disponer el equipo auditor para solicitar unas aclaraciones sobre una información no transmitida por el Ministerio en sus alegaciones de 25 de abril de 2024.

Lo verdaderamente relevante en este caso es que fue precisamente la introducción de esta petición de nueva documentación, basada en una afirmación no veraz, la que, en aras del principio de colaboración con esa institución, llevó al envío de la comunicación de la que se hace eco la nueva versión del Anteproyecto de informe[18].

Asimismo, resultan llamativas varias otras cuestiones referentes a este tema.

En primer lugar, el hecho de reproducir casi en su integridad en el texto del Anteproyecto un documento aportado en fase de aclaraciones, lo que contrasta abiertamente con el resto de alegaciones, aclaraciones y justificaciones aportadas por este Ministerio en las más de 200 páginas y anexos remitidos, ninguna de las cuales ha merecido a juicio del equipo auditor un trato ni de lejos similar. Y ello a pesar de que la extensión de la vida útil de productos sanitarios es una materia totalmente ajena a los sistemas de información, que en teoría debería ser el único objeto de examen y valoración, y que otras muchas alegaciones y documentos aportados, por el contrario, sí se referían directamente a dichos sistemas de información.

En segundo lugar, el Anteproyecto realiza una inferencia cuanto menos problemática desde el punto de vista de la técnica de auditoría[19]. Aunque solamente se ha recibido una única respuesta a las cartas remitidas, ello parece resultarle suficiente al equipo de fiscalización para concluir con total determinación y seguridad que "*de todo ello se deriva que no resulta posible extender la fecha de caducidad del material caducado (…)".*

En este sentido, no parece que un solo ejemplo (siendo este además el escrito de un particular) pueda conducir a una conclusión general sin menoscabo de los principios de objetividad e imparcialidad.

[18] El artículo 11.1 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, señala que "en todo tipo de procedimiento se respetarán las reglas de la buena fe, y no surtirán efecto las pruebas obtenidas, directa o indirectamente, violentando los derechos o libertades fundamentales".

[19] A modo de ejemplo, la ISSAI-ES-300 declara que: "*Los auditores deben obtener evidencias que sean suficientes y adecuadas para establecer las observaciones (…)*". Documento ISSAI-ES-300: Principios fundamentales de la fiscalización operativa, página 38.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

A este respecto, debe recordarse que las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas definen la **"**Evidencia" como "*la información utilizada por el auditor para alcanzar las conclusiones en las que basa su opinión. La suficiencia es la medida cuantitativa de la evidencia. La evidencia será suficiente cuando los resultados de las pruebas realizadas sean bastantes para fundamentar las conclusiones en relación con los objetivos de la fiscalización* (…) (Página 68).

En cualquier caso, el único ejemplo de respuesta que se ofrece como argumento para efectuar una conclusión general de semejante calado procede de un particular. No se conocen los términos de la consulta que pudiera haber realizado este particular a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, el trámite formal o informal en el que se realizó, ni tampoco a qué autoridad o responsable de la Agencia se dirigió. Ni siquiera consta de manera fehaciente que esa consulta existiera realmente. Todo ello no hace sino confirmar la extrema debilidad del único argumento en el que se basa el Anteproyecto de informe para llegar a una conclusión de tanta relevancia como la de que "*no resulta posible extender la fecha de caducidad del material caducado*". Esta manera de proceder, dada la trascendencia de la materia, resulta cuanto menos, temeraria.

En tercer lugar, el Anteproyecto de Informe considera de manera absolutamente errónea que el hecho de que una parte del material de protección haya caducado afecta al principio de eficiencia en la gestión de la reserva estratégica, según el cual se debía vincular la utilización del material a la vida útil de los productos.

No es así. Este principio de eficiencia introducido en el Plan de Respuesta Temprana, se refiere, efectivamente, a que en la utilización del material siempre debe tenerse en cuenta su vida útil para priorizar la distribución de aquellos productos con una fecha de caducidad más cercana en el tiempo, frente a los que tengan un periodo más amplio de vida útil. Y exactamente eso es lo que ha hecho el Ministerio de Sanidad durante todo el proceso de gestión de este material[20].

El Anteproyecto de informe no aporta una sola prueba de lo contrario, porque del hecho de que haya material caducado no puede derivarse la existencia de ninguna gestión deficiente, sino que esta circunstancia se debe únicamente a que, por fortuna, no ha sido necesario hacer uso del mismo, una vez que las fases más graves de la epidemia ya quedaron atrás.

Todos los países europeos y el resto de administraciones públicas españolas han visto cómo muchos de los productos de protección adquiridos en las primeras fases de la pandemia han caducado. Y ello no representa ninguna irregularidad ni deficiencia, sino que, como ya se trasladó a ese Tribunal, la propia condición de "preparación" asociada a la reserva estratégica, implica el almacenamiento y custodia de un catálogo de productos previamente

[20] El Ministerio también aplicó en este proceso de gestión el principio de prudencia, descartando el reparto de productos con una fecha de caducidad demasiado cercana en el tiempo al momento de realizar dicho reparto, para evitar en la medida de lo posible que los productos pudieran llegar a caducar antes de su reparto a los destinatarios finales.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

seleccionados, que, en ausencia de la emergencia, están, lógicamente, abocados a agotar su vida útil.

Por todo lo anterior, por ser una materia que no presenta ninguna relación con los sistemas de información, por las irregularidades producidas en la solicitud de información al Ministerio de Sanidad, por la presentación de conclusiones no asentadas en evidencias suficientes y, en definitiva, por resultar afectados los principios de objetividad e imparcialidad a los que ha de someterse la actividad de ese Tribunal, se solicita la supresión de todas las referencias realizadas a la reserva estratégica de material sanitario y, en particular, las realizadas en la página 92 del Anteproyecto de informe.

8.- En relación con la **información sobre la gestión de los suministros adquiridos para responder a la emergencia**, a la que el Tribunal se refiere en las **páginas 92 a 96, incluyendo el cuadro Nº9**, se realizan las siguientes alegaciones concretas:

- Como ya se ha señalado, resulta extraño que sea el ente auditado quien deba recibir los datos del Tribunal y quien deba elaborar y aportar "*una información conciliada sobre las unidades de consumo adquiridas, suministradas, destruidas-existentes por tipo de productos o categorías de producto, junto con los archivos, aclaraciones y documentación que sustentaran la misma*" (páginas 92 y 93 de la segunda versión del Anteproyecto de informe).

  A pesar de que en el Anteproyecto se indique que este modo de proceder fue "acordado" con el Ministerio de Sanidad en una reunión celebrada al efecto, lo cierto es que los representantes del equipo auditor no atendieron a ningún tipo de alternativa a este modo de proceder, a pesar de las explicaciones y propuestas ofrecidas desde el Ministerio.

  El equipo auditor también rechazó la propuesta de que se realizara un muestreo, acotando a determinadas semanas o meses el análisis de entradas y salidas de material[21].

  También rechazaron en dicha reunión la alegación de que las hojas de cálculo no son un sistema de información que debiera quedar excluido del ámbito de esta concreta fiscalización.

  En cumplimiento del deber de colaboración con el Tribunal de Cuentas, el Ministerio de Sanidad trabajó durante los meses de agosto, septiembre y principios de octubre de 2024 en las solicitudes realizadas por el equipo de fiscalización. Estos trabajos, como ya se ha dicho, consistieron en realizar, según los parámetros e indicaciones del equipo auditor, reelaboraciones, ajustes y conciliaciones de los datos facilitados por el propio Tribunal,

[21] En concreto, se comunicó al TCU mediante correo electrónico desde la Subsecretaria del Ministerio de Sanidad el 25/7/24, lo siguiente: *"Una alternativa podría ser presentar la totalidad de la información tabulada de los apartados 1 y 2 anteriores y una estimación para el apartado 3 (mascarillas/buzos), o bien la información exacta pero relativa a un periodo más concreto que sirva de muestreo, lo que pensamos también podría encajar en una auditoría sobre los sistemas de información y no sobre su contenido".*

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

los cuales, a su vez, ya habían sido reelaborados, ajustados y conciliados por dicho equipo auditor a partir de los ficheros remitidos inicialmente por el Ministerio de Sanidad durante el periodo de ejecución de la auditoría.

Además, la labor realizada por los técnicos del Ministerio de Sanidad en esta fase para cumplir las indicaciones de los auditores consistió también en modificar denominaciones de archivos, efectuar múltiples cruces de datos y localizar numerosos albaranes en formato texto. Y todo ello en el limitado e improrrogable plazo dictado por el equipo de fiscalización ("hasta el 10 de octubre de 2024"). Si se hubiera dispuesto de más tiempo (al menos del solicitado por el Ministerio), seguramente el resultado de lo enviado hubiera sido más completo y podrían haberse realizado verificaciones más completas de los datos[22].

Más allá de lo extraño de este modo de proceder, como ya se expuso anteriormente, resulta que también genera, de manera inevitable, limitaciones intrínsecas y puede dar lugar a errores en el tratamiento de los datos de las hojas de cálculo.

Este proceso, en el que intervienen tantas partes, en tantas ocasiones y con tantas operaciones, desde el principio del proceso de auditoría, no parece ser el mejor mecanismo para realizar explotaciones de datos, para establecer valoraciones sobre los resultados obtenidos ni para atribuir ningún tipo de responsabilidad a los técnicos del Ministerio de Sanidad que utilizaban estas de hojas de cálculo en su trabajo diario. Seguramente se habría ganado mucho tiempo por ambas partes si el equipo de fiscalización hubiera atendido las alegaciones de 25 de abril de 2024 y hubiera desplazado el foco de la auditoría de las meras hojas de cálculo que servían de apoyo auxiliar, al verdadero sistema de información, que era el de la empresa logística.

En consecuencia, la información remitida por el Ministerio debe considerarse, en cualquier caso, como una estimación o aproximación, en ningún caso como una contabilización exhaustiva de la que el Tribunal pueda extraer conclusiones a efectos de explotación de información, estadísticos o de realización de valoraciones sobre excesos o defectos de material.

A este respecto, debe señalarse que, en cualquier caso, la agregación realizada por el equipo fiscalizador de los datos aportados, difieren de los cálculos realizados por el propio Ministerio

[22] En la mencionada reunión de 18 de julio de 2024, el equipo auditor preguntó cuánto tiempo podría llevar obtener el cuadro completo con todos los datos relativos al material sanitario. A ello se contestó desde el Ministerio de Sanidad que, para hacerlo con precisión, se requerirían varios meses, y en todo caso, un plazo superior al que el Tribunal estaba dispuesto a conceder. La propuesta de poder disponer hasta el mes de noviembre de 2024, al menos, no fue atendida, tal y como ya se ha señalado.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

- El Cuadro Nº 9 que se presenta en la página 94, viene precedido de la siguiente **afirmación en la página 93:**

  "*Tras recibir la información aclaratoria del MSND, el Tribunal procedió al análisis y tratamiento de la misma, cuyo resultado se recoge en el cuadro siguiente*:"

  Esta frase refleja a la perfección cuál parece haber sido la única intención del equipo auditor en relación con la gestión de existencias, así como la razón de su insistencia en las distintas fases del proceso de fiscalización.

  Esta intención no sería la de auditar los sistemas de información, porque si lo hubiera sido, habría solicitado desde el principio poder acceder a la herramienta de gestión logística de la empresa adjudicataria del contrato de INGESA para evaluarla convenientemente.

  Al contrario, la única intención que parece seguirse en esta parte concreta de la auditoría es la de explotar las hojas de cálculo para ofrecer y publicitar datos muy concretos de suministros, distribuciones, existencias y material caducado.

  Este modo de proceder, además, contrasta con las actuaciones realizadas por el mismo equipo auditor al analizar y fiscalizar otros sistemas de información (esta vez sí, sistemas de información, no meras aplicaciones ofimáticas). En estos sistemas, como SIViES, el Cuadro de Mando, en sus dos módulos de capacidad asistencial y necesidades de material, SISAEX o SERLAB, no se realiza explotación finalista de datos ni se publican cuadros resumen con dicha información.

  Ello pone de manifiesto, sin lugar a duda, que la realización de auditorías de sistemas de información (aunque las hojas de cálculo no sean) no necesita ni precisa de explotaciones integrales de datos ni de cuadros resumen sobre la actividad material realizada, para poder ejecutarse, como sí hace, a modo de excepción, el Anteproyecto de informe en el caso del material sanitario.

  Por todo ello, y en particular porque la explotación de datos y su presentación en el Cuadro nº 9 excede el alcance de la presente auditoría (por tratarse de hojas de cálculo y porque incluso para evaluarlas no resultaba necesario proceder de esa manera) y porque el modo de actuar en esta materia, con continuas reelaboraciones y modificaciones de datos por ambas partes, no constituye un proceso de auditoría lógico que pueda llevar a resultados válidos y fiables en términos de explotación para alcanzar totales, se solicita la supresión, al menos, de los dos últimos párrafos de la página 91 y de las páginas 92, 93, 94 (cuadro Nº. 9) y 95 de manera íntegra, así como el cuadro Nº 10 de la página 96, incluyendo los Cuadro Nº 9.

- Sin perjuicio de la anterior solicitud, a continuación se realizan alegaciones específicas al **Cuadro Nº 9** (página 94).

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Respecto de las columnas "*Exceso de distribuciones por contrato*" y "*Defectos de existencias por contrato*", las causas de las discrepancias están en múltiples factores, como comunicó el Ministerio en la fase de solicitud de aclaraciones.

Resulta que en procesos de esta complejidad y magnitud no sólo entra en juego una cantidad ingente de material y de procesos mediante los que este material se gestiona, sino que también intervienen diversas organizaciones (empresa logística, CCAA, Entidades Locales, Ministerios, Delegaciones del Gobierno, ONGs, etc.) y múltiples agentes (trabajadores de almacén, transportistas, empleados públicos, etc). Todo ello hace que puedan producirse errores de contabilización, errores de certificación en actas de recepción, desperfectos durante el transporte, etc. Asimismo, se han detectado posibles supuestos de descuadre por las muestras de mascarillas de distintos lotes que se enviaron a analizar a los laboratorios para comprobar su calidad y eficacia o errores que se explicaban porque las certificaciones de recepción no se hacían por unidades, sino por kits o cajas.

Muchas de estas incidencias, que son las que explicarían buena parte de las supuestas incoherencias en los datos obtenidos por el equipo fiscalizador, se comunicaron en el plazo otorgado.

Las dos supuestas discrepancias de mayor calado que el Anteproyecto destaca en el Cuadro Nº 9 son las siguientes:

- Un supuesto exceso de distribución de 7.321.406 mascarillas FFP2
- Un supuesto defecto de existencias de 6.602.500 mascarillas quirúrgicas.

En relación con las mascarillas FPP2, estas proceden principalmente del contrato COVID19_51 (7.316.900) adjudicado por INGESA, tal y como se expuso en la nota 7 de las aclaraciones remitidas por el Ministerio de Sanidad.

En esta nota, el Ministerio comunicó lo siguiente:

> "*Exceso de 7.316.900 mascarillas || hay una referencia de estas mascarillas que es común al contrato del ministerio, indistinguibles. se proporciona albarán o certificado de entregas (…) aunque sabemos que se están incluyendo mascarillas de la D.G. Cartera*".

La información que consta en la hoja de cálculo de la DG de Cartera referida a este contrato, indica que "*las Mascarillas FFP2 JASMINE constan en el almacén conjuntamente con otras mascarillas del INGESA".* Esta anotación se corresponde con el contrato celebrado por la DG de Cartera con referencia 202009PJ006.

Por tanto, en este caso, posibles errores en almacén o incidencias sobrevenidas, pueden haber llevado a errores en las hojas de cálculo. Estas mascarillas tienen una misma

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

referencia al tratarse del mismo producto, adquirido mediante dos contratos distintos de INGESA y DG Cartera. Al tener una misma referencia, no ha sido posible distinguir si el suministro procede de un contrato u otro, pudiendo producirse duplicaciones en la contabilización en las hojas de cálculo.

En todo caso, los suministros adjudicados en ambos contratos fueron recibidos en su totalidad. A este respecto se recuerda que los albaranes o certificados de entrega representan el soporte material que justifica el destino de todo el material adquirido.

Por otro lado, por lo que respecta a las 6.602.500 unidades de mascarillas quirúrgicas que el Cuadro Nº 9 identifica como defecto de existencias, esta diferencia parece proceder de una operación específica llevada a cabo en abril de 2022.

Con fecha 12 de abril de 2022 se dio la orden de distribuir 104.814.000 unidades de mascarillas quirúrgicas a las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno para su entrega a la Federación Española de Municipios y Provincias y a Entidades Sociales. En archivo adjunto a este correo se incorporaba el detalle del material a distribuir (tipo de mascarilla, proveedor, lote, fecha de caducidad, etc.)

Sin embargo, y habiendo apreciado que las fechas de fin de vida útil de este material se encontraba próximo a cumplirse (junio 2022), con fecha 29 de abril se remitió nueva comunicación en la que se indicaba que debía procederse a su retirada y sustitución. Es esta comunicación se hacía referencia a las características de los productos que sustituían a los anteriores (tipo de mascarilla, proveedor, lote, fecha de caducidad, etc.)

SE ADJUNTAN LOS CORREOS ELECTRÓNICOS MENCIONADOS EN ANEXO 1 A ESTE ESCRITO DE ALEGACIONES

Dado que se trataba de una cantidad muy elevada de mascarillas, que el envío se había realizado a todo el territorio nacional (Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno) y que habían transcurrido casi tres semanas entre ambas comunicaciones, por lo que la gran mayoría del material ya se había enviado, el proceso de recuperación del material próximo a caducar fue largo y laborioso. De hecho, en algunos casos, el material recibido en las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno ya se había repartido a sus destinatarios finales, que habían comenzado a consumirlo dentro de su periodo de vida útil. Probablemente, a efectos de cómputo en las hojas de cálculo, las 104.814.000 unidades fueron eliminadas de la contabilización como distribuidas, pese a lo cual una parte sí que fueron efectivamente repartidas y por tanto no constan entre las existencias o material caducado.

Debe señalarse que 77.966.000 de las mascarillas retiradas de la distribución una vez iniciada esta, se corresponden con los contratos de FCSelect (202009PJ007-13-14-15). En concreto con el código de material “MQS_0304” y la descripción: “M.Quirg - JINAN SHANGRUN”. La discrepancia que comunica el equipo fiscalizador se corresponde casi en

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

su mayor parte (6.163.750) con un defecto de existencias de los contratos 202009PJJ007/13/14/15, adjudicados a la citada empresa FCSelect[23].

Por tanto, las razones específicas que podrían explicar las supuestas discrepancias en los datos de existencias de mascarillas quirúrgicas se derivarían de esta operación, dado que el periodo de retirada y reposición de este stock fue muy complejo y que una parte del mismo no pudo retirarse porque ya había sido repartido y utilizado. Los posibles desajustes a la hora de reflejar los detalles de esta operación en las correspondientes hojas de cálculo son las que explicarían las diferencias detectadas.

En cualquier caso, la justificación de todos los movimientos de material (entrada, distribución, gestión de stock, etc.) se encuentra en la documentación en soporte texto o en papel (albaranes, actas etc.), de la que dispone desde el principio el Tribunal de Cuentas, y a la que puede acudir en caso de cualquier duda que pueda tenerse al respecto.

Además, la empresa adjudicataria de la gestión logística tiene perfectamente trazados todos los movimientos del material sanitario, de manera que en dicha información cuadran entradas, salidas y stocks existentes. Como se ha indicado anteriormente, no era objetivo de las hojas de cálculo tener una perfecta trazabilidad de los productos ya que para ello se contaba con el sistema de información de la empresa logística, sino gestionar las ordenes de envío y tener en cuenta las anotaciones de calidad.

- Por lo que se refiere a las **conclusiones** que se extraen en la **página 95** del Anteproyecto de informe, se manifiesta lo siguiente:

- En la página 95 señala el Anteproyecto de informe que "*como resultado de las comprobaciones efectuadas por este Tribunal, se ha conseguido depurar y conciliar entre sí y con la documentación física que las soporta las diferentes bases de datos manejadas por el MSND, corrigiendo muchos de sus defectos, si bien siguen existiendo inconsistencias en algunos de los datos*".

  Teniendo en cuenta que estas inconsistencias han sido explicadas por el Ministerio en el envío de aclaraciones y en este escrito, se considera que, aunque el Anteproyecto de informe señale la existencia de inconsistencias, a continuación debería indicar que estas han sido explicadas y justificadas por parte de la entidad auditada.

- En el segundo epígrafe de las conclusiones presentadas en la página 95, el Anteproyecto de informe afirma lo siguiente:

  "*En el periodo transcurrido desde que se inició la adquisición y distribución de los materiales, a pesar del significativo volumen de los mismos, el MSND no abordó un posible proyecto que permitiera atender las necesidades de INGESA y MSDN para el*

[23] En cualquier caso, y sin perjuicio de las explicaciones que se aportan, esta discrepancia afectaría al 0,9% de las mascarillas adquiridas

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

seguimiento, gestión y control de esos suministros. Esta situación, entendible en los meses de marzo a junio de 2020, dada la magnitud de la emergencia acaecida, no se corrigió posteriormente, y solo con ocasión de los trabajos de fiscalización se ha afrontado un proceso de análisis y depuración de la información y documentación disponible, teniendo en cuenta que en 2024 seguían existiendo recursos materiales bajo la responsabilidad del MSND".

Por un lado, el nuevo sistema de información logística que el Anteproyecto sugiere que debía haber sido abordado, tendría que haber permitido incorporar y gestionar a todos los proveedores de material (incluidas las organizaciones y entidades que hicieron donaciones) tanto del Ministerio como de las Comunidades Autónomas (incluidos los propios hospitales), a todos los operadores de distribución (incluido el Ejército) y a todas las ubicaciones de almacenamiento, proporcionando la capacidad de controlar de manera automatizada todas las entradas y salidas en cada uno de los puntos de almacenamiento y de uso.

Según se establece en el punto 34 del documento *ISSAI-ES-300: Principios fundamentales de la fiscalización operativa, " Un sistema de control interno se entenderá adecuado cuando, con unos costes razonables e inferiores a los beneficios que reporte su existencia, proporcione suficiente seguridad de que cubre los siguientes objetivos: salvaguardar los activos o recursos de la entidad, otorgar fiabilidad a los registros contables y garantizar el funcionamiento de la organización de acuerdo con la normativa de aplicación y con los principios de buena gestión (páginas 23-24)*".

Como quiera que ya existía un sistema de información de seguimiento logístico desarrollado por la empresa adjudicataria de la gestión, como los activos y recursos resultaban perfectamente salvaguardados, los registros eran fiables y se garantizaba el funcionamiento de la organización, el Ministerio no consideró que los costes y el esfuerzo de implantar un nuevo sistema compensara las supuestas ventajas de abordar ese proyecto, máxime cuando el sistema y los mecanismos de seguimiento existentes, funcionaban satisfactoriamente. Asimismo, debe tenerse en cuenta que los recursos limitados de las unidades tecnológicas debían destinarse a otros proyectos de prevención y control del COVID19, de gran importancia para la toma de decisiones durante la pandemia, que sí requerían nuevos desarrollos en 2020 y 2021, como SERLAB, el CMC, SpTH o REGVACU.

Por ello, ante esta realidad, y teniendo en cuenta los principios de fiscalización operativa señalados, habría sido de utilidad que el Anteproyecto de informe hubiera aportado una valoración del coste, recursos humanos y plazos de desarrollo asociados al modelo de sistema apuntado, indicando por qué a su juicio los costes de esa hipotética actuación serían inferiores a los supuestos beneficios a obtener. Asimismo, podría haber indicado también qué recursos de los descritos anteriormente podrían haber sido dejados de lado para atender al nuevo sistema.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

En este caso, se vuelve a poner de manifiesto que la ausencia de verdaderos criterios de auditoría impide que las valoraciones realizadas puedan asentarse sobre evidencias objetivas, lo que provoca que dichas valoraciones pasen a ser meros juicios subjetivos sin mayor recorrido en términos de recomendaciones útiles de cara al futuro.

Por otro lado, el Anteproyecto de informe indica que "*solo con ocasión de los trabajos de fiscalización se ha afrontado un proceso de análisis y depuración de la información y documentación disponible".*

A este respecto ha de recordarse de nuevo que las hojas de cálculo no eran más que meros soportes de apoyo en el trabajo diario de los funcionarios encargados de las tareas de gestión del material. Y a tal efecto resultaron de utilidad en la gestión. En cuanto no eran sistemas de información, no era tarea ni obligación de estos funcionarios proceder a realizar las operaciones de conciliación de datos, de modificación de denominaciones o de cruces de información. Esas tareas de análisis y depuración las ha realizado y promovido el equipo fiscalizador durante el proceso de auditoría para tratar de ofrecer unos resultados agregados del sistema de gestión de existencias.

Quien sí debe depurar y asegurarse que el sistema de información responde a la realidad de las entradas, salidas y stock del material, bajo la supervisión de INGESA, es la empresa logística. Y estas tareas las ha realizado sobre su propio sistema de información logística, el cual, se reitera no ha sido tenido en consideración en esta auditoría.

En cualquier caso, que el Anteproyecto de informe considere que los datos de las hojas de cálculo han podido depurarse y conciliarse (con las inconsistencias ya apuntadas y justificadas) no deja de resultar positivo, pues ello indica que las hojas de cálculo sí sirvieron, con fiabilidad, a los únicos propósitos a los que estaban destinadas: apoyar el trabajo diario de los funcionarios encargados de los procesos de gestión de productos sanitarios para hacer frente al COVID-19.

- **Finalmente, en relación con las donaciones** del material sanitario, el Anteproyecto considera que el hecho de que una parte de este material haya sido repartido directamente por las entidades donantes dificulta la pista de auditoría. Por cuanto estamos hablando de donaciones de terceros que ni siquiera fueron recibidas por el Ministerio de Sanidad, no alcanza a comprenderse la razón de ser de este comentario.

  En cualquier caso, sí se pone de manifiesto que el Cuadro Nº 10, que recoge información sobre existencias, distribución y caducidad de productos sanitarios procedentes de donaciones no constaba en la primera versión del Anteproyecto. En este, las donaciones solo recibieron escuetos comentarios en las páginas 81 y 88. De hecho, en la nota al pie 188 (página 94) se señaló expresamente que "*En el cuadro siguiente no se incluyen las donaciones no distribuidas por la empresa logística y, por tanto, directamente distribuidas por los donantes*"

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V.: [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Se desconoce, por tanto, qué motivos justifican que en esta segunda versión del Anteproyecto se haya decidido incorporar este cuadro al informe de fiscalización, más allá de confirmar lo previamente ya alegado, en el sentido de que pareciera que la única intención de la auditoría en este ámbito concreto del material sanitario es la de explotar datos y ofrecer unos resultados de gestión que absolutamente nada tienen que ver con los sistemas de información ni con su auditoría.

Por ese motivo, se reitera la solicitud de supresión de la página 95 Cuadro Nº 10 de la página 96

II.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD EXTERIOR

En este apartado vuelven a reproducirse los problemas ya señalados en apartados anteriores sobre la extralimitación en la que incurre el Anteproyecto al analizar y valorar aspectos distintos y no relacionados con los sistemas de información.

Ello sucede al considerar aspectos específicos de la actividad material de control sanitario, al analizar el seguimiento por parte de Sanidad Exterior de los casos positivos, la realización o no de PDIAs a pasajeros de vuelos procedentes de determinados países, las cuarentenas o las derivaciones a los servicios asistenciales de las CCAA, entre otros. Para este último punto, de nuevo, hubiera sido muy conveniente ampliar la auditoría a la administración autonómica involucrada.

Con independencia de las alegaciones específicas que se realizan a continuación a la segunda versión del Anteproyecto de informe, se reitera nuevamente que se mantienen en todo su alcance las realizadas sobre este apartado en el anterior escrito de alegaciones de 25 de abril de 2024.

En este sentido, en primer lugar debe reiterarse que el Ministerio de Sanidad, a través de la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación en el SNS (SGSDII), se hizo cargo del sistema en junio del 2021, por lo que todos los aspectos comentados en el informe relativos a fechas anteriores, deberían poder ser revisados, si procede, por AENA, entidad responsable hasta ese momento, sin que conste que la anterior versión de Anteproyecto de Informe haya sido remitida a dicha entidad para la realización de alegaciones.

Por otro lado, en la medida en que el objeto de la auditoría son los sistemas de información, la fiscalización debería centrarse únicamente en el sistema SpTH, con exclusión del resto de cuestiones sustantivas y materiales relacionadas con el control sanitario y su gestión administrativa. En particular han de suprimirse todos los comentarios y valoraciones sobre controles en fronteras terrestres en el periodo fiscalizado por quedar fuera SpTH (el módulo de Ceuta y Melilla es de 2022), los protocolos sanitarios, las cuarentenas, los protocolos con el Ministerio de Defensa, procedimientos sancionadores, etc.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Asimismo, esta versión del anteproyecto sigue sin reconocer las virtudes que se derivan de haber podido diseñar un sistema de esta envergadura en un tiempo récord y en un contexto de plena crisis sanitaria. A pesar de las alegaciones realizadas, tampoco se alude en ningún momento al impacto positivo que tuvo este sistema en la recuperación de la movilidad nacional e internacional en condiciones de seguridad. Un sistema de información para el control de viajeros, desarrollado en 40 días, en una pandemia, basado en la información auto declarada por los viajeros y controlada por centenares de aerolíneas, que aun así consiguió gestionar más de 35 millones de viajeros en algo más de dos años, parece un logro desde cualquier punto de vista. Tampoco se ha incluido ninguna referencia al reconocimiento internacional del que fue objeto SpTH, tal y como se alegó en el escrito anterior.

Finalmente, debe llamarse la atención sobre el hecho de que también en los subapartados remitidos sobre los sistemas de información de sanidad exterior en esta segunda versión del Anteproyecto, las valoraciones críticas y los juicios negativos se presentan de manera reiterada, lo que ofrece una imagen desproporcionada y no real sobre la dimensión de las posibles incidencias detectadas.

En este sentido, la información procedente de la explotación de los sistemas no se expresa en el Anteproyecto de Informe, en muchas ocasiones, con la objetividad e imparcialidad requerida. Dicha manera de presentar los resultados pareciera dar a entender que, en cierto modo, no se han cumplido los protocolos establecidos ni efectuado los controles oportunos, cuando, por el contrario, dichos protocolos funcionaron y el control fue efectivo.

Subapartado II.3.3.3.a) Generación del código QR

En la **página 110** del Anteproyecto de informe se incorpora un cambio con respecto a la primera versión del Anteproyecto.

En la versión remitida el 29 de febrero de 2024 se manifestaba lo siguiente:

> *"Como consecuencia de la información ingresada, la aplicación facilitaba un código QR al pasajero con el que agilizar su tránsito por los controles a la llegada al aeropuerto de destino. Inicialmente se preveía que el código QR fuese la única vía posible, pero la realidad (países de origen con internet deficiente o compañías aéreas que no lo exigían en origen) determinó que fuese necesario habilitar adicionalmente la posibilidad de presentar el FCS cumplimentado en papel".*

En cambio, en esta segunda versión se afirma lo siguiente:

> *"Como consecuencia de la información ingresada, la aplicación generaba un código QR al pasajero con el que agilizar su tránsito por los controles a la llegada al aeropuerto de destino. Pese a que se preveía que el código QR fuese la única vía posible, finalmente se determinó que la opción de presentar el FCS cumplimentado en papel, se mantuviese en el tiempo para responder a las dificultades en países con acceso a internet deficiente o compañías aéreas que no lo exigían en origen"*

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Esta modificación, de matiz, pero no meramente formal, no responde a ninguna de las alegaciones o aclaraciones remitidas por el Ministerio de Sanidad en el periodo transcurrido entre ambas versiones del Anteproyecto de informe. De hecho, se considera más ajustada a los hechos la primera de las versiones. Fue la realidad la que determinó que hubiera que habilitar adicionalmente la posibilidad de presentar el FCS cumplimentado en papel.

Por ello, se solicita que en este punto concreto se recupere en la versión final del informe de fiscalización la redacción contenida en la primera versión del Anteproyecto.

A continuación, en la **página 111** se señala que "*se ha detectado la existencia de registros sin información un 31,34% (1.072.775 registros) en el tercer trimestre de 2020, que se corresponden fundamentalmente con el periodo inicial de implantación de los controles*".

Como ya se alegó, durante ese período la plataforma era responsabilidad de AENA. No consta que se haya consultado al respecto a esa entidad ni la respuesta que, en su caso, esta hubiera dado a esta u otras cuestiones relativas a dicho periodo.

Como también ya se trasladó, esta incidencia podría deberse a que no se estuvieran registrando todos los formularios que llegaban al control en formato papel en la aplicación, debido al desconocimiento de la operativa en ciertos aeropuertos hasta que el personal de tierra se habituó al procedimiento. Se considera que las explicaciones que hubiera ofrecido AENA o, al menos, la que aquí se ha aportado, deberían constar en la versión definitiva del informe.

Aunque la Norma de Fiscalización II. 63 d) señale que "*Las explicaciones del alegante para justificar su actuación no darán lugar, con carácter general, a cambios en la redacción del proyecto*", se entiende que aquellas explicaciones que sí pueden ofrecer una justificación de los datos obtenidos deberían incluirse en el informe final, como excepción de la citada norma de carácter general.

Subapartado II.3.3.3.b) Llegada de viajeros y control primario

El Tribunal afirma la poca fiabilidad de las estadísticas generadas en relación con el control primario, señalando en el cuadro 12 las diferencias entre la web de AENA y el *dashboard* de SPTH.

A pesar de que se trata de dos sistemas distintos (con lo que ello implica en términos metodológicos, de diferentes equipos de recogida de datos, etc.), la diferencia detectada por el Tribunal supone un 1,4 % de pasajeros registrados menos en el *dashboard* de SPTH, lo que se considera insuficiente para realizar la afirmación indicada sobre la poca fiabilidad de las estadísticas, dado que el 98,6% de los datos coinciden y que los valores absolutos de pasajeros controlados con la aplicación se sitúan por encima de los 35 millones de viajeros.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

El documento *ISSAI-ES-300: Principios fundamentales de la fiscalización operativa* ISSAI-ES 3000, "*la objetividad requiere (…) que la exposición de todo el informe tenga un contenido y un tono equilibrados. La credibilidad de un informe se ve incrementada significativamente cuando expone las pruebas con imparcialidad*" (página 45).

Por su parte el documento específico ISSAI-3000 indica en su apartado 121 lo siguiente: "*Que sea equilibrado implica que el informe de auditoría requiere ser imparcial tanto en el contenido como en el tono en que se elabore. Toda la evidencia de auditoría necesita presentarse de una manera no sesgada. El auditor necesita estar atento al riesgo de exagerar o hacer un énfasis excedente [excesivo] del desempeño deficiente*"[24].

Tanto en este caso específico, como en el resto de casos similares que se recogen a lo largo de las dos versiones del Anteproyecto de informe, en los que la presentación de datos se realiza desde una perspectiva desfavorable no objetiva, se solicita que el informe definitivo revise y modifique estas actuaciones a fin de garantizar la adecuada objetividad e imparcialidad en la actuación de ese Tribunal.

En relación con la **página 111**, debe señalarse que la solución adoptada en SPTH para realizar la identificación de los pasajeros en tránsito, en teoría exentos de controles, se desarrolló conforme a las directrices de la unidad funcional.

En la **página 112** el Anteproyecto de informe señala lo siguiente:

> "*Se ha identificado un promedio diario de en torno a 3.000 pasajeros llegados a territorio nacional que no consta que hayan pasado el control primario, atendiendo a los escaneos de código QR. Sin embargo, estas diferencias entre el número de pasajeros con llegada y escaneos del QR presentan fuertes oscilaciones. En el Anexo 44 del informe se recoge el detalle de las divergencias entre los códigos QR escaneados y los reportes de llegada a España*".

Esta afirmación, por su gravedad y trascendencia, debería haber sido modificada a la luz de las alegaciones realizadas por este Ministerio en su escrito de 25 de abril de 2024. Insinuar que durante la pandemia 3.000 pasajeros diarios (más de 1 millón en cómputo anual) no fueron sometidos a controles sanitarios en los aeropuertos españoles porque "*no consta que hayan pasado el control primario*" puede llevar a interpretaciones equivocadas.

Como ya se comunicó a ese Tribunal en el anterior trámite de audiencia, las discrepancias, sobre todo en el año 2020, se deben a la dificultad de implementación del QR al inicio, llegando muchos viajeros con formularios en papel que no pudieron ser escaneados en su totalidad e incorporados al sistema de información, pero que eran custodiados por los equipos de Sanidad Exterior para utilizarlos en caso de que fuera necesario estudiar los contactos de un caso en un vuelo.

[24] https://www.issai.org/wp-content/uploads/2019/08/ISSAI-3000-Norma-para-la-Auditoria-de-Desempeno.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Esta alegación no consistía en una mera explicación cuya introducción en el informe final pudiera descartar sin más. Es una situación de hecho muy relevante, puesto que el Ministerio indica que muchos formularios en papel no pudieron escanearse pero que sí existían y eran custodiados por los servicios de sanidad exterior. Por tanto, en aplicación de la Norma de Fiscalización II.63.b, esta alegación, previa comprobación, en su caso, de la existencia de los mencionados documentos custodiados, debiera formar parte del informe final.

Asimismo, se manifiesta que no es posible analizar las fuertes oscilaciones entre el número de pasajeros con llegada y escaneos del QR del Anexo 44 que señala el Tribunal, dado que no se dispone del mismo en esta última versión.

Por otro lado, con respecto de la ausencia del asiento ocupado por el viajero, ya se explicó, sin que se haya recogido dicha explicación en la segunda versión del Anteproyecto, que este dato, obligatorio se podía cumplimentar con posterioridad, una vez el viajero dispusiera del mismo. Si bien se comprobaba el formato de la aerolínea según los códigos IATA, el número del asiento era totalmente dependiente del modelo y configuración de los aviones, por lo que la aplicación de reglas de calidad en la entrada revestía gran complejidad, agravada por el hecho de que la información acerca del avión concreto asociado a un vuelo no siempre estaba disponible a tiempo para aplicar dichas reglas. Por ello, y para facilitar el control de viajeros, se disponía en SpTH de una funcionalidad que mostraba asientos cercanos a un pasajero concreto, de forma que permitía identificar contactos estrechos. Se adjuntaron como prueba parte de las guías rápidas de SPTH+ para viajeros. Este campo dejó de ser obligatorio en abril de 2022.

Subapartado II.3.3.3.c) Control secundario y Subapartado II.3.3.3.d) Realización de PDIAs en el aeropuerto de llegada

A diferencia de lo actuado en el ámbito de la gestión de existencias, en los controles en frontera el equipo fiscalizador sí ha recabado información de la empresa adjudicataria (Cuadros Nº.13 y 14 y páginas 112 y 113), y ello a pesar de que el sistema de información no era el de dicha empresa, sino que era titularidad de AENA y, posteriormente, del Ministerio de Sanidad.

En la **página 114** del Anteproyecto vuelve a afirmarse los siguiente:

"Del análisis de las tablas de SpTH respecto de las 355.086 PDIAs realizadas entre el 23/11/2020 y el 28/02/2022 se desprende que aquellos registros de antigüedad superior a tres meses se almacenen en una base histórica en la que se suprimen los posibles datos identificativos. Sin embargo, en relación con el registro de las PDIAs realizadas en la base histórica se ha suprimido injustificadamente el dato especialmente relevante de la posible derivación directa a Sanidad Exterior si el resultado de la prueba había sido positivo. Como consecuencia, SpTH no permite conocer el número total de pasajeros derivados en todo el periodo a Sanidad Exterior desde el área de test".

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Como ya se alegó, esta afirmación no es correcta, dado que el dato referido a la posible derivación de los viajeros a Sanidad Exterior desde el área de test se recoge en las tablas históricas, aunque no en el portal de informes predefinidos.

En su escrito de solicitud de aclaraciones de 19 de junio de 2024, el Consejero solicitó que se identificara "*el campo del modelo de datos en el que se recoge la información referida para cada una de las tablas de área de test (tabla "airport_diagnostic_test / airport_diagnostic_test_form" y tabla de "pruebas diagnosticas").*

En su respuesta, el Ministerio de Sanidad indicó cómo localizar el dato referido a la posible derivación de los viajeros a Sanidad Exterior desde el área de test se recoge en las tablas históricas:

"Tablas históricas a consultar:

- *Variable a considerar en la BD DE_pruebas_diagnosticas, a partir de la desescalada de los controles sanitarios por mejoría de la situación epidemiológica, a partir de abril del 2022: [resolution]: derivación a SE para valoración. Derivación a domicilio/lugar de estancia, en aislamiento*
- *Antes de empezar con la desescalada, si teníamos un test positivo se derivaba a Sanidad Exterior desde el control secundario, por lo tanto, la tabla histórica que hay que valorar es: DE_historia_clinica. Las variables a considerar son:*

[case_derivation]	*Elegir una:* • ***Sanidad Exterior, EXTERNAL_SANITARY*** • *Servicio médico aeroportuario, AIRPORT_MEDICAL_SERVICE* • *Alta en el control secundario, SECONDARY_CONTROL_REG* • *Consulta a la guardia de Salud Pública a nivel del Ministerio de Sanidad, SANITARY_QUESTION*
[derivation_reason_to_sanitary]	*Razón de derivación a SE, se pueden seleccionar varios, al menos una:* • *Tº elevada exclusivamente, TEMP* • *Sintomatología compatible, SYMTOMS* • *Contacto estrecho, CONTACT* • *Otro vínculo epidemiológico (diferente de contacto estrecho), OTHER* • ***Por prueba diagnóstica de infección activa para SARS-CoV-2 positiva, POSITIVE"***

Sin embargo, en la segunda versión del Anteproyecto de informe no se recoge la alegación ni se hace referencia a la aclaración, cuando al menos el Tribunal resultaba obligado a proceder

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

a la comprobación oportuna. Ni siquiera se explica en el Anteproyecto por qué no es aceptada la alegación, como así lo exige la Norma de Fiscalización II.63.b).

Por ello, se solicita la aceptación de la alegación y su incorporación en la redacción final del informe de fiscalización.

Por otro lado el adverbio "**injustificadamente**" debe retirarse en todo caso del informe, toda vez que dicha eliminación tenía el propósito de asegurar el anonimato de los datos históricos, teniendo en cuenta que: a) se trata de datos personales de salud, cuya conservación para fines distintos de aquellos para los que se recogieron inicialmente obliga a su anonimización; y b) dicha anonimización podría verse comprometida si era posible saber que los datos correspondían a una persona a la que se había derivado desde el área de test.

Subapartado II.3.3.3.e) Cuarentenas

La gestión de las cuarentenas se realizaba a partir de un Protocolo con el Ministerio de Sanidad y su seguimiento no se realizaba a través del Sistema SpTH. Al quedar fuera de este sistema de información y referirse a actuaciones materiales de gestión administrativa y sanitaria, su análisis excede el ámbito objetivo de la fiscalización, por lo que se solicita se suprima íntegramente el apartado II.3.3.3.e) en el informe final.

Sin perjuicio de lo anterior, es incorrecto decir que el Ministerio de Sanidad "*carecía de personal suficiente para tramitar expedientes sancionadores*", tal y como se justificó en la página 110 del anterior escrito de alegaciones.

Finalmente, y como ya se ha señalado previamente en este escrito, se considera que realizar conclusiones a partir de los datos de un solo ejemplo de país (página 115), seleccionado además unilateralmente y sin justificación, representa una operación de auditoría que no cumple con los mínimos estándares que habría que exigirle a una fiscalización operativa llevada a cabo por el Tribunal de Cuentas. En consecuencia, esta referencia también debería suprimirse del informe final

En cualquier caso, debe señalarse que la alegación realizada respecto de esta cuestión en el escrito de 25 de abril de 2024 (página 110), no fue tenida en cuenta por el equipo auditor, manteniendo al respecto el texto inicial. En este sentido, se reitera que los viajeros que con una PCR positiva realizada en las 48 horas siguientes comunicaban el resultado desfavorable a la SGSE, y se les respondía derivándoles a los servicios asistenciales.

Se adjunta, a modo de ejemplo, en ANEXO 2, un modelo de correo de los que se enviaron.

Subapartado II.3.3.3.f) Seguimiento de los controles sanitarios establecidos en aeropuertos

En relación con las afirmaciones realizadas en las **páginas 116 y 117** relativas a las supuestas dificultades de acceso de la unidad funcional al sistema de información, ya se alegó en el anterior escrito que estas unidades tenían acceso a toda la información necesaria para el

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

ejercicio de sus funciones a través de los informes periódicos, el acceso al cuadro de mando y las explotaciones a medida que requerían en cada momento. Posteriormente, se añadió al cuadro de mando toda la información histórica

Efectivamente, ningún personal ajeno al ámbito TIC tuvo acceso a las bases de datos, y ello por estrictas razones de política de seguridad. Es un requisito de seguridad que sólo pueda acceder a la base de datos el administrador de esta, a lo que se añade que para consultar y extraer información de la base de datos es preciso disponer de, por ejemplo, lenguaje SQL.

Desde la perspectiva de la gestión de los sistemas de información y las políticas de seguridad aplicables (entre las que cabe citar el Esquema Nacional de Seguridad, de particular relevancia al tratarse de sistemas que incluyen datos personales de salud), es completamente inadmisible permitir el acceso directo a la base de datos a cualquier usuario que no sea, exclusivamente, el administrador de esta. Para consultar y extraer información de cualquier base de datos, incluso de una copia, como se indica en esta versión del Anteproyecto, es preciso disponer de una interfaz de usuario (por ejemplo, basada en lenguaje SQL).

Por último, desde la perspectiva de asegurar la integridad, trazabilidad, autenticidad y seguridad de la información, la pretensión recogida en el Anteproyecto, de trabajar con "*una copia de una base de datos*" es inviable, dado que, forzosamente, conduciría a una falta de consistencia entre los datos de la original (cuya actualización se produce de manera integrada como parte del funcionamiento del sistema de información) y de la copia (que refleja una situación estática, la del momento en que se genera dicha copia).

El informe sigue indicando que "*la SGSE carecía de personal con perfil funcional para coordinar proyectos tecnológicos*".

Precisamente, un perfil funcional es aquel que ofrece conocimiento y ejerce responsabilidad sobre una materia o área funcional específica. Y por supuesto que los responsables de la Subdirección General de Sanidad Exterior acreditaban ambas características, si bien era necesaria también la participación de personal con perfil tecnológico procedente de la SGSDII. Por ello, no se comprende la valoración que realiza el Anteproyecto de Informe sobre este particular. La coordinación de los proyectos tecnológicos siempre ha de ser compartida, para que ofrezca resultados eficaces, entre el responsable funcional y el profesional de los sistemas de información y tecnológicos. Precisamente esto es lo que sucedió con el sistema Spain Travel Health.

Por otra parte, en el primer inciso de la **página 118** de la segunda versión del anteproyecto se afirma lo siguiente:

> *"En relación con lo anterior, el número de viajeros con Covid-19 que fueron derivados a los servicios asistenciales de las CCAA como resultado de los controles sanitarios no se puede extraer directamente de las tablas de historia clínica de SpTH. En consecuencia, los datos sobre viajeros derivados se extraen de la agregación*

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

efectuada por la SGSE de los informes diarios de los servicios territoriales de Sanidad Exterior remitidos por correo electrónico"

El Ministerio, en su escrito de alegaciones de 25 de abril de 2024, indicó que estos datos sí que estaban disponible en las BBDD anonimizadas de la parte de operadores de SpTH, en la funcionalidad de historia clínica y pruebas diagnósticas, pero finalmente no se usó por parte de las unidades de Sanidad Exterior para completar la historia clínica, una vez que se derivaban desde el control secundario a Sanidad Exterior. En el caso de un resultado positivo por prueba diagnóstica en el aeropuerto, sí se podía conocer si se había derivado a una Comunidad Autónoma.

A raíz de esta alegación, el Consejero solicitó aclaraciones al Ministerio de Sanidad. En particular, pidió que se *"Identifiquen el campo en cada una de las tablas de area de test (tabla "airport_diagnostic_test / airport_diagnostic_test_form" y tabla" DE_pruebas diagnosticas") que informaría de la derivación a CCAA de pacientes".*

Ante esta petición, el Ministerio contestó lo siguiente:

"En respuesta a la solicitud de información sobre las tablas históricas en las que se podría conocer si hubo derivación a las CCAA por parte de SE:

- *Se puede conocer indirectamente si hubo derivación a las CCAA en la BDhistórica: datos_estadisticos, mediante la variable: [aislamiento]: si el pasajero venía con PCR positiva y se derivó directamente a la sala de aislamiento del aeropuerto, 0-No, 1-SÍ. Este procedimiento de derivación automática a la CA si había un positivo se hacía antes de la desescalada, dentro del aeropuerto se derivaba a aislamiento y se avisaba a SE. Estos viajeros con test positivo también eran comunicados a las CCAA, mediante la tabla Pasajeros_totales. Estos debían coincidir con los derivados por SE a las CCAA.*

- *También, a medida que las Unidades de SE fueron accediendo a SpTH (a mediados del año 2021), podían cumplimentar este campo en la historia clínica, que se puede ver en la BD DE_historia_clinica:*

[resolution]	*¿A dónde deriva SE?:* • ***Servicios sanitarios CCAA, ssCCAA*** • ***Aviso a Salud Pública de CCAA, alertSPCCAA*** • *Cuarentena domiciliaria/lugar de estancia, quarantineAtHome* • ***Cuarentena en instalación CCAA, quarantineAtCAA*** • *Se permite que pueda continuar su viaje, continueJourney*

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V.: [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

- *Desde el área de test lo que se puede conocer son los viajeros con resultados de test positivos comunicados a las CCAA para su valoración de seguimiento, a través de las tablas de volcado a las CCAA, tabla: Pasajeros_totales y también mediante la BD Informe_aislamiento. En la desescalada prácticamente todos los positivos se derivaban a domicilio con recomendaciones, y los derivados a SE, era para valorar derivar a los servicios asistenciales de la CA, por afectación clínica del caso. Aunque puede haber alguna diferencia con las derivaciones finalmente hechas por SE, que sólo se pueden conocer a través de las tablas con datos agregados que remitían las Unidades de SE a la SGSE".*

A pesar de esta explicación, la segunda versión del Anteproyecto mantuvo su valoración, tratando de justificarse en la nota al pie 196 de la página 118. En esta nota, el Anteproyecto establece lo siguiente:

> *"196. El MSND alegó que "la base de datos de pruebas diagnósticas de SpTH sí permitía la extracción de los viajeros con test positivo que se derivaban a las CCAA", pero este extremo no se ha podido acreditar. Sin embargo, el diagrama de flujos de información de la documentación técnica de SPTH no contemplaba derivar a un viajero directamente del área de test a los servicios de Sanidad Exterior, sin intervención previa del control secundario. Por otra parte, el criterio sostenido en la alegación requeriría ejecutar múltiples transformaciones de datos y cruces que el Tribunal no ha podido efectuar por las razones que se expresan en el texto y que el Ministerio no ha presentado realizadas al Tribunal".*

Resulta llamativo que el equipo de fiscalización decida no realizar esta operación porque "*requeriría ejecutar múltiples transformaciones de datos y cruces*", a pesar de las indicaciones ofrecidas por este Ministerio. El Anteproyecto no indica qué dificultades específicas ha encontrado. Tampoco señala qué aspectos concretos útiles para realizar la auditoría no han sido remitidos por el Ministerio o cuáles no se ha permitido al Tribunal comprobar.

En todo caso, el Tribunal ha podido realizar todos los análisis que ha estimado oportunos sobre las bases de datos a las que ha solicitado y tenido acceso, lo que se demuestra con la inclusión en el informe de los cuadros de elaboración propia.

Como el Ministerio de Sanidad ha remitido la información y aclaraciones solicitadas, en caso de no haber realizado la comprobación por causas solo achacables al propio equipo auditor, debería eliminarse el primer párrafo de la página 118 en el que se incluye la conclusión que fue objeto de alegación.

Pero es que, además, se dice en la nota al pie que las razones para no efectuar estas operaciones "*se expresan en el texto*", lo cual no es cierto, al menos en las páginas de la segunda versión del Anteproyecto remitidas a este Ministerio.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

En consonancia con lo anterior, se pide la supresión del primer párrafo de la página 118 en la redacción final del informe.

Subapartado II.3.5 Soporte en los sistemas de información y seguimiento de las medidas adoptadas en relación con el tránsito internacional de pasajeros por vía terrestre como consecuencia de la pandemia

Además de insistir en que este apartado también excede el ámbito objetivo de la fiscalización de sistemas de información, y sin perjuicio de lo anterior, se recuerda que, en relación con la nota al pie 201, según la Norma de Fiscalización 63.d), las modificaciones posteriores al periodo de fiscalización que hayan sido comprobadas "*se incorporarán en el texto del proyecto*", no mediante notas a pie de página (como sí se permite en otros supuestos).

Subapartado II.3.6. Sistemas de información en relación con "casos importados COVID-19"

Dados los problemas generados por la decisión de remitir un texto parcial, con páginas que faltan de este subapartado, y ante las dificultades de tener una comprensión suficiente de los resultados ofrecidos, hemos de remitirnos íntegramente a las alegaciones realizadas al subapartado II.3.6 en el escrito de 25 de abril de 2024.

II.5. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO, DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ANALIZADOS, INCLUIDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES APLICABLES EN MATERIA DEL ESQUEMA NACIONAL DE SEGURIDAD

Subapartado II.5.6. Estrategia y planificación de las tecnologías de la información

Las alegaciones que se realizan a las páginas facilitadas de este subapartado son las siguientes:

1.- En primer lugar, debe señalarse que la Estrategia de Salud Digital es fruto de del Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, que identifica los sistemas de información y la transformación digital del SNS como claves para la gestión de situaciones de crisis, como la derivada de la pandemia, así como para la sostenibilidad del SNS.

2.- Por otro lado, la mención a servicios como la Historia Clínica Digital Interoperable y la Receta Electrónica Interoperable como competencia de las CCAA resulta absolutamente errónea, a la luz de las competencias del Ministerio en materia de interoperabilidad de la información clínica y el desarrollo e implementación de sistemas de información adecuados para dar respuesta a esta necesidad, como puede comprobarse consultando los Reales Decretos de estructura vigentes durante el ámbito temporal de la auditoría, así como la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS, (Capítulo V), los Reales Decretos que gestionan la tarjeta sanitaria individual y el resto de la normativa sectorial.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

3.- Se desconoce a qué se refiere el Tribunal al indicar "*y otras iniciativas aisladas de ámbito interno*" fuera del SIAPR y se solicita que, dado que parece aludirse a iniciativas sin éxito, se precise de cuáles se está hablando, pues en caso en contrario estaría estableciendo conclusiones sin base objetiva alguna.

4.- Tampoco se entiende la mención realizada en esta misma página 152 a "*que los centros directivos del MSND e incluso unidades administrativas pertenecientes a un mismo centro directivo hayan operado como compartimentos estancos, sin un suficiente grado de coordinación interno*".

En el Ministerio de Sanidad y hasta el año 2020, existía una única unidad con competencias en sistemas de información y las comunicaciones, la Subdirección General de Tecnologías de la Información, dependiente de la Subsecretaría. A partir de 2020 existen dos: la División de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la SGSDII, con competencias TIC claramente diferenciadas y definidas en los sucesivos Reales Decretos de Estructura. Una observación como la indicada en el Anteproyecto de informe debería sostenerse en hechos y hacerse de una manera clara y precisa, no con alusiones indeterminadas a "*centros directivos o unidades administrativas*".

5.- También en esta misma página 152 el Anteproyecto indica que, al margen de las actuaciones que se han comprometido como "hitos" del PRTR, no se ha definido un calendario de avance de las actuaciones previstas ni unos indicadores de cumplimiento asociados a fechas estimadas, más allá de los planes semestrales a los que se refiere el citado Plan y a los que alude la Estrategia.

Precisamente, la consecución de estos compromisos con la Comisión Europea (hitos CID y OA), cuya última versión, puede consultarse en el documento "ANEXO revisado de la DECISIÓN DE EJECUCIÓN DEL CONSEJO por la que se modifica la Decisión de Ejecución del Consejo (UE) (ST 10150/2021; ST 10150/2021 ADD 1 REV 1), de 13 de julio de 2021, relativa a la aprobación de la evaluación del plan de recuperación y resiliencia de España" son los hitos que la ESD debe cubrir, y así se menciona en su contenido[25].

Se recuerda nuevamente, además, que las Estrategias son documentos de alto nivel en los que no se incluyen calendarios operativos detallados. Los plazos de consecución de objetivos se incluyen en los distintos planes de acción en los que la ESD se despliega y en las planificaciones de cada uno de los proyectos llevados a cabo en su marco, por cada uno de los agentes involucrados (Ministerio de Sanidad y CCAA). Se puede **señalar que los calendarios de actuación y marcos de seguimiento** como los que el Tribunal sugiere que faltan en la Estrategia de Salud Digital no suelen estar presentes en este tipo de documentos,

[25] https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/27764e7a-66c1-11ee-9220-01aa75ed71a1/language-es

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

como puede verse, a modo de ejemplo en la Estrategia de Datos de la Unión Europea[26], la estrategia España Digital_2026[27] o el propio Plan Estratégico del Tribunal de Cuentas[28]

6.- El Tribunal señala que el seguimiento de la Estrategia se limita a los "*informes semestrales que se distribuyen para los precitados órganos colegiados*".

Esta afirmación es absolutamente errónea, pues el seguimiento de la Estrategia de Salud Digital, como indica el propio documento, donde se describen los mecanismos para su gobernanza y seguimiento, se sitúa necesariamente dentro del marco del CISNS. En concreto, en la Comisión de Salud Digital, participada por el Ministerio (con representación de todas las Direcciones Generales, constituyendo así el ámbito propicio para la coordinación entre las unidades funcionales y tecnológicas a la que el equipo auditor se refiere de modo reiterado) y las CCAA, con sus dos Subcomisiones, la Subcomisión del Sistema de Información del SNS y la Subcomisión de Servicios y Tecnologías para la Salud Digital, así como sus grupos de trabajo mixtos, que proporcionan periódicamente al CISNS información del avance de la misma y de sus resultados. La elaboración de sus planes de acción y su programación económica es uno de los cometidos de los órganos de gobernanza de la ESD, junto con su seguimiento y evaluación. En los grupos de trabajo se cuenta siempre con personas de las unidades funcionales implicadas.

El Pleno del CISNS se convoca al menos con periodicidad trimestral. La CSD debe convocarse también con la misma periodicidad mínima, según su reglamento interno, pudiendo realizarse reuniones extraordinarias. En la memoria de actividad del CISNS se detallan las reuniones de la CSD, Subcomisiones y grupos de trabajo dependientes celebradas en el año 2022, lo que desmiente la citada afirmación, que **debe, por tanto, ser retirada**. Sólo en uno de los Planes de Acción que forman parte de la Estrategia de Salud Digital, (el Plan de Transformación Digital de la atención primaria y comunitaria) participan, hasta la fecha, en su seguimiento y ejecución, más de 400 personas, habiéndose celebrado hasta la fecha más de 700 reuniones de trabajo.

7.- Si bien se valora que el Tribunal advierta de la necesidad de que personal de las unidades funcionales formen parte de las Comisiones y Grupos de Trabajo relacionados con los Sistemas de Información, se echa en falta una advertencia semejante acerca de la necesaria reciprocidad en la representación de personal tecnológico en las Comisiones y grupos de trabajo funcionales, como preceptivo para el lograr la necesaria coordinación.

8.- En el segundo epígrafe de la página 153 el Anteproyecto de informe afirma lo siguiente:

[26] https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0066

[27] https://portal.mineco.gob.es/RecursosArticulo/mineco/ministerio/ficheros/EspanaDigital_2026.pdf

[28] https://www.tcu.es/export/sites/default/.galleries/pdf/Plan-Estrategico-Tribunal-de-Cuentas-2024-2027.pdf

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

"*La Estrategia de Salud Digital se centra en el SNS, pero no contiene ninguna referencia específica a la planificación tecnológica del propio MSND, resultando especialmente significativa la ausencia de referencias a materias de competencia exclusiva del MSND, como la sanidad exterior*"

Esta afirmación es errónea. El equipo de fiscalización puede comprobar en la Estrategia de Salud Digital la existencia de la línea "1. Vigilancia de los riesgos y amenazas para la salud "y de la línea "6: Refuerzo de los servicios digitales del SNS", donde encajan las necesidades de Salud Pública en general y de Sanidad Exterior, en particular.

La ESD se ejecuta a través de los siguientes planes de acción, cada uno de los cuales cuenta con sus propios objetivos, plazos temporales, fuentes de financiación y modelo de ejecución (en función de la distribución competencial de las áreas funcionales a las que se aplican:

- ***Plan de Servicios Digitales del SNS****, donde se incluye la implementación de aquellos servicios responsabilidad del Ministerio de Sanidad, dentro del SNS, como los sistemas de Sanidad Exterior. No se entiende que el Tribunal considere que estos sistemas, así como cualquier otro del ámbito competencial de la Salud Pública, no formen parte del SNS. En las alegaciones, se indicó que la Estrategia, como su propio nombre indica, es del Sistema Nacional de Salud y no del MS, por lo que su ámbito es el indicado y está perfectamente definido en su contenido. Por otra parte, no es correcto indicar que no se mencione la planificación tecnológica del propio MS, puesto que las áreas de actuación reflejan, precisamente, cada una de las áreas competenciales de las autoridades sanitarias que conforman el SNS, esto es, el MS, y las CCAA y ciudades autónomas e INGESA.*

- ***Plan de sostenibilidad, mejora de la eficiencia y acceso equitativo al SNS,*** *donde las CCAA son las entidades ejecutoras y el ministerio coordina las actuaciones, además de proporcionar los necesarios servicios de interoperabilidad y comunicaciones.*

- ***Plan de Transformación Digital de la atención primaria y comunitaria****, asimismo desarrollado por las CCAA de manera colaborativa con la coordinación del ministerio, que proporciona asimismo servicios de interoperabilidad y comunicaciones.*

- ***Plan de Atención Digital Personalizada****, desarrollado de manera colaborativa y conjunta por las CCAA, con la con la coordinación del ministerio, que proporciona asimismo servicios de interoperabilidad y comunicaciones.*

- ***Sistema para la compartición de la información genómica a nivel nacional*** *desarrollado de manera conjunta por el Ministerio y las CCAA.*

- ***Espacio nacional de datos de salud*** *desarrollado de manera conjunta por el Ministerio de Sanidad y las CCAA y liderado por el Ministerio de Transformación Digital y Función Pública.*

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Como se ha señalado, los modelos de ejecución de cada uno de los Planes se definen en la ESD y corresponden a la distribución competencial en las áreas funcionales sobre las que se desarrolla el Plan. Es decir: a) ejecución por parte del Ministerio con la colaboración de las CCAA; b) ejecución por las CCAA con la coordinación del Ministerio; y c) ejecución mixta, que precisamente es la que corresponde a la línea de actuación en vigilancia epidemiológica, lo que pone de manifiesto, de nuevo, que la auditoría hubiera debido extender su alcance a las CCAA para ser completa.

9.- El Tribunal ha mantenido, a pesar de que se solicitó su retirada tras las oportunas explicaciones, la referencia a la dispersión en la tramitación de los expedientes y el ejercicio de las funciones relacionadas con la gestión de los proyectos tecnológicos entre los distintos órganos y unidades del Ministerio de Sanidad.

En relación con la segunda afirmación se explica de nuevo que el ejercicio de las funciones TIC se residencia en la División TIC, dependiente de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y en la SGSDII, que tienen competencias perfectamente diferenciadas por el Real Decreto de estructura ministerial. En cuanto a la dispersión mencionada, el propio Tribunal lo consideraba solo parcialmente justificado por la creación de un nuevo concepto 228 en el Presupuesto del Ministerio, los cambios organizativos y el propio marco normativo de la contratación.

Se considera que estos tres factores, por si solos, justifican completamente el modo en que el Ministerio de Sanidad actuó, por lo que se vuelve a solicitar la eliminación de esta valoración sobre la dispersión.

Forma parte de la capacidad de auto organización de un departamento ministerial utilizar, en cada momento, las herramientas legales y administrativas disponibles que considere más apropiadas para la adquisición de suministros y contratación de servicios TIC sin que esa decisión pueda ser catalogada, sin justificación como dispersión, lo que conlleva una connotación negativa sobre la gestión de l,os expedientes de contratación auditados.

El Anteproyecto de informe afirma que la referida dispersión supone un riesgo de control interno, ya que se dificulta el seguimiento de la pista de auditoría de los mismos y se fragmenta la supervisión que se ejerce sobre los trabajos realizados por las empresas adjudicatarias.

Este Ministerio no puede compartir esta afirmación, puesto que todos los procedimientos de contratación se encuentran registrados en los sistemas de información contable oficiales de la AGE y han sido auditados, y recepcionados de conformidad por la Intervención Delegada en el Ministerio de Sanidad. Por tanto, la pista de auditoría es clara y puede comprobarse haciendo uso de los citados sistemas de información contable. En cuanto a la inclusión de varios proyectos en un mismo expediente, es práctica habitual y la ley así lo permite, no solo en el ámbito TIC, sino en cualquier otro, siempre que tengan un objeto común, como es el caso, y en aras de impulsar la eficiencia administrativa.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

Es más, el artículo 99.2 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, establece que "*No podrá fraccionarse un contrato con la finalidad de disminuir la cuantía del mismo y eludir así los requisitos de publicidad o los relativos al procedimiento de adjudicación que correspondan"*. Por tanto, en caso de haberse tramitado diversos expedientes para proyectos con un objeto común, podría haberse incurrido en una ilegalidad. Por lo tanto, cabe afirmar que fue un ejercicio de responsabilidad realizar las contrataciones de la forma más rigurosa posible y evitar un posible fraccionamiento de contratos, prohibido por la legislación vigente, incluso en una situación de pandemia.

Se solicita que, en caso de mantener este apartado en el Informe final, conste en él expresamente que los contratos asociados a los sistemas de información objeto del informe han sido auditados, y recepcionados de conformidad por la Intervención Delegada del Ministerio de Sanidad.

10.- En cuanto a la **aplicación GEMA**, ya se indicó en las alegaciones previas. realizas por este Ministerio, que el principal objetivo de esta aplicación es calcular el importe a facturar en cada periodo consignado en los documentos de licitación de los procedimientos abiertos de contratación, cuya gestión se realiza en base a encargos de trabajo, y no se utiliza para el cálculo de costes de las aplicaciones en su licitación, por lo que **debería eliminarse la nota al margen número 256.**

11.- Se señala de nuevo en el texto, sin atender a las alegaciones ya realizadas por este Ministerio, que "*el detalle en la descripción de los trabajos a realizar por las empresas tecnológicas en los pliegos de prescripciones técnicas de los contratos es escasamente preciso, lo que permite un amplio margen de discrecionalidad a los responsables de los proyectos tecnológicos para fijar la prioridad de las actuaciones a realizar y, en consecuencia, para instruir a las empresas contratistas sobre los trabajos concretos a realizar*".

Al respecto es preciso reiterar que los Pliegos de Prescripciones Técnicas, al igual que el resto de documentación administrativa, han sido revisados y fiscalizados por las unidades competentes para ello, incluyendo la Dirección General de Racionalización y Centralización de la Contratación del Ministerio de Hacienda para los expedientes de contratación centralizada, sin que se haya señalado tal circunstancia. Esta referencia resulta relevante por cuanto esta Dirección General exige, precisamente, concreción en las tareas incluidas en los documentos de licitación, y desde luego mucha más que la que se puede esperar de los documentos que acompañan a una contratación de emergencia. En estos contratos, la Ley permite menor exhaustividad, dadas las circunstancias extraordinarias que los motivan.

Al igual que en el caso de la afirmación previa, se solicita que, si se mantiene este párrafo, se haga constar en él expresamente que los pliegos de prescripciones técnicas y el resto de documentación administrativa asociada a los sistemas de información objeto de este informe, han sido revisados y fiscalizados por las unidades competentes para ello, incluyendo la Dirección General de Racionalización y Centralización de la Contratación del Ministerio de Hacienda, en su caso.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

12.- De nuevo se reitera que las unidades funcionales conocen con todo detalle el alcance de los trabajos a realizar por parte de las empresas contratadas, puesto que ellas mismas los han definido.

Conviene tener en cuenta que un mismo sistema puede implicar a varias unidades funcionales y/o decisoras a las que presta servicio y, por tanto, una unidad puede no haber definido la totalidad del alcance realizado, e incluso puede haber módulos o partes de un sistema que no respondan a las necesidades de una unidad por haber sido desarrollados para dar cobertura a la actividad de otras. Asimismo, la prioridad de los citados desarrollos lo establecen las unidades funcionales en las reuniones de seguimiento periódicas que se mantienen en el ámbito del proceso de desarrollo de los sistemas de información y en ningún caso, lo hace unilateralmente la unidad tecnológica. Evidentemente, es preciso mantener una coherencia en las prioridades definidas a lo largo del tiempo, sin modificarlas de forma frecuente, pues de otro modo sería imposible que los equipos técnicos pudieran realizar su trabajo.

El sistema SISAEXVAC sirve exactamente para aquello que la unidad funcional definió en su momento, que fue, atendiendo al alcance temporal de la auditoría, facilitar el registro de la administración de vacunas frente al COVID-19 y la posterior emisión de los certificados COVID de vacunación asociados, y ninguna otra.

IV. CONCLUSIONES SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISEÑADOS PARA LA TOMA DE DECISIONES A PARTIR DE MARZO DE 2020.

Debe señalarse primeramente que sólo se han facilitado a este Ministerio en este trámite las páginas 174, 176, 177, 180, 181 y 182. Esta información fragmentada y las dificultades para conocer qué cambios se han introducido en cada una de las páginas, han impedido también que este Ministerio pueda ejercer en toda su extensión las facultades establecidas en la normativa sobre el derecho de los entes fiscalizados a presentar alegaciones.

Sin perjuicio de lo ya alegado anteriormente en este escrito en lo que pueda afectar al contenido de este Apartado III.2, se realizan ahora las siguientes consideraciones específicas:

4- Conclusión 16

En el segundo párrafo el Anteproyecto de informe señala:

> *(…) Sin embargo, el INGESA carecía de capacidad suficiente para responder a un reto de esa dimensión, ya que no disponía de medios técnicos y humanos suficientes. A este respecto, hasta 25 empleados públicos de otros entes y ministerios reforzaron temporalmente al INGESA para apoyar en la gestión de la compra y distribución de estos suministros en la primera mitad de 2020.*

Como ya se mencionó anteriormente, los juicios y valoraciones sobre la capacidad y preparación de INGESA no resultan ponderados. Si bien es cierto que en un primer momento su estructura no estaba preparada para un reto de estas dimensiones, posteriormente su

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

estructura se fue adaptando y se le dotó de refuerzos de personal. Esta capacidad de adaptación no queda reflejada suficientemente en el texto del Anteproyecto ni en esta conclusión.

Como ya se señaló, el Informe 2020/1623 de la ONA, que se menciona en el Anteproyecto, estableció que la estructura y el personal de INGESA no estaba dimensionado ante la magnitud del reto, pero reconoció posteriormente que el funcionamiento de su "Unidad de Estrategias de Aprovisionamiento con miras al SNS" permitió una flexibilidad "*muy eficaz*", "*pudiendo contar con todos los efectivos que se consideraron necesarios en cada momento*" (página 18).

El equipo auditor del Tribunal de Cuentas conoce la existencia y evolución de esta Unidad de Estrategias, pese a lo cual ni siquiera es mencionada en esta conclusión.

Igualmente, la conclusión debería indicar, como se alegó en el apartado correspondiente, que los 25 empleados públicos mencionados, como señaló el Informe de la ONA, lideraron las "*decisiones relativas al comercio internacional en la identificación de empresas, productos y precios*".

En el tercer párrafo de esta conclusión el Anteproyecto manifiesta lo siguiente:

> *"Pese al significativo importe de recursos invertidos en la adquisición de suministros para dar respuesta a la emergencia en 2020, no se desarrolló ningún proyecto tecnológico para dar soporte a la gestión y distribución de estos productos, de modo que se sustentó en hojas de trabajo elaboradas con aplicaciones ofimáticas, nutridas con la información de las empresas de logística, que no están diseñadas para dar soporte a procesos de esta complejidad, además de no ser eficientes ni garantizar la integridad, trazabilidad y seguridad en la información que sustentan".*

Como se ha comunicado en repetidas ocasiones, el sistema de información existente para la gestión del material es el sistema del que dispone la empresa logística.

Las hojas de cálculo eran meras herramientas para organizar el trabajo de los funcionarios en su tarea diaria, y a esos efectos las hojas de cálculo cumplieron perfectamente su función. Si lo que se pretende es poder hacer un sumatorio de las diferentes situaciones en que se ha encontrado cada unidad de producto (adquisición, distribución, caducidad, existencias), para ello habría sido necesario que el equipo auditor hubiera acudido al sistema de información de la empresa logística. A pesar de los comentarios reiterados efectuados al efecto, tal tarea no ha sido acometida por el equipo de fiscalización.

Como ya existía un sistema de información de seguimiento logístico desarrollado por la empresa adjudicataria de la gestión, a la que además INGESA podía acceder en línea, y como este sistema era y es fiable, el Ministerio no consideró que los costes y el esfuerzo de implantar un nuevo sistema compensara las supuestas ventajas de abordar ese proyecto,

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

máxime cuando el sistema y los mecanismos de seguimiento existentes, funcionaban satisfactoriamente.

A este respecto, la norma *ISSAI-ES-300* es clara cuando señala que la implantación de un sistema del tipo que sugiere el Anteproyecto resulta adecuado, entre otros aspectos, cuando los costes resulten razonables e inferiores a los beneficios que reporte su existencia.

Se considera que ni esta conclusión, ni la redacción del apartado del que trae causa, resultan de una valoración adecuada sobre la necesidad de afrontar un nuevo proyecto tecnológico. Por tanto, también por la ausencia de criterios de auditoría aplicados en este caso, y por no haber realizado al menos una estimación de los costes/ beneficios de dicho proyecto, se considera que este párrafo tercero de la Conclusión 16 no debería constar en el informe final.

En el cuarto y último párrafo de la Conclusión Nº16 se señala lo siguiente:

> *"Como resultado de los trabajos de fiscalización sobre las distintas versiones de información proporcionadas por el MSND, se ha conseguido depurar y conciliar entre sí y con la documentación física que las soporta las distintas bases de información, si bien existen algunas discrepancias (epígrafe II.2.5)".*

Se insiste en que la pretensión de las hojas de cálculo nunca fue constituir el soporte tecnológico de los distintos procesos logísticos, pues para ello ya existía un sistema de información desarrollado y mantenido por la empresa logística, tal y como se le exigió por parte de INGESA en las distintas adjudicaciones. Se vuelve a solicitar en este punto, la inclusión de esta reiterada alegación, también en el apartado de conclusiones.

En cualquier caso, que el Anteproyecto de informe considere que los datos de las hojas de cálculo han podido depurarse y conciliarse no deja de resultar positivo, pues ello confirma que las hojas de cálculo sí sirvieron a los únicos propósitos a los que estaban destinadas: apoyar el trabajo diario de los funcionarios encargados de los procesos de gestión de productos sanitarios para hacer frente al COVID-19.

5- Conclusión 25

En atención a lo señalado en las alegaciones realizadas al apartado II.3.5, esta conclusión debe eliminarse del informe final de justificación.

Se trata de un ámbito absolutamente ajeno a los sistemas de información, que constituyen el único objeto de auditoría. Establecer hechos, juicios, valoraciones o conclusiones sobre si se implantaron o no controles sanitarios en fronteras terrestres, cuando además por el Acuerdo de Schengen se trata de fronteras de libre tránsito, suponen un exceso injustificable de la auditoría, por más referencia que se realice al término "información" para tratar infructuosamente de justificarlo.

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

INFORME DE FIRMA, no sustituye al documento original | C.S.V. : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección: https://run.gob.es/hsbIF8yLcR

En cualquier caso, llama la atención que las dos versiones del Anteproyecto de informe dediquen un espacio similar en las Conclusiones a dos cuestiones tan distintas entre sí, como las fronteras terrestres y el sistema SERLAB (un apartado a cada una), como si fueran cuestiones similares y de relevancia equivalente. Pero la verdad es que a la primera se le dedican 3 párrafos en los resultados de fiscalización y a la segunda, 7 páginas. Esta desproporción en el modo y forma en que se trata la actividad fiscalizada, en función de criterios no explicitados, representan también una carencia en términos de objetividad e imparcialidad.

- **Conclusión 38**

En atención a las alegaciones realizadas al subapartado II.5 sobre la cuestión de la matriz de seguimiento, los calendarios y los indicadores, así como la inclusión específica del propio Ministerio de Sanidad en la planificación tecnológica específica, se solicita la supresión del siguiente inciso en la Conclusión Nº 38:

> *"(…) Al margen del seguimiento de los aspectos que se enmarcan en el Plan de Transformación, Recuperación y Resiliencia, la referida Estrategia de Salud Digital carece de una matriz de seguimiento con indicadores cuantitativos. A su vez, esta Estrategia no contempla un apartado específico dedicado a la planificación tecnológica específica del propio Ministerio".*

- **Recomendación 18**

El Tribunal recomienda al Ministerio de Sanidad que implante sistemas de contabilidad analítica para los sistemas de información.

Al respecto se señala nuevamente que los sistemas de contabilidad utilizados por el Ministerio de Sanidad son aquellos que provee la Intervención General de la Administración del Estado y no otros, esto es, SOROLLA y SIC3.

Asimismo, se manifiesta que, en caso de que dicha decisión pudiera ser adoptada de manera unilateral por el Ministerio de Sanidad, la adopción de sistemas de contabilidad analítica no debería hacerse únicamente para los sistemas de información, dado que éstos son una parte de un todo y no cubren los procesos de la organización de extremo a extremo. El resultado de esa hipotética decisión presentaría, sin duda, deficiencias en términos de integridad y trazabilidad de la información proporcionada.

Madrid, a fecha de la firma electrónica
LA MINISTRA

Mónica García Gómez

CSV : [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://run.gob.es/hsbIF8yLcR
FIRMANTE(1) : MONICA GARCÍA GÓMEZ | FECHA : 28/11/2024 09:33 | Sin acción específica

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXMINISTRO DE SANIDAD

,

Estimado Consejero:

En contestación a su escrito de fecha 28 de febrero de 2024, por el que se remite el Anteproyecto de Informe de *"Fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021"*, a fin de realizar las oportunas alegaciones al mismo, en mi condición de ministro de Sanidad desde el 12 de enero de 2020 hasta el 26 de enero de 2021, le comunico que me remito a las alegaciones que se realicen desde el Ministerio de Sanidad.

Un cordial saludo,

Salvador Illa Roca

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXMINISTRA DE SANIDAD

Las Palmas de Gran Canaria, a fecha de firma electrónica

Sr. D. Javier Morillas Gómez
Consejero del Tribunal de Cuentas
Departamento de los servicios públicos básicos
y de los bienes públicos de carácter permanente
C/ Fuencarral, 81
28004- MADRID

Estimado Consejero:

En contestación a su escrito de fecha 28 de febrero de 2024, por el que se remite el Anteproyecto de Informe de "Fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021", a fin de realizar las oportunas alegaciones al mismo, en mi condición de Ministra de Sanidad desde el 26 de enero de 2021 hasta el 27 de marzo de 2023, le comunico que me remito a las alegaciones que se realicen desde el Ministerio de Sanidad.

Un cordial saludo,

Carolina Darias San Sebastián

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL MINISTERIO DE POLÍTICA TERRITORIAL Y MEMORIA DEMOCRÁTICA

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

MINISTERIO
DE POLÍTICA TERRITORIAL
Y MEMORIA DEMOCRATICA

SECRETARÍA DE ESTADO
DE POLÍTICA TERRITORIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE COORDINACIÓN TERRITORIAL

Dirección General
de la Administración General del Estado
en el Territorio

ALEGACIONES DE LA DIRECCION GENERAL
DE LA ADMINISTRACION GENERAL DEL ESTADO EN EL TERRITORIO (DGAGET)
AL DOCUMENTO DEL TRIBUNAL DE CUENTAS
"ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019,2020 Y 2021"-

Páginas 100 y 101: mención a la DGAGET

(…) Por otra parte, la Dirección General de la AGE en el Territorio del MTER no pudo proporcionar a este Tribunal de Cuentas información fiable y rigurosa de la dotación de personal existente en las unidades administrativas de sanidad exterior de las Áreas de Sanidad al cierre de los ejercicios 2018, 2019 y 2020, lo que revela debilidades en los procedimientos internos de gestión y de disponibilidad de información. de la AGE en el Territorio del MTER no pudo proporcionar a este Tribunal de Cuentas

El SIGP -Sistema Integrado de Gestión de Personal-, aplicativo para la gestión de personal utilizado por el conjunto de la Administración General del Estado, **no permite hacer la consulta que se indica,** por lo tanto, la referencia a que no se pudo proporcionar la información, no era ni es, una problemática del Ministerio de Política Territorial en exclusiva.

A pesar de ello, la Dirección General de la AGE en el Territorio cuenta con bases de datos propias e informes estadísticos que nos permitieron suministrar al Tribunal de Cuentas información de la situación en materia de personal a fechas concretas: a 31 de diciembre de los años 2019, 2020 y 2021 (estas bases de datos dan información en el momento de la consulta pero no permiten extraer información en fechas pasadas, por lo que la información suministrada procede de los informes estadísticos que se realizan en la citada DG a fechas especificas).

Pág 101, segundo párrafo

Esta circunstancia se extiende a los sistemas de información, en la medida en que el impulso de proyectos tecnológicos, la asignación de recursos o la elección de las alternativas tecnológicas dependen de estructuras de gobernanza diferentes, de tal manera que el software específico depende del MSND mientras que los equipos, la configuración base y la infraestructura depende del MTER, operando por tanto en entornos tecnológicos distintos y con el riesgo de que las prioridades no se encontraran alineadas.

Hay que matizar que el suministro y configuración de equipos corresponde a la Secretaria General de Administración Digital, del Ministerio de Transformación Digital y Función Pública. (SGAD).

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : AGUSTIN TORRES HERRERO | FECHA : 19/03/2024 21:35 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Pág 107

Posteriormente, el 24 de septiembre de 2020, ya con los controles implantados desde principios de julio, de acuerdo con la documentación aportada por el MSND, el Director General de la Administración General del Estado en el Territorio puso de manifiesto la dificultad para tomar la responsabilidad en 2021 de los controles sanitarios por la falta de la financiación requerida, con la referencia de los importes de los contratos previos de AENA SME SA. (…)

Hay que matizar esta redacción en el sentido que el Director General de la AGE en el Territorio puso de manifiesto la dificultad de asumir con presupuesto del Ministerio de Política Territorial (Programa 921P) las retribuciones del personal previsto por el Ministerio de Sanidad para hacer los controles sanitarios en 2021. En 2020 los gastos de personal de estos controles habían sido asumidos por AENA y la previsión del Ministerio de Sanidad para 2021 superaba con mucho la capacidad presupuestaria del Programa 921P del Ministerio de Política Territorial, gestionado por la Dirección General de la AGE en el Territorio.

Página 178. Punto III.3. Conclusiones sobre los sistemas de sanidad exterior, se menciona en el segundo párrafo:

(…) Persisten determinadas disfunciones en el funcionamiento de Sanidad Exterior que afectan a sus sistemas de Información, que ya eran conocidos por la Administración General del Estado, que motivaron, en su día, el "Plan de Medidas para la Mejora de los Servicios de Sanidad Exterior" aprobado por el Consejo de Ministros en 2006 y que fue objeto de análisis en un Informe de la extinta Agencia de Evaluación de los Servicios Públicos, en 2013. En lo que respecta a la gestión de la información, existe una fragmentación organizativa, consecuencia, en parte, de la doble dependencia, lo que se traduce en un proceso de toma de decisiones escasamente ágil y muy burocrático.

Sobre este punto cabe mencionar que desde el año 2006 hasta la fecha, han sido varios los intentos para modificar y actualizar el Plan de Medidas para la Mejora de los Servicios de Sanidad Exterior, PMSSE. A lo largo de todos estos años ha habido varios proyectos con participación de varios ministerios para la optimización y mejora de la actividad en materia de controles a la importación y exportación. Algunos de estos proyectos fueron por ejemplo la Ventanilla única Aduanera (VUA), o el intento de creación de una Comisión Interministerial.

Sobre este último punto conviene señalar que el Ministerio de Política Territorial, consciente de la necesidad de un cambio y renovación en el contexto de las actuaciones que giran en torno a los controles import/export en frontera, convocó en el año 2023 a los actores implicados en el control de mercancías para retomar la actuaciones iniciadas en anteriores ocasiones, encaminadas a la mejora de los servicios que la Administración General del Estado presta a los operadores económicos en el tráfico internacional de mercancías.

Este impulso por parte del Ministerio de Política Territorial pone de manifiesto el interés de esta organización en evaluar el PMSSE del 2006 y promover la modificación del mismo, tras 15 años de su publicación.

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : AGUSTIN TORRES HERRERO | FECHA : 19/03/2024 21:35 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Si bien el PMSSE de 2006 tuvo un impacto inicial positivo, ya que supuso una implementación con el potente refuerzo de los servicios de inspección sanitaria en los principales puertos y aeropuertos, posteriormente se pusieron de manifiesto las debilidades de su planteamiento, al no contemplar un enfoque integral con todos los actores intervinientes en el proceso, y en consecuencia, no considerar la coordinación de actuaciones como objetivo estratégico para obtener resultados concretos en la agilización y mejora de la prestación del servicio.

Tras este aprendizaje, la DGAGET cree que es preciso definir un modelo más acorde con una administración del siglo XXI, eficaz y eficiente, aprovechando las ventajas que ofrece la digitalización para la coordinación de actuaciones de tal manera que se garantice la calidad de los controles sanitarios, fitosanitarios y comerciales con un servicio ágil y con la flexibilidad suficiente para adaptarse a las necesidades y oportunidades del tráfico internacional de mercancías en un contexto de permanente cambio.

Por ello, desde la Secretaria General de Coordinación Territorial se convocó una reunión, en enero de 2023, a representantes de todos los organismos participantes en el comercio exterior de mercancías: Ministerio de Hacienda, Ministerio de Transportes (Puertos del Estado y Aena), Ministerio de Sanidad, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, y Ministerio de Economía, Comercio y Empresa.

Tras esta reunión, cuya aceptación fue muy positiva, se constituyó un grupo de trabajo formado por representantes de todos los ministerios implicados. Este grupo de trabajo se reunió por primera vez en abril de 2023, con el objetivo de abordar de nuevo la problemática en el ámbito de los controles import/export en fronteras y abordar en definitiva un nuevo enfoque del PMSSE adaptado a las necesidades actuales, poniendo el foco en la digitalización entre otros. En este grupo de trabajo, que a fecha de emisión del presente informe ya se ha reunido en tres ocasiones, se está trabajando en varios proyectos:

- El primer de ellos es la redacción de un borrador de Real Decreto para la creación de una Comisión Interministerial que aborde de una forma integral las cuestiones relacionadas con los controles a la importación y exportación de determinados productos objeto de control por parte de uno o varios servicios de inspección. El texto del borrador está ya acordado y se enviará en las próximas semanas al departamento jurídico para finalizar el proceso de tramitación.

- En paralelo, este grupo de trabajo ha comenzado a analizar la actividad y horarios en las diferentes instalaciones de control para la importación y exportación de determinadas mercancías, con el fin de identificar aquellos puntos que bien por exceso o defecto, necesitan adaptar sus horarios y personal a la situación actual.

  Si bien este grupo de trabajo, en principio no incluye a los servicios médicos de sanidad exterior, objeto del informe del Tribunal de Cuentas, conviene señalar que sí incluye a los servicios veterinarios de sanidad exterior, que realizar controles a la importación de productos para uso y consumo humano.

  Finalmente, y en relación con la dotación de recursos humanos, conviene destacar que, a además de la complejidad a la hora de contratar interinos (proceso lento tal y como el informe indica), existe además en el caso de los médicos una enorme dificultad para aumentar y consolidar la plantilla en las áreas funcionales de Sanidad de las Delegaciones Subdelegaciones del Gobierno.

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : AGUSTIN TORRES HERRERO | FECHA : 19/03/2024 21:35 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

El Ministerio de Política Territorial, en la parte que le concierne en cuanto a contratación de interinos, realiza un esfuerzo constante para poder dotar de personal suficiente a todos los CVI, no siendo siempre exitosas estas acciones, ya que para el colectivo de médicos la demanda es superior a la oferta. Además, las condiciones de remuneración que puede ofrecer el MTER están en desventaja con las condiciones económicas que ofrecen otra Administraciones, por este motivo también es muy difícil la cobertura de puestos de los puestos de la Oferta de Empleo Público.

El Ministerio de Política Territorial está trabajando en la implementación de forma consensuada con el Ministerio de Sanidad, de acciones complementarias al refuerzo de personal, encaminadas a optimizar la prestación del servicio teniendo en cuenta la baja dotación de personal que tienen algunas unidades. Algunas de estas acciones son, (optimización del proceso de citación, uso de la polivalencia, y establecimiento de objetivos en relación con los viajeros atendidos).

Madrid, 19 de marzo de 2024

EL DIRECTOR GENERAL DE LA AGE EN EL TERRITORIO
Fdo.: Agustín Torres Herrero

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : AGUSTIN TORRES HERRERO | FECHA : 19/03/2024 21:35 | Sin acción específica

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

ALEGACIONES DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (ISCIII) AL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021

Alegaciones generales

Los sistemas de vigilancia epidemiológica o de vigilancia de salud pública se basan en la notificación sistemática de información sobre problemas específicos de salud en la población, seguida de procesamiento y análisis, para su posterior utilización en la toma de decisiones, lo que permite prevenir y controlar los riesgos o daños asociados.

El periodo al que se refiere el informe de fiscalización incluye la pandemia por el SARS-CoV-2. En esta pandemia, los sistemas de vigilancia se enfrentaron a la necesidad de notificar y analizar miles de casos casi en tiempo real. La vigilancia epidemiológica tradicional está basada en la notificación agregada de casos y, en determinadas ocasiones, posteriormente se realiza un análisis individualizado que permite tomar las decisiones más adecuadas para el control de las enfermedades. Generalmente, los nuevos datos se integran en un archivo histórico que permite comparar, detectar tendencias y mejorar las medidas de control a medio y largo plazo.

Sin embargo, en el caso del COVID-19, los sistemas de vigilancia tuvieron que adaptarse a una nueva enfermedad, con una prevalencia elevada, para la que no se disponía de archivo histórico, y que obligaba a disponer de información a corto plazo para la toma de decisiones.

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) coordinada por el Ministerio de Sanidad y gestionada por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del ISCIII tuvo que adaptarse a esta nueva situación, dedicando recursos y modificando sus procedimientos, para poder ofrecer información fiable diariamente a las autoridades sanitarias. Además, desarrolló diferentes acciones adicionales para incrementar las fuentes de información, como la modificación y ampliación del sistema de Vigilancia de la Mortalidad Diaria (Sistema MoMo), el incremento en la frecuencia de emisión de informes epidemiológicos y la realización de un estudio nacional de seroprevalencia (Estudio Nacional de Sero-Epidemiología de la Infección por SARS-CoV-2 en España, ENE-COVID-19).

El informe de fiscalización recoge las limitaciones y debilidades de la RENAVE a partir del análisis de los sistemas de información que la sustentan y de la plataforma que se utiliza para la gestión de los datos de vigilancia de enfermedades transmisibles en el nivel nacional (SiViEs), entre los años 2019 a 2021. La mayor parte de las limitaciones se debieron a la falta de adecuación tecnológica de los sistemas de vigilancia en algunas comunidades autónomas, especialmente en cuanto a la interoperabilidad y acceso a las fuentes primarias de datos usados para la vigilancia y que también afectaba al último eslabón de la Red, en el traspaso de la información de los sistemas autonómicos al nacional.

Estas limitaciones se están corrigiendo al dotarse de recursos PRTR, tanto a los sistemas autonómicos como al nacional durante los años 2022, 2023 y 2024. Además, hay un firme compromiso por parte de las autoridades sanitarias para desarrollar la Estrategia de Vigilancia de Salud Pública y en breve se publicará la legislación que reemplazará la actual, ya obsoleta, y que será clave en la organización gobernanza y funcionamiento del nuevo sistema de vigilancia en salud pública.

El informe reconoce que la falta de renovación de la legislación se ha compensado con la existencia grupos de trabajo técnicos, como las ponencias de vigilancia y de alertas con capacidad de proponer cambios que se elevan a la Comisión de Salud Pública (Directores Generales de Salud Pública), primer paso antes de su remisión al CISNS con capacidad ejecutiva en la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública y en concreto en la RENAVE.

guro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : le.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MANUEL CUENCA ESTRELLA | FECHA : 22/03/2024 09:34 | NOTAS : F
FIRMANTE(2) : MARINA ANUNCIACION POLLAN SANTAMARIA | FECHA : 22/03/2024 09:51 | NOTAS : CF

Alegaciones específicas a las recomendaciones y comentarios sobre los sistemas de monitorización epidemiológica

1. En la página 28 y 29 se dice: "*la coexistencia de diversos subsistemas de notificación paralelos: los propios de las enfermedades de declaración obligatoria, como el de la notificación individualizada, que es la que aporta más información, la agregada y la de brotes, junto con otros subsistemas que pueden incorporar las mismas enfermedades (sistema de información microbiológica, SIDA/VIH, sistemas centinelas)" y "..De hecho, en el seno de la Ponencia de vigilancia epidemiológica, ya en 2013, el consenso técnico era sustentar las tareas de vigilancia en relación con las EDO en la declaración individualizada y, sin embargo, en julio de 2023, persistía la obligación de enviar este tipo de información agregada, ya que el literal del RD 2210/1995 no se modificó".* Sobre lo anterior, hay que aclarar que en 2024 todavía hay 9 autonomías que no pueden hacer declaración individualizada semanal, solo pueden hacerla una vez al año para la mayor parte de las enfermedades. Sin embargo, la vigilancia semanal básica es posible con las tres variables de la declaración agregada (autonomía declaración, semana declaración y número de casos de la enfermedad).
2. En la página 31 se dice: "*En primer lugar, pese a que en la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo y en los Protocolos de 2013 se amplió el número de EDO hasta 62 enfermedades, se ha acreditado que en el sistema de información que sustenta a la RENAVE; denominado SIVIES, solo se ha registrado en el periodo fiscalizado información respecto de las 34 previstas en la normativa previa a 2015, debido a que el ISCIII no adaptó esta aplicación para tratar las notificaciones de las enfermedades restantes, pese a que determinadas CCAA han venido comunicándolas durante el periodo, comunicaciones que no han sido grabadas ni tratadas. Así, la información agregada sobre los casos de listeriosis de 2019 no figura en SIVIES y, es más, no se elaboró ni publicó ningún informe o boletín específico de esta enfermedad por el ISCIII".* En este párrafo hay dos errores: el primero es que en SIVIES sí que se registran todas las enfermedades de la Orden SSI/445/2015, aunque la mitad de las CCAA lo hacen al final de año y se tratan y analizan en el informe anual que publicamos de cada enfermedad en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Enfermedades-A-Z.aspx. El segundo error atañe a la información de listeriosis que si bien no aparece en el informe semanal en red, todas las CCAA notifican a SIVIES al finalizar el año y los informes se publican en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Resultados_Vigilancia_Listeriosis.aspx.
3. En cuanto a listeriosis, se hace un comentario en el que se ha malinterpretado la secuencia y gestión de las incidencias de listeriosis en SiVIES, dado que son distintas incidencias. Todas ellas son de agrupaciones de casos de listeriosis, pero que no tienen que ver entre ellas ni con el brote por consumo de carne mechada. También se dice que no hay concordancia entre el número declarados de casos y el de casos del brote. Esto es así porque la definición de caso para la notificación de casos individualizados es diferente a la notificación de casos en la investigación de brotes. En los brotes, con el fin de facilitar la investigación, se pueden recoger casos sospechosos que no se notifican al sistema de casos individualizados en situación de incidencia normal. Así mismo, las definiciones de caso probable y confirmado no tienen que ser iguales en la investigación de brotes que en la vigilancia de casos individualizados, por los mismos motivos.
4. Algunos problemas identificados en el informe, como el uso del módulo de incidencias usado para compartir información con datos personales se resolverán cuando entre en funcionamiento el módulo HEIMDAL. Esta herramienta desarrollada por el Ministerio de Sanidad se utilizará para la gestión de alertas y entrará en funcionamiento a lo largo de 2024. En cualquier caso, de acuerdo con el RGDP (artículo 9.2) y la disposición adicional transitoria decimoséptima de la LODGDD

[redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : [redacted]guro de Verificación : GEN [redacted]le.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MANUEL CUENCA ESTRELLA | FECHA : 22/03/2024 09:34 | NOTAS : F
FIRMANTE(2) : MARINA ANUNCIACION POLLAN SANTAMARIA | FECHA : 22/03/2024 09:51 | NOTAS : CF

legitiman el uso y tratamiento de datos personales relacionados con la salud en el ámbito de la salud pública (RENAVE) por razones de interés público.

5. Por otro lado, el informe señala como problema que el módulo de incidencias (página 40) "*no recoge ningún código identificativo personal individualizado del paciente (documento nacional de identidad, pasaporte u otro ni siquiera del propio MSND como el CIP SNS) que permite interoperar de manera automatizada los casos con otros sistemas de información80, lo que implica que las posibles actuaciones de otras autoridades de salud pública, derivadas de la notificación, que necesiten un seguimiento del caso, requieren efectuar gestiones al margen del circuito de notificación, ya sea a través del módulo de incidencias o al margen de SIVIES, por vía telefónica o correo electrónico.*" Sin embargo, este párrafo no describe con propiedad el problema, dado que no se precisa la interoperabilidad. La mayor parte de las incidencias en las que se comparte información personal son casos de algunas enfermedades transmisibles que requieren seguimiento y actuaciones de salud pública en transeúntes o casos importados de otros países que no se registran en SIVIES, o son personas sanas, contactos de enfermos a los que se necesita identificar para ofrecerles quimioprofilaxis (es decir, tratamiento preventivo) y que tampoco se registran en SIVIES por estar sanos.
6. En varios apartados del informe se presentan gráficos resumen y se hacen comentarios de las distintas formas de declaración sin tener en cuenta el tratamiento que se hace semanalmente para la monitorización epidemiológica de la información recibida en SiViEs. Para la monitorización semanal de las enfermedades, solo hace falta la declaración agregada de casos a partir de tres variables (autonomía que declara, semana de declaración y número de casos de las enfermedades vigiladas). El cometido principal de la Red es realizar informes anuales para monitorizar la evolución y la comparación en tiempo y espacio de las EDO.
7. En la página 40, el informe cita la falta de cumplimentación en SIVIES de algunas variables importantes para la toma de decisiones, esto es cierto, pero hay que insistir que las CCAA disponen de información más completa de los casos para poder realizar las actuaciones de salud pública y de prevención y control correspondientes en sus territorios.
8. En cuanto al SIM, hay que decir que su actividad cesó de forma programada en el nivel nacional en 2021 y también se suprimió como actividad estadística en el Plan Estadístico Nacional. Este sistema nunca se implantó en todas las CCAA. Se tomó esta decisión al variar la forma de usar e incorporar la información de diagnóstico microbiológico de los casos de las enfermedades vigiladas en las CCAA. Todas las CCAA utilizan los resultados microbiológicos del caso para la vigilancia en sus territorios.
9. En lo que se refiere a las menciones de la demora en la remisión de la información a la RENAVE por parte de los declarantes, las cifras de demora (alrededor de los 360 días) que se citan en ese párrafo (página 36: II.1.3.2.c) se deben a que muchas CCAA notifican la información de manera individualizada una vez al año. Además, la fecha que se registra como de declaración en SIVIES se actualiza cada vez que se carga un fichero con casos, por lo que al hacer la diferencia entre la fecha clave o de inicio de síntomas del caso y la fecha de declaración se registra esta diferencia en días de casi un año. Esto queda refrendado en el cuadro 1, donde se observa que esta demora no afecta a la declaración agregada, dado que no se actualiza.
10. En la página 38 se dice que "*la memoria de los años 2017 y 2018, plasmada en un documento conjunto, se publicó en 2020, mientras que la de 2016 fue publicada en la web en 2018 y en diciembre de 2023 siguen sin publicarse memorias posteriores al periodo 2017-2018*." Sin embargo, como se cita en la página web del ISCIII, el informe anual conjunto de las enfermedades (memoria) se sustituyó por informes individuales, más versátiles y adecuados para cada enfermedad e incluidos en el A-Z de la web. A continuación, se incluye la explicación que se puede encontrar en dicha página a este cambio:

   Informes Anuales de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

[redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : [redacted]le.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MANUEL CUENCA ESTRELLA | FECHA : 22/03/2024 09:34 | NOTAS : F
FIRMANTE(2) : MARINA ANUNCIACION POLLAN SANTAMARIA | FECHA : 22/03/2024 09:51 | NOTAS : CF

La publicación del Informe Anual global se ha sustituido por la actualización del análisis epidemiológico para cada enfermedad o patógeno que se vigila en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el *apartado A-Z* de esta web. El objetivo es disminuir el tiempo entre consolidación de la información y su publicación y tener mayor flexibilidad en el formato y extensión de cada informe, así como facilitar el acceso más rápido de los usuarios a una determinada enfermedad.

11. En la página 41 se cita: *"Para algunas enfermedades se notifica el doble en la declaración agregada que en la numérica".* No es correcto y para su comprensión se responde con el ejemplo que recoge el informe sobre la varicela. Hay que decir que en la declaración agregada se notifican casos por sospecha clínica, en su mayoría son casos sospechosos y probables, de ellos sólo se obtendrá confirmación microbiológica de una parte, que se notificarán de forma individualizada como casos confirmados, de ahí la diferencia. En cualquier caso, en términos del análisis epidemiológico que se realiza para la RENAVE, no supone ninguna incongruencia el disponer de las tres categorías para la clasificación de caso y que se notifiquen de forma paralela en el tiempo en dos formatos de declaración diferentes. Son los datos de la consolidación anual los que se analizan más en profundidad. La declaración semanal, a lo largo del año, se utiliza para monitorizar cambios en la presentación en tiempo o espacio (cambios en la estacionalidad, agrupaciones semanales o en un territorio determinado) de forma rápida para facilitar una posible intervención que no sería de utilidad si se dilata en el tiempo.
12. A continuación, se incluyen alegaciones hechas sobre los recomendaciones y comentarios sobre la vigilancia centinela y el sistema SIVIRA:
    a. A diferencia de la vigilancia universal en la que se notifican todos los casos, en la vigilancia centinela, solo se recoge información de una muestra de población que es representativa del territorio vigilado en términos de sexo, edad y ámbito territorial. Esta información se extrapola después a nivel nacional. La información recogida es epidemiológica, con los casos de síndrome gripal notificados por los médicos centinela, y virológica, con los resultados del diagnóstico microbiológico de una muestra de casos de síndrome gripal seleccionados sistemáticamente (los dos primeros casos que acuden a la consulta centinela en la semana). Ver en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/GRIPE/GUIAS/Gu%C3%ADa%20de%20procedimientos%20para%20la%20vigilancia%20de%20gripe%20en%20Espa%C3%B1a_marzo%202019.pdf.
    b. Varios de los comentarios incluidos en el informe sobre estos dos puntos no son correctos. El hecho de que un médico centinela no notifique casos, no quiere decir que no haya vigilado, de hecho, en muchas semanas, se proporciona la información recogida y ningún caso confirmado. Por otra parte, la información sobre "No casos" se empezó a incluir a partir de una determinada temporada y, en algunas CCAA, se hicieron ajustes de notificación porque no podían llegar a incluir el fichero de "no casos". Por otro lado, el informe no refleja la excelente notificación que ha tenido siempre el SVGE y las limitaciones señaladas no son relevantes para la consecución de los objetivos del sistema.
    c. Otro error del informe es considerar que es necesario vigilar el mismo porcentaje de población en cada territorio para dar una información veraz, robusta y representativa del territorio vigilado. Tal vez puede considerarse deseable en aras de la homogeneidad, pero debe tenerse en cuenta que el sistema de vigilancia centinela de gripe era voluntario. La adhesión al sistema ha ido progresivamente en aumento. En la temporada 2023-24 participan 13 CCAA con 15,4% de población vigilada, lo que se traduce en un sistema centinela capaz de dar información representativa a nivel nacional.
    d. Hay comparaciones entre sistema vigilancia gripe y SIVIRA que no son adecuadas, porque se trata de sistemas distintos y no son relevantes para los objetivos del nuevo SiVIRA.

Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MANUEL CUENCA ESTRELLA | FECHA : 22/03/2024 09:34 | NOTAS : F
FIRMANTE(2) : MARINA ANUNCIACION POLLAN SANTAMARIA | FECHA : 22/03/2024 09:51 | NOTAS : CF

e. Nos gustaría señalar, además, que es excepcionalmente positivo en vigilancia que los datos se consoliden en pocas semanas después. En el caso de SIVIRA, suele ser una semana.
f. Es positivo tener registros individualizados en donde se señala dónde no se ha notificado el resultado. Esto añade calidad al análisis epidemiológico, porque permite eliminar los *missing* (datos faltantes), una vez comprobado que la distribución de características de interés es la misma en los que tienen y no tiene esa información y puede alertar de diferencias en estas características que, de ocurrir, se pueden corregir.
g. Los comentarios sobre la interoperabilidad no son correctos. La notificación SiVIRA se sustenta en gran parte en la interoperabilidad de sistemas de información, con la extracción automática de muchas de las variables de interés.
h. No se pretende imitar al SVGE. Estamos ante un nuevo paradigma de vigilancia de las infecciones producidas por virus respiratorios. Monitoriza la evolución de las IRAs e IRAG semanales identificando cualquier señal de alerta y vigilar de forma específica las epidemias de gripe, COVID-19 y de infección por VRS, con el mismo sistema de vigilancia. SiVIRA es un sistema mucho más complejo, con la participación simultánea de muchos ámbitos de salud pública y de la asistencia sanitaria, que tiene la voluntad de ser una estructura estable en el tiempo capaz de responder a la emergencia de cualquier otro agente respiratorio.
i. Los datos sobre la remisión de informes también son inexactos. En la actualidad, se remiten semanalmente a cada CCAA, incluyendo información sobre la calidad de los datos de IRAs y de IRAG remitidos a la plataforma SiVIRA.
j. Los datos de excesos de los informes MoMo son estáticos y responden a la extracción de datos en un día determinado. Los del panel pueden variar, a pesar de que se refieran al mismo periodo, porque en cada momento de la consulta recogerá las actualizaciones de datos enviados por el Ministerio de Justicia.

Alegaciones específicas a las recomendaciones y comentarios sobre los sistemas de información

Gran parte de las observaciones y recomendaciones recogidas en el informe reflejan una situación, en lo que se refiere a los sistemas de información, que ha sido ya corregida o está en fase avanzada de corrección, gracias al desarrollo informático del sistema SIVIES entre 2021 y 2024.
En el **Anexo 1** se incluye un informe sobre la evolución del sistema SIVIES, elaborado por la Unidad de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de la Secretaría General del ISCIII.

Firmado digitalmente por la Directora General del ISCIII

[redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : [redacted]guro de Verificación : GEN [redacted]le.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MANUEL CUENCA ESTRELLA | FECHA : 22/03/2024 09:34 | NOTAS : F
FIRMANTE(2) : MARINA ANUNCIACION POLLAN SANTAMARIA | FECHA : 22/03/2024 09:51 | NOTAS : CF

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA)

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

El Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones atribuidas por el artículo 2.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas, ha realizado, a iniciativa propia, la "*Fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021*", la cual se enmarca en el objetivo estratégico 1 Contribuir al buen gobierno y a la mejora de la actividad económico-financiera del sector público y, en concreto, en el objetivo específico 1.2. Fomentar buenas prácticas de organización, gestión y control de las entidades públicas y en el 1.4. Incrementar las fiscalizaciones operativas y, dentro de este objetivo específico, en la medida M.3. Impulsar las auditorías de sistemas informáticos.

Esta fiscalización se incluyó en el Programa de Fiscalizaciones para el año 2021 en el apartado dedicado a las actuaciones en el ámbito de la Administración General del Estado (AGE) y de sus organismos dependientes.

El referido Programa de Fiscalizaciones para el año 2021 se incardinaba en el Plan Estratégico del Tribunal de Cuentas 2018-2021, aprobado el 25 de abril de 2018, en el que el Pleno ha establecido los objetivos de la función fiscalizadora y los criterios de la actividad.

Una vez analizado el contenido del informe y como premisa inicial debe partirse de que la situación provocada por la pandemia del Covid19 dio lugar a unas circunstancias concurrentes extraordinarias y constitutivas de una crisis sanitaria mundial sin precedentes y de enorme magnitud, tanto por el muy elevado número de ciudadanos afectados como por el extraordinario riesgo para sus derechos.

En este contexto, y sin contar con una organización, una estructura y una normativa adaptada a situaciones de pandemia sanitaria de esa índole, el objetivo primordial del INGESA fue proteger a la población y a los profesionales sanitarios haciéndoles llegar el material necesario con la mayor inmediatez y adoptando las medidas de seguimiento y control más seguras y eficaces, dados los medios materiales y humanos existentes. Así, aun careciendo el INGESA de una estructura formal prevista para cubrir la contratación y distribución de todos los productos asociados a la pandemia, se desarrollaron procedimientos normalizados de trabajo y elementos de coordinación "ad hoc" que permitieron dotar de equipos de protección y sanitarios, a los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud y contar con un registro del material adquirido, distribuido y disponible.

Tomando como base el apartado *II.2.5. "Sistemas de información relacionados con la gestión de recursos materiales en el periodo de emergencia sanitaria"*, se presentan las siguientes alegaciones:

- En primer lugar, desde el INGESA se quiere señalar que el circuito representado a través del Diagrama Nº18 no reflejaría el flujo correcto, en cuanto a los destinatarios de las órdenes de distribución, puesto que el MSND enviaba la orden a la empresa logística, apareciendo INGESA en copia en los correos electrónicos de estas órdenes, a efectos informativos y de control complementario.

CORREO ELECTRÓNICO:

dirección.ingesa@ingesa.sanidad.gob.es

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En relación con ello, y a propósito de la deficiencia extraída por ese Tribunal al mencionar que "*Este hecho pone de manifiesto una falta de coordinación de la DG Cartera como responsable de estos procedimientos y, como consecuencia, INGESA y la DG Cartera adoptaron soluciones diferentes para el control de la distribución y las existencias, circunstancia que incluso tuvo como resultado la duplicación parcial del trabajo realizado*", se señala que las tareas de coordinación entre la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia y el INGESA estaban perfectamente definidas, aunque no se materializaran procedimentalmente, de tal manera que la mencionada Dirección General se encargaba de recabar las necesidades de material sanitario de las Comunidades Autónomas y ordenar la distribución periódica de los mismos remitiendo la orden a la empresa logística (poniendo en copia al INGESA), mientras que el INGESA, con la información recibida, se ocupaba, en primer lugar, de verificar que la distribución se realizaba correctamente a través del análisis de los ficheros de entregas proporcionados por la empresa logística, y en segundo lugar, de enviar los certificados al destinatario de cada entrega para que firmara la conformidad de la misma o, en su caso, expresara la discrepancia con los datos enviados. De forma simultánea a dichas tareas, el INGESA se encargaba de incorporar los resultados de los análisis de calidad de los diferentes productos a los citados ficheros, con el objetivo de conocer de forma actualizada los materiales que estaban disponibles para ser distribuidos, comunicando diariamente el stock distribuible a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.

Además de lo anterior, este Instituto también se encargaba de controlar las entregas de material procedente de compras o donaciones que se depositaban en la empresa logística, así como de resolver problemas relacionados con la logística, tales como recabar las DUA para Canarias, Ceuta y Melilla, cuando era preciso, o contactar, en caso de incidencia, con los puntos de destino designados por las Comunidades Autónomas para realizar las entregas.

- En segundo lugar, el circuito representado a través del Diagrama Nº 21, adolece de un flujo de información que une al propio INGESA con los puntos de distribución.

  Este flujo consistía en la remisión de un documento en el que se especificaban diferentes datos relativos al envío, tales como identificación del material suministrado y número de unidades suministradas, todo ello con el objetivo de recibir la conformidad con dicho envío y, en caso contrario, poder implementar las comprobaciones necesarias para poder obtener dicha conformidad.

  Este documento era remitido, mediante correo electrónico, al representante designado en el punto de recepción, y una vez obtenida la conformidad, se recibían y archivaban dichos comprobantes en la unidad habilitada al efecto en el INGESA.

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

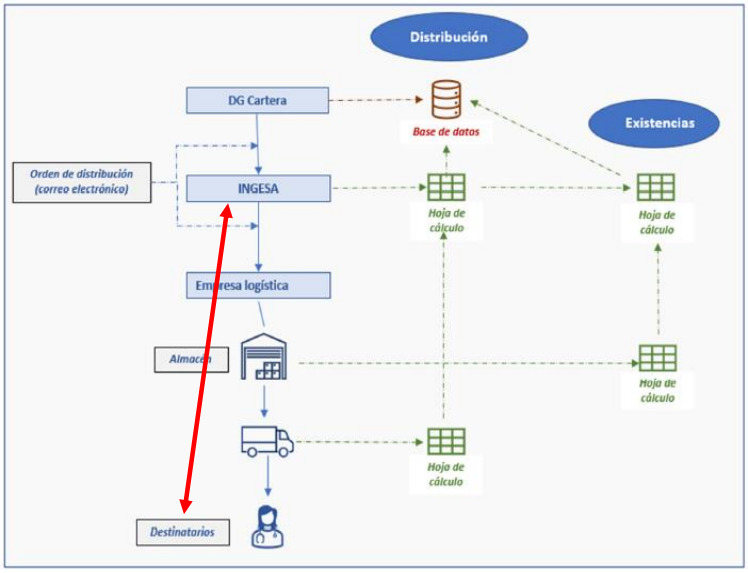
Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Todo ello venía a verificar el número de unidades realmente suministradas y la conformidad del receptor, lo que permite dar validez a los ficheros Excel sobre los que duda, en relación con su exactitud e integridad, ese Tribunal.

Desde el INGESA se quiere hacer especial hincapié en este flujo de información, como paso fundamental para cerrar el circuito y evidenciar el control sobre las distribuciones para su posterior justificación, más si se tiene en cuenta los medios materiales y humanos que el periodo pandémico exigió.

En todo caso, aunque el Tribunal de Cuentas tiene constancia de estos certificados de conformidad, que además eran los documentos utilizados para certificar las entregas, se está a disposición de esa entidad para remitir todos aquellos documentos que requiera al respecto.

Diagrama 21



Asimismo, y en relación con la apreciación de ese Tribunal al determinar que "*la información se gestionaba por medio de hojas de cálculo elaboradas a través de herramientas ofimáticas comerciales, careciendo de la estructura y estandarización necesarios para una explotación automatizada y sin una garantía mínima de integridad, trazabilidad y seguridad*" se quiere señalar que quien contaba con una herramienta informática que permitiera un seguimiento integral de las distintas fases de gestión de las existencias era la empresa de logística, tal y como se recoge en el Pliego de Prescripciones Técnicas que regía dicho contrato, de tal manera que el seguimiento realizado a través de hojas de cálculo desde el INGESA era adicional al control que debía realizar la propia empresa de logística.

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

De este modo, el registro realizado a través del INGESA era a efectos de determinar aquel material que era distribuible, sin constituir dicho listado un inventario de existencias.

- En tercer lugar, en relación con los Cuadros Nº 9 y Nº 11, se quiere señalar que se trata de datos de distintas fuentes no comparables, por tratarse de bases de datos que servían a propósitos diferentes.

  En particular, el Cuadro Nº 9 compara las existencias del INGESA con las de la empresa logística, siendo siempre inferiores las registradas por este Instituto al tratarse exclusivamente de aquel material que era distribuible.

  Así, los ficheros facilitados por el INGESA para confeccionar estos cuadros, que eran remitidos a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, tenían como finalidad mantener informados a los responsables designados, de los productos y lotes que podían ser distribuidos.

  Esto es, en dichos ficheros no aparecían recogidos aquellos productos que estaban siendo sometidos a estudios de calidad para permitir su distribución, así como aquel material que no cumplía los criterios de calidad y que, por tanto, no permitía su uso y distribución.

  No obstante lo anterior, el que no pudiera ser utilizado para distribución temporal o permanente, no es incompatible con su almacenaje, dado que de la resolución de las reclamaciones e impugnaciones con las empresas, podría resolverse que su uso era el adecuado.

  Como ejemplo del distinto tratamiento de las existencias dado por el INGESA y la empresa de logística y a modo de aclaración de las mismas, en el cuadro Nº 9, el INGESA hace constar 0 gafas almacenadas frente a las 396.700 que indica la empresa logística, no obstante, la realidad es que existían 0 gafas “aptas para su distribución” dado que las 396.700 comunicadas por la empresa logística no cumplían con los criterios de calidad y, por tanto, se encontraban bloqueadas para su entrega.

  Igual situación se reproduce con el medicamento PROPOFOL, con 0 unidades disponibles para su distribución según los registros del INGESA porque las 10.877 unidades que figuran almacenadas en la empresa de logística se encontraban caducadas.

  La misma pauta se repite con el resto de materiales y medicamentos recogidos en el mencionado cuadro. Por todo ello, se considera que los datos proporcionados por INGESA y por la empresa logística no son discordantes.

  Por su parte, y en relación con el cuadro Nº 11, la discrepancia en las cifras del medicamento DIPRIVAN es consecuencia de las distintas unidades de medida utilizadas, de tal forma que aun siendo todas ellas equivalentes, el INGESA trabajaba con las unidades que eran útiles para su distribución, esto es, miligramos, mientras que el resto de entidades expresaron dichas unidades en viales sin tener en cuenta la dosis en miligramos.

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Asimismo, en el cuadro Nº 11 se lleva a cabo una clasificación y estandarización de los productos que no es la adecuada ni se corresponde con la llevada a cabo desde el INGESA, lo que imposibilita hacer la comparación realizada por ese Tribunal, conduciendo a la obtención de conclusiones aparentemente contradictorias.

En este sentido, se tratan por igual todo tipo de mascarillas, sin discriminar las mascarillas quirúrgicas de las de protección y, sin embargo, se diferencia como apartados separados pantallas y gafas cuando el INGESA las considera unidas al tratarse de material de protección ocular.

En relación con la falta de una adecuada clasificación de los productos, este Instituto desconoce si los datos manifestados por la empresa logística siguen una correcta clasificación en los grupos comparados. Parece lógico que al tratarse de materiales que no estaban estandarizados a priori y que se calificaban por personal no especializado, en este tipo de productos, pudiera haberse efectuado una incorrecta clasificación de los mismos.

Unido a lo anterior, es posible que la empresa logística no incluyera los traslados entre almacenes o devoluciones, cuyas depuraciones se tenían que hacer cuidadosamente desde el INGESA para ajustar los valores de las distribuciones.

- En cuarto lugar, por lo que se refiere al Cuadro nº 12, las conclusiones que derivan del análisis del mismo en íntima relación con el Anexo 41, cabe alegar que:

  En cuanto a la información relativa a trajes/buzos/monos, los datos agregados fijados señalan un total de 6.952.910 unidades adquiridas y procedentes de donaciones. Esta información, según ese Tribunal proviene exclusivamente del análisis de la información aportada por la Secretaría de Sanidad en marzo de 2023, aunque no es posible deducir qué criterios, o parámetros han sido utilizados a la hora de computar esa cantidad por los motivos que se expondrán a continuación.

  Una vez expuesto lo anterior, se comprueba que los datos facilitados por la Secretaría de Estado en marzo de 2023, no ofrece los mismos resultados que la información consiganda en el cuadro nº 12.

  Así, tras realizar ese filtrado, la información obtenida respecto a los suministros de este material es la siguiente:

  - Donaciones realizadas: 512.208 unidades.
  - Suministros contabilizados en el fichero rubricado "INGESA SUMINISTROS_CONTRATOS", 4.146.150 unidades (expedientes COVID19_49, COVID19_70 y COVID19_12).
  - Todo ello totaliza la cantidad de 4.658.358 unidades.

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Las razones para advertir estas diferencias pudieran proceder de una apreciación inadecuada parte de ese Tribunal de la información facilitada por la Secretaría de Estado, al haber contabilizado en el archivo "INGESA SUMINISTROS ENTREGADOS" el expediente COVID19_48, de 2,5 millones de batas, cuando de la información proporcionada en ese mismo fichero se reflejaba que este expediente estaba resuelto, por desistimiento. Es posible igualmente que las divergencias provengan de haber utilizado la información derivada del archivo "DGCSYF Contratos actas recepción", incorporado en la carpeta sobre SUMINISTROS, generando una doble contabilización de estos productos. En efecto, el fichero traslada la recepción de un total 2.692.450 unidades (contrato 202009PJ0024), proveniente de un expediente (COVID19_70) que ya se recoge en el fichero "INGESA SUMINISTROS_CONTRATOS". En este caso, las actas de recepción contabilizadas en el fichero "DGCSYF Contratos actas recepción", son hasta el 28 de abril de 2020.

En cuanto a los productos distribuidos, la información agregada en el mencionado Cuadro nº 12 señala que son 3.364.543 unidades. Para contrastar esta información, se hace un filtrado de la información remitida por la Secretaría de Estado y se obtienen los siguientes resultados:

- Distribuciones CCAA y otros: 2.518.618 unidades.
- Distribuciones directas: 687.025 unidades.
- Todo ello totaliza la cantidad de 3.205.643 unidades.

En relación con el producto de las CALZAS donde según el cuadro mencionado no parece haber adquisiciones, hay que señalar que el contrato COVID19_49 de la empresa WEIHAI TEXTILE GROUP IMPORT & SPORT incluía junto con los buzos, las calzas correspondientes al considerarlos una parte del equipo de protección, lo que justificaría esa aparente incngruencia.

En relación con la DEXMEDETOMIDINA, las unidades adquiridas que ascienden a 13.518 unidades, fueron trasladadas a las instalaciones del Ministerio de Defensa en Colmenar Viejo por razones estratégicas, lo que explicaría su falta de consignación en ese cuadro, ya que no se trata ni de una distribución, ni se encuentran actualmente en stock, ni de una destrucción.

Respecto al DIPRIVAN, las unidades que aparecen por defecto, no figuran entre las existencias al encontrarse almacenadas en las instalaciones del Ministerio de Defensa en Colmenar Viejo, por los motivos alegados anteriormente, lo que explicaría esa aparente inconsistencia de datos.

En relación con el PROPOFOL, la aparente discrepancia surge de la utilización de distintas unidades de medida en los contratos adjudicados. En ocasiones dichos contratos se expresaban en "cajas de viales", otras en gramos y otras en viales. Unido a ello, las unidades utilizadas para la distribución siempre vinieron expresadas en viales.

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

En cuanto al REMDESIVIR, además de las unidades adquiridas mediante contrato, habría que añadir las procedentes de la donación efectuada por la Comisión Europea que ascienden a 65.318 viales. Esta donación fue recibida por los países de la Unión Europea, antes del "Joint Procurement Agreement" (Procedimiento de compra conjunta a nivel europeo) en el que España suscribió, como contrato derivado con GILEAD SCIENCES S.L.U. de 75.000 viales.

Respecto al producto de mascarillas de protección FFP3, las mascarillas adquiridas y procedentes de donaciones ascienden a 2.701.513 unidades desconociendo el INGESA la procedencia del dato de 3.230.182 distribuciones.

Esta misma conclusión puede extrapolarse a aquellos productos no alegados de manera explícita.

Finalmente, en relación con los HISOPOS, hay que señalar que las destrucciones ascienden a 906.300 unidades y no a 1.687.600 unidades, no debiendo incluirse los productos que en la resolución de destrucción aparecen con la denominación "Diagnóstico (hisopo más medio)" al tratarse de productos distintos.

En relación con las incidencias detectadas en el Anexo 41, que se incorporan de forma específica en un Anexo, se realizan las siguientes consideraciones.

Entre las incidencias detectadas, muchas de ellas se refieren a incongruencias entre batas y/o buzos. Fundamentalmente se recibieron buzos, aunque la donación o la entrega figurara como bata. La distinción, a efectos prácticos que interesa para salvaguardar la salud de los trabajadores de la salud es que fuera un material de protección, que aunque en Europa utilizamos batas, en China se usan buzos. Todas fueron agrupadas como traje de protección, por lo que se usó de manera poco técnica, indistintamente ambas denominaciones sin que hubiera un criterio homogéneo, debido a que la prioridad fue en todo momento la asistencial de provisión de medios de protección contra la COVID-19 en detrimento de un control exhaustivo de la denominación técnica del equipo de protección individual del que se trataba.

Otras discrepancias se han producido en el código y la clasificación de los materiales a la entrada en la empresa encargada de la logística. Ello encuentra explicación en la falta de experiencia y conocimientos técnicos asistenciales, del personal encargado del almacenamiento, al menos en una fase inicial como se ha señalado anteriormente, donde la crisis sanitaria estaba provocando más de mil fallecidos diarios. En esta situación, la prioridad fue la de conseguir el mayor número de acopios y dar entrada a todos los materiales procedentes del mercado asiático, todo ello a pesar de, no llevar una adecuada codificación a efectos de identificación técnica, toda vez que ese código de entrada no permitía modificaciones por el operador logístico.

Derivado de todo lo expuesto, a pesar de que ese Tribunal señala que:

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

"La información proporcionada a febrero de 2023 respondió a una nueva elaboración, hecho que confirma la inexistencia de un sistema de información estable en el periodo. A este respecto, la información no se acompañó del soporte auxiliar de las tablas de datos de la empresa que prestan el servicio de almacenaje, sustentándose el control y el análisis de la información en hojas de trabajo elaboradas ad hoc, sin que existan herramientas tecnológicas para monitorizar ni los recursos que restan por distribuir ni los restantes que puedan designarse como estratégicos ni para la coordinación con las reservas estratégicas de las CCAA."

Ha de señalarse que efectivamente, la información remitida respondió a una nueva elaboración, pues tenía por finalidad responder adecuadamente a la solicitud informal señalada por ese Tribunal, que establecía un desglose y una categorización muy precisa y detallada. Por ello resultó necesario trasladar la información en un formato distinto y específico, destinado exclusivamente a dar cumplimiento a la solicitud realizada por ese Tribunal.

Aún a riesgo de ser reiterativos, hay que reseñar que la información que se remitía diariamente desde INGESA a la DG de Cartera de Servicios era:

- Respecto del stock: el fichero diario que remitía diariamente la empresa logística con las existencias, y un fichero elaborado por INGESA con propósito de informar tanto del material existente clasificado adecuadamente y con datos adicionales del material que se podía distribuir por haber obtenido un resultado favorable en los estudios de calidad que se practicaban, como otros datos que se consideraban interesantes tales como el contrato/donación del que procedía el material.
- Respecto a las distribuciones: el fichero de entregas que remitía diariamente la empresa logística, donde se marcaban las distribuciones de ese día para control y se incorporaban al informe de distribuciones acumuladas del INGESA.

Ese Tribunal también concluye en relación a todo esto que:

"Los datos que componen la información no se ajustaban a un esquema que permita su explotación automatizada, por lo que su análisis ha precisado un análisis detallado y específico de las distintas partidas que lo componían. - Como se puede apreciar en el cuadro, la información remitida presentaba carencias e incongruencias internas en algunas categorías de elementos, lo que revela un riesgo de falta de la fiabilidad de los datos sobre los recursos materiales gestionados bajo la responsabilidad del MSND. En este sentido, se detectan determinados casos en que no existe coherencia entre el dato de adquisición, distribución y existencias finales, así como supuestos en que se desconoce el contrato o donación de los que proceden ciertos materiales, no siendo posible determinar si el control de la distribución y existencias es correcto. Todo ello evidencia que el MSND no dispuso de un sistema o procedimiento fiable para controlar las existencias y distribución de los recursos materiales, no efectuándose actuaciones suficientes para corregir las dificultades iniciales."

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

No obstante, a pesar de que puede parecer que existen dentro de la información remitida carencias o incongruencias en algunas categorías de elementos, es preciso recordar nuevamente la situación existente en España en la época en donde se constituyó la reserva de productos sanitarios para la COVID-19.

En este sentido, la ausencia de recursos humanos, materiales y organizativos que existían con anterioridad al surgimiento de la pandemia en el INGESA y en el Ministerio de Sanidad, supuso que los efectivos que gestionaron estos datos eran personas cuyas tareas habituales eran muy distintas de las que tuvieron que realizar en esos días, sin contar con apoyos administrativos.

A pesar de todo ello, la mayoría de discrepancia de datos se pueden justificar, derivado de la alta especificidad de los datos que hacen que para su manejo se requieran conocimientos técnicos específicos.

Ese Tribunal ha concluido que:

"Se han identificado debilidades en el cumplimiento del principio de eficiencia de dicha reserva estratégica establecidos en el Plan de respuesta temprana de julio de 2020 antes enunciado, dado que se ha producido la caducidad de un número considerable de productos, particularmente mascarillas y buzos, y no se ha efectuado reposición de varias categorías tales como batas-buzos, guantes o mascarillas FFP3."

El único motivo que justifica la caducidad de estos productos, considerados en sentido amplio, ha sido la inexistencia de una pandemia que haya generado la necesidad de consumir en exceso estos productos.

No obstante, es importante trasladar que algunos de los productos incluidos en la reserva tienen una fecha de validez otorgada por el fabricante de acuerdo con los estudios de estabilidad exigidos por su regulación pertinente, cuya superación no indica necesariamente una pérdida de actividad, rendimiento o eficacia de sus propiedades. En efecto, esos productos pueden ser reevaluados y, en interés de la salud pública, conservados más allá de su fecha teórica de validez.

Así ha ocurrido en España con la reserva de vacuna frente a viruela humana ACAM 2000, cuya actividad e idoneidad fue reevaluada por el fabricante tras vencer su caducidad en 2018, extendiéndola hasta en dos ocasiones, a petición de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Del mismo modo, la empresa fabricante de los test de antígenos extendió la fecha de caducidad de los mismos.

Y por lo que se refiere a las mascarillas quirúrgicas y el resto de material de protección adquirido, se han enviado a las empresas fabricantes cartas de solicitud de extensión de caducidad, en tiempo y forma, de las cuales se está esperando una respuesta.

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Como conclusión, este Instituto considera que, para una correcta comparación entre los datos trasladados por la empresa logística, la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia y el INGESA, sería necesario una reelaboración de los cuadros teniendo en cuenta la correcta clasificación de los productos e interpretando dichos datos según las finalidades y propósitos de las diferentes Entidades implicadas en la distribución y gestión de las existencias.

- Finalmente, y en relación con la Recomendación Nº 10 de ese Tribunal, se hace constar que el INGESA ya ha adoptado diversas medidas para dar una respuesta eficaz, eficiente y coordinada ante una emergencia sanitaria:

    - Se ha llevado a cabo una ordenación de la estructura organizativa del INGESA y de las normas reguladoras de sus competencias con la aprobación del Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. De modo que quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en el mismo y, en particular, el artículo 15 del Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, y el Real Decreto 1746/2003, de 19 de diciembre, por el que se regula la organización de los servicios periféricos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la composición de los órganos en el control y vigilancia de la gestión.

    - A través del citado Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, se otorga al INGESA la competencia para la administración y gestión de la reserva estratégica nacional de medicamentos, productos sanitarios y cualquier producto necesario para la protección de la salud para dar respuesta a emergencias de salud pública y crisis sanitarias.

    - Para llevar a efecto la constitución y gestión de la mencionada reserva estratégica nacional, en octubre de 2023 se ha constituido y coordinado desde el INGESA un grupo de trabajo para la determinación y composición de dicha reserva, así como para el establecimiento de protocolos de actuación entre los distintos centros directivos del Ministerio de Sanidad, en caso de emergencia sanitaria.

    - En el citado Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, también se otorga a este Instituto "*la materialización y conclusión de los procedimientos de adquisición centralizada de medicamentos, productos y servicios sanitarios para asegurar el correcto cumplimiento de las competencias establecidas en el artículo cuarto de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública*".

    - Consecuencia de estas nuevas competencias y de la preexistente escasez de personal destinado en el INGESA para la gestión y tramitación de la contratación centralizada, se está tramitando un expediente ante la CECIR consistente en la solicitud inicial de 15 nuevos efectivos con los que afrontar estos nuevos

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

cometidos y consolidar y mejorar las tareas de adquisición centralizada ya asumidas, en parte, por esta Entidad.

- Asimismo, para la gestión y almacenamiento de la reserva estratégica, el INGESA licitará próximamente un expediente para la contratación de la empresa de logística encargada de esta tarea. La empresa que resulte adjudicataria deberá contar con una aplicación informática de control de stock que garantice la integridad y trazabilidad de los movimientos de mercancías, debiendo informar al INGESA periódicamente de las expediciones, entregas, caducidades y del inventario de material depositado, tal y como recoge el Pliego de Prescripciones Técnicas objeto del expediente.

  Adicionalmente, desde el INGESA se prevé el desarrollo de una herramienta informática de seguimiento y control complementario, aunque la prórroga presupuestaria para el año 2024 dificultará su desarrollo en el presente ejercicio.

Por último, y dado que el ámbito subjetivo de esta fiscalización afecta a distintos centros directivos del Ministerio de Sanidad que aportarán sus alegaciones de forma independiente a las de esta Entidad, se quiere señalar que el INGESA conviene con las alegaciones que presente el Ministerio en lo referente a cuestiones relacionadas con nuestro Instituto.

LA DIRECTORA

Isabel Muñoz Machín

ALCALÁ, 56
28071 MADRID
INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ISABEL MUÑOZ MACHIN | FECHA : 17/04/2024 13:48 | Sin acción específica

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXDIRECTORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA)

Código seguro de Verificación : GEN[redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

El Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones atribuidas por el artículo 2.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, del Tribunal de Cuentas, ha realizado, a iniciativa propia, la "*Fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública*, *ejercicios 2019*, *2020 y 2021*", la cual se enmarca en el objetivo estratégico 1 Contribuir al buen gobierno y a la mejora de la actividad económico-financiera del sector público y, en concreto, en el objetivo específico 1.2. Fomentar buenas prácticas de organización, gestión y control de las entidades públicas y en el 1.4. Incrementar las fiscalizaciones operativas y, dentro de este objetivo específico, en la medida M.3. Impulsar las auditorías de sistemas informáticos.

Al respecto indicar que, de conformidad con lo dispuesto con el artículo 44.1 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de funcionamiento del Tribunal de Cuentas y, como consecuencia del Real Decreto 372/2024, de 9 de abril, se me comunica, por parte de ese Tribunal, que se me concede trámite de alegaciones al **ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021**, en mi condición de Exdirectora del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, con la finalidad de que, si lo considero oportuno, pueda formular cuantas alegaciones estime pertinentes, pudiendo acompañar estas de los documentos y justificaciones que juzgue adecuados.

Dando cumplimiento al referido trámite, comunico que me adhiero a las alegaciones que al **ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021** tenga a bien formular la Dirección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Belén Hernando Galán

CSV : GEN-[redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : MARIA BELEN HERNANDO GALAN | FECHA : 17/04/2024 15:46 | Sin acción específica

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL PRESIDENTE DEL ENTE PÚBLICO PUERTOS DEL ESTADO

Código seguro de Verificación : GEN[redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

S/REF.

N/REF. REGAGE24e00016040645

FECHA A la firma del documento

DESTINATARIO

Sr. D. Javier Morillas Gómez
Consejero
Sección de Fiscalización
Tribunal de Cuentas

ASUNTO ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021

Con fecha 1 de marzo de 2024 se recibió en Puertos del Estado (número de registro: REGAGE24e00016040645) el "Anteproyecto de Informe de Fiscalización de los Sistemas de Información de Sanidad y Salud Pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021" al objeto de formular las alegaciones pertinentes.

Si bien el ámbito subjetivo de la fiscalización era la Secretaria de Estado de Sanidad del Ministerio de Sanidad (MSND), junto con Instituto de Salud Carlos III y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, así como la Secretaria General de Salud Digital, Información e Innovación del referido Ministerio, Puertos del Estado recibió, el 1 de julio de 2022, escrito del Tribunal de Cuentas sobre la Fiscalización de los Sistemas de Información de Sanidad y Salud Pública en Ejercicios 2019, 2020 y 2021, solicitando información complementaria mediante la cumplimentación de un cuestionario. Además, desde ese organismo de control enviaron otro cuestionario a ocho Autoridades Portuarias (AAPP) con tráfico de pasajeros de línea regular.

Por tanto, cabe señalar que la participación de Puertos del Estado y de las AAPP fue aportar información complementaria según los cuestionarios citados. De esta manera, el Presidente de Puertos del Estado, con fecha de 27 de julio de 2022, confirmó por escrito al Tribunal de Cuentas la respuesta al cuestionario a través de la sede electrónica del dicho Tribunal y de acuerdo con las indicaciones recibidas.

El Anteproyecto recibido solamente contiene la parte en que cita a Puertos del Estado (en adelante, PdE) por lo que en ocasiones es difícil contrastar las afirmaciones completas del mismo. No obstante, desde este organismo público se considera preciso realizar las siguientes observaciones:

PRIMERA. En el apartado II.3.4 del Anteproyecto de Informe se cita que

> *Adicionalmente, como se ha indicado previamente, Puertos del Estado optó por el desarrollo de una herramienta específica, denominada "SpTH-marítimo". El importe de los contratos adjudicados (excluido el IVA) ascendió a 259.690 euros, con un primer contrato de desarrollo por importe de 188.000 euros y uno segundo de adaptación a la validación de los certificados COVID-19 digitales. De estos*

Avda. del Partenón,10
Campo de las Naciones
28042 Madrid – España
Tel. 91 524 55 00

CSV : GEN[redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ALVARO RODRÍGUEZ DAPENA | FECHA : 15/03/2024 15:53 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN[redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

> *importes se deduce que, considerando únicamente el contrato de desarrollo, este fue cuatro veces el coste inicial del desarrollo del SpTH aéreo, pese a que el volumen de viajeros a gestionar era mucho menor.*

El párrafo anterior parece considerar, en primer lugar, que fue elección de PdE el desarrollo de una herramienta especifica SpTH-marítimo cuando no lo fue. El Ministerio de Sanidad reconoció la peculiaridad operacional del transporte marítimo de pasajeros respecto del aéreo y estableció la necesidad de matizar determinadas cuestiones en el sistema. De hecho, en la Resolución de la Direccion General de Salud Pública, de 24 de julio de 2020, se reconoce la especificidad del medio marítimo de modo que dicha Resolución establece que el control documental lo lleven a cabo las propias compañías navieras que leían el mencionado código QR antes del desembarque de los pasajeros en puerto español.

Por ello, se consideró básico a los efectos de optimizar los procesos, así como de facilitar la realización de comprobaciones cruzadas entre los pasajeros, que la información sanitaria que recababan las navieras y enviaban al Ministerio de Sanidad, se efectuara a través del sistema de ventanilla única marítimo-portuaria (DUEPORT), único que permitía, la posibilidad de realizar esas comprobaciones cruzadas.

Además, el empleo de dicho sistema suponía una gran simplificación técnica, así como la obtención de sinergias en los procesos técnicos de envío de información ya establecidos y en operación (la Declaración Marítima de Sanidad DMS se presenta a través de la ventanilla única nacional marítimo portuario y se integra en SISAEX), minimizando, asimismo, la implantación de nuevos procesos, siendo el objetivo de PdE la simplificación y optimización así como la minimización de costes.

Por otra parte, en el mismo párrafo se indica que el coste del contrato de desarrollo es cuatro veces superior al del ámbito aéreo. Pues bien, desconocemos el importe del desarrollo del sistema para el ámbito aéreo pero, tal y como fuimos informados en una reunión mantenida con AENA, la empresa de ATOS, y representantes del Ministerio de Sanidad, se nos indicó que el coste total del sistema para AENA, incluyendo desarrollo y mantenimiento, ascendía a 2,5 millones de euros para 40 aeropuertos y basado en un sistema que requiere el despliegue de portátiles con lector de QR y un escáner (204 puestos de control).

Los costes indicados de los contratos de PdE incluyen el mantenimiento y no entendemos que haya base para afirmar que supone un coste cuatro veces superior pues los contratos de desarrollo no parecen comparables, por incluir los de PdE el mantenimiento también, y no tener un alcance ni objeto comparables pues responden a procedimientos diferentes.

SEGUNDA. En el mismo apartado antes citado se afirma que:

> *Es importante destacar que, durante el periodo fiscalizado, los datos de los que dispuso la SGSE fueron los que le proporcionó Puertos del Estado mediante informes periódicos. No dispuso de acceso a la aplicación y al cierre de los*

CSV : GEN[redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ALVARO RODRÍGUEZ DAPENA | FECHA : 15/03/2024 15:53 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN[redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

trabajos de fiscalización no se había producido el traspaso de las bases de datos al MSND por parte de Puertos del Estado, lo que impide un análisis y estudio por parte de la unidad administrativa responsable de coordinar el control sanitario de viajeros de procedencia internacional.

Respecto a la anterior afirmación, cabe señalar que PdE enviaba unos informes periódicos resultado de lecturas de navieras de códigos QR y contrastes con listas de pasajeros, desde el correo spthm@puertos.es (salvo las dos últimas enviadas directamente desde el proveedor tecnológico en ese momento (INDRA)), y que mantuvo reuniones semanales con el Ministerio de Sanidad todos los jueves desde el 23/09/21 hasta el 10/03/22, fecha en la que el Ministerio de Sanidad decidió cancelarlas.

Se adjuntan como evidencias Anexo 1 “Listado correos reportes diarios”, Anexo 2 “Ejemplo reporting diario 10-03-2022” y Anexo 3 “Reunión semanal seguimiento SpTH con Sanidad”.

TERCERA. Conclusión 26 del Anteproyecto de Informe, en la que se indica que:

Asimismo, cabe destacar, la información limitada de la que dispuso la Subdirección General de Sanidad Exterior sobre el tránsito en el ámbito marítimo, ya que no se pusieron a disposición de la Subdirección General de Sanidad Exterior las bases de datos generadas en el curso de la actividad de control (epígrafe II.3.4).

Se informa que Puertos del Estado entregó la base de datos completa al Ministerio de Sanidad con fecha 15 de abril de 2022, teniendo respuesta mediante un correo del Ministerio de Sanidad de 15 de julio de 2022 confirmando su carga en máquinas de dicho Ministerio y planteando una serie de dudas que se resolvieron en esa misma fecha. Se adjunta como evidencia el Anexo 4 “Base Datos Vía Marítima” con los correos indicados.

Por tanto, a la vista de las alegaciones formuladas y de la documentación aportada, se solicita al Tribunal de Cuentas que el anteproyecto sea modificado en los términos señalados.

EL PRESIDENTE,

Álvaro Rodríguez Dapena

CSV : GEN[redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : ALVARO RODRÍGUEZ DAPENA | FECHA : 15/03/2024 15:53 | Sin acción específica

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXPRESIDENTE DEL ENTE PÚBLICO PUERTOS DEL ESTADO

ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO INFORME DE TRIBUNAL DE CUENTAS DE FISCALIZACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION DE SANIDAD Y SALUD PUBLICA EN EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021 presentadas por Francisco Toledo Lobo, en su momento Presidente de Puertos del Estado:

Tras consultar a las personas de Puertos del Estado involucradas en el tema, me hacen llegar las siguientes consideraciones que adjunto como alegaciones:

Puertos del Estado recibió, el pasado 1 de julio de 2022, escrito del Tribunal de Cuentas sobre Fiscalización de los Sistemas de Información de Sanidad y Salud Pública en Ejercicios 2019, 2020 y 2021, solicitando la cumplimentación de un cuestionario. Enviaron otro cuestionario a las Autoridades Portuarias con tráfico de pasajeros de línea regular.

El ámbito subjetivo de la fiscalización son la Secretaria de Estado de Sanidad del MSND, junto con Instituto de Salud Carlos III y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, así como la Secretaria General de Salud Digital, información e Innovación del referido Ministerio.

La participación de PdE y de las AAPP es para aportar información complementaria según los cuestionarios citados.

El Presidente de Puertos del Estado, con fecha de 27 de julio de 2022, confirmó por escrito al Tribunal de Cuentas la respuesta al cuestionario a través de la sede electrónica del dicho Tribunal y de acuerdo con las indicaciones recibidas.

Se ha recibido, con fecha 4 de marzo de 2024, el Anteproyecto de Informe del Tribunal de Cuentas para la fase de alegaciones que puedan considerarse necesarias.

El Anteproyecto de Informe recibido solamente contiene la parte en que cita a Puertos del Estado por lo que en ocasiones es difícil contrastar las afirmaciones completas del mismo. No obstante se considera preciso alegar sobre dos cuestiones principales.

En el apartado II.3.4 del Anteproyecto de Informe se cita que

Adicionalmente, como se ha indicado previamente, Puertos del Estado optó por el desarrollo de una herramienta específica, denominada "SpTH-marítimo". El importe de los contratos adjudicados (excluido el IVA) ascendió a 259.690 euros, con un primer contrato de desarrollo por importe de 188.000 euros y uno segundo de adaptación a la validación de los certificados COVID-19 digitales229. De estos importes se deduce que, considerando únicamente el contrato de desarrollo, este fue cuatro veces el coste inicial del desarrollo del SpTH aéreo230, pese a que el volumen de viajeros a gestionar era mucho menor.

Este párrafo, en primer lugar, parece considerar que fue elección de PdE el desarrollo de una herramienta especifica SpTH-maritimo. No es una decisión de Puertos del Estado.

El Ministerio de Sanidad reconoció la peculiaridad operacional del transporte marítimo de pasajeros respecto del aéreo y estableció la necesidad de matizar determinadas cuestiones en el sistema.

De hecho, en la Resolución de la Direccion General de Salud Pública, de 24 de julio, se reconoce la especificidad del medio marítimo de modo que dicha Resolución establece que el control

documental lo lleven a cabo las propias compañías navieras que leían el mencionado código QR antes del desembarque de los pasajeros en puerto español.

Por ello se consideró básico a los efectos de optimizar los procesos, así como de facilitar la realización de comprobaciones cruzadas entre los pasajeros, que la información sanitaria que recababan las navieras y enviaban al Ministerio de Sanidad, se efectuara a través del sistema de ventanilla única marítimo-portuaria (DUEPORT), único que permitía, la posibilidad de realizar esas comprobaciones cruzadas.

Además, el empleo de dicho sistema suponía una gran simplificación técnica, así como la obtención de sinergias en los procesos técnicos de envío de información ya establecidos y en operación (la Declaración Marítima de Sanidad DMS se presenta a través de la ventanilla única nacional marítimo portuario y se integra en SISAEX), minimizando, asimismo, la implantación de nuevos procesos, siendo el objetivo de PdE la simplificación y optimización así como la minimización de costes.

Por otra parte, en el mismo párrafo se indica que el coste del contrato de desarrollo es cuatro veces superior al del ámbito aéreo. Pues bien, desconocemos el importe del desarrollo del sistema para el ámbito aéreo pero tenemos notas de la reunión mantenida con AENA, la empresa de ATOS, y representantes del Ministerio de Sanidad en la que se nos indica que el coste total del sistema para AENA, incluyendo desarrollo y mantenimiento, asciende a 2,5 millones de euros para 40 aeropuertos y basado en un sistema que requiere el despliegue de portátiles con lector de QR y un escáner (204 puestos de control).

Los costes indicados de los contratos de PdE incluyen el mantenimiento y no entendemos que haya base para afirmar que supone un coste 4 veces superior pues los contratos de desarrollo no parecen comparables, por incluir los de PdE el mantenimiento también, y no tener un alcance no objeto comparables pues responden a procedimientos diferentes.

En el mismo apartado antes citado se afirma, por otra parte, que

Es importante destacar que, durante el periodo fiscalizado, los datos de los que dispuso la SGSE fueron los que le proporcionó Puertos del Estado mediante informes periódicos. No dispuso de acceso a la aplicación y al cierre de los trabajos de fiscalización no se había producido el traspaso de las bases de datos al MSND por parte de Puertos del Estado, lo que impide un análisis y estudio por parte de la unidad administrativa responsable de coordinar el control sanitario de viajeros de procedencia internacional.

Cabe señalar que PdE enviaba unos informes periódicos resultado de lecturas de navieras de códigos QR y contrastes con listas de pasajeros, desde el correo spthm@puertos.es (salvo las dos últimas enviadas directamente desde el proveedor tecnológico en ese momento (INDRA)), y que mantuvo reuniones semanales con el Ministerio de Sanidad todos los jueves desde el 23/09/21 hasta el 10/03/22 en que ya el Ministerio de Sanidad decidió cancelarlas.

Esto último está relacionado con la conclusión 26 del Informe en la que se indica que:

Asimismo, cabe destacar, la información limitada de la que dispuso la Subdirección General de Sanidad Exterior sobre el tránsito en el ámbito marítimo, ya que no se pusieron a disposición de la Subdirección General de Sanidad Exterior las bases de datos generadas en el curso de la actividad de control (epígrafe II.3.4).

Puertos del Estado entregó la base de datos completa al Ministerio de Sanidad con fecha 15 de abril de 2022, teniendo un correo del Ministerio de Sanidad de 15 de julio de 2022 confirmando su carga en máquinas de dicho Ministerio y planteando una serie de dudas que se resolvieron en esa misma fecha.

Desconocemos, eso sí, el uso de los datos en el Ministerio de Sanidad, pero no parece que la falta de análisis y estudio pueda achacarse a PdE.

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL PRESIDENTE DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE LA BAHÍA DE ALGECIRAS

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

Puerto Bahía de Algeciras
Autoridad Portuaria de la Bahía de Algeciras

Gerardo Landaluce Calleja
Presidente

D. Javier Morillas Gómez
Consejero del Tribunal de Cuentas
Sección de Fiscalización
Departamento de los servicios públicos básicos y de
los bienes de carácter preferente

Algeciras, a la fecha de la firma electrónica

Señor consejero:

En respuesta a su envío, el pasado 6 de marzo de 2024, del Anteproyecto de Informe de fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, es mi voluntad formular la siguiente alegación al contenido del mismo:

a) En el cuadro nº 17 Importe de la contratación para los controles secundarios por parte de las Autoridad Portuarias. Periodo 2020-2021, se muestra la siguiente información relativa a las Autoridades Portuarias a las que se ha solicitado información complementaria.

Autoridad Portuaria	IMPORTE TOTAL	% Inversión
Alicante	26.541,15	1,9%
Almería	15.000,00	1,1%
Bahía de Algeciras	345.243,13	25,0%
Baleares	151.749,00	11,0%
Barcelona	196.705,65	14,2%
Bilbao	123.523,25	8,9%
Santander	73.064,51	5,3%
Valencia	450.586,42	32,6%
TOTAL	**1.382.413,11**	**100,0%**

b) Para el caso de la Autoridad Portuaria de la Bahía de Algeciras, y durante el periodo objeto de análisis (2020-2021), se tramitó un único expediente bajo el concepto "Servicio de control sanitario secundario", según el siguiente detalle:

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : GERARDO LANDALUCE CALLEJA | FECHA : 25/03/2024 15:31 | Sin acción específica

Descripción	Resolución	Importe de la Resolución	Fecha del Pedido	Proveedor	Importe de la Solicitud	Liquidación	Fecha de liquidación	Importe final	Importe facturado y pagado
SERVICIO DE CONTROL SANITARIO SECUNDARIO EN LOS PUERTOS DE ALGECIRAS Y TARIFA CON MOTIVO DEL COVID-19[(1)]	Tramitación emerg. 26/01/2021	345.243,13	27/04/2021	DKV Servicios, S.A.	345.243,13	-336.087,67	11/01/2022	9.155,46	9.155,46

[(1)] Como anexos se adjuntan:

a) Memoria justificativa del Servicio de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del Covid-19, de fecha 19 de enero de 2021.
b) Resolución, de 26 de enero de 2021, del Presidente de la Autoridad Portuaria de la Bahía de Algeciras, acordando la tramitación de emergencia y ordenando la contratación.
c) Acta de liquidación negativa, de fecha 11 de enero de 2022 y con motivo de la finalización del plazo correspondiente a la citada contratación, por importe de -336.087,67 euros.
d) Documentación justificativa del pago por el importe de 9.155,46 euros, según el siguiente desglose:

Fecha Factura	Nº de factura	Imp. Factura	IVA	Base Imponible	Descripción
09-ago-21	C19210008	119,03	0,00	119,03	Svo. de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del COVID-19 Jun-21
09-ago-21	C19210009	374,90	0,00	374,90	Svo. de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del COVID-19 May-21
11-may-21	721	1.237,40	0,00	1.237,40	Svo. de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del COVID-19 Abr-21
12-abr-21	621	1.794,00	0,00	1.794,00	Svo. de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del COVID-19 Mar-21
23-mar-21	121	2.307,70	0,00	2.307,70	Svo. de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del COVID-19 Ene-21
29-mar-21	521	211,87	21,68	190,19	Svo. de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del COVID-19 Equipamiento

Avda.de la Hispanidad, 2 | 11207 Algeciras - España | Tel. (34) 956 585 400 | Fax: (34) 956 585 445 | apba@apba.es | www.apba.es

Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFro...
Código seguro de Verificación : GEN [redacted]

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : GERARDO LANDALUCE CALLEJA | FECHA : 25/03/2024 15:31 | Sin acción específica

23-mar-21	221	1.160,00	0,00	1.160,00	Svo. de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del COVID-19 Equipamiento
23-mar-21	321	1.209,80	0,00	1.209,80	Svo. de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del COVID-19 Feb-21
29-mar-21	421	922,55	160,11	762,44	Svo. de control sanitario secundario en los Puertos de Algeciras y Tarifa con motivo del COVID-19 Equipamiento
		9.337,25	**181,79**	**9.155,46**	

Código seguro de Verificación : GEN[redacted] Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFro...

Avda.de la Hispanidad, 2 | 11207 Algeciras - España | Tel. (34) 956 585 400 | Fax: (34) 956 585 445 | apba@apba.es | www.apba.es

CSV : GEN[redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : GERARDO LANDALUCE CALLEJA | FECHA : 25/03/2024 15:31 | Sin acción específica

Código seguro de Verificación : GEN [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consult...

c) El importe consignado en el Cuadro Nº 17 se corresponde, como puede comprobarse, con el de resolución firmada por esta presidencia, con fecha 26 de enero de 2021, pero no con el importe efectivamente facturado y pagado, el cual ascendió a 9.155,46 euros.

Quedando a su disposición para cuantas aclaraciones adicionales se consideren necesarias, reciba un saludo.

Gerardo Landaluce Calleja
Presidente de la Autoridad Portuaria de la Bahía de Algeciras

Avda.de la Hispanidad, 2 | 11207 Algeciras - España | Tel. (34) 956 585 400 | Fax: (34) 956 585 445 | apba@apba.es | www.apba.es

CSV : GEN [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm
FIRMANTE(1) : GERARDO LANDALUCE CALLEJA | FECHA : 25/03/2024 15:31 | Sin acción específica

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL PRESIDENTE DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE VALENCIA

Identificador
URL https://valenciaportse.gob.es/SedeElectronica
Cargo: PRESIDENTA
Fecha firma : 06/03/2024 20:02:08 CET
Firmado por : MAR CHAO LÓPEZ
Organización: AUTORIDAD PORTUARIA DE VALENCIA

Autoridad Portuaria de Valencia
DIR3: EA0001321

OFICIO

JAVIER MORILLAS GÓMEZ
Consejero - Tribunal de Cuentas
Departamento de los servicios públicos básicos y de los bienes públicos de carácter preferente
Calle Fuencarral, 81 28004 Madrid

Asunto | Alegaciones al "ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021", emitido por el Tribunal de Cuentas.

En contestación a su escrito del pasado 27 de febrero de 2024 (con registro de entrada en este organismo VA-E-00253-24 de fecha 4 de marzo de 2024), por el que se remitía a esta Autoridad Portuaria el **"Anteproyecto de Informe de Fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021".** Adjuntamos a la presente, dentro del plazo establecido en dicho comunicado, las alegaciones al mencionado Anteproyecto, solicitando se tengan en consideración.

Atentamente,

*El presente documento ha sido firmado electrónicamente por la **Presidenta de la Autoridad Portuaria de Valencia** en la fecha que se refleja en la validación que consta en el mismo y que puede ser verificada mediante el Código Seguro de Verificación (CSV) que asimismo se incluye.*

Identificador
URL https://valenciaportse.gob.es/SedeElectronica
Cargo: PRESIDENTA
Fecha firma : 06/03/2024 20:02:08 CET
Firmado por : MAR CHAO LÓPEZ
Organización: AUTORIDAD PORTUARIA DE VALENCIA

valenciaport
Autoritat Portuària de València

Alegaciones al "Anteproyecto de Informe de Fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021", emitido por el Tribunal de Cuentas.

La Autoridad Portuaria de Valencia (APV), recabada la información interna correspondiente, considera apropiado formular la presente alegación relacionada con el importe incluido para la APV en el Cuadro Nº 17. Importe de la contratación para controles secundarios por parte de las autoridades portuarias período 2020 – 2021, recogido en la página 121 de su anteproyecto:

CUADRO Nº 17 IMPORTE DE LA CONTRATACIÓN PARA CONTROLES SECUNDARIOS POR PARTE DE LAS AUTORIDADES PORTUARIAS
Período 2020 – 2021
(euros)

AUTORIDAD PORTUARIA	IMPORTE TOTAL	% INVERSIÓN
Alicante	26.541,15	1,9%
Almería	15.000,00	1,1%
Bahía de Algeciras	345.243,13	25,0%
Baleares	151.749,00	11,0%
Barcelona	196.705,65	14,2%
Bilbao	123.523,25	8,9%
Santander	73.064,51	5,3%
Valencia	450.586,42	32,6%
TOTAL	**1.382.413,11**	**100,0%**

En el mencionado cuadro, la cantidad de 450.586,42 euros como importe contratado para la ejecución de controles secundarios, corresponde con el presupuesto máximo de adjudicación de los encargos formalizados por la APV con el medio propio TRAGSATEC de los años 2020 y 2021, ascendiendo el importe ejecutado para ese periodo a 77.212,86 euros, conforme a lo indicado a continuación.

Las cantidades indicadas por el Tribunal en el mencionado cuadro n.17 del anteproyecto, se obtienen de la información remitida por la APV a petición del Tribunal en el *Cuestionario sobre controles sanitarios en relación con el tránsito internacional de viajeros y la aplicación SpTH marítimo.*

En el apartado 5, del cuestionario remitido por esta APV en julio de 2022, se adjuntaban los Encargos a la empresa pública TRAGSATEC, medio propio de la administración para cumplir con las tareas encomendadas en la disposición adicional segunda del Real Decreto-ley 21/2020 en los años 2020 y 2021 y 2022.

El importe de 450.586,42 euros corresponde, (i) por un lado con el encargo del ejercicio 2020, que en su condición Cuarta. - importe, presupuesto y aplicación presupuestaria, indica como importe máximo:

> A dichos efectos dispone de un importe máximo que asciende a CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CUATRO EUROS CON CUARENTA Y SIETE CÉNTIMOS **(199.904,47 €)**, IVA no incluido, con cargo al Capítulo de la cuenta contable 629000009, "Otros servicios exteriores", del Presupuesto de Explotación del ejercicio 2020.

Así como (ii) al encargo del ejercicio 2021, que también en su condición Cuarta. - importe, presupuesto y aplicación presupuestaria, indica como importe máximo:

> A dichos efectos dispone de un importe máximo que asciende a DOSCIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y UN EUROS CON NOVENTA Y CINCO CÉNTIMOS **(250.681,95 €)**, IVA no incluido, con cargo al Capítulo de la cuenta contable 629000009, "Otros servicios exteriores", del Presupuesto de Explotación de los ejercicios 2021 y 2022.

Identificador
URL https://valenciaportse.gob.es/SedeElectronica
Cargo: PRESIDENTA
Fecha firma : 06/03/2024 20:02:08 CET
Firmado por : MAR CHAO LÓPEZ
Organización: AUTORIDAD PORTUARIA DE VALENCIA

Se adjuntan como información complementaria a estas alegaciones los Encargos mencionados en los párrafos anteriores.

La cantidad recogida para la APV es por tanto el presupuesto máximo de adjudicación del Encargo en esos dos ejercicios, pero no la cantidad realmente ejecutada, que es sensiblemente inferior, ascendiendo a 77.212,86 euros, conforme al siguiente cuadro:

Fecha inicio del Encargo	Plazo del Encargo	Presupuesto máximo	Ejecución real
14-jul-20	6 meses	199.904,47	41.873,23
14-ene-21	1 año	250.681,95	35.339,63
		TOTAL PRESUPUESTO EJECUTADO:	**77.212,86**

La razón que explica la diferencia entre el presupuesto máximo y las cantidades realmente ejecutadas, es que, pese a que mediante escrito recibido de la Delegación de Gobierno se estimaba la reanudación de la operativa de la línea con Argelia el 10 de julio de 2020 (operación paso del estrecho), dicho comienzo de operaciones se produjo de forma efectiva el 20 de noviembre de 2020, tal y como viene recogido en los antecedentes QUINTO y SEXTO del encargo correspondiente a 2022:

QUINTO.- Dada la inmediatez que se necesitó en la puesta a disposición de los medios (mediante escrito de fecha 22 de junio la Subdelegación de Gobierno estimaba el comienzo de la actividad de la línea Valencia – Mostaganem el día 10 de julio) debiendo los medios estar disponibles antes del día 15 de julio, y dado que los trabajos abarcaban suministros y servicios de gran variedad (alquiler y puesta a disposición de instalaciones, adquisición de material sanitario, contratación de servicios de atención sanitaria, servicio de limpieza, desinfección y gestión de residuos…) que precisarían de diversos proveedores, se estimó el Encargo como la solución más eficiente para los objetivos buscados que la

contratación pública.

En este sentido, TRAGSATEC dispone de un amplio conocimiento del tipo de trabajos a ejecutar, las necesidades técnicas que conlleva, y dispone de los medios mecánicos y materiales necesarios para llevarlo a cabo, en orden a conseguir la mayor eficacia y la mejor utilización de los recursos de que dispone como Medio Propio de la APV.

Por tal motivo, se realizó un Encargo a dicha sociedad, con carácter de urgencia, cuyo comienzo se estableció el 14 de julio de 2020, por un plazo de 6 meses.

SEXTO. - El tráfico de la línea Valencia – Mostaganem se ha reabierto el 20 de noviembre. Debido a lo tardío de esta reapertura, durante la mayor parte de la vigencia del encargo anterior únicamente se han ejecutado las partidas correspondientes a las instalaciones, habiendo habido poca facturación correspondiente a los servicios médicos.

Se adjuntan como información complementaria a estas alegaciones el Encargo correspondiente a 2022, donde consta la información indicada en el párrafo anterior.

La facturación de los años 2020 y 2021 se corresponde con montaje y alquiler de instalaciones, suministro de materiales, y preparación de los sistemas de información, pero no se comenzaron a abonar contra el Encargo horas de personal sanitario hasta finales de 2021.

Se adjunta como documentación adicional las facturas correspondientes a dichos encargos, que corresponden a los conceptos señalados en el párrafo anterior.

Por lo anterior y a la luz de las alegaciones anteriores, se solicita que sustituyan el importe recogido en el cuadro nº 17 que para el caso de la APV asciende a 450.586,42 euros y que corresponde con el presupuesto máximo del encargo de los ejercicios 2020 y 2021, por la cantidad efectivamente ejecutada en ambos ejercicios y que asciende a 77. 212,86 euros. O al menos se identifique que la cantidad indicada actualmente en el anteproyecto corresponde con el importe de presupuesto máximo contemplado en los encargos pero no con el importe realmente ejecutado que ascendió a 77.212,86 euros.

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL EXPRESIDENTE DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE VALENCIA

JAVIER MORILLAS GÓMEZ
Consejero - Tribunal de Cuentas
Departamento de los servicios públicos básicos
y de los bienes públicos de carácter preferente
Calle Fuencarral, 81 28004 Madrid

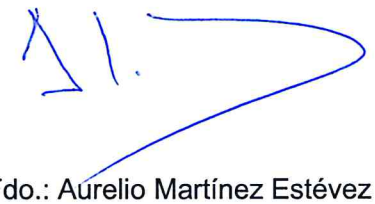
Estimado Consejero del Tribunal de Cuentas:

En relación con el **"Anteproyecto de Informe de Fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021"** de fecha 20 de febrero de 2024, del que me han hecho llegar una copia, a los efectos de que presente las alegaciones y justificantes que estime pertinentes, debo informarle que, dado mi cese como Presidente de la APV con fecha 31 de marzo de 2023 (Decreto 51/2023 del Consell de la Generalitat Valenciana), la documentación referida a los expedientes fiscalizados. obrará en los archivos de los actuales responsables de APV.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, y como no podía ser de otra forma, me remito a las alegaciones y aportación de documentación que me consta ha realizado la APV en fecha 7 de marzo de 2024.

Quedo a su disposición para cualquier aclaración que pudiera necesitar.

Un cordial saludo,



Fdo.: Aurelio Martínez Estévez

Valencia, 11 de marzo de 2024

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL PRESIDENTE DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE SANTANDER

Puerto de Santander
Autoridad Portuaria de Santander

Muelle de Maliaño, s/n
39009 Santander
Tel. 942 20 36 00
https://sede.puertosantander.gob.es

Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida
Código seguro de Verificación : GEISER

Dirección

S/R.
N/R. LB
Fecha: 21 de marzo de 2024

Destinatario:

TRIBUNAL DE CUENTAS
SECCIÓN DE FISCALIZACIÓN
A la Att. de D. Javier Morillas Gómez

ASUNTO: DOCUMENTO DE ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021

El 5 de marzo pasado, con núm. REGAGE24e00016901150, tuvo entrada en el registro de la Autoridad Portuaria de Santander un escrito de la sección de Fiscalización del Tribunal de Cuentas por el que se remitía a este organismo el ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021.

En el escrito se emplazaba a formular respecto de dicho informe las alegaciones que estime pertinentes y a presentar junto con ellos los documentos y justificantes que igualmente estime pertinentes, en término de quince días hábiles contados a partir del siguiente a la recepción del escrito.

En cumplimiento de esta solicitud, y para su consideración por el Tribunal, desde este organismo se considera necesario realizar las alegaciones que se incorporan a continuación.

ALEGACIONES AL APARTADO II.3.4 DEL INFORME:

1) En el apartado tercero del punto II.3.4. Soporte en los sistemas de información y seguimiento de las medidas adoptadas en los puertos como consecuencia de la pandemia, se indica lo siguiente: *En las terminales portuarias, los controles consistieron en la toma de temperatura y, en su caso, la valoración sanitaria realizada por personal médico contratado externamente en el control secundario por cada Autoridad Portuaria.*

   La evaluación del pasajero procedente de viajes internacionales en líneas regulares de pasaje que se realizaba en el control secundario incluyó, al menos en la primera fase, lo siguiente: 1. Toma de temperatura. 2. Evaluación del estado clínico del pasajero. 3. Entrevista epidemiológica

2) Valoración del importe total de la Autoridad Portuaria de Santander en el cuadro nº 17 IMPORTE DE LA CONTRATACIÓN PARA CONTROLES SECUNDARIOS POR PARTE DE LAS AUTORIDADES PORTUARIAS (documento anexo)

3) En el párrafo quinto de este apartado se indica:

Código seguro de Verificación : GEISER [redacted] | Puede verificar la integridad de este documento en la siguiente dirección : https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida

Es importante destacar que, durante el periodo fiscalizado, los datos de los que dispuso la SGSE fueron los que le proporcionó Puertos del Estado mediante informes periódicos. No dispuso de acceso a la aplicación y al cierre de los trabajos de fiscalización no se había producido el traspaso de las bases de datos al MSND por parte de Puertos del Estado, lo que impide un análisis y estudio por parte de la unidad administrativa responsable de coordinar el control sanitario de viajeros de procedencia internacional.

Los resultados del control secundario en el puerto de Santander se comunicaron directamente a la Dirección General de Salud Pública, semanal en el primer mes y diarias después, según se estableció en el PROCEDIMIENTO DE CONTROL SANITARIO A LA LLEGADA A ESPAÑA DE BUQUES DE PASAJE DE LÍNEA REGULAR, así como a Sanidad Exterior de la Delegación del Gobierno en Cantabria

Como conclusión de todo lo precedente, se solicita al Tribunal se tenga en consideración lo alegado por este organismo y la documentación aportada

EL PRESIDENTE,

César Díaz Maza

ÁMBITO- PREFIJO
GEISER
Nº registro
REGAGE24s00021943466
CSV
GEISER [redacted]
DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida
FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
22/03/2024 13:25:21 Horario peninsular
Validez del documento
Copia Electrónica Auténtica
GEISER [redacted]

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL CONSEJERO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Nafarroako Gobernua
Osasun Departamentua

Pamplona, 21 de febrero de 2024

Se remite documento de alegaciones al anteproyecto de Informe de fiscalización de los Sistemas de Información de Sanidad y Salud Pública (ejercicios 2019-2021).

DOMINGUEZ CUNCHILLOS FERNANDO - DNI [redacted]

Firmado digitalmente por DOMINGUEZ CUNCHILLOS FERNANDO - DNI [redacted]
Fecha: 2024.03.21 14:43:29 +01'00'

Fernando Domínguez Cunchillos
Consejero de Salud del Gobierno de Navarra
Nafarroako Gobernuko Osasun Kontseilaria

Guillermo Ezpeleta Lobato, jefe de Epidemiología y Prevención Sanitaria del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, HACE CONSTAR los siguientes

ANTECEDENTES DE HECHO

ÚNICO. – El día 11 de marzo se mantiene una reunión relativa al Anteproyecto de informe de fiscalización de los sistemas de información de Sanidad y Salud Pública. Ejercicios 2019-2020 y 2021 recibido en el Departamento de Salud. El día 12 de marzo se remite dicho documento.

Y tras examinar el contenido del informe citado realiza las siguientes

ALEGACIONES

PRIMERA. – Aún cuando no hay objeción en la descripción realizada por el Tribunal de Cuentas se ha de tener en cuenta la situación atravesada durante el periodo evaluado. Los sistemas de vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria (EDOs) sufrieron una merma en sus capacidades por un lado por el masivo destino de recursos a la vigilancia de la infección por SARS-CoV-2 causante de la pandemia sufrida durante este periodo. Este hecho se describe en la página 38 del documento analizado, si bien como indican los autores de este, ya venían produciéndose diversas dificultades con anterioridad al periodo de pandemia y estas tienen como consecuencia la demora en la información a la RENAVE.

No obstante, además de lo expuesto en el párrafo anterior cabe señalar que el intenso despliegue mediático ejercido durante la pandemia y la comparación directa por parte de estos medios de fuentes de información que no son directamente comparables contribuyó a ensombrecer más aun la fiabilidad de los datos a los que alude en el texto. A este efecto cabe señalar que la recogida de la información epidemiológica en Navarra y los criterios de validación de esta se mantuvieron durante la pandemia por parte de los integrantes de la Sección de Vigilancia Epidemiológica y Vacunaciones de ISPLN lo que permitió además de mantener un criterio homogéneo, adaptar el envío de los datos requeridos a las necesidades de los órganos colegiados vinculados a la vigilancia epidemiológica (Consejo Interterritorial de Salud (CI-SNS), Comisión de Salud Pública (CSP), etc.) sin perder información relevante para el análisis epidemiológico de la situación particular en la Comunidad Foral de Navarra.

SEGUNDA. - La falta de información respecto a cuestionarios de situación remitidos en plena pandemia (ver página 34) es relevante pero no determinante. De hecho, durante el último trimestre de 2022 y primer cuatrimestre de 2023 se ha realizado un nuevo estudio de situación financiado con fondos MMR de los distintos sistemas de vigilancia en salud pública en el marco del documento de Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud en el que ha participado activamente la Comunidad Foral de Navarra. En este sentido cabría añadir como conclusión, que los periodos de excesiva tensión en el sistema sanitario no son aptos para realizar estudios de situación. Es preferible la adopción por consenso de los técnicos vinculados a las distintas Ponencias de la CSP de un panel reducido de indicadores que permitan un análisis rápido y estandarizado dirigido a la toma de decisiones y relegar este tipo de estudios cuando la situación es más propicia para su realización con la calma necesaria para extraer conclusiones de utilidad.

TERCERA .- En referencia al procedimiento de remisión de la información a la RENAVE en el caso de la Comunidad Foral de Navarra se ha empleado tanto la carga individual como mediante fichero, siendo en algunos casos necesaria la remisión del fichero al equipo de SIVIES de Centro Nacional de Epidemiología (CNE) por dificultades en la carga o fallo de los trasformadores habilitados. En relación con este tema la Comunidad Foral de Navarra se ha desarrollado un nuevo producto (fruto de la inversión recibida con los fondos MMR) que permite generar los ficheros individualizados y agregados de las distintas EDOs para su carga en SIVIES ya sea mediante el procedimiento de carga de fichero o empleando el servicio web máquina a máquina. El periodo de pruebas con SIVIES ha sido satisfactorio si bien la entrada de SIVIES Plus en marzo de 2024 nos obligará a repetir las pruebas correspondientes a lo largo del segundo trimestre de año y adaptar los desarrollos realizados.

CUARTA. – La falta de estandarización y la aplicación de trasformadores incompletos provocan que el personal del CNE realizase la carga correspondiente tal y como se refleja en la página del informe. No obstante, en nuestra experiencia para soslayar este escollo este punto se hace necesaria información técnica de calidad para poder realizar cuantos desarrollos sean necesarios en aras a mejorar tanto la trasmisión con la fiabilidad de los datos remitidos. La puesta a disposición de las CCAA a finales de 2023 y principios de 2024 del servidor terminológico por parte del Ministerio de Sanidad y la adopción de estándares terminológicos como SNOMED CT y su incorporación tanto al producto desarrollado para vigilancia epidemiológica como al registro poblacional de vacunas de Navarra mediante la implementación de la financiación recibida a través de fondos MMR ha supuesto un gran avance en nuestro caso. Actualmente disponemos de modelos conceptuales y manuales de ayuda actualizados para ambos productos.

QUINTA. – Respecto al apartado II.1.3.2. e) referente a la calidad el dato en variables adicionales recogidas por la RENAVE mencionado en la página 42 es cierto que merma la profundidad potencial del análisis, pero también no es menos cierto que en infinidad de ocasiones esa información no se haya debidamente codificada en la fuentes primarias de datos de salud pública. Esto obliga a un procesamiento manual de la misma, lo que hace necesario ponderar cuidadosamente el esfuerzo-beneficio; más aún, si dichas variables raramente o nunca son analizadas por los niveles central o supranacional y en un contexto de número de efectivos de personal dedicado a labores de vigilancia en salud pública limitado. En este sentido la adopción de unas variables mínimas fácilmente estandarizables que sean de utilidad para el análisis la gravedad, presión asistencial o mortalidad de una determinada enfermedad o evento de salud pública sería de gran interés y ha sido una apuesta constante por nuestra parte. La Comunidad Foral de Navarra está realizando en el momento actual un proceso de integración de la información procedente del producto de admisión hospitalaria con el producto relacionado con el sistema de vigilancia que estará disponible a lo largo de último trimestre de este año y servirá para agilizar el procesamiento de dicha información e incorporarla al sistema de forma oportuna.

SEXTA. – En el caso de la vigilancia de las enfermedades respiratorias, la Comunidad Foral de Navarra se incorporó al sistema en octubre de 2022 y por lo tanto lo descrito en el análisis realizado hasta el año 2022 no es aplicable.

SÉPTIMO. – En cuanto al sistema específico de vigilancia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria hay un compromiso real con el CNE para incorporar los datos de los

hospitales públicos de la Comunidad Foral de Navarra relativos a este tipo de infecciones. En julio de 2024 se procederá a la carga de los datos relativos a infección de lugar quirúrgicos del Hospital Universitario de Navarra y de los estudios ENVIN de las UCI de los tres hospitales del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

En resumen, coincidimos en gran parte del análisis realizado por el Tribunal de Cuentas y estamos progresando merced a los fondos MMR destinados a la Comunidad Foral de Navarra para soslayar los gaps detectados en el informe remitido. Esperamos que a finales de este año y en los venideros es esfuerzo realizado redunde en una mejor evaluación de del sistema de vigilancia epidemiológica y en una mejor coordinación entre las distintas partes implicadas en este.

Sin otro particular, quedo a su disposición para cualquier aclaración.

Atentamente,

Guillermo Ezpeleta Lobato
Jefe de Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria
Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA CONSEJERA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE INFORME DEL TRIBUNAL DE CUENTAS SOBRE INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, EJERCICIOS 2019, 2020 Y 2021

En relación al *"Anteproyecto de informe de fiscalización de los sistemas de información de sanidad y salud pública, ejercicios 2019, 2020 y 2021"* realizado por el Tribunal de Cuentas, en fecha 20 de febrero de 2024, y que ha sido remitido a la Dirección General de Salud Pública para su valoración y en su caso alegaciones, se efectúan las siguientes consideraciones:

Primera.- El informe abarca los ejercicios 2019, 2020 y 2021, si bien se recoge en el mismo documento información y decisiones que se tomaron con posterioridad a los referidos ejercicios, concretamente en el año 2022 y 2023, respectivamente.

Segunda.- Cuando se señala al Ministerio de Sanidad a lo largo del informe, se menciona con diferentes acrónimos: MSND, MSAN, etc., por lo que se propone utilizar el acrónimo que se referencia en la página 6 del informe.

Tercera.- Se cita que, en ocasiones, existía dificultad de los propios sistemas de salud de las CC. AA., para producir ficheros con una estructura compatible con la requerida en el SIVIES, pese a que el Instituto de Salud Carlos III había desarrollado unas herramientas denominadas transformadores que permitían convertir la información a la estructura requerida para la integración en SIVIES.
Es necesario señalar que estos *"transformadores"* eran muy estrictos, y la carga de una sola enfermedad de un solo día, podría generar hasta 14.000 errores (se adjunta un ejemplo en tabla Excel), lo que exigía la corrección manual de los mismos, precisando toda una jornada laboral de un técnico muy especializado.

Entendiendo que existe una voluntad de notificación de las CC. AA., hay que considerar que si el emisor o el receptor disponen de instrumentos que generan fallos, ambas partes deberán realizar los esfuerzos necesarios para alcanzar la integración de los datos.

Cuarta.- En la página 61, cuando se describe SIVIRA y cuando hace referencia a AUT_15, es necesario tener en cuenta que SIVIRA tiene dos modelos: de médicos centinelas y de centros centinelas.

En la Comunidad de Madrid se ha venido aportado semanalmente la información de vigilancia centinela de formas leves, recogida en el nivel de Atención Primaria, de 8 CENTROS DE SALUD, lo que corresponde a 128 facultativos de Atención Primaria y a una población atendida total de 312.034 pacientes.

Se aporta, como Anexo I, informe relacionado con el contenido de vigilancia centinela de IRA en la Comunidad de Madrid. En el citado informe, que se publica en el nivel nacional, se indica la proporción de población vigilada y que la vigilancia se hace a través de centros y no de médicos centinela. Partiendo de esta justificación técnica se solicita la modificación de la interpretación realizada para la AUT_15.

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación:

Quinta. - En el Anexo 36 (página 275), y en el Anexo 37 (página 277), se hace una comparación de las pruebas diagnósticas entre SERLAB e informes CCAES, que si bien puede ser correcta, está midiendo aspectos diferentes:

- ✓ SERLAB es una base de datos que contiene exclusivamente pruebas, independientemente si se hacen varias a una misma persona en el mismo día o en días sucesivos (y que pueden corresponder a un mismo episodio de enfermedad).

- ✓ El Informe de CCAES recoge número de casos, de personas enfermas, y la definición de caso confirmado es compleja y ha ido evolucionando, pero en esencia corresponde a una persona enferma que tuviera una o varias pruebas positivas (PCR positiva, posteriormente test de antígenos positivo o ambos, o incluso serología positiva).

En la Comunidad de Madrid el sistema estaba programado con un algoritmo que permitía agrupar varias pruebas positivas en un único episodio agudo de infección en un enfermo, separando además *"los casos confirmados con infección resuelta"*. Esto justificaría, técnicamente, que los dos sistemas de información contuvieran números discrepantes, siendo ambos correctos.

Sexta.- En la página 272 figura que en la CC.AA., (AUT_15) se ha detectado 60 registros duplicados (30 valores únicos) como consecuencia de realizar la remisión por parte de dos usuarios diferentes a lo largo del periodo analizado.

Desde la Comunidad de Madrid se han enviado ficheros diarios por el procedimiento establecido, conteniendo miles de registros (más de 10 millones en el periodo agudo de la pandemia). Desconocemos que se haya realizado algún envío desde el ISCIII. Por lo tanto, se propone la revisión de este párrafo.

Séptima. - En informe incide en la necesidad de que la información que se remita al Ministerio de Sanidad tenga un identificador numérico único (DNI…), circunstancia que no tiene en consideración la distribución de competencias existente en materia de Salud Pública. Con carácter general, el nivel estatal coordina las medidas de actuación y la implementación y su seguimiento individualizado se realiza a nivel de CC. AA., de manera que la información que se envía a la AGE podría estar pseudoanonimizada, asignado un identificador univoco a cada persona dado su carácter sensible.

Octava.- En el cruce de registros, ya sea en SERLAB como en REGVACU, cuyo identificador no se encuentra en Tarjeta Sanitaria Individual, es necesario tener en cuenta a los ciudadanos con aseguramiento no público, que han sido diagnosticados y/o vacunados en plena pandemia, entre otros, mutualistas con aseguramiento privado, trabajadores y sus familias de embajadas, consulados y organismos internaciones con sede en España, además de diplomáticos españoles y sus familias que prefirieron vacunarse en España en lugar de su destino.

Lo que se traslada a los efectos oportunos.

Madrid, a fecha de firma electrónica
LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Fdo.: Elena Andradas Aragonés

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación:

ANEXO I

SiVIRA
Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Instituto de Salud Carlos III

Metodología

La temporada 2022-23 es la tercera desde que comenzó a funcionar SiVIRA. La situación de implementación de la vigilancia de IRAs se refleja en la Figura 1 y la Tabla 1.

Figura 1. Vigilancia de IRAs: Componentes sindrómico (izquierda) y de selección sistemática (derecha). SiVIRA, temporada 2022-23.

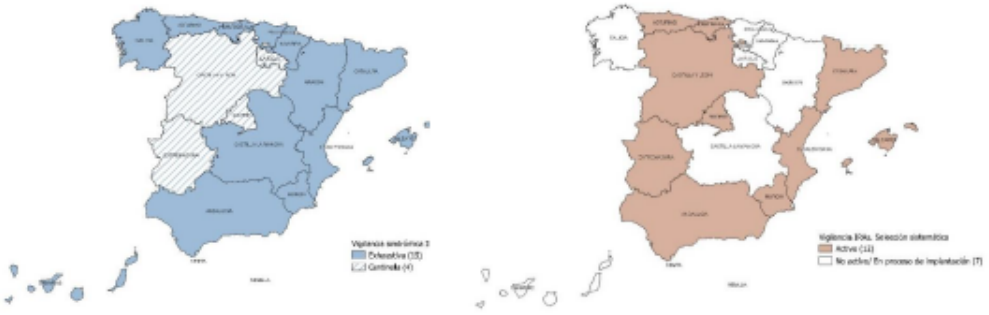


Tabla 1. Población vigilada y cobertura en los componentes sindrómico y centinela por CCAA. Vigilancia de IRAs, temporada 2022-23.

Comunidad Autónoma	Componente sindrómico				Componente de selección sistemática		
	Codificación AP	Tipo	Población vigilada	Cobertura población (%)	Tipo	Población vigilada	Cobertura población (%)
Andalucía	CIE9	Exhaustivo	8.519.107	100,0	Centinela	157.336	1,8
Aragón	CIAP2	Exhaustivo	1.314.159	100,0			0,0
Principado de Asturias	CIAP2	Exhaustivo	1.006.234	100,0	Centinela	58.189	5,8
Islas Baleares	CIE9	Exhaustivo	1.223.980	100,0	Centinela	65.901	5,4
Islas Canarias	CIE10	Exhaustivo	2.252.237	100,0			0,0
Cantabria	CIAP2	Exhaustivo	584.368	100,0	Centinela	92.125	15,8
Castilla La Mancha	CIE9	Exhaustivo	2.049.981	100,0			0,0
Castilla y León	CIE9	Centinela	67.393	2,8	Centinela	67.393	2,8
Cataluña	CIE10	Exhaustivo	7.679.192	100,0	Centinela	697.528	9,1
Comunitadad Valenciana	CIE10	Exhaustivo	5.072.550	100,0	Exhaustivo	5.072.176	100,0
Extremadura	CIE10	Centinela	50.447	4,8	Centinela	50.447	4,8
Galicia	CIAP2	Exhaustivo	2.691.456	100,0			0,0
Comunidad de Madrid	CIAP2	Centinela	315.243	4,7	Centinela	315.243	4,7
Región de Murcia	CIAP2	Exhaustivo	1.522.516	100,0	Centinela	81.074	5,3
Comunidad Foral de Navarra	CIAP2	Exhaustivo	659.155	100,0			0,0
País Vasco	CIE10	Exhaustivo	2.176.918	100,0			0,0
La Rioja	CIAP2	Centinela	28.511	9,0			
Ceuta	CIE9	Exhaustivo	75.197	91,1	Centinela	20.271	24,6
Melilla	CIE9	Exhaustivo	74.230	89,2	Centinela	21.259	25,5
Nacional			37.362.873	78,8		6.698.942	14,1

Todas las CCAA participaron en la vigilancia sindrómica de IRAs, cuatro de forma centinela y 15 de forma exhaustiva (con una cobertura de población vigilada global del 78,8% con respecto a la población española (Figura 1 y Tabla 1). En la vigilancia del componente de selección sistemática participaron 12 CCAA, todas de forma centinela, con excepción de la Comunidad Valenciana, que contribuye con los médicos y pediatras de Atención Primaria de todas sus zonas básicas de salud. Cantabria, Cataluña y Comunidad de Madrid funcionan con centros centinela y el resto con médico/pediatras centinela. La cobertura global vigilada es del 14,1% (Tabla1).

La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación:

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA EXCONSEJERA DE SANIDAD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

Verónica Casado Vicente
EX CONSEJERA DE SANIDAD
JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

Como exconsejera de Sanidad de la Junta de Castilla y León en los periodos que van desde el 17 de julio de 2019 a 20 de diciembre de 2021 y con relación al Anteproyecto del informe de fiscalización de los sistemas de información de Sanidad y Salud Pública, ejercicios 2019,2020 y 2021 **no se realizan alegaciones** al mismo puesto que no estamos en su ámbito de fiscalización, tal y como se refleja en el punto I.3. ÁMBITOS OBJETIVO, SUBJETIVO Y TEMPORAL.

Dicho esto, el informe supone una revisión exhaustiva y cierta sobre los sistemas de información asistenciales y, especialmente, de salud pública previos a la declaración de la ESPII debida al Sars-CoV-2 así como de los desarrollos y adaptaciones que se realizaron durante la pandemia para obtener información en tiempo real.

Como se dice acertadamente en el informe, la pandemia puso de manifiesto las debilidades y deficiencias de los sistemas de información de alertas y vigilancia epidemiológica tanto del Ministerio como de las Comunidades Autónomas. Además de los déficits previos de la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información asistenciales y de salud pública, hay que añadir que los sistemas no estaban preparados para asumir un volumen de casos, y de datos asociados a cada caso, como lo que supuso una pandemia de las dimensiones conocidas.

Tampoco los recursos humanos en Salud Pública eran, ni son, los suficientes para procesar y analizar esa avalancha de información y, desde el punto de vista asistencial, la situación de los centros no permitía, lógicamente, que los facultativos asistenciales responsables de la declaración notificasen la información necesaria.

No obstante, el esfuerzo realizado tanto por el Ministerio como por las CCAA para adaptar los sistemas a los requerimientos del momento fue enorme tanto desde el punto de vista tecnológico como por parte de los profesionales técnicos y asistenciales implicados en ello. Esto permitió tener sistemas de información que, no sin dificultades como refleja el informe, permitieron realizar el seguimiento de la pandemia en los meses siguientes.

Se crearon, además, nuevos sistemas de información como la herramienta SERLAB, la cual registró todas las pruebas diagnósticas efectuadas sobre la COVID-19 desde el 30 de mayo de 2020, o el desarrollo de REGVACU, con la información integrada a nivel nacional de todos los registros de vacunación frente a COVID-19. Ambos sistemas fueron decisivos para el desarrollo de los Certificados Covid Digital (CCD), necesarios para la movilidad de los ciudadanos y la vuelta paulatina a la normalidad. Además, el desarrollo de REGVACU ha propiciado el impulso de un nuevo sistema de información nacional de vacunaciones e inmunizaciones donde se integrarán todas las vacunas recibidas por un ciudadano (SIVAIN).

SR. D. JAVIER MORILLAS GÓMEZ. CONSEJERO DEL TRIBUNAL DE CUENTAS

Igualmente, se está trabajando en el desarrollo de nueva normativa relacionada con la Vigilancia en Salud Pública y los sistemas de respuesta rápida ante posibles alertas.

Y también, en esta línea en la Comunidad Autónoma de Castilla y León planteamos el Proyecto ULYSES, que no sé si en el momento actual se ha desarrollado y que se centraba en desarrollar un plan especial de naturaleza sanitaria que permitiera hacer frente a las situaciones de emergencia compleja a nivel autonómico.

Queda aún mucho por hacer, pero si alguna lección hemos aprendido es que el momento de preparación para futuras amenazas es ahora. Y por esta razón de forma insistente, y tal como lo pueden demostrar las actas del CISNS, solicité de forma reiterada la LEY DE PANDEMIAS que el Presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, anunció que se redactaría y aprobaría desde la mitad del año 2020, así como reformas específicas en la Ley General de Salud Pública, de cara a tener herramientas suficientes para que las Consejerías de Sanidad pudiéramos hacer frente a la COVID-19, así como a cualquier otra amenaza epidemiológica que pudiera suceder en el futuro. Sin embargo ni una, ni otra, si quiera comenzaron su trámite de consulta pública con la Ministra Darias o el Ministro Miñones. Únicamente se ha avanzado en la creación de una Agencia Estatal de Salud Pública, cuyas capacidades han quedado muy mermadas para poder hacer frente y coordinar a las CCAA ante este tipo de retos.

Nuestro país no está preparado en estos momentos para afrontar con suficientes garantías un episodio similar al vivido desde febrero de 2020 con la COVID-19.

Anticiparse al futuro es la única manera de dar una respuesta adecuada a una situación de emergencia sanitaria que es muy plausible que pueda volver a suceder.

Valladolid, 17 de marzo de 2024

Firmado por CASADO VICENTE, VERONICA (FIRMA) el día 17/03/2024 con un certificado emitido por AC DNIE 005

EX CONSEJERA DE SANIDAD DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEON
Verónica Casado Vicente

SR. D. JAVIER MORILLAS GÓMEZ. CONSEJERO DEL TRIBUNAL DE CUENTAS

TRIBUNAL DE CUENTAS

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA CONSEJERA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

Código Seguro de Verificación: EXP- | Este CSV asegura la integridad de esta información, que puede ser contrastada mediante el servicio de validación de documentos de la Ciudad Autónoma de Ceuta disponible en su Carpeta Ciudadana o en http://www.ceuta.es/validacion. | Documento incorporado en fecha 22/03/2024 11:28:18

ALEGACIONES CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA.

ANTECEDENTES:

Desde el Tribunal de Cuentas (Sección de Fiscalización) se nos traslada con fecha 12 de marzo de 2024, el Anteproyecto de Informe de Fiscalización de los Sistemas de Información de Sanidad y Salud Pública, ejercicios 2019,2020 y 2021

Desde la Ciudad Autónoma de Ceuta, en relación con el Anteproyecto de Informe de Fiscalización de los Sistemas de Información de Sanidad y Salud Pública, ejercicios 2019,2020 y 2021, se comunica por parte de los servicios técnicos competentes lo siguiente en contestación a lo emitido por dicho Informe:

1. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Respecto de esa información:

● No consta que se remitieran información sobre muestras de laboratorio.

- ✓ Las muestras de laboratorio correspondiente a INGESA era el propio INGESA quien lo enviaba. La Ciudad a través de un servidor implementado por el Ministerio-SERLAB, transfería diariamente las muestras correspondientes de los laboratorios privados. Las muestras que se enviaban eran test de antígenos y PCR solo de COVID-19.

● No consta que se remitieran información sobre población cubierta.

- ✓ La aplicación creada por la Ciudad Autónoma de Ceuta para la vigilancia de las IRAs, empezó a funcionar en la semana 40 del año 2022 (octubre). Hasta entonces empleábamos la aplicación del Ministerio denominada Sistema de Vigilancia de la gripe en España. Donde sí que constaba la población cubierta en la vigilancia de la gripe.

● Consta que remitieran información de casos a lo largo de la temporada

- ✓ Ceuta empezó a enviar a SIVIRA a partir de la temporada 2022-2023 en la semana 40, ya que no disponía de aplicación para ello. Los primeros archivos comenzaron en 2022 (octubre), motivo por el cual en ese año aparezca información de casos.

Código Seguro de Verificación: EXP- | Este CSV asegura la integridad de esta información, que puede ser contrastada mediante el servicio de validación de documentos de la Ciudad Autónoma de Ceuta disponible en su Carpeta Ciudadana o en http://www.ceuta.es/validacion. | Documento incorporado en fecha 22/03/2024 11:28:18

2. VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN HOSPITALES.

● No consta que remitieran el fichero anual poblacional

- ✓ Ceuta empezó a enviar a SIVIRA a partir de la temporada 2022-2023, ya que no disponía de aplicación para ello. Los primeros archivos de IRAG comenzaron en la semana 40 del 2022 (octubre) donde se incluían el fichero anual de población.

● No consta que remitieran fichero de casos y muestras

- ✓ Ceuta empezó a enviar a SIVIRA a partir de la temporada 2022-2023, ya que no disponía de aplicación para ello. Los primeros archivos con casos y muestras comenzaron a enviarse en la semana 40 del 2022 (octubre).

REGISTRO DE SIDA

● No constan datos

- ✓ Desde la Ciudad Autónoma de Ceuta, se han enviado todas las declaraciones de VIH que han sido notificadas por parte de algún centro declarante. Si no se han enviado es porque no se recibió ninguna declaración.

3. SISTEMA DE INFORMACIÓN MIBROBIOLOGICO

● Existen desfases temporales en la remisión. Se remite en octubre de 2021.

- ✓ Con respecto al SIM, el laboratorio del Hospital Universitario de Ceuta (INGESA) es el responsable del envío de esa información, a través de sus Sistema de Información con el Ministerio. La Consejería de Sanidad es la responsable del envió de las declaraciones individualizadas al Ministerio.

4. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DE VACUNACIÓN COVID-19

● Sobre esta remisión se ha comprobado la existencia frecuente de cargas completas sustitutivas por parte de las de en sus registros de vacunación, debido a errores en sus sistemas propios.

Código Seguro de Verificación: EXP- | Este CSV asegura la integridad de esta información, que puede ser contrastada mediante el servicio de validación de documentos de la Ciudad Autónoma de Ceuta disponible en su Carpeta Ciudadana o en http://www.ceuta.es/validacion. | Documento incorporado en fecha 22/03/2024 11:28:18

- ✓ La Ciudad Autónoma de Ceuta elaboró un Registro de Vacunación COVID-19 (REGVACU local), con el fin de transferir las vacunas covid-19 administradas en Ceuta al Ministerio. Este registro cumplía con los requisitos que desde el Ministerio exigía para el envío de los datos. Puede ser qué al principio tuviese debilidades debido a la rapidez en su elaboración, dada las circunstancias, situación que se ha solventado en la actualidad. Se enviaba un archivo acumulativo que sustituía en cada carga al anterior.

5. REGISTROS CONSOLIDADOS EN SIVIES SEGÚN EL TIPO DE NOTIFICACIÓN

● EL 100% de los registros desde 2015 están sin consolidar

- ✓ Desde la Consejería de Sanidad de Ceuta se realizaba las declaraciones individualizadas a SIVIES de todas las enfermedades de declaración obligatoria y especiales. El procedimiento se efectuaba según lo establecido y marcado por el Ministerio (CCAES). En ningún momento se nos ha solicitado nada al respecto para la consolidación. En este informe elaborado se refleja que las declaraciones individualizadas no son consolidadas por el CCAES.

6. INCIDENCIAS DE INFORMACIÓN

- ✓ **Del registro de usuarios se desprende que la carga de datos se realizó por una empresa externa, efectuándose paralelamente por parte del personal de INGESA. Esta doble carga de datos de la ciudad tiene como consecuencia que se hayan registrado pruebas duplicadas en SERLAB.**

- ✓ La forma de enviar las pruebas de COVID-19 eran a través de SERLAB, donde la Ciudad Autónoma, a través de la Consejería de Sanidad, declaraba las pruebas realizadas en laboratorio privados e INGESA declaraba las pruebas de los pacientes con Seguridad Social. Ocurrió en ocasiones que pacientes con seguridad social y seguradora privada acudían a ambos centros sanitarios y se duplicaban las muestras. Desconocemos si ha existido otra causa con respecto a la duplicidad, ya que no disponíamos de ninguna empresa externa.

7. CUESTIONES RELEVANTES EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN EN ESPAÑA EN 2020

● Se dispone de un registro que tiene la responsabilidad sobre los sistemas de información especifico de vacunación dependiente del sistema de salud autonómico.

- ✓ La Consejería de Sanidad dispuso de su primer Registro vacunal a finales de 2020 con la creación de REGVACU local, para registrar las vacunas covid-19

Código Seguro de Verificación: EXP- | Este CSV asegura la integridad de esta información, que puede ser contrastada mediante el servicio de validación de documentos de la Ciudad Autónoma de Ceuta disponible en su Carpeta Ciudadana o en http://www.ceuta.es/validacion. | Documento incorporado en fecha 22/03/2024 11:28:18

administradas. El registro de vacunas de calendario vacunal, así como de adultos es INGESA o centros sanitarios privados autorizados quienes lo poseían.

● Carecían de interoperabilidad de la información de vacunas a través de la herramienta de "Historia Clínica Electrónica" o equivalente, lo que suponía una carencia significativa ya que el facultativo que atiende al paciente no puede acceder al historial de vacunación en tiempo real. De hecho, la información sobre vacunación de los sistemas de información y registro no disponía de un perfil para el acceso del profesional de salud pública a los datos de vacunación para su explotación estadística con fines epidemiológicos o económicos, lo que supone otra carencia significativa

- ✓ No existe interoperabilidad entre Salud Pública (Consejería de Sanidad) y los Servicios de asistencia sanitaria tanto públicos (INGESA) como privados. Siendo imposible actualizar en tiempo real el estado vacunal de un paciente, si la dosis administrada se registraba en sitios sanitarios de diferentes proveedores sanitarios. Así mismo la Consejería de Sanidad, para poder elaborar las estadísticas de vacunas, al no disponer de registro vacunal, debía de solicitar datos a los centros vacunadores privados e INGESA, para poder elaborar la estadística correspondiente que solicita el Ministerio.

● Carecían del dato de vía de administración de la vacuna no incluían los efectos adversos comunicados, aspectos todos ellos relevantes en el historial de los pacientes.

- ✓ Con respecto a la vacunación COVID-19, al no ser obligatorio el campo "vía de administración" en el metadata que requería el Ministerio, no se incluyó como variable de cumplimiento obligatorio.

- ✓ Con respecto al resto de vacunas de calendario vacunal y adultos, es INGESA y los centros sanitarios autorizados los que disponían de esos registros. Desconociendo el motivo de la no inclusión de esas variables.

- ✓ Con respecto a los efectos adversos, no se tuvo que declarar ningún efecto adverso con respecto a la vacunación COVID-19. La aplicación creada para el registro de la vacunación COVID-19, no disponía de la opción de declaración de efectos adversos. En el caso de que hubiese existido algún efecto adverso que declarar se hubiese informado a la Agencia Española del Medicamento.

● No incorporaban en sus registros o sistemas la información sobre las vacunas administradas por centros médicos privados, circunstancia que suponía una debilidad significativa tanto a los efectos de la preparación de los datos estadísticos sobre coberturas de vacunación como en lo que

Código Seguro de Verificación: EXP- [redacted] | Este CSV asegura la integridad de esta información, que puede ser contrastada mediante el servicio de validación de documentos de la Ciudad Autónoma de Ceuta disponible en su Carpeta Ciudadana o en http://www.ceuta.es/validacion. | Documento incorporado en fecha 22/03/2024 11:28:18

respecta al servicio al ciudadano para los usuarios de los servicios médicos no públicos.

- ✓ Con respecto a la vacunación COVID-19, la Ciudad de Ceuta, solo dispuso de dos Instituciones sanitarias que administraban la vacuna de COVID-19, por un lado la Consejería de Sanidad, que se encargaba de administrar la vacuna de COVID-19 a toda la ciudadanía, tanto de Seguridad Social como de mutualidad privada e INGESA que vacunaba a los ciudadanos con Seguridad Social. Los centros privados no administraron vacunas de COVID-19.

- ✓ Con respecto a las vacunas de calendario vacunal o adultos, la Consejería de Sanidad, para poder elaborar las estadísticas de vacunas, al no disponer de registro vacunal e interoperabilidad, debía de solicitar datos a los centros vacunadores privados e INGESA, para poder realizar la estadística de cobertura correspondiente que solicita el Ministerio.

EL CONSEJERO DE PRESIDENCIA

Y GOBERNACIÓN

LA CONSEJERA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES