

Gestión de la contratación de bienes corrientes y servicios e inversiones durante la pandemia

Patxi Esparza

Dirección de Gestión Económica y Servicios Generales. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.

Correspondencia: Patxi Esparza [patxi.esparza.sanchez@navarra.es]

INTRODUCCIÓN

Dentro del objetivo general de describir y analizar las actuaciones realizadas para afrontar la pandemia global por COVID-19 en Navarra y hacer propuestas de mejora medibles para esta o futuras epidemias y pandemias, este artículo aborda la gestión de la contratación de bienes corrientes y servicios e inversiones durante la pandemia.

Trataremos de describir aquel período extraordinario que, a tenor de los requerimientos de medios materiales para atender a los diferentes retos en cada una de las olas, bien podríamos enmarcarlo temporalmente entre marzo de 2020 y diciembre de 2021. Este espacio temporal supera en mucho tanto al del estado de alarma, iniciado el 14 de marzo de 2020 mediante Real Decreto 463/2020 y levantado el día 21 de junio, como a aquel primer trimestre a partir de marzo de 2020, donde más intensamente se mostraron los fenómenos que permiten definir aquella época como extraordinaria pero que, a diferencia de lo que se ha instalado en la conciencia colectiva, se han manifestado a lo largo de todo ese período.

El relato y el análisis que aborda el artículo se centran en los materiales sanitarios vinculados a la COVID-19, y se corresponden con los conceptos económicos 2214 “*Instrumental y pequeño utillaje de consumo*”, 2216 “*material sanitario de consumo*” y 2286 “*Productos químicos y de laboratorio*” donde se concentran las compras de todo tipo de equipos de protección individual (EPI) utilizados para la pandemia, hisopos, test de antígeno rápido y otros reactivos para las pruebas PCR de laboratorio, entre otros. Además, se corresponden con los conceptos que fueron objeto de seguimiento específico y diferenciado para la COVID-19 por parte del Ministerio de Hacienda para todas y cada una de las comunidades autónomas (CCAA). No obstante, el análisis es extensible a la adquisición de cualquier otro producto, realización de servicios o materialización de inversiones, vinculados a la COVID-19.

En este excepcional contexto es necesario advertir sobre algunas falsas ideas a las que podría llevar un uso de determinados términos de uso frecuente. El ejemplo más claro es el uso del término “mercado”. Podría afirmarse que existe un consenso amplio respecto a las características esenciales del mismo, pero es esa idea genérica la que desvirtúa precisamente lo que realmente se vivió. Y es especialmente necesario, entender y no olvidar el contexto en el que nos desenvolvíamos: una pandemia mundial no vivida desde la gripe española de 1918. Desgraciadamente el transcurso del tiempo está evidenciando una pérdida de conocimiento y experiencia de lo vivido y, en consecuencia, un vaciado del contenido del manido término de “*lecciones aprendidas*”.

Toda gestión de riesgos, tanto desde una óptica prospectiva como retrospectiva, debe tener en cuenta la arquitectura jurídico-administrativa que rige en toda la organización. La estructura implica unos procedimientos normativos y una cultura de gestión que, a su vez, determinan una temporalización de los efectos. Los procedimientos normativos, que son sobre los que pivota en mayor medida la actividad de la administración, implican para cualquier expediente que deba someterse al mismo una dimensión temporal que obliga a anticipar las decisiones respecto del momento en que se materializarán los efectos (recepción y consumo de los materiales), dimensión que es tanto más relevante cuanto más inciertos sean los escenarios en que se sustancian. Durante la pandemia, padecimos de manera especial de qué manera los espacios temporales en los que se enmarca la decisión, que es previa a cualquier tramitación, se achicaban y –al mismo tiempo– el espacio de la materialización incrementaba sobremanera el riesgo de desviación por exceso o defecto.

Durante este período ha quedado en evidencia que los procedimientos, herramientas y organización de la administración no eran aptos para dar solución a los problemas “*de emergencia*” a los que nos enfrentábamos.

A continuación, a lo largo de los diferentes epígrafes, trataremos de describir cuál era ese supuesto mercado, la gestión de los riesgos, los medios de que disponía la administración, cómo fue el desarrollo evolutivo de la pandemia y, finalmente, analizar la eficiencia en la gestión, tratando en cada punto de extraer las lecciones aprendidas o a aprender.

EL MERCADO

La teoría económica nos explicaría que en todo mercado existe una demanda y una oferta. La pandemia supuso una disrupción en relación a la demanda de bienes corrientes, servicios e inversiones de todo aquello

directamente vinculado con ella. La práctica generalidad de administraciones (no solo sanitarias) a nivel mundial, así como el sector privado y la ciudadanía en general, se convirtieron en demandantes de determinados productos para hacer frente a la pandemia. Nos encontrábamos ante productos de gran y repentina demanda con rápido incremento exponencial, y de inmediato e irregular consumo, lo que hacía prácticamente imposible determinar las cuantías de las necesidades.

Respecto a la oferta, esta adoleció, como en muchos otros sectores productivos afectados, de lo que en su momento se pudo considerar como mejoras de la globalización. Dicha globalización pretendía una asignación de la producción a aquellos países o áreas que ofrecían ventajas en cuanto a la especialización o eficiencia en materia de costes. Al menos en el caso que estamos analizando, está claro que en gran parte las ventajas se referían a lo que se viene denominando como eficiencia en costes, y que fundamentalmente podría concretarse en menores costes laborales, externalización de costes medioambientales, y menores requisitos o trabas administrativas. Ante una variación tan brutal de la demanda que la que la oferta no puede atender dada la rigidez de la producción, se suma el problema del transporte dado que su localización básicamente se sitúa en el sudoeste asiático en toda o casi toda la cadena del valor, e incluso la eliminación de la oferta en un primer momento, dado que ese fue el foco donde empezó la pandemia.

En un período muy corto, los proveedores primero subieron sus precios porque a su vez se los habían subido sus suministradores asiáticos y, prácticamente a continuación, nos manifestaban la imposibilidad de seguir suministrándonos material porque no les llegaba desde su origen. En estas circunstancias nos situamos en un escenario muy especulativo que provocó un encarecimiento general de prácticamente todos estos materiales.

A esto se añadieron dos problemas más. El primero fue que a partir de la segunda semana desde que fue decretado el estado de alarma, y ante la opinión generalizada de que el material que se suministraba no tenía la calidad necesaria o directamente fuera fraudulento, el Gobierno de China modificó su política de exportación pasando a realizar fuertes controles para garantizar la calidad de todos los productos que saliesen de su país. Esto provocó una ralentización importante en el despacho aduanero y por tanto, un estrechamiento de la oferta. El segundo se relacionaba con los precios del transporte, sobre todo el aéreo, que se quintuplicó como consecuencia de la competencia entre compradores por conseguir espacio aéreo, dada la capacidad insuficiente para atender la tremenda demanda existente, lo que reforzaba a lo anterior en el incremento tan explosivo de precios.

Al calor de este mercado en situación de colapso, a los posibles suministradores habituales se sumaron otras entidades y personas, *a priori* ajenas al sector sanitario –o pertenecientes al mismo pero no especializadas en los productos más necesitados– las cuales, de diferentes maneras, trataban de acercarse a la administración bajo supuestas capacidades para suministro. Discernir cuál podía ser una buena oportunidad resultaba harto difícil, sobre todo porque ni siquiera los suministradores más fiables *a priori* podían garantizar el suministro. Ello obligaba, con recursos muy limitados, a un sobreesfuerzo imposible de imaginar en situación normal, ya que se trataba de garantizar la disponibilidad permanente de estos materiales. Su carencia pondría en peligro la seguridad del personal de los centros del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O).

Básicamente había dos riesgos principales para las compras. El primero, relacionado con el plazo de recepción del material, consistía en el tiempo que se retrasarían los pedidos respecto de la supuesta fecha de entrega (a contraponer, con las rápidas y crecientes necesidades de consumo). El segundo se relacionaba con la calidad del material, que debía ser suficiente para ofrecer los niveles de calidad y protección adecuados a nuestro personal.

A estos dos riesgos se sumaría el precio, que en estas condiciones estaría en un rango inferior. Así, no se podían volcar los esfuerzos en una oferta generosa en precio si después resultaba que no obteníamos el material. Pero ello no supuso tampoco, de ninguna manera, una despreocupación respecto al mismo. De hecho, se seguía el comportamiento de otros compradores por las noticias y otras fuentes informales, que nos ofrecía una imagen indirecta y nos hacía suponer que estábamos trabajando a precios competitivos, tal y como se mostrará al final del informe. En todo momento se buscaba en cada acción la eficacia, en forma de suministro y calidad del mismo, esperando que el cuadro final reflejara la eficiencia y economía, cuestiones de la que ya se pueden ir extrayendo algunos datos y que confirmarían esta hipótesis de partida.

EL TRILEMA O TRIPLE RIESGO

Por sintetizar, podemos realizar una clasificación de los riesgos. Como se podrá entender, y más con una estructura y medios escasos y no preparados para afrontar esta situación, poner el peso o atención en evitar o reducir un riesgo, solo se puede hacer a costa de incrementar el riesgo en los demás aspectos.

En forma estructurada podríamos decir que existirían tres tipos de riesgos alternativos: no comprar/no recibir las compras, comprar con calidad deficiente y comprar con costes inadecuados. Revisemos uno a uno.

- Riesgo de no comprar o que la posible compra no llegue. La consecuencia de todo ello, era la posibilidad de no atender las necesidades de los trabajadores y usuarios. La consecuencia podía observarse en el número de pacientes (ciudadanos o trabajadores afectados) cuyas consecuencias más graves podían cifrarse en el número de muertos que provocó la pandemia. La alarma social derivada de este riesgo se evidenciaba entre otras, en el número de peticiones de certificados de reservas de material realizados por los juzgados o de Inspección de trabajo y en algunos casos, no ocurrió en Navarra, las demandas judiciales.
- Riesgo de que la compra no cumpla los requisitos de calidad. A mediados del mes de abril comenzaron a realizarse alertas sobre diverso material sanitario por ser fraudulento, en especial mascarillas. Ello obligaba a extremar la necesidad de garantizar la calidad de las mismas. Una deficiente calidad implicaba un riesgo para quien usara este material. Pero al mismo tiempo, este nivel más elevado de exigencia, obliga a rechazar productos que en otros lugares podrían ser aceptados, e incrementa el riesgo de no comprar. El mero hecho de producirse una alerta, aunque esos materiales pudieran finalmente ser válidos, podía tener una consecuencia directa sobre la capacidad de dotar a los trabajadores y ciudadanos del material de protección adecuado, ya que llevaba aparejada la retirada del material, aunque solo fuera de manera temporal y como consecuencia, la reducción del *stock* durante meses hasta la finalización de dicha alerta. Esto enlaza con otro problema, que es el de la identificación de los lotes. Una de las razones por las que se prefería el mercado nacional al asiático residía en que, en este último, la trazabilidad del material era mucho más dificultosa. Además, resultaba beneficioso también que el suministro se produjera con periodicidad, en lugar de en una única entrega¹.

El SNS-O, optó por la línea más exigente ante la alarma suscitada y de hecho, cuando comenzó a evidenciarse este problema, envió muestras del material ya adquirido a los laboratorios para confirmar la efectiva seguridad del mismo.

¹ Por ejemplo, comprar 500.000 unidades de un producto en un momento dado y de un mercado determinado, frente a adquirir al mismo precio al mismo proveedor pero a razón de 100.000 unidades al mes, determinaba la provisión de lotes diferentes y por tanto, aunque el riesgo de que alguno pudiera ser alertado podría ser mayor, el impacto global siempre será menor sobre el stock de cada momento.

- Riesgo de ineficiencia en el uso de los fondos públicos. En un contexto donde no existe mercado, la comparación era y es muy difícil si no imposible, ya que lo que en otros contextos pudiera considerarse como una oferta, en esta ocasión no la garantiza ni mucho menos. La incertidumbre sobre el precio ofertado, la calidad del material, el plazo o la existencia misma del material, obligaban a un sobreesfuerzo en el que, por ejemplo, una posible valoración, una investigación del proveedor o producto o una renegociación, caen en saco roto e impiden conceptualizar algo como “oferta” *ex ante*. Tan solo las señales indirectas del mercado en forma de informaciones de otras administraciones nos podían permitir algún conocimiento sobre nuestro desempeño, y esperar que nuestros esfuerzos centrados en la eficacia de cada decisión (calidad y plazo) nos permitiera un resultado final, donde se mostrara la eficiencia en la gestión global.

Con este mapa de riesgos se debió actuar, equilibrando las posibilidades reales con los deseos.

LAS HERRAMIENTAS DE QUE DISPONÍAMOS

Recursos humanos escasos

La actividad ordinaria de la contratación en SNS-O de acuerdo con la normativa y cultura organizativa, nos evidencia la escasez de medios con los que actualmente contamos y, a su vez, ponen de manifiesto la necesidad de realizar una reflexión y debate en torno a los mismos. Más difícil aún es enfrentarse a un entorno tan diferente, acelerado y escaso como el que acabamos de describir y, en especial, la experiencia de contratar mediante un concurso público frente a la situación de mercado que ha generado la pandemia se demostró que no servía prácticamente para nada.

La normativa. El procedimiento de emergencia

Es necesario acotar y describir el concepto de emergencia en esta pandemia y sus características especiales. Frente al concepto de emergencia al que habitualmente se enfrentan las administraciones y que puede consistir en un evento que causa un problema que requiere de inmediata solución, en esta ocasión la situación de emergencia permanece en tanto en cuanto persiste la amenaza (en este caso la pandemia) a lo largo del tiempo. El daño que puede causar consiste en la desprotección de los trabajadores y usuarios por falta de EPI u otro material sanitario.

La incertidumbre, que motiva el estado de emergencia desde el punto de vista de la contratación, trasciende el período del Estado de Alarma, con el que a veces se ha tratado de confundir. Esta incertidumbre afecta:

- Al espacio temporal: como se sabe, la pandemia comienza a mostrar sus efectos a primeros de marzo de 2020. Hoy en día, aún continua.
- Al impacto de la pandemia, indeterminado por la sucesión de olas con diferentes cepas que pueden causar daños distintos y que requiere de estrategias de abordaje diferentes.
- A la propia normativa. En este caso, nos referimos a los cambios en la normativa que regula la exigencia de requisitos técnicos y de calidad en los diferentes materiales.
- También asimilando a normativa, la incertidumbre sobre las necesidades de material, se ve afectada por los continuos cambios en los protocolos de uso de equipos de protección a los trabajadores, o de utilización para la ciudadanía.
- Al número de trabajadores y en general usuarios de los materiales sanitarios.
- Al mercado en el que se pueden adquirir estos productos.
- A la diferente planificación de la respuesta en cada ola: que obliga a diferentes y permanentes replanteamientos de recursos y materiales (con nuevos o incremento de intensidades de uso en recursos como por ejemplo, los de aislamiento o vacunas).

Por ello, sería necesario realizar una revisión sobre el contenido y fines del expediente de emergencia, el de urgencia y otras herramientas de gestión utilizables en esos momentos dado que los mismos, se quedaban cortos para este escenario. Habría que preguntarse qué lugar ocupan las herramientas de las que *a priori* se dota a la administración cuando compra. Así, por ejemplo, ¿cabe iniciar actuaciones de penalización ante un posible retraso?, ¿hasta qué punto, en un mercado donde los retrasos y los incumplimientos eran habituales, podríamos acusar de mala fe a quien incumple? La experiencia demostró, en todo momento, que era más favorable un retraso una vez establecida una línea de actuación que la falta de ese suministro, y generalmente era más práctico continuar un pedido realizado cuando estimábamos la posible realización del mismo, que anularlo y comenzar de nuevo. Precisamente, sin perjuicio de apoyarnos de manera prioritaria en algunos suministradores, esta circunstancia nos lleva a valorar la heterogeneidad y diversidad de peticiones en los primeros momentos, que fue lo que garantizaba el éxito, dado que la escasa probabilidad de cumplimiento de un pedido de manera individual, se compensaba con la alta probabilidad de que alguno de ellos llegara en cada momento, lo que garantizaba la renovación del *stock* de material, eso sí, mediante un esfuerzo enorme.

Y esta estrategia resultó en principio adecuada, ya que no faltó material en ningún momento, apenas hubo alertas en material adquirido, no se perdieron fondos públicos y los precios en general, ahora se puede empezar a realizar comparaciones, fueron adecuados al mercado.

La información

En un escenario como el existente entonces, fue especialmente importante la información que se pudo recopilar –por escasa que fuera– y no solo en cuanto a posibles proveedores o materiales que pudieran existir sino también, y de acuerdo con lo que se ha expuesto en relación con los riesgos, toda aquella información que tuviera que ver con protocolos, evolución de la pandemia o previsión de cualquier tipo de cambio. Hay que decir que si una cultura organizativa carece de canales eficientes de información o, existiendo estos, dicha información carece de fluidez en la trasmisión o se realiza de manera defectuosa o incompleta, tanto más difícil resultará que la trasmisión se realice en situaciones de emergencia como las vividas durante la pandemia. Y esto entronca con lo que se describe en el siguiente epígrafe.

La cultura organizativa y la gobernanza

La pandemia evidenció la importancia estratégica de la provisión de materiales y de una eficiente gestión de recursos humanos. En toda organización, los recursos humanos y la logística son áreas estratégicas. Sería muy difícil encontrar un sector en el que estas áreas no tuvieran un papel relevante y representativo en la primera línea de los órganos de decisión, y aún más cuando se enmarcan en escenarios de crisis o emergencia.

Si una cultura organizativa no tiene en cuenta los requerimientos y necesidades de la logística, y más en una situación de emergencia, o los canales de información no funcionan, las dificultades se incrementan sobremedida y con ello también los riesgos inherentes a la logística. Así, sería necesario abrir un campo de reflexión de esa materia en el ámbito sanitario.

ESTRATEGIA Y SEGUIMIENTO DE ACTUACIONES

Primer bimestre: marzo-abril 2020

La pandemia irrumpió en China a finales de 2019; durante los meses de enero y febrero se fue conociendo poco a poco lo que estaba pasando en el lugar de origen, y ya a finales de enero se tenía conocimiento del primer

contagio en España. Sin embargo, fue a inicios de marzo cuando la rápida expansión del virus llevó al Gobierno de España a decretar, con fecha de 14 de marzo y con carácter general, el estado de alarma.

Durante los meses de enero y febrero, el sentir general en la ciudadanía y también de las autoridades públicas era el de tratar esta enfermedad en la misma medida de otras pandemias que se habían sucedido en años precedentes. Sin embargo, para el suministro de materiales, el daño se estaba produciendo desde el inicio por el hecho de que la pandemia se producía en el mismo lugar donde se concentraba la producción. Para la logística, enero ya era demasiado tarde. A lo largo de la segunda semana de marzo, ya no solo los suministradores habituales manifestaban la incapacidad de responder a algún pedido. Hubo una práctica desaparición de la oferta. Pero en la tercera semana, de manera inmediata y ante el anuncio en China de apertura de las exportaciones, el mercado se situó en una enorme y amplísima diversidad de oferentes, lo que derivó en una absoluta incapacidad de absorber toda la información, tratarla y gestionarla. Tratando de conseguir contactos solventes, que nos garantizaran la capacidad para captar y proveer el material, el conocimiento del sector y la necesaria confianza en su gestión y conocimientos para dejar en sus manos una parte prioritaria de la gestión en este entorno tan incierto, solicitamos de la Presidencia del Gobierno de Navarra que realizara un mandato para constituir un grupo de trabajo puntual con la Cámara de Comercio, SODENA y el Servicio de Proyección Internacional. Se seleccionaron tres empresas, ALBYN MEDICAL, SUMISAN y OJER PHARMA, que asumirían la realización de los pedidos y, en su caso (generalmente), el pago anticipado, el transporte y los trámites aduaneros, de manera que realizaban todo el proceso de compra íntegramente y nos entregaban el material en nuestros almacenes.

La empresa pública SODENA a continuación, ofreció y prestó apoyo financiero a través de una línea de crédito para facilitar a estas empresas, si era preciso, los recursos necesarios para afrontar el pago anticipado de los pedidos.

No obstante, y a pesar de la capacidad esperada y mostrada por estos proveedores, sus esfuerzos eran insuficientes para afrontar las demandas incrementales existentes. Por ello, y en base a los riesgos ya descritos, nuestra actuación se completaba mediante la solicitud de pedidos de menor envergadura a una heterogeneidad de proveedores.

Se mantenían varias vías de pedidos abiertas dado que podían ocurrir varias situaciones: el posible pedido se anulaba por aparecer otro comprador de último momento que nos *quitaba* el material (competencia entre compradores); se retrasaba el pedido, bien por problemas de transporte o

de producción; se retrasaba la documentación a entregar, o esta era incompleta y se requería más documentación, lo que alargaba el tiempo de entrega; o la documentación nos hacía rechazar el pedido por falta de calidad.

La hipótesis que manejábamos y que obtuvo buenos resultados consistía en tener varios pedidos abiertos con distintos proveedores, de tal modo que siempre habría alguna llegada de pedido que permitía tener material en todo momento.

MAYO-DICIEMBRE DE 2020

Entre los meses de mayo y julio, el escenario seguía siendo de alta incertidumbre. Continuaba el Estado de Alarma que se había iniciado el 14 de marzo de 2020 mediante Real Decreto Real Decreto 463/2020, de ese mismo día y que se levantó el 21 de junio de ese año. En lo que respecta al mercado seguía con la misma dinámica. A la escasez de material y sus todavía altos precios (en este caso acrecentados por el problema con el transporte marítimo y su colapso por la apertura de mercado para otros productos a nivel mundial), se añadía el mayor peso que había adquirido la gran alarma social por el fraude de material.

El personal de logística sufría un gran desgaste dado que no había tenido refuerzos ni descanso y su actividad no disminuía. Más bien al contrario, aparecían nuevas necesidades como pueden ser el material para de vacunación, test de antígeno rápido o nueva dotación de recursos para aislamiento. Por otro lado, quedaba clara la necesidad de dotarnos de una reserva estratégica, y en especial con productos de especial relevancia por las dificultades para su abastecimiento y alto volumen de consumo. En definitiva, necesitábamos pasar de un escenario reactivo a uno en el que por lo menos, una mínima planificación o anticipación constituyeran los ejes de nuestra actividad. Los mercados energéticos y la crisis de los setenta, nos sirvieron de inspiración.

Una lección que habíamos aprendido fue la necesidad de apoyarnos, no solo en proveedores solventes y con gran capacidad de suministros sino en los propios productores. Navarra (y prácticamente el resto de España) no tenía ningún centro de producción y esto era relevante.

El camino a seguir venía marcado por el encuentro con proveedores que nos dieran garantía de suministro continuo en el tiempo, que redujeran la incertidumbre en el suministro y a ser posible, estuvieran ya implantados en el sector, cuya producción fuera más próxima geográficamente, y tuvieran capacidad de producir. El escenario que debíamos evitar por encima de

otras consideraciones era el de un eventual cierre de mercados como los experimentados en marzo y abril, y que este pudiera ser de mayor duración o intensidad.

Así, está claro que la producción nacional o cercana reducía el problema del transporte o cierre de mercados, el suministro continuo y con periodicidad permitía no tener que almacenar tanto material si nos dotábamos de una reserva estratégica y además, al corresponderse con diferentes lotes, permitía que en caso de detección de alguno como defectuoso, el impacto en la retirada de material afectase lo menos posible a los *stocks* y, sobre todo, la solvencia técnica de estos proveedores reducía la incertidumbre respecto a la calidad de los productos. Se trataba de conseguir acuerdos estables, una especie de fidelización mutua que nos situara como clientes preferentes ante cualquier escenario.

Mirando más a largo plazo, se empezaba a analizar la posibilidad de desarrollar un tejido productivo propio en Navarra. SODENA valoraba positivamente esta idea de negocio y abordó el estudio empresarial.

Una vez superados los dos primeros meses de la pandemia, el nivel de inversión necesario para abrir nuevos negocios y una ligera apertura de los mercados animó a otros proveedores a acercarse al sector y en especial, al de pantallas de visualización, batas, mascarillas quirúrgicas y FFP2. No fue así con otros sectores que requerían unos niveles más exigentes de inversión, como podía ser el sector de guantes.

Sin embargo, esta situación no era estable, ya que aparecían nuevos riesgos que enumeramos a continuación.

- En el sector de las mascarillas, la certidumbre a nivel nacional de la escasa calidad de las mascarillas con certificado KN95 (sistema de calidad chino), que transitoriamente se había habilitado normativamente para poder comprar, hizo que todas las administraciones volcáramos la demanda en las mascarillas con marcado CE (sistema de calidad europeo). En especial, se notó en la certificación de las mascarillas FFP2. Esto provocó un incremento del trabajo en el organismo certificador, que con los medios que tenía no era capaz de asumir la carga de trabajo y generó un cuello de botella.
- El hecho de que la producción no requiriera un elevado nivel inversor, no implicaba que estuviera exenta de dificultades en la instalación. Había que comprar la máquina, esperar su entrega (que también podía demorarse) instalarla, ajustarla al producto que se quiere producir, probar la producción, volver a ajustar, pasar los pertinentes controles, etc., dar con la calidad adecuada, llevaba un tiempo.

- Aunque la producción fuera nacional, la materia prima había que seguir comprándola en los mercados internacionales, principalmente en los mercados asiáticos donde se producían antes las mascarillas. Por último, ocurría también que algunos productores locales, tratando de abrirse mercado, ofrecían el producto a un universo de demandantes que hacía que luego algunos, no podían llegar a cumplir con los compromisos y/o plazos.
- La producción local no estuvo exenta de situaciones fraudulentas en la producción y venta con marcado CE falso.
- Además, el hecho de que se hubiera autorizado temporalmente una certificación transitoria (la RFU PPE 2016/425), implicaba tanto para productores nacionales como extranjeros, una menor exigencia de controles en los ensayos que posibilitaban una mayor rapidez para obtener esta certificación, pero con un nivel de garantía muy inferior. De hecho, no fueron pocas las entidades que consiguieron esta certificación al calor de la fuerte demanda pero nunca obtuvieron (porque no quisieron o no pudieron) la certificación CE según la norma UNE EN 149:2001 + A1:2010. En SNS-O, con el fin de garantizar la calidad, no se admitieron a partir del segundo semestre de año, mascarillas con certificación *transitoria*, siendo obligatoria, la certificación según la norma UNE EN 149.

Comenzaba a visualizarse la especial relevancia que iban a adquirir los suministros de guantes y las mascarillas FFP2. Respecto a los guantes, la instalación de un centro de producción requería un nivel inversor muy elevado. Además, los trámites para la apertura entre los cuales destacaba el de los requerimientos medioambientales, hacía que cualquier iniciativa al respecto fuera a medio plazo, en un horizonte temporal mínimo de dos años. Por otro lado, la producción en aquel momento, era totalmente dependientes del mercado asiático sin posibilidad de sustitución y además y con motivo de dicha localización, estaban muy condicionados por el transporte internacional.

Por lo que refiere a las mascarillas FFP2, además de su criticidad permanente, empezaba a existir un gran consenso desde el ámbito científico, de las autoridades sanitarias y sindicales entre otros, en el sentido de que debía ser una EPI con un uso mucho más intensivo dada su mayor protección frente a la mascarilla quirúrgica.

Con este contexto, se llegó a acuerdos para el suministro de mascarillas quirúrgicas FFP2 y FFP3. En los dos primeros casos hasta 31 de diciembre de 2020 y en el segundo, para un año. Se realizaron intentos similares para el suministro de batas y guantes, pero no fue posible por cuestiones técnicas y logísticas.

Uno de los escenarios más temidos en aquellos momentos era que la pandemia COVID-19 pudiera seguir el comportamiento de la gripe de principios del siglo XX, larga, con rebotes y mortalidad importante (Fig. 1). Así, lo que se esperaba es que, al igual que en el caso de la gripe de 1918, una vez pasada la primera ola (que de la COVID-19 se produjo meses antes, entre marzo y mayo), vendría una segunda más intensa en otoño. Además, podría juntarse con la gripe habitual lo cual acentuaría el efecto, si bien es cierto que esta última suele aparecer más hacia el mes de diciembre. Este escenario, unido a la experiencia anterior, necesariamente llevaban a la necesidad de prepararse en la dotación y acopio de diferentes materiales para no vivir los episodios de la primera ola.

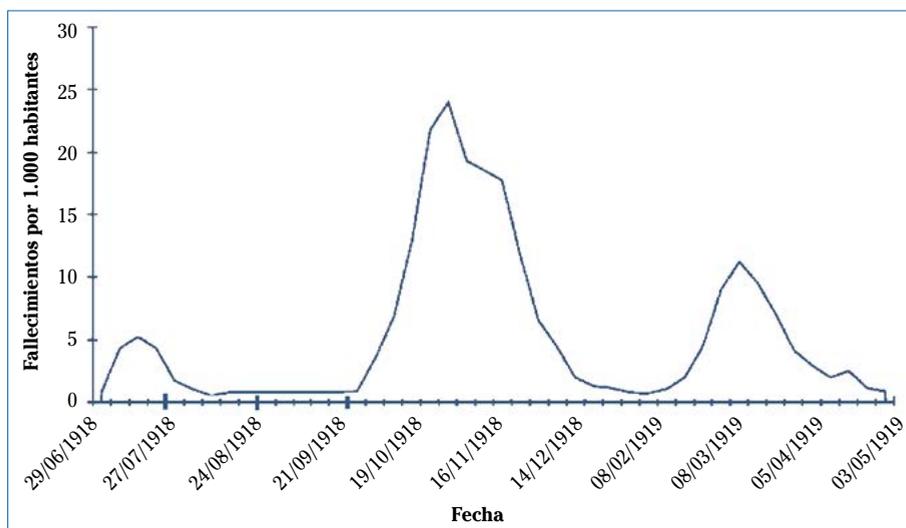


Figura 1. Tasa de mortalidad por 1.000 habitantes por gripe entre junio de 1918 y junio de 1919. Adaptada de Carmen Amela Heras, Isabel Pachón del Amo, M^a José Sierra Moros. Pandemia de gripe año 2009. ¿Estamos preparados para responder? Revista de Administración Sanitaria del siglo XXI 2019; 7(3): 487-500

En esta situación, habíamos entrado en julio. A partir de San Fermín, empiezan a producirse contagios que fueron incrementándose día a día sin esperar a otoño.

Esta segunda ola, que en Navarra vino con adelanto, se generalizó a lo largo del mes de julio y agosto, primero en otras CCAA de España y a continuación a nivel mundial, constituyendo un fenómeno global.

Una característica de la misma fue que, a diferencia de la primera, ya se consiguió mantener en la medida de lo posible la actividad *no COVID*, lo que

supuso una actividad global más elevada que en la primera ola. Además, esta segunda ola motivó nuevamente la aprobación de un segundo estado de alarma por Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre que se prolongó hasta el 9 de mayo de 2021. Si bien no se puede confundir estado de alarma con estado de emergencia a efectos de contratación, no cabe duda que el primero influye en el sentimiento colectivo respecto de la especial gravedad y las actuaciones a realizar.

Con estos contratos suscritos, la incertidumbre vino marcada por las entregas de guantes, material que seguía la estrategia de inicio, vinculado fundamentalmente al mercado asiático. Los problemas fueron muy similares pero la estrategia inicial ya descrita siguió funcionando.

De esta manera, pudimos afrontar los nuevos retos tales como podían ser la adquisición de test de antígeno rápido de reciente aparición o el material necesario para vacunación (jeringas y agujas). Además, comenzamos a estudiar la manera de realizar licitaciones para la compra de los materiales vinculados a la pandemia, en especial, mascarillas quirúrgicas y FFP2.

Una carencia detectada a lo largo de esta pandemia ha sido que no se conseguía conocer la calidad o eficiencia de este consumo, es decir, si se consumían los EPIS necesarios de acuerdo a los riesgos y los protocolos de uso o, en sentido contrario, el consumo era menor o incluso mayor, quizás al amparo de un inventario generoso o por prudencia, miedo u otras causas. En el mes de junio de 2020 se elaboró un proyecto que dada su complejidad se conceptualizó como compra pública innovadora (CPI), que no se implantó. La conclusión a la que podría llegarse es que las lecciones realmente solo las aprenden quienes las sufren directamente. Quienes no tienen este padecimiento, o no aprenden, o bien olvidan enseguida.

Para finalizar con esta etapa, incorporamos otra lección no aprendida: obtener el certificado COVID implicaba menos esfuerzo en tiempo y exigencia de calidad por parte del productor. Los proveedores locales, en igual situación y competencia con proveedores extranjeros, se vieron en la tesitura de optar por un certificado u otro. Algunos aprovecharon la situación utilizando el camino más corto, incluso a sabiendas de que les resultaría imposible obtener a futuro todas las certificaciones. Esta estrategia resultó ganadora respecto a quienes, con una mirada a futuro, y amparados por promesas de refuerzo de las capacidades estratégicas en forma protección de la producción local, optaron por el camino más largo. Los primeros, aprovecharon la alta demanda. Los segundos, a día de hoy, se ven obligados a desinvertir por falta de demanda y porque no se ha desarrollado una normativa que proteja la producción local.

AÑO 2021

El año 2021 vino marcado por la estrategia que habíamos adoptado durante 2020. Un *stock* generoso y prudente para evitar el peor escenario, que no se había producido, nos permitía mantener la seguridad de la provisión a los trabajadores y usuarios. A su vez, la pandemia nos mostraba a través de sus diferentes olas un menor impacto en la población, lo que unido a la posible relajación de las normas, llevaba a una moderación en el consumo de EPIS. Los test de antígeno rápido irían tomando un mayor protagonismo para el que estábamos preparados. Las vacunas, tuvieron un retraso y no comenzaron a ponerse de manera masiva hasta el segundo trimestre de 2021. Esto provocó que el mercado de jeringas y agujas se tensionara en un primer momento y después, durante un tiempo, colapsara. Varias CCAA nos solicitaron ayuda en forma de préstamo de material: Navarra había hecho la tarea durante el segundo semestre de 2020.

Sin embargo, las licitaciones para la compra de material no tuvieron el mismo éxito. A las dificultades intrínsecas que padece el SNS-O a la hora de licitar se sumaba que, para el caso especial de estos materiales vinculados a la pandemia, no hubo los anunciados cambios normativos que priorizaran la producción nacional a modo de reserva estratégica, por lo que nos vimos abocados a trabajar con las mismas herramientas.

LOS EFECTOS

Podemos analizar a continuación los efectos o consecuencias de todas estas actuaciones en relación a las existencias, alertas y utilización de recursos públicos.

En forma de existencias de material

Con ciertos problemas de coordinación en las salidas y distribución del material al principio de la pandemia, podemos afirmar que pudimos atender a la demanda. En todo momento, cuando se nos demandó tanto desde organismos internos como externos (juzgados o inspección de trabajo) pudimos certificar que teníamos material.

Una lección importante fue la capacidad de coordinación entre los servicios de aprovisionamiento de los centros y también con los servicios centrales. Se puede calificar la misma de excelente. La pandemia propició la autonomía y espacio necesario para que dicha coordinación horizontal pudiera materializarse y mostrarse toda su potencialidad.

En forma de materiales alertados y retirados

Ante la situación de escasez de EPI con el marcado CE reglamentario en el mercado nacional y la necesidad de los mismos para la protección frente a la COVID-19, por Resolución de 20 de marzo de 2020, de la Secretaría General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa, sobre especificaciones alternativas a las mascarillas EPI con marcado CE europeo, se aceptaron las especificaciones NIOSH_USA y KN95_China.

Por su parte, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales validaba las mascarillas recibidas, comprobando que cumplían con la autorización correspondiente (bien con marcado CE o con las especificaciones mencionadas).

A este respecto, cabe referirse al diferente nivel de exigencia que pudiera existir a la hora de validar el material. La validación o no de un material depende de los criterios de quién valida, que es quien interpreta las normas que debe cumplir un determinado material. Un mayor nivel de exigencia implica probablemente una mayor dificultad para obtener un mejor precio o incluso abastecerse, pero también un menor riesgo de que el material adquirido sea alertado. Navarra optó por el camino más exigente, exigió siempre la más alta normativa y realizó tantos ensayos de laboratorio como hizo falta. Lo mismo cabe decir respecto del certificado provisional para COVID que ya hemos mencionado. En ambos casos, con el fin de garantizar la seguridad, se descartó su utilización. Para los materiales que se habían adquirido durante los primeros meses de pandemia con esos niveles de calidad, se enviaron a laboratorio para garantizar su capacidad de filtrado. Podemos decir que Navarra tuvo un nivel de exigencia muy alto en todo momento.

Por lo demás, a lo largo de 2020 y 2021 se produjeron varias alertas sanitarias de determinadas mascarillas, que en Navarra apenas tuvieron impacto. Todo lo relatado muestra la calidad de los controles que realizaba el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

En forma de utilización de los recursos públicos

Los precios no eran el objetivo fundamental² pero teníamos el convencimiento de que nos movimos en precios razonables de acuerdo con las posibilidades. Aunque el objetivo fundamental era la eficacia en cada acción, la prudencia para realizar actuaciones razonables permitiría obtener una

² En relación al precio el Tribunal de Cuentas manifiesta que *“las comparativas de precios han de manejarse siempre con una extraordinaria prudencia”*.

eficiencia global en la gestión de estas compras. Ahora, podemos hacerlo combinando las fuentes oficiales con el análisis posterior.

En primer lugar, a diferencia del amplio sentimiento de carencia de materiales en muchas CCAA, en Navarra no se tuvo esa sensación. Más allá de momentos puntuales, ya comentados, derivados de ciertas dificultades de coordinación iniciales, en Navarra no faltó material, y si se adquirió, necesariamente tuvo que gastarse y más en los primeros meses cuando los precios fueron más elevados.

Tabla 1. Pruebas diagnósticas de COVID-19 realizadas durante 2020* por comunidad autónoma y global (Tasa por 1.000 habitantes)

CCAA	Total	PCR	Test de antígeno	Test rápido de anticuerpo	Otros test de anticuerpos	Suma de tasas
Andalucía	2.781.186	230,49	98,78	64,84	145,36	539,47
Aragón	661.580	349,67	149,86	31,45	74,07	605,05
Asturias, Principado de	730.280	501,18	214,79	99,14	35,74	850,85
Balears, Illes	700.881	409,33	175,43	42,06	82,64	709,46
Canarias	741.355	233,73	100,17	35,36	11,99	381,25
Cantabria	322.870	388,37	166,44	42,18	19,09	616,08
Castilla y León	1.279.342	372,69	159,73	192,01	20,28	744,71
Castilla-La Mancha	741.585	254,66	109,14	96,00	88,13	547,93
Cataluña	4.700.519	432,40	185,32	16,66	15,82	650,20
Comunidad Valenciana	1.971.760	276,12	118,34	33,76	35,39	463,60
Extremadura	479.988	316,14	135,49	107,03	22,65	581,31
Galicia	1.207.018	313,08	134,18	143,32	37,77	628,34
Madrid, Comunidad de	4.043.118	423,33	181,43	30,60	16,86	652,22
Murcia, Región de	579.336	271,36	116,30	40,60	0,57	428,83
Navarra, Comunidad Foral de	539.301	578,54	247,94	91,20	81,52	999,20
País Vasco	1.730.064	555,04	237,87	65,37	48,75	907,03
Rioja, La	232.077	516,57	221,39	105,76	81,52	925,23
Ceuta	22.993	190,62	81,70	134,85	109,68	516,85
Melilla	25.416	211,08	90,46	155,76	41,24	498,54
España	23.490.669	349,12	149,62	59,92	52,28	610,94

*: Datos correspondientes al 7 de enero de 2021.

Respecto al consumo, existen registros que permiten la comparativa entre CCAA en la realización de pruebas diagnósticas. Tomando como fuente la información publicada por el Ministerio de Sanidad³, podemos observar cómo a finales del año 2020 (Tabla 1) –y también a finales de

3 <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/cargarNotas.do?time=1596232800000>

2021 (Tabla 2)– Navarra era la primera comunidad autónoma en número de pruebas diagnósticas realizadas y también la que más pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) realizó. Se estima que fueron PCR el 70% de las pruebas diagnósticas realizadas en 2020 y el 60% de las realizadas en 2021; el resto fueron pruebas de detección de antígeno (rápido u otro tipo).

Tabla 2. Pruebas diagnósticas de COVID-19 realizadas durante 2021* por comunidad autónoma y global (Tasa por 1.000 habitantes)

CCAA	Total	PCR	Test de antígeno	Test rápido de anticuerpo	Otros test de anticuerpo	Suma tasas
Andalucía	7.865.057	559	372	126,58	56,95	1.114,7
Aragón	1.399.631	634	423	35,18	114,22	1.206,2
Asturias, Principado de	1.573.364	926	617	99,20	50,83	1.692,6
Baleares, Illes	2.254.923	1.129	753	42,56	140,69	2.064,6
Canarias	2.173.607	587	392	48,73	28,63	1.056,3
Cantabria	768.754	793	528	42,48	33,77	1.397,3
Castilla y León	3.306.939	826	550	193,24	38,99	1.608,5
Castilla-La Mancha	1.711.037	504	336	105,77	138,06	1.083,2
Cataluña	12.756.712	1.006	671	22,90	41,56	1.740,9
Comunidad Valenciana	4.918.610	590	394	38,87	84,34	1.107,2
Extremadura	1.492.520	843	562	122,84	36,99	1.564,2
Galicia	3.763.519	837	558	209,10	171,16	1.774,8
Madrid, Comunidad de	10.072.556	904	603	30,76	37,55	1.574,9
Murcia, Región de	1.395.196	560	373	40,60	0,57	974,8
Navarra, Comunidad Foral de	1.250.677	1.150	767	92,93	104,63	2.114,2
País Vasco	3.705.882	1.019	679	65,40	74,11	1.838,0
Rioja, La	534.103	1.019	679	108,45	304,72	2.111,5
Ceuta	90.435	643	428	148,91	384,34	1.604,3
Melilla	80.331	572	381	158,37	63,87	1.175,3
España	61.113.853	779	519	78,00	67,21	1.442,7

*: Los datos para 2021 corresponden al 21 de octubre de 2021, fecha en la que el Ministerio de Sanidad dejó de publicar la información con ese nivel de desagregación.

Las pruebas PCR son las más caras de realizar. A título orientativo, los costes de las pruebas de test de antígeno rápido oscilaron en una horquilla de 2,5-6,5 euros. Los costes de compra materiales directamente vinculadas a cada PCR ascendería hasta los 38,51 euros⁴.

⁴ Servicio de control y análisis de costes

Para los materiales vinculados a la COVID y que se relacionan con los conceptos económicos que se explicitaban al inicio de este informe, el nivel de *stock* al finalizar el ejercicio 2020, pero también al finalizar el ejercicio 2021, era muy superior.

El ministerio de Hacienda y Función Pública publica diversos Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario⁵. En esta información, existe un apartado destinado a informar del gasto en farmacia hospitalaria, receta médica y productos sanitarios sin receta médica. Dentro de estos últimos, hay información adicional sobre gasto en productos sanitarios relacionados con la pandemia por COVID-19 para 2020 y 2021, desglosado por comunidad autónoma. La serie que incluye exclusivamente el gasto COVID contempla precisamente los conceptos económicos que se han tomado en consideración en el relato de este artículo, es decir, los conceptos económicos 2214, 2216 y 2286 mencionados al inicio del mismo. En Navarra, han supuesto el 7,6%, 50,1% y 42,3% del total del gasto respectivamente durante esos años 2020 y 2021. Hay que relacionar este gasto realizado con la causa que lo produce y los efectos pretendidos. En este caso, fundamentalmente, se trataba de proteger a los profesionales del sector público sanitario.

A su vez, habría que determinar qué parte de esos profesionales se exponían a un mayor riesgo de contagio por contacto directo con personas afectadas por COVID-19. Del informe monográfico *“Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021”*⁶, realizado por el Ministerio de Sanidad, hemos extraído dos tipos de información para el análisis: 1) el número de profesionales del sector público y 2) el número de profesionales de enfermería y medicina del sector público, y hemos obtenido la ratio del gasto por cada uno de ellos (Tabla 3).

5 <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>.

6 https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/Informe_RRHH_2020-21.pdf

Tabla 3. Gasto COVID, número de profesionales y gasto COVID por personal, por comunidades autónomas y global

Administración	Gasto COVID ¹		Personal sanitario		Gasto COVID/profesional sanitario ¹			Gasto COVID/profesional de medicina y enfermería ¹		
	2020 ^a	2021 ^b	Total ^c	Medicina y enfermería ^d	2020 ^{a/c}	2021 ^{b/c}	2020 + 2021 ^e	2020 ^{a/d}	2021 ^{b/d}	2020 + 2021 ^f
Total CCAA	2.563.335,5	1.536.173,8	637.763,0	311.296	4,0	2,4	6,4	8,2	4,9	13,2
Andalucía	381.694,8	127.745,3	100.386,0	45.596	3,8	1,3	5,1	8,4	2,8	11,2
Aragón	43.323,9	33.341,0	24.928,0	11.941	1,7	1,3	3,1	3,6	2,8	6,4
P. de Asturias	43.913,1	5.572,4	16.703,0	8.270	2,6	0,3	3,0	5,3	0,7	6,0
Islas Baleares	65.360,2	22.121,4	15.414,0	7.487	4,2	1,4	5,7	8,7	3,0	11,7
Canarias	119.479,3	41.548,9	32.196,0	13.907	3,7	1,3	5,0	8,6	3,0	11,6
Cantabria	26.288,3	16.725,8	9.480,0	4.558	2,8	1,8	4,5	5,8	3,7	9,4
Castilla y León	189.049,4	68.392,3	35.559,0	18.142	5,3	1,9	7,2	10,4	3,8	14,2
Castilla-La Mancha	143.898,6	48.435,6	28.141,0	14.086	5,1	1,7	6,8	10,2	3,4	13,7
Cataluña	365.497,9	127.496,1	104.283,0	52.703	3,5	1,2	4,7	6,9	2,4	9,4
Extremadura	46.311,5	46.311,5	17.603,0	7.800	2,6	2,6	5,3	5,9	5,9	11,9
Galicia	66.252,5	41.066,3	38.401,0	18.554	1,7	1,1	2,8	3,6	2,2	5,8
C. de Madrid	569.839,8	569.839,8	86.567,0	43.550	6,6	6,6	13,2	13,1	13,1	26,2
R. de Murcia	63.129,0	51.286,0	19.385,0	9.686	3,3	2,6	5,9	6,5	5,3	11,8
C.F. Navarra	40.823,1	15.042,4	10.723	5.145	3,8	1,4	5,2	7,9	2,9	10,9
País Vasco	137.469,1	80.064,5	36.751,0	17.978	3,7	2,2	5,9	7,6	4,5	12,1
La Rioja	28.384,4	8.563,9	4.603,0	2.198	6,2	1,9	8,0	12,9	3,9	16,8
C. Valenciana	232.620,6	232.620,6	56.640,0	29.695	4,1	4,1	8,2	7,8	7,8	15,7

1: en miles de euros; P: principado; C: comunidad; R: región; CF: comunidad foral.

Hay que tener en cuenta que el número de profesionales del sector público sanitario en Navarra ya era superior a la media en relación al número de habitantes⁷, y que el gasto sanitario público en remuneraciones del personal creció por encima de la media durante los años 2020 y 2021⁸. Este hecho, bajo supuesto de comportamiento homogéneo de los salarios en función de la normativa básica del Estado en materia retributiva durante ese periodo, daría cuenta de que ese mayor esfuerzo en la protección de los trabajadores no hizo sino aumentar durante los años más duros de la pandemia.

Con ello, el gasto realizado en Navarra por trabajador, en función de la referencia elegida de las dos mencionadas anteriormente y para cada uno de los años, y respecto de esos materiales COVID a los que hemos aludido, se muestra en la tabla 4.

Tal y como se puede observar, el número de CCAA que habrían gastado por encima de Navarra en proporción al número de profesionales del sector sanitario público, tanto si tomamos el total de profesionales como si úni-

Tabla 4. Remuneración del personal sanitario e incremento entre 2019 y 2021

Administración	Habitantes		Personal sanitario		GSP en remuneración del personal			Δ GSP en remuneración del personal		
	2019	Total	Medicina y Enfermería	Por 1.000 habitantes	Total*	% sobre GSP total	Por habitante	2019 a 2020	2020 a 2021	2019 a 2021
TOTAL CCAA	46.854.944	637.763	311.296	13,6	31.958	45,8%	682,1	8,6%	7,0%	16,2%
Andalucía	8.414.240	100.386	45.596	11,9	5.239	49,2%	622,6	8,9%	9,7%	19,4%
Aragón	1.319.291	24.928	11.941	18,9	1.176	52,9%	891,4	6,3%	6,3%	13,0%
Asturias	1.022.800	16.703	8.270	16,3	857	47,7%	837,9	6,9%	5,0%	12,3%
Islas Baleares	1.149.460	15.414	7.487	13,4	848	48,0%	737,7	6,6%	5,6%	12,6%
Canarias	2.153.389	32.196	13.907	15,0	1.647	50,2%	764,8	11,0%	10,1%	22,2%
Cantabria*	581.078	9.480	4.558	16,3	464	49,2%	798,5	8,2%	3,6%	12,1%
Castilla y León	2.399.548	35.559	18.142	14,8	1.994	50,0%	831,0	14,3%	-2,8%	11,1%
Castilla-La Mancha	2.032.863	28.141	14.086	13,8	1.556	50,8%	765,4	7,9%	6,8%	15,2%
Cataluña	7.675.217	104.283	52.703	13,6	4.226	36,6%	550,6	13,0%	9,0%	23,2%
Extremadura	1.067.710	17.603	7.800	16,5	911	50,9%	853,2	3,1%	4,7%	7,9%
Galicia	2.699.499	38.401	18.554	14,2	1.918	45,3%	710,5	5,1%	5,0%	10,3%
Madrid	6.663.394	86.567	43.550	13,0	3.947	44,0%	592,3	8,1%	7,0%	15,7%
Región de Murcia	1.493.898	19.385	9.686	13,0	1.202	49,1%	804,6	8,9%	9,4%	19,1%
C.F. de Navarra	654.214	10.723	5.145	16,4	572	51,8%	874,3	10,1%	6,2%	17,0%
País Vasco	2.207.776	36.751	17.978	16,6	2.224	54,4%	1.007,3	0,9%	8,1%	9,0%
La Rioja	316.798	4.603	2.198	14,5	237	49,2%	748,1	4,2%	5,7%	10,1%
C. Valenciana	5.003.769	56.640	29.695	11,3	2.938	39,8%	587,2	9,1%	6,8%	16,4%

GSP: gasto sanitario público obtenido de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)*; *: en millones de euros; Δ: incremento.

camente lo vinculamos con el personal de enfermería y medicina, oscilaría entre 7 y 11.

Si podemos afirmar, tal y como se ha expuesto, que durante la pandemia Navarra consiguió proveerse en mayor nivel que otras CCAA, que el consumo fue mayor que en otras CCAA, que el nivel de exigencia en cuanto a material y protocolos fue de los más altos (si no el que más) y, por tanto, a un coste más elevado, y que el stock a finales de 2020 y 2021 era muy alto. Si a pesar de ello el gasto en COVID por profesional pudo estar en la media o por debajo de la media nacional solo cabría atribuirlo a un nivel medio de precios de adquisición inferior.