

Fiskalizazio Txostena
Informe de Fiscalización

Osakidetzan
Autokontzertazio Sistema

Sistema de autoconcertación
en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

1992-1998



Herri-Kontuen
Euskal Epaitegia

Tribunal Vasco
de Cuentas Públicas



AURKIBIDEA / ÍNDICE

SARRERA	3
KUDEAKETA HOBETZEKO PROGRAMEN SORBURUA, HELBURUAK ETA PARTE HARTZEKO BALDINTZAK	3
ONDORIOAK	4
I KOSTUA	4
I.1 Langileen ondoriozko gastuak	5
I.2 Autokontzertazioak eragindako beste gastu batzuk	6
II ARAUDIA BETE OTE DEN	7
III HELBURUAK BETE OTE DIREN	9
INTRODUCCIÓN	11
ORIGEN, OBJETIVOS Y REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS DE MEJORA DE GESTIÓN	11
CONCLUSIONES	12
I COSTE	12
I.1 Gasto de personal.....	13
I.2 Otros gastos de la autoconcertación	14
II CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA	15
III CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	17
ANEXOS	19
A.1 Normativa aplicable	19
A.2 Actividad quirúrgica de Osakidetza	20
A.3 Lista de espera quirúrgica	22
ALEGACIONES	25



SARRERA

Herri Kontuen Euskal Epaitegiak (HKEE) onartutako lan-planaren barruan Osakidetzako autokontzertazio-sistemari buruzko azterketa egin da, abiarazi zenetik 1998ra arte, Eusko Legebiltzarreko Ekonomia, Ogasun eta Aurrekontuetarako batzordeak hala eskatuta.

Osakidetzak autokontzertazio eta autokudeaketa sistema erabiltzea erabaki zuen kudeaketa hobetzeko asmoz eta, beraz, biak hartu dira kontuan aipatutako azterketan. Autokontzertazio eta autokudeaketa sistema 206/1992 Dekretuak arautzen ditu.

Autokontzertazioak eta autokudeaketak 1992-1998 artean zenbateko gastuak eragin dituzten finkatzea izan du helburu HKEEek eta, bestalde, bi programa horien inguruko arauak eta hasierako helburuak bete ote diren ere aztertu du.

KUDEAKETA HOBETZEKO PROGRAMEN SORBURUA, HELBURUAK ETA PARTE HARTZEKO BALDINTZAK

1992ko martxoaren 6an legez kanpoko proposamena onartu zuen Eusko Legebiltzarrak eta honako hau berretsi: hiritarrek Osakidetzan osasun-laguntza hartzeko eskubidea eta premia dutela eta garaiz eman behar zaiela, gainera, aipatutako laguntza, beti ere kasuan kasuko beharrak kontuan hartuta. Bide alternatiboak bilatzeko ahaleginak eginez, ospitale-baliabideak ordu gehiagoz erabiltzeko aukera izateko eta giza baliabideak eta baliabide teknikoak optimizatzeko.

Horretarako, bi sistema eraginkor aukeratu zituzten: autokudeaketa edo helburuen araberako kudeaketa parte-hartzailea eta barne-kontzertazioa, zentroetako baliabideetan oinarritutakoa, alegia (autokontzertazioa deituko diogu hemendik aurrera). Zerbitzu guztien osasun-prestazioen kopurua eta kalitatea hobetzea nahi zuten, batetik, eta profesionalak kudeaketa arduratsu eta parte-hartzailean aritzea, bestetik.

1992ko uztailaren 21ean, 206/1992 Dekretua eta Lehendakaritza, Lege Araubide, Garapen Autonomiko eta Osasun sailburuen Agindua onartu zituzten. Dekretuaren bidez kudeaketa hobetzeko programetan (autokontzertazioan eta autokudeaketan) parte hartzen ari diren Osakidetzako sorospen-unitateetako langileen produktibitate-osagarriak arautu zituzten. Aginduaren bidez, berriz, Osakidetzako sorospen-unitateetako langileentzako produktibitate-osagarriak finkatzeko prozedura onartu zuten.

• AUTOKONTZERTAZIOA

Ohiko lanaldian erantzunik gabe geratutako eskariei aurre egitea du helburu autokontzertazioak. Hau da, itxaron-zerrendak murriztu egin nahi dira, bai denborari (atzerapenak), bai pertsona kopuruari dagokienez, barne-baliabideak erabiliz (azpiegiturak, bitartekoak, antolamendua, unitate edo zentroetako giza baliabideak eta baliabide teknikoak). Baina lan-taldeek euren gogoz hartuko dute parte zeregin horietan eta zentroetako ohiko ordutegietatik kanpo arituko dira.



Herri - Kontuen
Euskal Epaitegia

Tribunal Vasco
de Cuentas Públicas

Zentro bakoitzeko zuzendaritzak unitate bakoitzarekin hitzartuko ditu guneak, helburuak, egin beharreko lanak eta lan horien kopurua. Halaber, elkarrekin hitzartuko dituzte, batetik, adierazleak, epeak eta kalitatea eta, bestetik, langileen produktibitate-osagarrien zenbatekoen inguruko proposamenak.

Autokontzertazio-sistemak kirurgia-lanak (ebakuntzak) eta bestelakoak (kanpo-kontsultak eta proba osagarriak) hartuko ditu barne.

Sistema horretan parte hartu ahal izateko, Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiak sorospen-unitate bakoitzarentzat finkatutako baliabideak eta baliabide orokorrak bete behar dira. Kirurgia-autokontzertazioari dagokionez, honako adierazle hauek izango dira kontuan: atzeratutako ebakuntzen tasak, gerorako utzitako larrialdien ehunekoa, ezeztapenen portzentaia eta ebakuntza-gelen errendimendua. Horiek guztiek bat etorri behar dute argitaratutako estandarrekin eta Osakidetzako ospitale-sarearen batez bestekoekin. Gainera, bilakaera positiboa izan beharko dute autokontzertazioa indarrean egongo den denboran zehar. Kirurgiaz bestelako autokontzertazioan ez da horrelako baldintzarik finkatu.

• AUTOKUDEAKETA

Zentroetako osasun-kudeaketaren eraginkortasuna hobetzea da autokudeaketaren helburua.

Zentro bakoitzeko zuzendaritzak unitateetako kideekin hitzartuko du bertako kudeaketa-plana: helburuak, zereginetan eta osasun-kalitatean finkatutako xedeak lortzeko bideak (antolamenduaren, ekonomiaren, ebaluazioaren... kudeaketan parte hartzea) eta lehentasuna izango duten beste alor batzuetarako jarduerak. Zentroetako zuzendaritzak proposatuko ditu langileen osagarrien zenbatekoak, helburuen aldeko lana eta partaidetza kontuan hartuta.

Dena den, Osakidetzari dagokio kudeaketa hobetzeko programen garapenaren ondoriozko produktibitate-osagarriak ematea, horretarako aurrekonturik baldin badago.

ONDORIOAK

I KOSTUA

Osakidetzako autokontzertazio eta autokudeaketa sistemen kostua zenbatekoa izan den jakiteko, langileen gastuak eta ustiapen-gastuak hartu behar dira kontuan lehen sistemari dagokionez. Dena den, I.2. atalean adierazi dugunez, Osakidetzak ez daki zenbatekoak izan diren autokontzertazioak eragindako ustiapen-gastuak, eta egin diren zenbait balioespen ez dira batere fidagarriak. Atal horretan balioespenetarako prozeduren berri ere eman dugu, ordea, eta kalkuluetako erreferentzia-zifrak adierazi ditugu.



I.1 LANGILEEN ONDORIOZKO GASTUAK

Autokontzertazioan eta autokudeaketan parte hartu duten langileen produktibitate-osagarria 4.339 milioi pezetakoa izan da, guztira, 1992tik 1998ra bitartean.

• AUTOKONTZERTAZIOA

Autokontzertazioan parte hartu duten langileek eragindako gastua 4.198 milioi pezetakoa izan da 1992tik 1998ra bitartean.

Hona hemen ekitaldi bakoitzean ordaindutako kopuruen xehetasunak:

AUTOKONTZERTAZIOA	Milioi pta-tan.							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL
Txagorritxuko Ospitalea.....	-	43	46	28	47	65	56	285
Gurutzetako Ospitalea.....	-	143	198	176	166	151	130	964
Basurtoko Ospitalea	-	25	64	61	57	87	107	401
Galdakaoko Ospitalea	-	86	122	133	176	148	142	807
Arantzazu Ospitalea	-	5	75	65	60	85	112	402
Gainontzekoak.....	45	96	170	261	272	262	233	1.339
OSAKIDETZAN GUZTIRA	45	398	675	724	778	798	780	4.198

Zenbateko horiek guztiak ekitaldi bakoitzeko nominakoak dira eta aurreko urteko abendutik kasuan kasuko ekitaldiko azarora arte egindako lanen (kirurgiakoen eta bestelakoen) truke ordaindu zaizkie langileei. Izan ere, produktibitate-osagarria autokontzertatutako jarduera egin eta hurrengo hilabetean ordaintzen da. Goiko taulan ikusten denez, 1998an 780 milioi pezeta ordaindu zituen, guztira, Osakidetzak: 45 milioi 1999ko urtarrilean ordaindu zituen 1998ko abenduan egindako lanen truke.

Ekitaldi horietan autokontzertazioaren ondoriozko osagarriak jaso zituztenen kopuruak (medikuak, OLTak eta erizain laguntzaileak dira gehienak) adieraziko ditugu jarraian:



OSAGARRIAK JASO DITUZTEN LANGILEAK

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Txagorritxuko Ospitalea	-	152	186	149	132	144	126
Gurutzetako Ospitalea	-	248	240	249	238	259	242
Basurtoko Ospitalea	-	97	122	128	128	215	189
Galdakaoko Ospitalea	-	206	234	254	235	267	274
Arantzazu Ospitalea	1	54	131	148	137	202	162
Gainontzekoak	557	332	430	564	545	616	453
OSAKIDETZAN GUZTIRA	558	1.089	1.343	1.492	1.415	1.703	1.446

Galdakaoko ospitaleko kopuruetan autokudeaketaren ondoriozko osagarria jaso zutenak ere sartzen dira (1997 eta 1998an 51 eta 56 lagun, hurrenez hurren).

• AUTOKUDEAKETA

Osasun-kudeaketaren eraginkortasuna hobetzea da autokudeaketaren helburua. Galdakaoko ospitalean baino ez dute sistema horren ondoriozko osagarririk ordaindu.

Honako zenbateko hauek ordaindu zizkieten Galdakaoko ospitaleko medikuei 1993tik 1998ra bitartean:

	Milioi pta-tan.
1993	22
1994	24
1995	22
1996	25
1997	13
1998(*)	35
GUZTIRA	141

(*) 99ko urtarrilean ordaindutako 11 milioi ere sartzen dira

I.2 AUTOKONTZERTAZIOAK ERAGINDAKO BESTE GASTU BATZUK

Autokontzertazioa ez da, berez, programa, ez baititu programa izateko behar diren beste baliabide, eta ez baitu zehatz-mehatz mugatutako iraupenik ere. Langileen sariak dira gastu bakarrak, eta urteko aurrekontuetan sartu eta gauzatu ohi dira.

Osakidetzak ez daki zenbatekoak izan diren autokontzertazioaren ondoriozko ustiapen-gastuak, prozesuen ustiapen-kostuak ez baitira zuzen zehaztu. Dena den, prezio jakin batzuk finkatu ditu osasun-prozesu bakoitzerako, eta prezio horiek langileen gastuak eta bestelako ustiapen-gastuak ere hartzen dituzte barne. Aipatutako prezioak finkatzeko sistemak hutsuneak ditu, ordea, eta ezin dira zehaztasunez ezagutu autokontzertazioaren ondoriozko ustiapen-gastuen xehetasunak. Prezio horiek ondorengo bilakaera izan dute fiskalizatutako urteetan:



- 1992an prezio jakin batzuk finkatu zituzten langileen ondoriozko gastuetarako, material suntsigarrietarako eta egonaldietarako. Prozesu guztietan material suntsigarria 7.000 pezetatan baloratu zen eta, horrez gain, kasuan kasuko protesiarene zenbatekoa. Prozesuetako batez besteko egonaldiak kalkulatu ondoren finkatu zuten, bestalde, prezioa: 4.625 pezeta eguneko. Kopuru hori txikiegia da, ordea, egonaldi-gastu guztiak ordaintzeko.
- 1993ko apirilean, Osasun Laguntzarako Zuzendaritzak autokontzertazio-prezioak bateratzeko agiria egin zuen. Besteak beste, langileen, materialen eta egonaldien kostuak finkatu zituen esku-hartze bakoitzerako. Materialei zegokienez, esku-hartze bakoitzeko kopuruak egiaztatu zituzten ospitaleetan, gero balioespen zuzenagoak egin ahal izateko. Batez besteko egonaldiak ere kalkulatu zituzten, 1992ko autokontzertazio-prozesuaren batez bestekoetatik abiatuta. Honako prezioa finkatu zuten: 7.000 pezeta eguneko. Zenbateko horietan ez zen inolako aldaketarik izan 1997ko uztailean arte.
- 1997an, Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiak autokontzertazio-sistema bidez egindako prozesuetarako gehieneko prezioak bateratzeari buruzko 7/1997 zirkularra egin zuen. Gehieneko prezio horietan langileen gastuak ere hartu ziren kontuan. Baina ustiapen-gastuetan protesien balioak eta material suntsigarri garestiak (adib. kontrasteak) baino ez zituzten sartu, eta ez zituzten egonaldiak eta gainontzeko materialak kontuan hartu. Osakidetzako zentroen arabera, prozesu bakoitzerako balioetsitako prezioaren eta langileen ondoriozko benetako gastuen arteko kenkaria hartu behar da ustiapen-gastutzat.

Ekonomi Kudeaketarako Zuzendaritzak adierazi digunez, autokontzertazioari lotutako ustiapen-gastuak 3.017 milioi pezeta ingurukoak izan ziren 92-98 urteetan. Osasun Laguntzarako Zuzendaritzak tarte horretako urte batzuen inguruan egindako balioespenen emaitzak ez datoz bat, ordea, aipatutako datuekin: %36-%45eko aldea dago. Aurreko paragrafoetan adierazitako parametroen arabera egin ditu, hain zuzen, kalkuluak. Balioespen horiek ez dira, beraz, oso fidagarriak eta aipatutako zenbatekoa ezin dugu erreferentzia-kopurutzat hartu.

II ARAUDIA BETE OTE DEN

Honako lege-hauste hauek egin dira:

- Osakidetzako Zuzendaritza Nagusiak 1996ko ekitaldira arte ez zituen finkatu kirurgia-autokontzertazioan parte hartzeko baldintzak. 1992ko uztailearen 21eko Aginduaren 3.4. artikulua ez zuen bete, beraz.

Osakidetzak oraindik ez ditu argitaratu eta kuantifikatu adierazleerako estandarrak (atzeratutako ebakuntzen tasak, gerorako utzitako larrialdien ehunekoa, ezeztapenen portzentaia eta ebakuntza-gelen errendimendua), autokontzertazio-sisteman derrigorrezko baldintzak diren arren, Osakidetzako zuzendari nagusiaren 462/95 erabakiaren arabera.



Osakidetzako zuzendari nagusiak egindako 7/1997 zirkularraren arabera, honako baldintza hauek bete behar dira kirurgiaz bestelako autokontzertazioan parte hartzeko: itxaron-zerrendak eta batez besteko itxaronaldiak murriztea. Baldintza horiek dira, izan ere, aipatutako sistemaren helburu orokorrak.

- Osasun-zuzendaritzek sinatu zituzten autokontzertazioaren baldintza ekonomikoei eta helburuei buruzko hitzarmenak, baina gero, ospitaleetako zuzendari/gerenteen esku geratu zen ahalmen hori. Adibidez, Galdakaoko Ospitalean ez dago hitzarmen horien inguruko dokumentaziorik.

Bestalde, jatorrizko hitzarmenei egindako aldatetak eta gehikuntzak ez dira, oro har, dokumentu bidez adierazten.

- 1993tik 1997ra Galdakaoko Ospitalak bere medikuei kopuru finko batzuk eman zizkien hilero autokudeaketa-eginkizunen ordainetan, nahiz eta autokontzertazio sisteman parte hartu ez. Hau da, organo aginpidedunak (zuzendari/gerenteak) hitzartu eta onartu gabeko helburu batzuen truke jaso zituzten sari horiek.

1997ko ekitaldian onartu zuen Osakidetzak, bere zuzendari nagusiaren 400/97 erabakiaren bidez, Galdakaoko Ospitaleko autokudeaketa-programa urte horretarako. Osakidetzako zuzendari nagusiaren 1151/96 erabakia izan zen aipatutako programaren oinarria, erabaki horrek autokudeaketa-programetarako norabide orokorrak finkatu baitzituen. Halaber, medikuntzaren alorrerako helburu orokorrak eta espezifikoak ere zehaztu zituen (batez besteko egonaldiak laburtzea, PMC zehaztugabeak murriztea, historia klinikoen kalitatea hobetzea, bigarren egonaldien ehunekoak gutxitzea, etab.).

- Osakidetzako zuzendari nagusiak azaroaren 3an hartutako 1.247/95 erabakiaren arabera, autokontzertazioan parte hartuko duten langileen produktibitate-osagarriak ezingo du gainditu urteko ordainsari osoaren (soldata, lantoki-osagarri eta osagarri orokorraren) %40. Baina muga hori gainditu izan da zenbait ospitaletan:

	1996		1997		1998	
	Langileak	Milioi pta	Langileak	Milioi pta	Langileak	Milioi pta
Arantzazu Ospitalea	6	3	6	4	14	10
Galdakaoko Ospitalea	22	5	11	3	3	3
Basurtoko Ospitalea	-	-	-	-	7	1
GUZTIRA	28	8	17	7	24	14

Lan kontratuko langileek autokontzertazioari lotutako zereginetan emandako orduak ohiz kanpokotzat daude hartuta eta, beraz, ohiko orduak baino kotizazio handiagoak dituzte Gizarte Segurantzari. 1998an, Basurtoko Ospitaleak 7 milioi pezeta ordaindu zituen autokontzertazio-lanen truke, eta lanaldi etenaren nomina-kodea erabili zuen. Horrela, lan kontratuko langileek legeak ezarritako gehienezko ohiz kanpoko orduak egin zituzten, baina ospitaleak ez zion ordaindu Gizarte Segurantzari ohiz kanpoko orduei dagokien ehunekoa, gutxiago baizik.



III HELBURUAK BETE OTE DIREN

1992an abiarazi zuten autokontzertazio-sistema, erantzunik gabe geratutako eskarien kopuruak (gehienak kirurgia-prozesuetakoak) murrizteko asmoz. Ez da derrigorrezkoa sistema horretan parte hartzea eta ohiko ordutegitik kanpo egiten dira zeregin guztiak. Zentro bakoitzak bere azpiegiturak, bitartekoak, antolamenduak, giza baliabideak eta baliabide teknikoak erabili behar ditu.

Itxaron-zerrendak murriztea eta itxaronaldiak laburtzea dira autokontzertazioaren xedeak, baina beti ere kalitateari eta ohiko ordutegietako zereginen kalterik eragin gabe.

Kirurgia-lanak eta itxaron-zerrendak aztertu ditugu, oso garrantzitsuak direlako aztertu ere, helburuak bete ote diren jakiteko:

- Kirurgia-zereginak izan dira langileen ondoriozko gastuen iturburu nagusiak (%65, gutxi gorabehera).
- Kirurgiaz bestelako jarduera autokontzertatuak oso urriak izan dira, Osakidetzan guztira egindako kirurgiaz bestelako jardueren kopuruarekin alderatuz gero.
- 2000ko ekainean, kanpo-kontsulten inguruko kontzeptu guztiak bateratzeko agindua eman zuen zuzendari nagusiak: kontzeptuen definizioak, itxaron-zerrendetarako adierazleak, itxaron-zerrenden kudeaketa, aholkuak, etab. Baina oraindik ez da egin proba osagarrietako kontzeptu horiek arautuko dituen izapiderik.
- Kirurgiaz bestelako alorretarako itxaron-zerrendetako datuetan hutsuneak daude. Gainera, ez dira homogeenak eta ez daude behar bezala osatuta (akatsak erregistroan eta jakinarazpenetan, informatika-programak eragindako arazoak).

Espezialistek agindutako kirurgia-prozeduraren baten zain dauden gaixoak sartu behar dira kirurgiarako itxaron-zerrendetan, beti ere aipatutako prozedura berehala egin beharrekoa ez bada. 1997ko urtarriletik hona, itxaron-zerrendan ezin da sartu ebakuntzarako 30 egunetik beherako epea duen gaixorik (ikus A.3).

Ohiko jarduerak (goizekoak) ugaritzea izan zen autokontzertazioaren abiapuntuetako bat. 1992tik 1998ra, %44ko gorakada izan zuen ohiko kirurgia jardueren kopuruak: 1992an 76.001 ebakuntza egin zituzten eta 1998an, ordea, 109.131 (ikus A.2). Ebakuntza-gelen errendimendua (denboraren erabilera edo aprobetxamendua, alegia) ere nabarmen hobetu zen: 1995ean %75,27koa izan zen eta 1998an, berriz, %81,92koa.

Arratsaldeko kirurgia-lanen kopuruak (autokontzertazioa) gorakada handia izan zuen 92-94 urteetan: 1992an 3.082 ebakuntza egin zituzten; 1994an, aldiz, 12.339. Azken kopuru horretan izan ziren gorabehera txiki batzuk, baina ia bere horretan iraun zuen 94-98 urteetan. Autokontzertazio-sistemaren bidez, 72.762 ebakuntza egin ziren, guztira, 1992tik 1998ra bitartean (ikus A.2).

Itxaron-zerrendetan ere hobekuntza kualitatibo nabarmenak lortu dira. 92-98 urteetan %72 murriztu zen ebakuntzetarako batez besteko itxaronaldia: 1992ko apirilean 214 egunekoa zen batez besteko hori eta 1998an, 59 egunekoa. 92ko apiriletik 94ko abendura



Herri - Kontuen
Euskal Epaitegia

Tribunal Vasco
de Cuentas Públicas

bitartean lortu ziren emaitzarik onenak eta, ordutik aurrera, batez besteko itxaronaldiak bere horretan iraun du (ikus A.3).

Ikuspegi kuantitatiboari dagokionez, ebakuntzetarako itxaron-zerrendetako gaixokopuruak beherakada handia izan zuen 92ko apiriletik (16.825) 93ko abendura (12.232). Ordutik aurrera gorantz egiten hasi zen, ordea, eta horrela, 1998ko abenduaren 31n 14.198 gaixo zeuden ebakuntzetarako itxaron-zerrendetan (kirurgia-prozesu gehienak autokontzertazioaren bidez egiteko modukoak ziren). Izan ere, ebakuntza-premia zutenen kopurua ugartu egin zen eta, ondorioz, itxaron-zerrendetako gaixo-kopurua ere bai (50.733 1994an eta 78.584 1998an). Goizeko zerbitzuek ezin izan zieten premia horiei guztiei erantzun. Ildo horretan, gogoan izan behar dugu arratsaldeko jardueren kopuruak (autokontzertazioa) ia bere horretan iraun zuela, gorabehera txikiak izan arren, 94-98 urteetan (ikus A.3).

Laburbilduz, ohiko jarduerak ugartu eta autokontzertazio-sistema abiarazi izanari esker, urtean askoz ere kirurgia-ebakuntza gehiago egiten dira orain. Dena den, jarduerak ugartu egin diren arren, ebakuntza-premietan ere gorakada izan da eta, ondorioz, itxaron-zerrendak ez dira murriztu. Eta ezin dugu ahaztu hori izan zela autokontzertazio-sistemaren abiapuntu nagusietakoa. Hala ere, batez besteko itxaronaldia dezente laburtu da. Osakidetzak, beraz, kirurgia-lan gehiago egiteko aukera emango duten bideak bilatu behar ditu, erantzunik gabe geratutako eskariei aurre egin ahal izateko.



INTRODUCCIÓN

El plan de trabajo aprobado por el Pleno del Tribunal Vasco de Cuentas Públicas (TVCP) incluye, a petición de la Comisión de Economía, Hacienda y Presupuestos del Parlamento Vasco, un análisis sobre el sistema de autoconcertación en Osakidetza desde su puesta en marcha hasta el año 1998.

El sistema de autoconcertación forma parte junto con la autogestión de los programas de mejora de gestión de Osakidetza, regulados mediante el Decreto 206/1992, por lo que el análisis solicitado se ha realizado sobre ambos programas.

El trabajo realizado por el Tribunal ha consistido en determinar el coste incurrido por autoconcertación y autogestión entre 1992 y 1998 y verificar el cumplimiento de la normativa aplicable y de los objetivos por los cuales se pusieron en marcha.

ORIGEN, OBJETIVOS Y REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN LOS PROGRAMAS DE MEJORA DE GESTIÓN

El 6 de Marzo de 1992 el Parlamento Vasco adoptó el acuerdo de aprobar una Proposición no de ley reiterando el derecho y la necesidad que la ciudadanía tiene de recibir de Osakidetza la atención sanitaria que precise en plazos de tiempo razonables y adecuados, en función de la naturaleza de dichas necesidades, apoyando la implantación de vías alternativas para aumentar la utilización horaria de los recursos hospitalarios y optimizar los recursos técnicos y humanos disponibles.

Para ello se arbitraron mecanismos operativos como son la autogestión o gestión participativa por objetivos, y la concertación interna o con recursos propios (en adelante autoconcertación), que hicieran posible la mejora de los niveles de actividad y calidad en las prestaciones sanitarias de los diferentes servicios, así como el acercamiento de los profesionales al campo de la gestión participativa y responsable.

El 21 de julio de 1992 se aprobaron el Decreto 206/1992 por el que se regula el complemento de productividad para el personal que presta sus servicios en unidades asistenciales de Osakidetza integradas en programas de mejora de gestión (autoconcertación y autogestión) y la Orden de los Consejeros de Presidencia, Régimen Jurídico y Desarrollo Autonómico y de Sanidad, por la que se determina el procedimiento para la aplicación del complemento de productividad para el personal que presta sus servicios en unidades asistenciales de Osakidetza.

• AUTOCONCERTACIÓN

El objetivo de la autoconcertación es la absorción de la demanda asistencial no satisfecha en jornada ordinaria, es decir la reducción de la lista de espera, tanto en tiempo de espera (demora) como en número de personas, con la utilización de recursos propios (infraestructura, medios, organización y recursos humanos y técnicos de la unidad o centro), siempre y cuando sea la participación de estos equipos voluntaria y fuera del horario ordinario de cada centro.



Herri - Kontuen
Euskal Epaitegia

Tribunal Vasco
de Cuentas Públicas

La Dirección de cada centro es la responsable de concertar, con cada una de las Unidades donde vayan a desarrollarse, los objetivos a alcanzar, los procesos asistenciales a realizar y su volumen y los indicadores, tiempos y calidad asistencial a obtener así como la propuesta de la cuantía económica a percibir por cada uno de los integrantes en concepto de productividad.

El sistema de autoconcertación incluye tanto actividad quirúrgica (intervenciones) como no quirúrgica (consultas externas y pruebas complementarias).

Para poder participar en este sistema es imprescindible el cumplimiento de aquellos requisitos que con carácter general y específico para cada unidad asistencial sean fijados por la Dirección General de Osakidetza. Respecto a la autoconcertación quirúrgica se requiere que los siguientes indicadores: Tasa de prescripción quirúrgica, Porcentaje de urgencias diferidas, Porcentaje de cancelaciones y Rendimiento de quirófano, se encuentren en unos índices adecuados en relación a los estándares publicados y a la media de la red de hospitales de Osakidetza y que los mismos tengan una evolución positiva a lo largo del tiempo que se prolongue la autoconcertación. En la autoconcertación no quirúrgica no se han fijado tales requisitos.

• AUTOGESTIÓN

La autogestión tiene por objeto la mejora de la eficacia y de la eficiencia en la gestión sanitaria de cada uno de los centros.

La Dirección de cada centro pactará con cada una de las Unidades el respectivo plan de gestión de cada Unidad, en el que quedarán fijados tanto los objetivos como las acciones a emprender para su consecución en el campo de la actividad y calidad asistencial (participación en la gestión organizativa, económica, de evaluación, etc.) así como en otras áreas que puedan ser objetivo prioritario. También es responsabilidad de la Dirección de cada centro la realización de la propuesta de cuantía económica a percibir por cada uno de los integrantes en función del nivel de cobertura de objetivos y de su participación.

En todo caso, la asignación del complemento de productividad derivado del desarrollo de los programas de mejora de gestión se realiza por Osakidetza, siempre que exista crédito presupuestario para ello.

CONCLUSIONES

I COSTE

Para determinar el coste que han supuesto para Osakidetza la autoconcertación y la autogestión habría que tener en cuenta en el sistema de autoconcertación, además de los gastos de personal, los gastos de explotación incurridos. Sin embargo, respecto a estos últimos, tal y como se explica en el apartado I.2, Osakidetza desconoce el importe de los gastos de explotación incurridos en la autoconcertación y algunas estimaciones que ha realizado carecen de fiabilidad. No obstante, en el citado apartado I.2 se explica el



procedimiento utilizado en las estimaciones y se señala la cifra de referencia obtenida en esos cálculos.

I.1 GASTO DE PERSONAL

El gasto de personal originado por el complemento de productividad del personal que participa en autoconcertación y autogestión y que desde 1992 a 1998 ha ascendido a 4.339 millones de pesetas.

• AUTOCONCERTACIÓN

El importe total de gasto de personal en concepto de autoconcertación incurrido por Osakidetza en el período 92-98 ha sido de 4.198 millones de pesetas.

El detalle por ejercicios de los importes abonados en los distintos centros es el siguiente:

IMPORTES ABONADOS POR AUTOCONCERTACIÓN	Millones-ptas.							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL
Hospital Txagorritxu	-	43	46	28	47	65	56	285
Hospital Cruces	-	143	198	176	166	151	130	964
Hospital Basurto	-	25	64	61	57	87	107	401
Hospital Galdakao	-	86	122	133	176	148	142	807
Hospital Aranzazu	-	5	75	65	60	85	112	402
Resto	45	96	170	261	272	262	233	1.339
TOTAL OSAKIDETZA	45	398	675	724	778	798	780	4.198

Estos importes son los abonados en la nómina de cada ejercicio y se corresponden con la actividad realizada (quirúrgica y no quirúrgica) desde diciembre del año anterior hasta noviembre del ejercicio correspondiente, ya que el complemento de productividad por autoconcertación se abona en el mes siguiente al que se realiza la actividad autoconcertada. El importe de 780 millones de pesetas del año 1998 incluye 45 millones de pesetas correspondiente a la actividad realizada en diciembre de 1998 abonada en enero de 1999.

El número de personas (principalmente médicos, ATS y auxiliares de enfermería) que ha percibido complemento por autoconcertación en cada ejercicio es el siguiente:



NÚMERO DE PERSONAS

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Hospital Txagorritxu	-	152	186	149	132	144	126
Hospital Cruces	-	248	240	249	238	259	242
Hospital Basurto	-	97	122	128	128	215	189
Hospital Galdakao	-	206	234	254	235	267	274
Hospital Aranzazu	1	54	131	148	137	202	162
Resto	557	332	430	564	545	616	453
TOTAL OSAKIDETZA	558	1.089	1.343	1.492	1.415	1.703	1.446

El número de personas correspondiente al Hospital de Galdakao no sólo incluye la autoconcertación, sino que además incluye a personas que cobraron complemento por autogestión (en los ejercicios 1997 y 1998 fueron 51 y 56 personas, respectivamente).

• AUTOGESTIÓN

El complemento por autogestión, cuya finalidad responde a la mejora de la eficacia y de la eficiencia en la gestión sanitaria, ha sido aplicado únicamente por el Hospital de Galdakao.

Las cantidades abonadas a los médicos del Hospital de Galdakao por este concepto desde el año 1993 hasta el año 1998 han sido las siguientes:

	Millones-ptas.
1993	22
1994	24
1995	22
1996	25
1997	13
1998(*).....	35
TOTAL	141

(*) Incluye 11 millones abonados en enero 99

I.2 OTROS GASTOS DE LA AUTOCONCERTACIÓN

La autoconcertación no constituye en sí misma un programa, al carecer de la imprescindible asignación de recursos y de un límite temporal en su aplicación. El único gasto conocido existente es el gasto de personal, presupuestado y ejecutado anualmente.

Osakidetza desconoce el importe de los gastos de explotación incurridos en la autoconcertación debido a la inexistencia de una adecuada asignación de los costes de explotación por proceso. No obstante, ha fijado unos precios por proceso médico, a efectos de retribuir a sus centros, que incluyen el gasto de personal y otros gastos de explotación. El sistema de fijación de estos precios presenta deficiencias que no permiten conocer con exactitud el importe de los gastos de explotación incurridos en la autoconcertación. La evolución de estos precios estimados a lo largo del período fiscalizado ha sido la siguiente:



- En 1992 se establecieron unos precios que recogían el gasto de personal, material fungible y estancia. El material fungible se valoró para todos los procesos en 7.000 pesetas además del importe de la prótesis a colocar, en su caso. Para las estancias se obtuvieron las medias de cada proceso y se valoró cada día en 4.625 pesetas, importe que resulta insuficiente para cubrir los gastos ocasionados por este concepto.
- En abril de 1993, la Dirección de Asistencia Sanitaria emitió un documento de homogeneización de los precios de autoconcertación. En este documento se establecía también para cada intervención el coste de personal, el coste de material y el coste de estancia. Para determinar el coste del material se verificaron en los hospitales los consumos por intervención para realizar mejores estimaciones. Por otro lado se establecieron estancias medias para cada proceso en función de la media del proceso de autoconcertación del ejercicio 1992 y se valoraron a un precio de 7.000 pesetas por cada día. Estos importes se mantuvieron constantes hasta julio de 1997.
- En 1997 la Dirección General de Osakidetza emitió la circular 7/1997 sobre homogeneización de los precios máximos de los procesos llevados a cabo mediante el sistema de autoconcertación. En esta circular se establecían unos precios máximos que incluían los gastos de personal y como gastos de explotación únicamente el valor de las prótesis y el material fungible de valor significativo (p.e. contrastes) utilizado en cada caso, sin tener en cuenta ni las estancias ni el resto de material empleado. Los centros de Osakidetza consideran como gasto de explotación la diferencia entre ese precio total estimado por proceso y el gasto cierto de personal.

Por otro lado, hemos obtenido de la Dirección de Gestión Económica una estimación de los gastos de explotación relativos a la autoconcertación en el periodo 92-98 por importe de 3.017 millones de pesetas. Sin embargo, otras estimaciones de la Dirección de Asistencia Sanitaria, calculadas de acuerdo a los parámetros definidos en los párrafos anteriores, para algunos de los años comprendidos en este periodo difieren de la anterior en porcentajes que van del 36% al 45%, por lo que su fiabilidad es escasa, y en todo caso, dicho importe debe considerarse como una mera aproximación a lo que pudiera ser una cifra de referencia.

II CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA

Los incumplimientos detectados son los siguientes:

- La Dirección General de Osakidetza no fijó los requisitos imprescindibles para participar en la autoconcertación quirúrgica hasta el ejercicio 1996, incumpliendo lo establecido en el artículo 3.4 de la Orden de 21 de julio de 1992.

Hasta la fecha, Osakidetza no ha publicado ni cuantificado los estándares de los indicadores (Tasa de prescripción quirúrgica, Porcentaje de urgencias diferidas, Porcentaje de cancelaciones y Rendimiento de quirófanos) cuyo cumplimiento es requisito básico para realizar actividad autoconcertada, tal y como establece la Resolución 462/95 del Director General de Osakidetza.

La circular 7/1997 del Director General de Osakidetza fijó como criterios para participar en la autoconcertación no quirúrgica la reducción del número de pacientes en lista de espera y de la demora media. Tales criterios no son más que una enunciación de los objetivos generales del sistema.

- Los pactos sobre las condiciones económicas y los objetivos de la autoconcertación fueron firmados por la direcciones médicas, cuando dicha competencia recae en los directores gerentes de los hospitales. En el caso del Hospital de Galdakao, no existe evidencia documental de los pactos realizados.

Por otro lado, en general las modificaciones y adiciones sobre los pactos originales no se recogen documentalmente.

- Desde 1993 hasta 1997, el Hospital de Galdakao ha retribuido a su personal médico, que no participaba en la autoconcertación, con unas cantidades fijas mensuales en concepto de autogestión, por la consecución de unos objetivos que no han sido pactados ni autorizados por el órgano competente (director gerente).

Es en el ejercicio 1997 cuando Osakidetza, mediante la Resolución 400/97 del Director General de Osakidetza, aprueba para ese año el Programa de Autogestión del Hospital de Galdakao elaborado en base a la Resolución 1151/96 del Director General de Osakidetza, por la que se determinan las directrices generales en las que deben enmarcarse los programas de Autogestión, y se establecen objetivos genéricos y específicos a conseguir en el área médica (disminución de la estancia media, disminución de los PMC inespecíficos, mejora de la calidad de las historias clínicas, disminución de los índices de reingresos, etc.).

- La Resolución 1.247/95, de 3 de noviembre del Director General de Osakidetza limitaba la cuantía máxima a percibir en concepto de complemento de productividad, por el personal integrado en la autoconcertación, al 40% de las retribuciones integras anuales (entendiendo a estos efectos el sueldo, el complemento de destino y el complemento retributivo de carácter general). No obstante se han superado estos límites en los siguientes casos:

	1996		1997		1998	
	Personas	Millones-ptas.	Personas	Millones-ptas.	Personas	Millones-ptas.
Hospital Aranzazu	6	3	6	4	14	10
Hospital Galdakao.....	22	5	11	3	3	3
Hospital Basurto.....	-	-	-	-	7	1
TOTAL	28	8	17	7	24	14

Las horas realizadas por el personal laboral en autoconcertación son consideradas como horas extraordinarias y por tanto sujetas a mayor cotización a la Seguridad Social que la actividad ordinaria. Durante 1998, el Hospital de Basurto abonó 7 millones de pesetas correspondientes a actividad de autoconcertación utilizando el código de nómina de jornada partida, cuando el personal laboral llegó al límite máximo permitido de horas

extraordinarias y por el que se cotizó a la Seguridad Social en un porcentaje inferior al que le hubiera correspondido como horas extraordinarias.

III CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

El sistema de autoconcertación se puso en marcha en 1992 con el objetivo de reducir la demanda asistencial no satisfecha, compuesta principalmente por procesos quirúrgicos, realizando la actividad asistencial con carácter voluntario, fuera del horario ordinario y mediante la utilización de las infraestructuras, medios, organización y recursos tanto técnicos como humanos del propio centro donde se desarrolla la labor asistencial.

Con la autoconcertación se pretende minorar el tiempo de espera y el número de personas que componen la lista de espera sin reducir la calidad asistencial ni la actividad realizada en la jornada ordinaria.

El análisis respecto al cumplimiento de objetivos se ha centrado, por su importancia, exclusivamente en la actividad y en la lista de espera quirúrgicas:

- La mayor parte del gasto de personal correspondiente a la autoconcertación (65% aproximadamente) se ha incurrido en actividad quirúrgica.
- La actividad no quirúrgica autoconcertada es mínima respecto al total de actividad no quirúrgica de Osakidetza.
- Ha sido en junio de 2000 cuando el Director General ha emitido una instrucción con la finalidad de homogeneizar todos los conceptos en relación con las consultas externas, entre los que cabe citar: definición de conceptos, indicadores de lista de espera, gestión de la lista de espera, recomendaciones, etc. A la fecha de este informe no existe instrucción alguna que regule esos conceptos para pruebas complementarias.
- Los datos de la lista de espera no quirúrgica son incompletos y no homogéneos e incluyen deficiencias en su elaboración (errores de registro, de comunicación y problemas con el programa informático).

Se considera paciente en lista de espera quirúrgica al que está pendiente de un procedimiento quirúrgico de carácter no inmediato y que ha sido indicado por un facultativo especialista. A partir de enero de 1997 no se consideran en lista de espera aquellos pacientes que tienen programada su intervención en un plazo no superior a 30 días (ver A.3).

Uno de los principios de partida de la autoconcertación fue que la actividad ordinaria (de mañana) evolucionara positivamente. Esa actividad quirúrgica ordinaria se ha incrementado en el periodo 92-98 en un 44%, pasando de 76.001 intervenciones en 1992 a 109.131 en 1998 (ver A.2). Este incremento de la actividad ordinaria ha venido acompañado de un incremento en el rendimiento de los quirófanos (el ratio "rendimiento de quirófanos" mide la utilización o aprovechamiento del tiempo de los mismos), que ha pasado de un 75,27% en 1995 a un 81,92% en 1998.



Herri - Kontuen
Euskal Epaitegia

Tribunal Vasco
de Cuentas Públicas

La actividad quirúrgica de tarde (autoconcertación) experimentó un crecimiento importante en el periodo 92-94, pasando de 3.082 intervenciones en 1992 a 12.339 en 1994. Esta actividad se ha mantenido constante, con pequeños altibajos, en el resto del periodo analizado 94-98. El total de intervenciones llevadas a cabo a través del sistema de autoconcertación, desde su inicio en 1992 hasta 1998, ascendió a 72.762 (ver A.2).

Respecto a la lista de espera, se ha producido una importante mejora cualitativa de la misma, ya que en el periodo 92-98 se ha disminuido en un 72% el tiempo de espera medio de un paciente para ser intervenido, pasando de 214 días de demora media en abril de 1992 a 59 días en 1998. Esta reducción se produjo fundamentalmente en el periodo abril 92-diciembre 94, manteniéndose estable en el resto del periodo analizado (ver A.3).

En términos cuantitativos, la lista de espera experimentó un descenso importante entre abril 92-diciembre 93, en el que se redujo el número de pacientes que esperaban ser intervenidos de 16.825 a 12.232. A partir de ese momento, se produce una tendencia al alza hasta llegar a los 14.198 pacientes en lista de espera a 31 de diciembre de 1998 (a esta fecha los procesos quirúrgicos demandados que se encuentran en lista de espera se corresponden generalmente con procesos susceptibles de ser autoconcertados). Este incremento en el periodo 94-98 se explica por el crecimiento en el número de pacientes que demandan ser intervenidos y entran en lista de espera (50.733 en 1994 - 78.584 en 1998) y que no ha podido ser absorbido por la actividad ordinaria de mañana, ya que como se ha explicado anteriormente la actividad de tarde (autoconcertación) se ha mantenido constante, con pequeños altibajos, en el periodo 94-98 (ver A.3).

En resumen, el incremento de la actividad ordinaria y la puesta en marcha del sistema de autoconcertación han permitido aumentar significativamente el número de intervenciones quirúrgicas anuales. No obstante, el aumento que se ha producido en la demanda asistencial quirúrgica ha absorbido esos incrementos de actividad, no permitiendo reducir el número de pacientes en lista de espera que fue uno de los objetivos fundamentales por los que se puso en marcha el sistema de autoconcertación, aunque sí se ha reducido sustancialmente el tiempo medio de espera. Por consiguiente es necesario que Osakidetza busque otros mecanismos que incrementen la actividad quirúrgica y permitan absorber la demanda no satisfecha.



ANEXOS

A.1 NORMATIVA APLICABLE

La normativa que regula la autoconcertación y la autogestión es la siguiente:

- Decreto 206/1992, de 21 de julio, por el que se regula el complemento de productividad para el personal que presta sus servicios en Unidades Asistenciales del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza integradas en programas de mejora de gestión.
- Orden de 21 de julio de 1992, de los Consejeros de Presidencia, Régimen Jurídico y Desarrollo Autonómico y de Sanidad, por la que se determina el procedimiento para la aplicación del Complemento de Productividad para el personal que presta sus servicios en Unidades Asistenciales del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.
- Resolución 1.247/95, del Director General de Osakidetza, sobre criterios de cuantificación del Complemento de Productividad derivado de la participación en programas de gestión.
- Resolución 462/95 del Director General de Osakidetza, por la que se definen las condiciones a cumplir por los servicios / equipos con los que se establecen programas de concertación interna encaminada a reducir la lista de espera quirúrgica.
- Circular 7/97, de 10 de julio sobre homogeneización de los precios máximos de los procesos llevados a cabo mediante el programa de autoconcertación.
- Instrucción 13/98 del Director General de Osakidetza de remisión de información sobre autoconcertación.
- Resolución 1151/96 del Director General de Osakidetza por la que se determinan las directrices generales en las que deben enmarcarse los programas de autogestión o gestión participativa por objetivos.
- Resolución 400/97 del Director General de Osakidetza por la que se aprueba el Plan anual 1997 del Programa de autogestión o gestión participativa por objetivos.

Por otro lado, las instrucciones y circulares que ha emitido Osakidetza con respecto a la lista de espera son las siguientes:

- Instrucción 8/89 de normas de funcionamiento del registro de la lista de espera quirúrgica en los hospitales de la red de Osakidetza.
- Instrucción 3/92 de indicadores de actividad quirúrgica.
- Definición de lista de espera quirúrgica octubre de 1994.
- Instrucción 4/96 sobre lista de espera quirúrgica.
- Instrucción 14/99 sobre lista de espera quirúrgica.



A.2 ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE OSAKIDETZA

En el periodo analizado 92-98, la actividad quirúrgica de Osakidetza ha sido la siguiente:

NÚMERO DE INTERVENCIONES TOTALES POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Cirugía general (*)	19.505	21.816	27.212	29.125	31.315	33.219	33.917
Cirugía cardiovascular	1.894	2.050	1.961	1.485	1.556	1.213	1.347
Cirugía vascular.....	1.085	1.276	1.549	1.923	2.115	2.797	3.048
Cirugía maxilofacial.....	1.708	2.071	4.145	4.666	4.865	5.212	5.711
Cirugía pediátrica.....	2.071	2.989	3.082	3.210	3.159	3.256	3.248
Cirugía plástica	2.617	3.802	3.843	3.653	3.779	3.703	3.617
Cirugía torácica.....	767	762	801	902	913	978	1.090
Neurocirugía	1.304	1.383	1.480	1.466	1.702	1.746	1.707
Oftalmología.....	5.500	7.578	10.059	11.296	12.339	14.004	15.194
Otorrinolaringología	4.915	5.958	6.765	6.709	7.313	6.966	6.493
Tocoginecología.....	9.883	10.975	11.464	11.372	12.157	12.045	12.507
Traumatología.....	12.405	14.549	16.906	17.073	17.779	18.623	20.063
Urología.....	5.658	7.401	7.087	7.545	8.315	8.096	8.606
Cirugía menor y otras.....	9.771	6.575	5.813	5.014	3.754	3.314	4.490
TOTAL OSAKIDETZA	79.083	89.185	102.167	105.439	111.061	115.172	121.038

(*) Incluye las intervenciones de tarde de cirugía vascular

NÚMERO DE INTERVENCIONES ORDINARIAS POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Cirugía general	19.097	20.353	24.318	25.620	27.852	29.699	30.697
Cirugía cardiovascular	1.894	2.050	1.961	1.485	1.556	1.213	1.347
Cirugía vascular.....	1.085	1.276	1.549	1.923	2.115	2.797	3.048
Cirugía maxilofacial.....	715	909	2.774	4.236	4.847	5.212	5.711
Cirugía pediátrica.....	2.071	2.989	3.082	3.210	3.159	3.256	3.248
Cirugía plástica	2.617	3.802	3.843	3.563	3.631	3.545	3.518
Cirugía torácica.....	767	762	801	902	913	970	985
Neurocirugía	1.304	1.383	1.480	1.403	1.607	1.627	1.623
Oftalmología.....	4.814	6.099	7.411	8.815	9.521	10.681	12.344
Otorrinolaringología	4.750	5.003	5.622	5.828	6.185	5.915	5.769
Tocoginecología.....	9.495	10.442	10.747	10.820	11.577	11.548	12.025
Traumatología.....	12.339	13.564	14.973	14.997	15.693	15.741	16.956
Urología.....	5.282	5.685	5.454	5.655	6.617	6.525	7.370
Cirugía menor y otras.....	9.771	6.575	5.813	5.014	3.754	3.314	4.490
TOTAL OSAKIDETZA	76.001	80.892	89.828	93.471	99.027	102.043	109.131



NÚMERO DE INTERVENCIONES DE AUTOCONCERTACIÓN POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Cirugía general y vascular.....	408	1.463	2.894	3.505	3.463	3.530	3.220
Cirugía maxilofacial.....	993	1.162	1.371	430	18	-	-
Cirugía plástica.....	-	-	-	90	148	158	99
Cirugía torácica.....	-	-	-	-	-	8	105
Neurocirugía.....	-	-	-	63	95	119	84
Oftalmología.....	686	1.479	2.648	2.481	2.818	3.323	2.850
Otorrinolaringología.....	165	955	1.143	881	1.128	1.051	724
Tocoginecología.....	388	533	717	552	580	497	482
Traumatología.....	66	985	1.933	2.076	2.086	2.882	3.107
Urología.....	376	1.716	1.633	1.890	1.698	1.571	1.236
TOTAL OSAKIDETZA	3.082	8.293	12.339	11.968	12.034	13.139	11.907

EVOLUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE AUTOCONCERTACIÓN MÁS FRECUENTES

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Cirugía general y vascular:							
Varices.....	26	455	1.175	1.262	1.250	1.291	1.137
Hernias.....	235	530	859	1.042	1.036	1.199	1.124
Fistulectomía.....	65	188	377	251	335	289	236
Colecistectomía.....	46	216	302	297	319	217	99
Fístula anal.....	-	-	-	291	189	159	90
Colecistectomía laparoscopia.....	-	-	-	128	153	185	139
Hemorroides.....	12	48	66	94	78	96	115
Cirugía maxilofacial:							
Cordales.....	993	1.162	1.371	430	18	-	-
Oftalmología:							
Cataratas.....	686	1.479	2.574	2.334	2.780	3.266	2.793
Otorrinolaringología:							
Adeno-Amigdalectomías.....	148	462	356	293	426	354	112
Rinoseptoplastia.....	-	-	-	261	298	303	311
Timpanoplastia.....	-	114	159	104	151	41	12
Tocoginecología:							
Histerectomía.....	148	187	333	218	298	224	140
Ligadura de trompas.....	100	222	218	181	129	88	67
Traumatología:							
Artroscopias.....	46	481	856	805	700	721	899
Liberación túnel carpiano.....	4	76	179	318	395	520	420
Hallux valgus.....	5	85	200	213	214	349	301
Prótesis de cadera.....	5	141	228	206	165	164	117
Dupuytren.....	-	72	151	200	126	166	164
Excisión partes blandas.....	-	-	-	48	85	256	310
Urología:							
Fimosis.....	108	669	640	651	513	471	391
Vasectomías.....	91	318	417	627	672	567	357
Biopsia de próstata.....	32	160	152	160	170	127	137
Hidro/varicocele.....	44	161	150	174	125	83	69
Protatectomía.....	5	75	124	70	71	94	92
Resto.....	283	992	1.452	1.310	1.338	1.909	2.275
TOTAL	3.082	8.293	12.339	11.968	12.034	13.139	11.907



A.3 LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

A lo largo del período analizado, Osakidetza ha emitido diversas instrucciones sobre normas de funcionamiento del registro de la lista de espera quirúrgica en los hospitales de la red. Esas instrucciones consideran pacientes en lista de espera quirúrgica a aquellos que están pendientes de la realización de un procedimiento quirúrgico diagnóstico y/o terapéutico, de carácter no inmediato, indicado por un facultativo especialista del ámbito de influencia del hospital.

La entrada en lista de espera se produce en el momento en el que la hoja de solicitud de intervención quirúrgica, firmada por el médico, y que contiene todos los datos del paciente (identificación del paciente, servicio, prioridad, diagnóstico, procedimiento quirúrgico etc.) es registrada. La salida de la lista de espera se produce cuando un paciente ingresa para ser intervenido, cuando rechaza la intervención a petición propia o al ser requerido para ello, o cuando se encuentra ilocalizable.

A partir del 1 de enero de 1997 no se considera en lista de espera a aquellos pacientes que tengan programada su intervención quirúrgica en un plazo no superior a 30 días.

A continuación se detalla según los datos facilitados por Osakidetza, la evolución en el período 92-98 de la lista de espera quirúrgica, de las entradas y salidas de la lista y de la demora media de las intervenciones.

NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDAD a 31 de diciembre

	Ab-92	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Cirugía general y vascular.....	-	1.589	1.955	2.237	2.560	2.733	2.466	2.888
Oftalmología.....	-	1.290	1.890	2.072	2.561	2.920	3.190	3.223
Otorrinolaringología.....	-	882	869	1.235	1.047	979	811	1.036
Tocoginecología.....	-	353	669	497	480	739	688	812
Traumatología.....	-	1.401	1.723	1.957	2.421	3.173	2.770	2.666
Urología.....	-	416	533	666	484	619	390	455
Resto.....	-	(*)8.897	4.593	4.023	4.295	3.253	3.069	3.118
TOTAL OSAKIDETZA		16.825	14.828	12.232	12.687	13.848	14.416	13.384

(*) Este importe recoge el total de pacientes en lista de espera a 31 de diciembre de 1992 de los hospitales de Basurto y Mendaro, cuyo desglose no nos ha sido facilitado, por 4.460 y 497 pacientes respectivamente.



NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE LOS PROCESOS

MAS FRECUENTES a 31 de diciembre

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Cirugía general y vascular:							
Varices.....	659	592	670	808	734	767	858
Colecistectomías.....	169	253	256	356	360	345	399
Fistulectomías.....	215	270	272	308	364	307	389
Herniografías.....	495	648	707	964	1.109	921	1.094
Lipomas/quistes.....	15	127	268	57	52	56	42
Hemorroidectomías.....	36	65	64	67	114	70	106
Oftalmología:							
Cataratas.....	1.002	1.610	1.806	2.266	2.576	2.881	2.894
Dacriocistomías.....	95	75	61	64	82	59	81
Cirugía estrabismo.....	69	73	35	42	84	77	101
Vitrectomía.....	82	41	40	74	50	53	47
Glaucoma.....	28	55	72	62	60	60	55
Escisión lesión partes blandas.....	14	36	58	53	68	60	45
Otorrinolaringología:							
Adeno-amigdalitis.....	229	218	406	391	332	249	326
Septo-rinoplastia.....	245	195	292	260	224	170	262
Timpanoplastia.....	166	225	259	182	162	155	153
Microcirugía laríngea.....	73	80	153	122	119	107	149
Miringoplastia.....	91	73	76	61	88	91	93
Estapedectomía.....	78	78	49	31	54	39	53
Tocoginecología:							
Histerectomía.....	94	208	153	225	332	321	407
Ligadura de trompas.....	62	146	95	88	99	54	61
Laparoscopias.....	32	47	8	16	113	145	142
Biopsia de mama.....	18	63	36	53	42	70	94
Cirugía del prolapso.....	36	198	171	39	86	60	64
Reducción mamoplastia.....	111	7	34	59	67	38	44
Traumatología:							
Artroscopias.....	481	479	690	801	1.171	1.069	1.034
Prótesis cadera.....	377	504	582	729	656	492	442
Prótesis rodilla.....	201	281	219	319	542	463	465
Hallux valgus.....	112	208	270	332	378	380	359
Extracción material osteosíntesis.....	109	124	73	85	252	235	211
Disectomías.....	121	127	123	155	174	131	155
Urología:							
Prostatectomías.....	205	225	232	160	274	230	293
Fimosis.....	118	137	238	186	113	23	42
Hidro/varicocele.....	41	75	93	74	94	90	75
Vasectomías.....	23	57	89	37	87	6	6
Litiasis ureteral.....	29	39	14	27	51	41	39
Resto.....	(*)8.897	4.593	4.023	4.295	3.253	3.069	3.118
TOTAL OSAKIDETZA	14.828	12.232	12.687	13.848	14.416	13.384	14.198

(*) Este importe recoge el total de pacientes en lista de espera a 31 de diciembre de 1992 de los hospitales de Basurto y Mendaro, cuyo desglose no nos ha sido facilitado, por 4.460 y 497 pacientes respectivamente.

De los 14.198 pacientes en lista de espera a 31 de diciembre de 1998, la gran mayoría demandan procesos quirúrgicos que son susceptibles de ser autoconcertados.

La información correspondiente a las entradas y salidas de pacientes en la lista de espera se presenta a partir del año 1994, ya que fue éste el primer año en el que Osakidetza comenzó a recoger estos datos de manera sistemática. No obstante, el registro de entradas y salidas presenta deficiencias y desajustes que Osakidetza no ha podido explicar, atribuyéndolos a errores de registro.

	ENTRADAS	SALIDAS	LISTA ESPERA	
			a 31 dic.	DIFERENCIAS
1993.....	-	-	12.232	-
1994.....	50.733	50.181	12.687	97
1995.....	63.072	61.861	13.848	50
1996.....	73.683	74.998	14.416	(1.883)
1997.....	75.627	76.769	13.384	(110)
1998.....	78.584	77.801	14.198	(31)

La evolución de la demora media en las intervenciones por especialidad quirúrgica ha sido:

	DEMORA MEDIA DE LAS INTERVENCIONES POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA							
	Ab-92	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Cirugía general		130	84	57	56	66	55	61
Cirugía cardiovascular		82	82	60	60	43	38	40
Cirugía vascular.....		319	87	75	85	65	60	76
Cirugía maxilofacial.....		197	72	57	72	39	42	61
Cirugía pediátrica.....		136	39	46	40	48	39	44
Cirugía plástica		319	91	56	53	58	44	61
Cirugía torácica.....		93	14	27	33	42	39	14
Neurocirugía		203	106	47	61	57	36	50
Oftalmología.....		139	78	67	59	64	61	60
Otorrinolaringología		164	92	67	56	52	41	57
Tocoginecología.....		83	67	53	47	48	43	43
Traumatología.....		131	100	74	40	83	65	63
Urología.....		87	60	52	48	51	49	51
TOTAL	214	141	84	64	67	67	56	59



ALEGACIONES QUE PRESENTA OSAKIDETZA AL INFORME DEL TRIBUNAL VASCO DE CUENTAS SOBRE EL SISTEMA DE AUTOCONCERTACIÓN EN OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD. PERIODO 1992-1998

El informe evalúa durante el período comprendido entre 1992 y 1998 el programa de autoconcertación y el programa de autogestión. Este último sólo estuvo vigente en el hospital de Galdakao y actualmente ha sido abandonado.

En el informe los principales defectos encontrados por el Tribunal Vasco de Cuentas son:

- No se han publicado estándares de los indicadores de imprescindible cumplimiento para la realización de autoconcierto quirúrgico (tasa de prescripción quirúrgica, rendimiento de quirófanos, % de cancelaciones y % de urgencias diferidas). No se han establecido requisitos para realización de autoconcierto no quirúrgico.
- Ausencia de fiabilidad de los gastos de explotación incurridos como consecuencia del programa de autoconcertación
- Los pactos sobre las condiciones económicas y los objetivos de autoconcertación fueron firmados por las direcciones médicas, cuando la competencia sería de los gerentes.
- La información sobre lista de espera no quirúrgica es incompleta y no homogénea.

A esto habría que alegar la dificultad de definir estándares globales tanto para autoconcertación quirúrgica como no quirúrgica, que sirva para toda la red. Probablemente habría que definir estándares por tipo de servicio y por actividad, y la evaluación debería ser realizada por más de un indicador, ante la imposibilidad de hacer la medida en un único indicador. Por ejemplo un 5% de índice de suspensión quirúrgica programada global es un aceptable indicador para un servicio de cirugía general, que se puede ver afectado por ausencia de camas de críticos, por urgencias diferidas, por necesidad de programación urgente de neoplasias, pero es un mal porcentaje de suspensión para un servicio de oftalmología, que no precisa camas de críticos ni hace prácticamente urgencias diferidas, ni trata procesos oncológicos. En cualquier caso la Dirección de Asistencia Sanitaria está preparando una instrucción que fije indicadores estándares por servicio y tipo de actividad.

Respecto a la ausencia de fiabilidad de los gastos de explotación incurridos cabría alegar que lo verdaderamente importante del control de este programa son los gastos de personal, en los que el Informe del Tribunal Vasco de Cuentas reconoce fiabilidad y control. Además la estimación de los gastos de explotación del autoconcierto no es diferente que la estimación de los gastos de explotación generados por la actividad ordinaria, en Osakidetza.

Respecto a la necesidad de cambiar la firma de los pactos de la actividad de los directores médicos a los directores gerentes, parece una falta de procedimiento menor, que subsanaremos en la instrucción citada que prepara la Dirección de Asistencia Sanitaria.

Asimismo sobre la información de lista de espera quirúrgica (consultas y pruebas complementarias) desde junio del presente año se están haciendo esfuerzos de recogida de información mensual. Ha habido una instrucción del Director General al respecto y las limitaciones vienen más por el número, y dispersión de las consultas, así como por la ausencia de conexión informática en red de todos los puntos de citación de consultas, aspecto técnicamente insalvable en tanto contemos con fibra óptica en todos los ambulatorios, centros de salud y consultorios periféricos. Pero Osakidetza ha optado por intentar descentralizar la cita y no desplazar innecesariamente al usuario a expensas del déficit de fiabilidad de parte de la información.

En líneas generales el resultado del sistema de autoconcertación es favorable resaltando el incremento de la actividad quirúrgica de Osakidetza en el período medido durante la jornada ordinaria, así como el rendimiento de quirófanos.

Pese a que desde 1994 la actividad autoconcertada no ha crecido en volumen. También se reconoce “una importante mejora cualitativa de la lista de espera” medida en tiempo de demora media (principal objetivo del programa) y aunque en número cuantitativo el número total de pacientes en lista de espera quirúrgica ha crecido moderadamente, sería obligado preguntarse cuanto debería haber crecido por el incremento de nuevas prestaciones quirúrgicas (cirugía del Parkinson, cambio en los resultados de las prótesis de rodillas, prótesis endovasculares, etc.) y cuanto debería haber crecido por el envejecimiento de la población durante el citado periodo (cataratas, prótesis en procesos degenerativos osteosticulares...) sin ninguna duda menos que lo que ha crecido la lista de espera quirúrgica.

A nuestro criterio lo que no está alineado con el conjunto del informe es la conclusión final (pag. 10) en la que concluye que el programa de autoconcertación no ha conseguido uno de sus objetivos fundamentales, la reducción del número total de pacientes en lista de espera quirúrgica y por lo tanto Osakidetza debe buscar otros mecanismos que incremente la actividad quirúrgica. Esto es lo mismo que plantear el éxito de un mecanismo en la reducción constante de la lista de espera quirúrgica por lo que el mecanismo llegaría a lista de espera 0 y por lo tanto ineficiencia en la utilización de los recursos necesarios para la programación quirúrgica. Esto es un defecto técnico, de valoración del número de pacientes en lista de espera por encima del parámetro cualitativo de calidad que es la demora media y aquí si se debe reconocer que la autoconcertación ha sido un éxito.