



INFORME DE CONTROL ECONÓMICO-NORMATIVO QUE EMITE LA OFICINA DE CONTROL ECONÓMICO EN RELACIÓN CON EL PROYECTO DE DECRETO QUE REGULA LA ORDENACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI.

Ref. tramitague: DNCG_DEC_42139/2014_08

El Decreto Legislativo 2/2017, de 19 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Control Económico y Contabilidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi, regula en el Capítulo IV del Título III el Control Económico Normativo, el cual tiene carácter preceptivo y se ejerce mediante la emisión del correspondiente informe de control por parte de la Oficina de Control Económico.

Dicho control incluye, en su aspecto económico-organizativo, la fiscalización de toda creación y supresión de órganos de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Euskadi, así como sus modificaciones y reestructuraciones.

Teniendo presente la citada norma, lo dispuesto en la Sección 3ª del Capítulo III del Decreto 464/1995, de 31 de octubre, por el que se desarrolla el ejercicio del control económico interno y la contabilidad en el ámbito de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Euskadi y el artículo 4 del Decreto 168/2017, de 13 de junio, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Hacienda y Economía, se emite el siguiente

INFORME

I. OBJETO Y ANTECEDENTES.

El presente informe tiene por objeto el control económico normativo del proyecto epigrafiado en el encabezamiento que, según su artículo 1, pretende la ordenación de las estructuras de atención primaria y de atención hospitalaria como organizaciones de servicios sanitarios del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

No obstante el tenor literal de su artículo 1, entendemos que lo que el proyecto ordena y estructura es la *organización sanitaria integrada* (OSI) como una novedosa forma de ordenación de los servicios sanitarios en la que se integran uno o varios hospitales y las unidades de atención primaria de su ámbito territorial, desapareciendo en consecuencia como organizaciones sanitarias los hospitales

como tales y las comarcas que reunían las unidades de atención primaria de un espacio territorial determinado.

Ello se acompaña consecuentemente de la derogación de la normativa que regula la estructura de los servicios sanitarios de atención hospitalaria y atención primaria establecida respectivamente por el *Decreto 194/1996, de 23 de julio, sobre Estructura Organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza-Servicio vasco de salud para la Atención Especializada* y *Decreto 195/1996, de 23 de julio, sobre Estructura Organizativa de los recursos adscritos a Osakidetza-Servicio vasco de salud para la atención primaria* (ambos publicados en el BOPV nº 164, de 28 de agosto).

La reforma pretendida encuentra amparo, tal como se justifica en el expediente, en la propia Ley 8/1997, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, cuyo artículo 7.2 indica:

"En el ámbito de cada área de salud se podrá señalar la ordenación territorial inferior que resulte necesaria en función de cada circunstancia territorial y, en su caso, para cada tipología de prestaciones y servicios sanitarios. En cada área se garantizará una adecuada ordenación de la atención primaria y su coordinación con la atención especializada. A tal efecto, se tendrán en cuenta dichos factores de manera que se posibilite una máxima eficiencia sanitaria en la ubicación y uso de los recursos, así como el establecimiento de las condiciones estratégicas más adecuadas para el aprovechamiento de sinergias o la configuración de dispositivos de referencia para toda la Comunidad Autónoma".

Con tal objetivo, las líneas estratégicas del Departamento de Salud han venido señalando la necesidad de integrar los distintos niveles de atención sanitaria, buscando una mayor coordinación que redunde en la consecución de la máxima eficiencia de la sanidad vasca.

En atención al cumplimiento de tal objetivo, y en ejecución de lo dispuesto en el artículo 4 del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de Salud (BOPV nº 219, de 14 de noviembre), ya en 2010 se crea mediante acuerdo del consejo administración de Osakidetza la primera organización de servicios sanitarios integrados (Bidasoa), organizaciones que con posterioridad se han ido implantado sucesivamente en las tres áreas sanitarias de la CAE y ha culminado con las correspondientes a Álava en diciembre 2015 (BOPV nº 19, de 29 de enero de 2016).

El proyecto de decreto objeto de análisis pretende ahora regular, mediante una disposición de carácter general y de vigencia indefinida, la estructura de tales organizaciones sanitarias integradas, completando así las normas organizativas del

ente que se contienen en el Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (BOPV 219, de 14 de noviembre).

II.- ANÁLISIS.

Habiéndose producido las intervenciones preceptivas de los órganos que han de informar el proyecto de decreto, esta Oficina circunscribe su actuación a la materialización del control económico normativo, de modo especial, en su modalidad de control económico-organizativo, en los términos previstos en los artículos 25 a 27 del Decreto Legislativo 2/2017, de 19 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Control Económico y Contabilidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi, en relación con los artículos 41 a 46 del Decreto 464/1995, de 31 de octubre, por el que se desarrolla el ejercicio del control económico interno y la contabilidad en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, y en tal tarea efectúa las siguientes consideraciones.

Con fecha 23 de enero de 2018 ha tenido entrada en esta Oficina la solicitud de informe de control económico normativo a la que se adjunta la documentación requerida para ello. Así figuran en el expediente, entre otros documentos, las respectivas órdenes de inicio y aprobación previa del decreto proyectado, memoria justificativa, informe jurídico departamental, informe de la DACIMA, memoria económica, y memoria de tramitación del proyecto.

A solicitud de esta Oficina, con fecha 2 de marzo de 2018, se aporta al expediente memoria económica complementaria que analiza con mayor detenimiento las implicaciones económicas del proyecto. Junto con la memoria económica solicitada, se aporta con la misma fecha un nuevo proyecto de decreto y memoria complementaria de tramitación.

A) Aspectos organizativos.

Las consideraciones que el texto propuesto nos merece desde el punto de vista organizativo son las siguientes:

Como cuestión de carácter general señalar que, como ya hemos dicho, aunque en el título se afirma que lo que se regula es la ordenación de la estructura de las organizaciones de servicios sanitarios de la CAE y, según su artículo 1, parece que lo que se pretende ordenar son las estructuras de atención primaria y de atención hospitalaria (*Constituye el objeto del presente Decreto la ordenación de las estructuras de atención primaria y de atención hospitalaria como organizaciones de servicios sanitarios del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud*), lo

cierto es que lo que se regula es la estructura de las ya creadas y relativamente novedosas organizaciones sanitarias integradas (OSI). Por ello, proponemos que, tanto el título del decreto, como su artículo 1, reflejen adecuadamente y con mayor precisión el objeto y el contenido de la norma propuesta, esto es, la regulación de la estructura de las OSI.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que mediante anexo del ya referido Decreto 255/1997, se determinaron las organizaciones sanitarias existentes a fecha de inicio de actividades de Osakidetza como ente público de derecho privado (1 de enero de 1998), anexo que se ha ido actualizando con algunos de los sucesivos acuerdos del consejo de administración de Osakidetza de constitución de diversas organizaciones de servicios sanitarios integrados (no así en el último de ellos (Acuerdo de 28 de diciembre de 2015, correspondiente al área sanitaria de Araba), sería recomendable que el proyecto de decreto incluyera un anexo en el que se fijen con claridad cuántas y cuáles son las organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza a la fecha de su entrada en vigor.

Y como última consideración de carácter general también, hacer referencia a que el expediente se ha venido tramitando desde su inicio (2014) incluyendo en la estructura de las OSI otra forma de agrupación de los recursos sanitarios junto con los servicios hospitalarios y las unidades de atención primaria, las denominadas "*unidades de gestión clínica*", estructuras ya previstas en los propios Estatutos de Osakidetza (artículo 16) y cuya regulación se ha eliminado del último texto –el presentado a informe de control económico normativo– según se informa en la memoria de tramitación del proyecto, por la frontal oposición de la representación sindical.

A fecha de hoy, las unidades de gestión clínica se hallan reguladas por el Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza de 23 de mayo de 2012. Al margen de la duda que nos suscita la adecuación al ordenamiento de tal instrumento para la regulación de tales unidades, entendemos que sería más adecuado y coherente regular de forma conjunta y completa en la disposición de carácter general objeto del presente informe las organizaciones sanitarias integradas con todas las unidades que las conforman, incluyendo consecuentemente la organización y estructura de las unidades de gestión clínica.

En consecuencia, la eliminación de la regulación de las unidades de gestión clínica en el decreto proyectado, en los términos argumentados en el expediente, nos merece un juicio desfavorable, salvo que se hubiera decidido su definitiva eliminación de la estructura organizativa de Osakidetza.

Además de lo hasta aquí dicho y como cuestiones puntuales, las siguientes:

1.- En el artículo 4 se determina la "tipología de las OSI". A nuestro juicio, la definición de las características que han de reunir las OSI para su integración en cada uno de los 4 tipos que se contemplan resultan imprecisas y confusas. Así, respecto de las OSI tipo I se establece "*Constituirán OSI de tipo I aquellas organizaciones con hospitales de carácter universitario, alta complejidad y referenciabilidad para el conjunto del sistema sanitario vasco establecida por acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud*".

Si bien no ofrece dificultades la necesaria existencia de hospitales universitarios en su seno, sí la ofrece, a nuestro juicio, la "alta complejidad" y "referenciabilidad" (que han de ser declaradas por el Consejo de Administración de Osakidetza) por su absoluta imprecisión; la "referenciabilidad", además, se establecerá por acuerdo del consejo de administración del ente, pero en los términos y con los requisitos que se fijen por el Consejero de Salud (según lo dispuesto en la disposición final primera).

Por lo que respecta a las OSI tipo II, se caracterizan por no cumplir "*alguna de los atributos*" de las del tipo I o aun cumpliendo todos ellos, así sea determinado por el Consejo de Administración por tener "*menor complejidad derivada de atributos como la dispersión geográfica o el nivel de referenciabilidad*".

En las OSI tipo III aparece la "base poblacional atendida" por primera vez (menos de 300.000 habitantes) sin que se mencione en ningún otro tipo cómo juega una base poblacional superior.

Creemos que deben establecerse reglas y características claras para poder determinar la inclusión de las organizaciones sanitarias integradas en uno de los cuatro tipos que se establecen, clarificando en la propia norma qué se ha de entender por complejidad, por referenciabilidad (sin necesidad de dejarlo a desarrollo del consejero), y el resto de variables que han de jugar en la determinación del tipo de organización. Por ello recomendamos que se revise en su integridad el artículo 4 del proyecto.

2.- El artículo 5 del proyecto describe los distintos órganos de las OSI, algunos de los cuales formarán parte de las mismas dependiendo de que la organización sea de tipo I, II, III o IV. Se contemplan dos órganos de participación nuevos, el consejo social y la comisión socio-sanitaria, y se sustituye el órgano de participación contemplado en los estatutos de Osakidetza, el consejo técnico, por el consejo clínico asistencial. El artículo 15.4 del Decreto 255/1997 dispone que en todas las organizaciones de servicios existirán consejos técnicos como órganos de asesoramiento y participación de los profesionales en la gestión de la organización, integrados por vocales electos de entre los profesionales que prestan sus servicios en la organización respectiva y con funciones a desarrollar en el marco del plan estratégico de las organización en los ámbitos que los propios estatutos le señala.

El proyectado consejo clínico asistencial reúne a los órganos directivos de la OSI junto con los vocales electos que preveía el Decreto 255/1997 y le atribuye como novedad funciones de propuesta en relación con la atención integrada. A nuestro juicio, y por seguridad jurídica, debería mantenerse la denominación y demás previsiones que se recogen en los estatutos del ente o, en su defecto, operar directamente sobre los mismos, derogando o modificando en los propios estatutos las referencias al consejo técnico.

3.- Respecto de la atribución de funciones a los distintos órganos de las OSI, hemos detectado las siguientes discordancias:

- La función que se atribuye a la Dirección Gerencia en el artículo 8 g) debe limitarse a la aprobación de la *"propuesta"* [así se recoge correctamente en el artículo 15.1.b) de los estatutos del ente].
- Se atribuye la misma función (*promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de la seguridad del paciente entre profesionales y pacientes en todos los niveles de asistencia*) a la dirección médica [artículo 11.3.j)] y a la dirección de atención integrada [artículo 12.3.i)], precisándose respecto de ésta última que se circunscribe al ámbito de la atención primaria. Quizá convendría precisar que a la dirección médica le corresponde en el ámbito hospitalario.
- Se atribuye la misma función (*ejecutar los acuerdos para el desarrollo y la aplicación del plan de euskera así como del plan de igualdad*) a la dirección médica [artículo 11.3.m)], a la dirección de atención integrada [artículo 12.3.k)], a la dirección de enfermería [artículo 13.2.j)], a la dirección de personas [artículo 14.2.e)] y a la dirección económico-financiera [artículo 15.2. o)]. Debería sopesarse la conveniencia de atribuir la función a un único cargo directivo.
- Se menciona en diversos apartados a las *"direcciones asistenciales"* sin que se precise si con ese término se está haciendo referencia a todos los órganos directivos de la organización o sólo a parte de ellos.

4.- Respecto de la composición del consejo de dirección (artículo 17), no se incluye *"una representación de los vocales electos que formen parte de los consejos técnicos de participación profesional respectivos"*, tal y como se exige en el artículo 15.3 de los vigentes estatutos. Vuelve a modificarse así, tal y como se ha hecho con la transformación del consejo técnico en consejo clínico asistencial, una previsión de los estatutos sin operar con la debida claridad en los mismos, por lo que nos remitimos a la consideración que hemos realizado respecto del consejo técnico.

5.- En relación con los nuevos órganos de asesoramiento (el consejo social y la comisión socio-sanitaria), se recomienda que se fije con claridad y en todos los casos quién ha de proponer y/o designar a sus miembros, pues se determina en unos casos sí y en otros no. Tampoco es congruente que en el artículo 28 que

regula la composición de la comisión socio-sanitaria se determine por primera vez, y sólo para la persona en representación del ámbito socio-sanitario del territorio histórico, la posibilidad de que pueda delegar su representación. Debería, en consecuencia, revisarse la composición y forma de designación de los miembros de tales órganos para dotar de la necesaria claridad y coherencia a las normas para su adecuada constitución.

6.- El artículo 34, al regular las jefaturas de las unidades de atención primaria, hace varias referencias a la Dirección de la OSI [artículo 34.2.b) y l)]. Debería precisarse de qué dirección se trata, pues son varias las direcciones que existen en la misma.

7.- La previsión establecida en el apartado 3 del artículo 36 debería incluirse como un apartado de la disposición transitoria segunda. Además y por mayor claridad, debería sustituirse la expresión “en el momento” por la de “hasta”.

8.- La disposición adicional primera dispone que las OSI actualmente existentes adecuarán su régimen al establecido en esta norma en lo relativo a duración, retribuciones y denominación de sus cargos directivos y sus órganos de gobierno. Sin embargo, la norma proyectada no establece regla alguna sobre la duración y retribuciones de sus cargos directivos. Por otro lado, sería más correcto referirse a los órganos de dirección y gestión, tal y como se denominan en el artículo 5, que a los órganos de gobierno.

9.- Las disposiciones adicionales tercera y cuarta establecen normas específicas para el hospital Santa Marina, hospital de Gorliz y Salud mental de Gipuzkoa en tanto no se integren en una OSI. Al respecto se establece que mientras tanto, se considerarán “*hospitales monográficos*” y tendrán una estructura “*similar*” a las de la OSI tipo III (Santa Marina) y IV (Gorliz y Salud mental de Gipuzkoa). Teniendo en cuenta que el decreto proyectado deroga el decreto que regulaba los hospitales como organizaciones sanitarias y determinaba su estructura, debería establecerse la estructura que hasta tanto se integren en una organización sanitaria integrada han de tener tales hospitales, no siendo suficiente, a nuestro entender, que se resuelva la cuestión de su estructura con la previsión de que tendrán estructura “similar” a alguno de los tipos de OSI. Entendemos que hasta tanto se integren en una estructura superior, siguen siendo organizaciones sanitarias para las que debería determinarse una estructura concreta.

10.- La disposición final tercera, que faculta al Consejo de Administración de Osakidetza para modificar con carácter excepcional el número de órganos de dirección de una OSI, debería completarse con la previsión de que en todo caso nunca en número superior a los cinco que se establecen en el artículo 15.2 de los estatutos.

B) Incidencia Económica.

En el expediente inicialmente remitido a esta OCE para la emisión del informe de control económico normativo, obraban tres documentos distintos con distintas valoraciones cuantitativas sobre la incidencia económica que comporta la entrada en vigor de la norma proyectada. En atención a tales discrepancias y a la falta de argumentación y desglose de las cifras que se ofrecían, esta OCE solicitó la elaboración de una memoria económica complementaria que justificara con mayor desglose de datos las cifras económicas que se adelantaban en el expediente.

Con fecha 2 de marzo de 2018 se ha incorporado al expediente nueva memoria económica en la que primeramente se precisa cómo ha sido la evolución de las estructuras organizativas de Osakidetza desde la creación de la primera OSI (Bidasoa, por acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza de 13 de diciembre de 2010) hasta las últimas (las correspondientes al área sanitaria de Araba, por acuerdo de 28 de diciembre de 2015).

Fruto de ese paulatino proceso de reforma organizativa, la actual estructura de las organizaciones de servicios de Osakidetza (sin tener en cuenta la organización central) resulta ser la siguiente:

| TIPOS | ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS |
|---------------|-----------------------------------|
| Tipo 1 | OSI Araba |
| | OSI Donostialdea |
| | OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces |
| Tipo 2 | OSI Bilbao |
| | OSI Barrualde-Galdakao |
| | Red Salud Mental Bizkaia |
| Tipo 3 | OSI Alto Deba |
| | OSI Bidasoa |
| | OSI Debabarrena |
| | OSI Goierri-Alto Urola |
| | OSI Barakaldo-Sestao |
| | OSI Uribe |
| Tipo 4 | Red Salud Mental Araba |
| | Hospital Santa Marina |
| | Hospital Gorliz |
| | OSI Arabako Errioxa-Rioja Alavesa |
| | Emergencias |
| | Centro Vasco T.T.H. |
| | OSI Tolosaldea |
| | Red Salud Mental Gipuzkoa |

Lo primero que cabe destacar es que la incidencia económica que se valora en la memoria aportada no surge de la prevista entrada en vigor de la norma proyectada, sino que se ha ido produciendo con la paulatina creación de las OSI y la correspondiente supresión de los hospitales y comarcas como organizaciones sanitarias preexistentes en determinado ámbito territorial. Nada se dice sobre si la publicación de la norma implicará a futuro alguna ulterior modificación en la estructura directiva actual, por lo que entendemos que la estructura vigente a fecha de publicación del decreto es la que se prevé como definitiva.

La incidencia económica de la reforma llevada a cabo ha comportado básicamente una considerable reducción del número de cargos directivos que dirige y administra la organización, que ha pasado de 125 existentes en 2011 a los 94 existentes a fecha de hoy en la estructura del ente. La memoria aporta datos desglosados por años, precisando el decremento anual del gasto en retribuciones que, una vez culminada la creación de todas OSI, comporta un ahorro anual (en cifras del 2017) de 2.220.117,51 euros, lo que implica un decremento del 22,75% del gasto en retribuciones de cargos directivos.

A continuación la memoria económica aporta datos respecto de la evolución de la plantilla por grupos profesionales a lo largo del mismo periodo de tiempo, pero añade que no ha sido la constitución de las OSI la que ha conllevado incremento de dotaciones de plantilla, por lo que tal evolución no es relevante en el análisis del decreto proyectado.

Para finalizar, apuntar que hubiera sido deseable que se hubiera acreditado la racionalidad de la estructura que ahora se pretende regular y consolidar. En el expediente se afirma que tras la implantación de las primeras organizaciones sanitarias integradas se llevó a cabo una evaluación de la eficacia y eficiencia de la nueva organización y ello con anterioridad a su extensión al resto del territorio. No se aportan sin embargo los datos resultantes de tal evaluación que justificaron y acreditaron la oportunidad, conveniencia y racionalidad de su extensión en todo el ámbito de la CAE, para la optimización de la prestación de los servicios sanitarios al conjunto de la población.

Siendo lo expuesto cuanto cabe informar en relación con el proyecto de decreto examinado, se emite el presente informe a fin de que se incorpore al expediente tramitado.