

El Contrato Programa como herramienta de planificación en las organizaciones sanitarias. Participación, transparencia y evaluación

ANA ISABEL ESTEBAN ÁLVAREZ
Universidad de Salamanca

ANTONIO ARIAS RODRÍGUEZ
Sindicatura de Cuentas del Principado de Asturias

Recibido: Enero 2017
Aceptado: Mayo 2017

Resumen

En este artículo se analiza el papel del Contrato Programa como herramienta de gestión, realizando un estudio descriptivo y transversal en el Sistema Nacional de Salud. Se ha optado por una metodología inductiva, analizando bloques que forman parte de la estructura del propio contrato, con diferente nivel de profundidad, de forma que a través de sus resultados se puedan extraer conclusiones de carácter general. El Contrato Programa, a la vista de la evolución en las orientaciones estratégicas autonómicas, ha demostrado su utilidad durante casi 30 años de aplicación como instrumento de gestión y de cambio en los servicios sanitarios del SNS. Se trata del único pacto entre la Consejería responsable en materia sanitaria y el proveedor de servicios para desarrollar el propio Plan de Salud alineando los intereses de profesionales, de pacientes y de contribuyentes.

La falta de transparencia en la evaluación y seguimiento de objetivos, la opacidad en su vinculación con incentivos de diversa índole y la falta de un órgano superior que coordine realmente y homogenice la orientación hacia un horizonte único para todos los usuarios, indistintamente de la Comunidad Autónoma en la que residan, puede acabar favoreciendo una desigualdad entre territorios que ponga en riesgo la equidad en el acceso a la prestación sanitaria, debilitando la garantía a la protección de la salud y comprometiendo la sostenibilidad de nuestro modelo sanitario. La fragmentación de la información y su no-comparabilidad impide un correcto seguimiento de la gestión sanitaria, tanto en el marco nacional como en el cumplimiento de objetivos de los diversos centros.

Palabras claves: Instituciones sanitarias, contrato-programa, gestión clínica, eficacia y eficiencia, rendición de cuentas.

Clasificación JEL: I18, H51.

Abstract:

This article analyzes the role of the framework-contract as a management tool, conducting a descriptive and transversal study in the Spanish National Health System (NHS). We have chosen an inductive methodology, analyzing blocks all along the structure of the contract and taking different depth levels, so that, through its results, general conclusions can be drawn. In almost 30 years since they were first used, framework contracts have proven to be useful tools to manage and change the Spanish NHS, judging from the evolution of regional strategic directives. Framework contracts are a single agreement between a regional ministry of health and a service provider in order to develop the region's own Health Plan and, therefore, the main tool for regional governments to align all interests health professionals, patients and taxpayers.

However, lack of transparency in Key Performance Indicators setting and evaluation, opaque alignment of incentives, and a lack of a higher level institution that drives homogeneous orientation towards a single horizon for all users regardless of region of residence, can end up increasing regional inequality and risking equal access to health care. This weakens the legal guarantee to the protection of health and questions the National Health System's sustainability. Fragmentation of information do not allow for a correct monitoring of healthcare management, both from a national perspective and from each health centre's own service level agreements.

KEY WORDS: Health institutions, framework contracts, clinical management, effectiveness and efficiency, accountability.

JEL Classification: I18, H51.

1. La Administración sanitaria como gran desafío

La doctrina sobre gestión pública caracteriza las organizaciones sanitarias como *burocracias profesionales*, en términos de Mintzberg (1988), en las que los principios de jerarquía, uniformidad, impersonalidad o formalismo han ido cediendo por la mayor autonomía de sus trabajadores, con formación elevada y continua y por el trato directo con los usuarios del servicio público. Emerge frente a la clásica burocracia *maquinal* basada en la división del trabajo según el principio de especialización, en una autoridad clara (que centraliza la toma de decisiones) y en unos procedimientos para regular cualquier circunstancia.

Los hospitales y los centros de salud constituyen una *burocracia profesional* donde trabajan especialistas altamente formados y con un amplio control sobre su propio trabajo, que les otorga una mayor independencia en comparación con otros empleados. Son, en definitiva, organizaciones de un cierto tamaño, que trabajan en entornos estables de una moderada incertidumbre, con tecnologías rutinarias pero ejecutadas por expertos y donde la dirección opta por la desconcentración (Cuervo, 2001). Como el poder de estas organizaciones (*meritocracia*) radica «abajo», en quienes producen directamente el *output*, para su funcionamiento es imprescindible un *pacto* entre el ápice estratégico y el núcleo de operaciones, en forma de compromiso de objetivos y la necesaria rendición de cuentas. La realidad española de los últimos años ha podido acreditarlo, en la dificultosa búsqueda de las formas de gestión sanitaria.

Recordemos que, en nuestro descentralizado Sistema Nacional de Salud (SNS), las Comunidades Autónomas (CCAA) asumieron las competencias sanitarias constituyendo, en cada una, un Servicio de Salud de acuerdo con las previsiones de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. Adoptaron un modelo de prestación y organización de los centros y servicios fundamentalmente de gestión directa mediante un prestador *principal* con forma de personificación pública sujetas al Derecho administrativo, heredero del antiguo INSALUD. Para la ejecución de las prestaciones a los ciudadanos se intentaron algunas fórmulas de gestión, que no han logrado evitar una preocupación general por la sostenibilidad del sistema y por el progresivo incremento de los gastos sanitarios. Entonces, Martínez y Martín (1994) se preguntaban «¿Es posible mantener un sistema público que conciba la prestación de los servicios como un derecho de los ciudadanos? ¿Pueden los mecanismos de gestión colaborar con la consecución de esta finalidad?». Ambas respuestas deben ser afirmativas.

Con su implantación gradual, en el que las Administraciones Públicas territoriales fueron percibiendo muchas ventajas en la prestación de servicios a través de Contratos Programa,

tales como la generación de información, el cambio de cultura organizativa, racionalización presupuestaria e incentivación de toda la organización o sus directivos (González-Páramo y Onrubia, 2003). Su implantación en muchas áreas de la Administración Institucional se ha vuelto imprescindible, máxime si tenemos en cuenta que la reciente Ley 40/2015 exige en su artículo 81, establecer un sistema de supervisión continua de la viabilidad financiera de sus entidades dependientes y en su artículo 3.1 incorpora al sector público, una serie de principios para la actuación y relaciones de todas las Administraciones Públicas pertenecientes a buena administración (RIVERO, 2011) en concreto, utilizar la «planificación y dirección por objetivos y control de la gestión».

Durante más de dos décadas, el Contrato Programa ha destacado en España, como la principal herramienta para gestionar la sanidad pública. En la práctica clínica, negociando, fijando, incentivando, evaluando y siguiendo los objetivos en un escenario necesariamente participativo. Se ha logrado vincular la financiación recibida con la actividad desarrollada, en el marco de un acuerdo explícito entre las distintas partes afectadas. En esencia, su éxito descansa en un sistema de incentivos que permita promover la convergencia de intereses y objetivos, así como garantizar el cumplimiento de los compromisos. Expondremos en los siguientes epígrafes sus principales características y retos, si bien antes analizaremos el Plan de Salud como elemento estratégico en el que las CCAA declaran sus prioridades en materia sanitaria.

1.1. Una gestión directa con cultura gerencial

Llevamos varias décadas buscando las mejores fórmulas de gestión. Uno de los primeros intentos fue el conocido *Informe de la Comisión Abril* (1991) que proponía separar las funciones de financiación frente a la gestión y provisión, introduciendo cierta competencia entre los centros sanitarios. Se apostaba por una organización de carácter más empresarial, despreciando la capacidad del derecho público para adecuarse a las necesidades de gestión (Cortázar, 2015). Desde entonces asistimos a una entusiasta carrera por encontrar la forma de gestión más eficaz, de calidad y sostenible, algunas veces con algo de improvisación y falta de criterio (Palomar, 2013), pero eso sí: vinculada casi siempre al cómputo del déficit (colaboración público-privada o simple insuficiencia presupuestaria) y no a la racionalización del gasto estructural. La preocupación por controlar el gasto en salud es una constante en todo el mundo (World Economic Forum, 2016) pero sobre todo en Europa donde hay sistemas sanitarios que han sido calificados como financieramente insostenibles (National Audit Office, 2016a).

Hay que recordar, como ha declarado la Sentencia del Tribunal Supremo de 20-12-2005, que nuestra Constitución no expresa una preferencia por la gestión directa de los servicios sanitarios. Ese amplio margen para su determinación ha convertido a los servicios sanitarios españoles -en su aspecto organizativo- en uno de los ámbitos más innovadores (Domínguez, 2013) con sus intentos por mejorar la autonomía y eficiencia del sistema.

Efectivamente, la Sentencia del Tribunal Constitucional de 30 abril 2015 ha amparado la potestad de la Administración para optar por la gestión directa o indirecta de los servicios sanitarios, reforzando la capacidad de auto organización del servicio por parte de las CCAA (Zambonino, 2016) y aceptando pacíficamente la coexistencia de un doble régimen econó-

mico en el aseguramiento de la provisión sanitaria, ejercida con pleno respeto a las bases estatales y a la titularidad pública del servicio (no su gestión) aunque cuidándose de garantizar unos adecuados niveles de calidad, atención y derechos de los usuarios. En la práctica, la gestión directa supone una participación mayoritaria del SNS pues los conciertos no llegan al 1%, en términos de PIB, (Informe IDIS, 2016) y el modelo de concesión se encuentra concentrado en las comunidades Valenciana y de Madrid, con 9 hospitales operativos. En general, la mayoría de las clínicas privadas tienen algún concierto con el sistema público, si bien ese porcentaje está disminuyendo desde el 70% en 2013 al 58% en 2015 (CEOE, 2016).

Así pues, desde principios de los años noventa toda la doctrina académica o profesional y gran parte de la clase política se ha volcado en encontrar las mejores fórmulas compatibles con la gestión directa para los servicios sanitarios públicos, introduciendo la cultura gerencial en las organizaciones sanitarias, aunque con organigramas predefinidos, con nombramientos de gestores políticos y un alto grado de aversión al riesgo (Lopez-Casasnovas, 2016) que además dificulta las innovaciones ante calendarios políticos que no permiten trabajar a largo plazo. Como en el resto del sector público, la solución pasa por potenciar unos directivos públicos profesionales.

En España, la herramienta más utilizada como instrumento de planificación y cambio en la gestión sanitaria ha sido el Contrato Programa, que aparece por primera vez en el Real Decreto 858/1992 que determinaba la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, cuya Dirección General de Programación Económica tenía como responsabilidad «la colaboración en la elaboración, propuesta y seguimiento del Contrato Programa Anual con el INSALUD...». A partir de ahí, el instrumento se encuadra en un ámbito estrictamente económico. En el año 1993, se suscribe el primer Contrato Programa, y la doctrina entiende que tuvo efectos positivos en la mejora de los sistemas de información y cualificación de la gestión en los centros públicos de las 10 CCAA que aun carecían de las competencias sanitarias (Rey del Castillo, 2015). Como veremos más adelante, los Contratos Programa son convenios plurianuales que permiten regular sus relaciones jurídicas o económicas a organizaciones públicas que no están en una posición equilibrada, pues una de ellas ostenta la potestad financiadora -velando por la calidad del servicio público- mientras que la otra tiene la obligación de prestarlo en régimen de autonomía.

1.2. La calidad como nuevo paradigma del servicio público

La calidad ha sacudido la teoría tradicional de las organizaciones, introduciendo significativos cambios en todas sus concepciones, como acertadamente ha presentado Aguilar Villanueva (2007). Así, el enfoque que privilegiaba los objetivos financieros se ha ido desplazando, con la *Nueva Gestión Pública*, del producto hacia el cliente, hacia la calidad de los servicios; al igual que el *mantra* de la productividad, antes hostil o indiferente a la calidad. En el ámbito sanitario, aquel enfoque *introvertido* de la administración se ha *extrovertido* hacia los pacientes, introduciendo los valores y creencias de la mejora continua y la orientación al cliente.

Con el gobierno Blair de la década de los noventa, el sistema sanitario británico acomete un gran cambio basado en los valores de Universalidad y Equidad. Estos valores perderían

su significado y sentido sin una atención con cierto nivel de calidad, que centrará toda la reforma. El sistema sanitario debe prestar un servicio de calidad y para sustentarlo se identifican tres ejes. En primer lugar, los sistemas de información, que deberán estar a la altura de las nuevas tecnologías que en ese momento emergen con fuerza. En segundo lugar, el sistema retributivo necesita una actualización para adaptarse a las nuevas formas de gestión. El último eje es la participación de los profesionales que deben poner «todos» los recursos a disposición del acto central de la atención médico-paciente. La reforma introducirá numerosos elementos conceptuales del sector privado, sin perder la titularidad pública de la mayor parte del sistema.

Compartiendo ese enfoque, el Contrato Programa busca pre-establecer los requisitos de calidad de los servicios sanitarios. Eso le convierte en un documento de vital importancia política y administrativa: un verdadero programa de calidad sustentado en actividades sistemáticas y planificadas dirigidas a la evaluación y mejora de la calidad. Pero cada Comunidad Autónoma identifica un modelo a desarrollar en cada territorio. Apuntamos a continuación, tres aportaciones interesantes, sin ánimo de exhaustividad.

El País Vasco participa de esta doctrina desde la Ley 8/1997, de Ordenación Sanitaria de Euskadi cuyo art. 19 define el Contrato Programa y concreta un contenido mínimo que exige una «determinación cuantificable y periódica de los requisitos de calidad que deberán cumplir los servicios sanitarios» para lo cual requiere especificar los «requisitos y procedimiento de control y auditoria sanitaria». A partir del año 2013, la Dirección de Aseguramiento transformó completamente el Contrato Programa, evolucionando en la forma y en el método, desde su inicial papel de financiación y de control de resultados, hasta ser una verdadera *evaluación proactiva* (Berraondo, 2015) que previamente acomete una autoevaluación, una revisión crítica de la propia organización y su comparación con otras para identificar posibles áreas de mejora. Ese trabajo se completa con una evaluación externa de contraste (3-4 personas) que analiza los resultados de autoinformes con visita a la organización durante 2-3 días para documentar e identificar sus puntos fuertes y áreas de mejora que se recogerán en el informe final. Como puede observarse, es la metodología EFQM, donde convergen profesionales con perspectivas diferentes.

En Asturias, se han puesto en marcha diversas iniciativas basadas en modelos de calidad externos como la certificación ISO de servicios básicos (farmacia, laboratorios, suministros) y la búsqueda de la excelencia en calidad a través de la acreditación por la Joint Commission International (JCI) o la EFQM. Finalmente se ha optado por la creación de un modelo propio de acreditación de la calidad basado en la exigencia en el cumplimiento de diversos indicadores relacionados con aspectos como la seguridad del paciente, el trabajo en equipo, la seguridad de las instalaciones o el trabajo con la comunidad. En 2014 se crea La Unidad de Certificación en Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (UC-SESPA), que es el Órgano administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias competente para la realización de las actividades de certificación en calidad en el Principado de Asturias mediante el esquema de certificación en calidad SINOC-DAIME. Esta Unidad de Certificación del SESPA (UC-SESPA) tiene el reconocimiento de la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) y se trata del primer Servicio de Salud Público en España que logra acreditarse con la norma UNE-EN ISO/IEC 17020:2012, lo cual es un logro que da prestigio a la organización sanitaria y a los dispositivos asistenciales

En Andalucía, la Gestión por Procesos es la piedra angular tanto de las normas ISO 9000 del año 2000, como del Modelo EFQM de Excelencia. Inicialmente se apostó por estrategias de gestión centradas en la Calidad Total, basadas en el derecho a la salud y los principios de universalidad y equidad, sustentada en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales, y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan. La gestión por procesos hoy proporciona unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo en centros y servicios para hacerlo más eficiente. El objetivo general es impulsar una cultura de consenso y participación de los profesionales, de tomas de decisiones basadas en pruebas continuas, de desarrollar acciones para mejorar la práctica asistencial, la gestión del proceso asistencial y el coste de la atención.

2. La necesaria orientación estratégica

Las CCAA tienen atribuidas las competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad, a través de su estatuto de autonomía. La LGS de 1986 previó la aprobación de Planes de Salud por parte del Estado y de las CCAA, en el ámbito de sus respectivas competencias. Todo ello en el marco de la coordinación general de aquel y fijando los medios y sistemas de relación para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta de las administraciones públicas sanitarias. El Plan Integrado de Salud, recogerá conjuntamente los Planes Estatales, los Planes de las CCAA y los Planes conjuntos, teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria. Para ello, el RD 938/1989, de 21 de Junio establecerá el procedimiento de elaboración y seguimiento como un documento agregado así como el esquema general de sus contenidos y financiación. Más adelante, la ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del SNS exigirá en su artículo 64 que los Planes Integrados de Salud determinen los criterios en la organización de los servicios, sus estándares mínimos y los modelos básicos de atención.

Sin embargo, la realidad actual no deja mucho margen para el optimismo de una estrategia nacional, en un escenario político en el que cualquier ejercicio de coordinación es acusado de centralista.

2.1. El Plan de Salud como línea estratégica de las CCAA

El Plan de Salud sobresale, por tanto, como el instrumento por excelencia de planificación a través del cual se marcan las prioridades de actuación del sistema sanitario. Se priorizan las estrategias de salud, bajo las que se despliegan planes de acción, líneas de actuación y programas de salud estableciendo todos los objetivos generales y específicos necesarios para orientar la organización hacia los resultados en salud.

La orientación estratégica puede armonizarse con el tercer Programa de Salud Europeo (3PSE), *Salud para el Crecimiento 2014-2020* que se asienta sobre dos pilares fundamentales: el económico, con desarrollo de nuevos modelos de gestión que garanticen su sostenibilidad y el sociosanitario, con potenciación de la equidad, la cohesión y la cooperación tanto entre los países miembros como en el interior de cada Estado. La estrategia de salud marcada

por la Comisión Europea para el desarrollo de este 3PSE, se basa en cuatro líneas estratégicas básicas. La primera, llama a potenciar la innovación y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y las tres restantes, conciernen a la calidad asistencial, la prevención de enfermedades y la protección de amenazas sanitarias transfronterizas.

En la actualidad, estos son los Planes de Salud vigentes en las Comunidades Autónomas

Planes de Salud en las Comunidades Autónomas

CCAA	Fecha	Recopilación últimas directrices estratégicas	Ámbitos de actuación
Andalucía	Oct 2013	IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020) <i>«Valentía, rigurosidad y participación son las claves que destacan en la elaboración de este Plan»</i>	Salud Políticas Sociales Igualdad
Aragón	Ene 2012	Plan Estratégico de Salud 20012- 2015 <i>«Líneas Estratégicas 2012-2015. Diagnóstico de Situación. Propuestas de Actuación»</i>	Sanidad Bienestar Social Familia
Asturias	Mar 2004	Plan de Salud 2004-2007. La Salud como horizonte <i>«Será el marco de referencia y el Instrumento que oriente todas las actuaciones en materia sanitaria en el Principado de Asturias»</i>	Sanidad
Baleares	Ene 2012	Plan Ib-Salut 2020 <i>«...es la culminación de un proceso de reflexión sobre los objetivos y las aspiraciones de futuro después de analizar la situación actual de la sanidad balear.»</i>	Salud
Canarias	Sept 2016	III Plan de Salud 2016-2017 <i>«Entre la crisis y la transformación necesaria, para la innovación en la gestión de la salud y de los Servicios»</i>	Sanidad
Cantabria	Abr 2014	Plan de Salud de Cantabria 2014-2019. Sanidad y Servicios Sociales <i>«... es un documento de planificación de enorme trascendencia que marca el cambio de la futura prestación sanitaria, comprometiendo al Gobierno de Cantabria en el cumplimiento de sus objetivos estratégicos.»</i>	Sanidad
Castilla y León	Jul 2016	IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020 <i>«Instrumento estratégico superior para la planificación y dirección del Sistema de Salud de Castilla y León»</i>	Sanidad
Castilla-La Mancha	Mar 2011	Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social 2011-2020 El Modelo de Castilla La Mancha <i>«...diseñará el modelo de cuidados que asegure la continuidad de la atención a lo largo de la vida de las personas.»</i>	Sanidad
Cataluña	Jul 2016	Plan de Salud de Cataluña 2016-2020 <i>«El marco de referencia de todas las actuaciones públicas en materia de salud»</i>	Sanidad

Extremadura	Oct 2013	V Plan de Salud de Extremadura 2013-2021 «...el adecuado desarrollo del mismo permitirá conseguir un sistema sanitario basado en la equidad, integridad, uniformidad, solidaridad y eficiencia.»	Sanidad Políticas Sociales
Galicia	Mar 2016	Estrategia SERGAS 2020. Estrategias de Innovación en Salud «Galicia adquiere un compromiso con los objetivos comunes de la Unión Europea en Salud y Bienestar»	Sanidad
Madrid		No se encuentra	Sanidad
Murcia	Abr 2010	IV Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 «.. más allá de la organización y la productividad de los servicios sanitarios, compartiendo la responsabilidad con otros ámbitos no estrictamente sanitarios y con los ciudadanos.»	Sanidad Política Social
Navarra	May 2014	II Plan de Salud de Navarra 2014-2020 «Se pretende lograr que el Plan de Salud constituya el eje central de la Gestión Clínica y ayude a trasladar los objetivos de salud tanto a los sanitarios como a los gestores»	Salud
País Vasco	Ene 2014	IV Plan de Salud 2013-2020. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2010 «Salud: el derecho de las personas, la responsabilidad de todos» «Recoge, los compromisos adquiridos por las administraciones de Euskadi con la sociedad vasca para mejorar la salud de la ciudadanía vasca, reducir las desigualdades y propiciar mejoras organizativas»	Salud
La Rioja	Nov 2014	III Plan de Salud de la Rioja 2015-2019. Dar prioridad a las personas «Un Plan fruto del consenso, del acuerdo de todos, elaborado por profesionales sanitarios, científicos y expertos en salud»	Salud
Valencia	Abr 2016	IV Plan de Salud 2016-2020. Salud en todas las políticas. Salud en todas las edades «... mejorará la salud de la población valenciana, respetando los principios de equidad, sostenibilidad, solidaridad y respuesta a nuevos retos.»	Sanidad Universal y Salud Pública

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

**Plan de Calidad 2010
Plan de Calidad para el SNS 2006**

A la vista de los últimos Planes de Salud publicados, conocemos las orientaciones estratégicas y el horizonte planificado en cada una de las CCAA. Cada una con sus compromisos, líneas de actuación y planificación temporal diferente al resto, de forma que el punto de partida del Contrato Programa es diferente para cada Comunidad Autónoma:

3. El complejidad del Contrato Programa

Determinadas las líneas estratégicas en el correspondiente Plan de Salud, las CCAA pueden encontrar en el Contrato Programa la herramienta indicada que permita su ejecución, en todos los niveles de la Administración sanitaria.

Para la Hacienda Pública, el Contrato Programa solventa la relación Agente-Principal como una herramienta de planificación, favoreciendo el pensamiento estratégico y la rendición de cuentas al imponer una clara identificación de los objetivos, generales del sector y específicos de cada servicio, fijados en una *cuasi-negociación* (Ventura, 1997), así como las formas de medirlos. Por ello, la Administración del Estado los ha venido utilizando intensivamente desde los años 80 como forma de reducir el déficit de las empresas públicas. Entonces, aparecían en esta revista los primeros artículos profesionales sobre su metodología (Campo, 1979) y estructura (Puerto, 1982). Paulatinamente fue consolidándose como el principal instrumento para introducir planes de modernización y saneamiento en los sectores en reconversión industrial (López-Casasnovas y otros, 2003). A principios de los años noventa, la Administración General del Estado y RENFE firmaron un primer Contrato Programa que ha sido su instrumento habitual de relación -más administrativa que política- pues el propio Tribunal de Cuentas (2004, pág. 129) había recomendado para los siguientes periodos «señalar unos objetivos más exigentes».

Estas pioneras experiencias, junto al desarrollo del presupuesto por programas y el seguimiento de sus objetivos, influyeron en el elevado protagonismo de los responsables económicos de la Administración del Estado frente a los responsables sectoriales, menos proclives a concretar y formalizar su actividad en términos claros y medibles (Alcalde, 2012) hasta el punto de considerar que la *trilateralidad* es una característica pacífica de los contratos presupuestarios (Albi y Onrubia, 2015). Todavía hoy, la estructura orgánica básica del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas atribuye a la Dirección General de Presupuestos el estudio, elaboración, propuesta, análisis y seguimiento de los contratos-programa entre el Estado y los agentes del sector público «en colaboración con los respectivos departamentos ministeriales» (art. 8.1, letras m y n del Real Decreto 256/2012).

Por su indudable importancia, la Ley 47/2003 General Presupuestaria dedicó dos preceptos a su regulación. El art. 68.1 establece un clausulado mínimo para los contratos-programa formalizados por el Estado con cualquier entidad que reciba subvenciones de explotación y de capital con referencias obligadas de hipótesis macroeconómicas, de aportaciones presupuestarias, de objetivos de la política de personal, de rentabilidad, de productividad o de reestructuración, así como sus indicadores de evaluación y los efectos del incumplimiento de los compromisos acordados. Todo ello previo el oportuno expediente de gasto, explicitando el importe máximo de las obligaciones a adquirir y, en caso de gastos de carácter plurianual, la correspondiente distribución de anualidades. Por otra parte, el artículo 171 exige una auditoría del Contrato Programa cuando las aportaciones se encuentren condicionadas al cumplimiento de determinados objetivos, al importe o evolución de determinadas magnitudes financieras, o al cumplimiento de determinadas hipótesis macroeconómicas con la finalidad de verificar su cumplimiento.

Dejamos a un lado su controvertida naturaleza ya analizada por los autores (Esteban y Arias, 2016) pues desde el punto de vista administrativo, si el prestador del servicio carece

de personalidad jurídica propia (una sección y programa presupuestario) supone una *encomienda de gestión* (art. 11.3_LRJSP que, en todo caso deberá ser publicada) pero cuando la prestación se realiza por una entidad de derecho público vinculada o dependiente de una Administración Pública (habitualmente, hospitales públicos con base fundacional o mercantil) es una variante de los *Convenios* interadministrativos (art. 47.2.b de la LRJSP) de carácter no contractual. En definitiva, no existe una regulación básica del Contrato Programa, fuera de esas genéricas previsiones, dejando pasar la oportunidad de concretar tan importante figura administrativa en las nuevas leyes 39 y 40 del año 2015, quedando en manos de la legislación presupuestaria para el Estado o la autonómica de turno.

En cualquier caso, el peso de la contraprestación económica es esencial y fuente de conflictos. Como dejó claro el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala Cuarta) en su sentencia de 29 de octubre de 2015, esa actividad económica (consistente en la prestación a la Región de las Azores, por parte de una sociedad (Saudaçor), de servicios en materia de planificación y de gestión del Servicio Regional de Salud, conforme a los contratos programa celebrados) debe interpretarse no sujeta al impuesto sobre el valor añadido si la mencionada sociedad es un organismo de Derecho público, que lleva a cabo esa actividad actuando como autoridad pública, «siempre y cuando el órgano jurisdiccional remitente compruebe que la exención de dicha actividad no puede dar lugar a distorsiones significativas de la competencia».

El Contrato Programa se configura, por tanto, como un escalón clave de la planificación y del control de la gestión sanitaria, en el que se formalizan los compromisos entre las partes, se establecen los recursos disponibles para alcanzarlos y el sistema de evaluación y seguimiento del cumplimiento, a lo largo de un plazo de tiempo determinado. Esos compromisos se van adoptando *en cascada*, según se van formalizando los contratos en los distintos niveles de la organización sanitaria. Todo ello en el marco de los objetivos declarados tanto en el presupuesto por programas de la Comunidad Autónoma como en el Plan de Salud.

Una organización bien estructurada descansa sobre cuatro pilares (López-Casasnovas et al, 2016), los objetivos, el sistema de información, el de financiación e incentivos y por último el de su evaluación y control. El contenido del Contrato Programa refleja estos cuatro subsistemas -como la herramienta de mejora continua que es- y debe permitir su coherencia.

El Contrato Programa, sistemáticamente contiene una estructura similar en todas las CCAA: logros conseguidos y orientación estratégica a seguir – cartera de servicios – recursos (profesionales y económico-financieros) – objetivos – sistemas de información para evaluación y seguimiento. Ninguna parte es más importante que otra y todas unidas consiguen que el Contrato Programa funcione como herramienta de cambio en el Servicio de Salud (Heras, 1995). Es común que, en el propio Contrato Programa, no aparezca la metodología utilizada para la distribución de incentivos, una vez alcanzados los objetivos. Tampoco se plasman, las consecuencias de no conseguirlos. Esta información no se conoce, no se da a conocer si los objetivos son alcanzados o no

El gran reto, en cualquier caso, es que los objetivos sean participativos, conocidos y aceptados por las partes. El conflicto, sin embargo, puede venir por la falta de correspondencia entre los objetivos a corto plazo y los objetivos a largo plazo.

Determinar las metas y unos indicadores concretos que sirvan de base para la evaluación de las organizaciones es un capítulo de la literatura del *management* que se lleva estudiando casi un siglo. Su negociación es un problema complejo que entra en el campo de la *Teoría de la Decisión Multicriterio* que presenta una frontera de soluciones eficientes (Jiménez et al, 2008) en la que el decisor se moverá según sus preferencias y aspiraciones, sin una solución óptima. La economía de la salud aporta además, en términos generales, su propia metodología (Cabo et al, 2014) en la evaluación de las decisiones sanitarias que superan la clásica relación *coste-beneficio* (relación entre resultados y consumo de recursos económicos) como son la relación *coste-efectividad* (valoración del coste económico en relación con los años de vida ganados) y la relación *coste-utilidad* (apreciación subjetiva del beneficio obtenido por la persona, es decir los años de vida ajustados a la calidad). En definitiva, todos los gobiernos del mundo buscan identificar y corregir los desajustes para producir sistemas óptimos tanto maximizando los resultados de salud para una cantidad dada de gasto como minimizando ese gasto para el mismo nivel de resultados de salud. En concreto, se estima que si se utilizan los presupuestos sanitarios con mayor eficacia, se podría elevar la esperanza de vida mundial por más de cuatro años (World Economic Forum, 2016). Incluso, los mismos estándares actuales de esperanza de vida se podrían alcanzar con un tercio del actual nivel del gasto en salud.

3.1. Cartera de Servicios

La Cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Recoge las técnicas, tecnologías o procedimientos que facilitan todas las CCAA, de forma que pretende ser una foto de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

La Cartera de Servicios ha ido evolucionando a lo largo de estos años, categorizando el tipo de prestaciones sanitarias y modificando el origen de su financiación. A partir del Decreto 1030/2006, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se abre la puerta a que las CCAA y las mutualidades de funcionarios, en el ámbito de sus competencias, puedan elaborar y aprobar sus respectivas Carteras de servicios, incluyendo, cuando menos, la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.

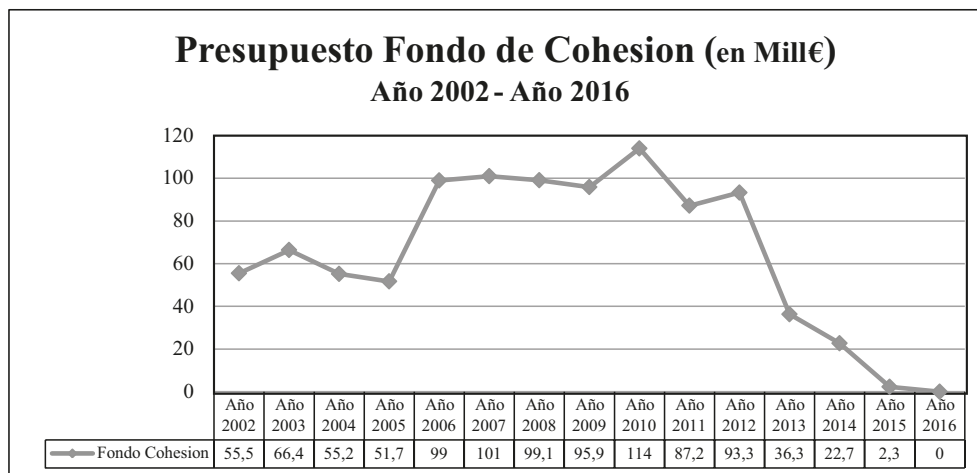
Las CCAA podrán incorporar en sus Carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual, establecerán los recursos adicionales necesarios, que no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. El Consejo Interterritorial conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones, sobre el establecimiento por parte de las CCAA de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud.

Recientemente, el RD-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, introduce una nueva categorización de la cartera de servicios comunes del SNS.

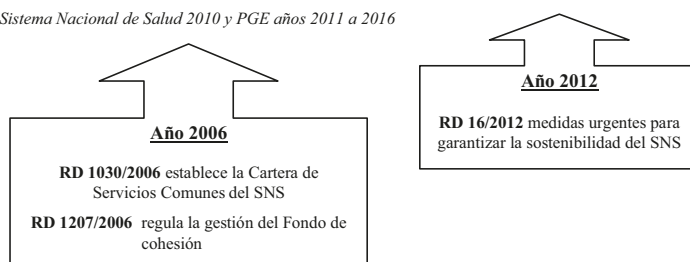
En su preámbulo, se justifica esta nueva categorización y las modificaciones en su financiación, aludiendo a la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, al crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema.

El Fondo de Cohesión Sanitaria que se ideó en 2001 precisamente para garantizar que cualquier ciudadano que no tuviera acceso en su Comunidad Autónoma a determinados tratamientos, los pudiera recibir en otra y ésta quedara compensada económicamente, ha desaparecido en los presupuestos de 2016.

La partida destinada al Fondo de Cohesión, garantizaba la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios independientemente de la Comunidad Autónoma en la que se tuviera residencia, pero se ha ido reduciendo en los últimos años hasta su desaparición, como muestra la tabla adjunta:



Fuente Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010 y PGE años 2011 a 2016



La cartera de servicios, como bloque del Contrato Programa, simplemente muestra el catálogo de servicios y prestaciones que el Servicio de Salud asume, incluyendo los servicios comunes del SNS y aquellos asumidos con los recursos adicionales propios. Son estos últimos los que hacen diferente a un Servicio de Salud de otro. Estas diferencias sin un fondo de cohesión que sustente la movilidad de pacientes entre CCAA, se puede convertir en una dificultad para la equidad en el acceso a la prestación sanitaria.

3.2. Los profesionales como protagonistas

Una de las exigencias prácticas del Contrato Programa es su negociación en un escenario necesariamente participativo, para fijar, evaluar e incentivar los objetivos que permitan vincular la financiación recibida con la actividad desarrollada, en el marco de un acuerdo explícito entre las distintas partes afectadas, que deben aceptar y previamente definir de forma que sus resultados sean medibles y verificables. Se seleccionan aquellos objetivos que minimicen el impacto y los costes asociados a los conflictos ulteriores, pues cualquier intento de introducir cambios en las organizaciones sanitarias sin resolver previamente las tensiones internas se verá bloqueado (Ruiz, 2004).

Este bloque irá orientado por tanto, al seguimiento y gestión de personal: su formación, competencias, entrada, permanencia y salida del sistema. Cada día se hace más necesario contar con un mapa de competencias diseñado a medida de las instituciones sanitarias, como herramienta fundamental para un nuevo modelo de gestión, más inclusivo, atendiendo a competencias no sólo de conocimiento sino de habilidad y de actitud de los profesionales, garantizando la mejor actuación en su puesto de trabajo.

El Modelo de Gestión por Competencias, desarrollado en Andalucía, se utiliza como herramienta para perfeccionar los distintos procesos de gestión de personas de manera coherente con los objetivos. Los elementos de esta estrategia, se identifican con el desarrollo de la gestión clínica, la gestión por procesos y la Gestión por Competencias como herramientas fundamentales para garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios. La Gestión por Competencias se basa en el desarrollo continuado de profesionales «excelentes» para la mejora continua en el cumplimiento de los fines del servicio sanitario público, a través de tres procesos fundamentales: formación, evaluación y reconocimiento de competencias.

No todas las CCAA han apostado por un modelo de gestión de recursos humanos, o profesionales, basado en la Gestión por Competencias. Pero si existen unos requisitos mínimos a desarrollar en las CCAA, ya que el Estatuto Marco, establece¹ la necesidad de crear planes de ordenación de recursos humanos como instrumentos básicos de planificación y de concreción de esa planificación en los Servicios Regionales de Salud. La función principal del Plan de Ordenación de Recursos Humanos consistirá en establecer los objetivos en materia de personal que la institución sanitaria considere adecuados cumplir, pudiendo así establecer las medidas necesarias en materia de cuantificación de recursos, acceso, movilidad geográfica y funcional, promoción... etc. La elaboración de este tipo de planes, de nuevo, se vuelve heterogénea y diversa tanto en el tiempo como en el fondo, en especial, para regular aspectos tan polémicos como la movilidad de los profesionales, y la jubilación del personal sanitario.

¹ **Ley 55/2003 Artículo 13. Planes de ordenación de recursos humanos.** 1. *Los planes de ordenación de recursos humanos constituyen el instrumento básico de planificación global de los mismos dentro del Servicio de Salud o en el ámbito que en los mismos se precise. Especificarán los objetivos a conseguir en materia de personal y los efectivos y la estructura de recursos humanos que se consideren adecuados para cumplir tales objetivos. Asimismo, podrán establecer las medidas necesarias para conseguir dicha estructura, especialmente en materia de cuantificación de recursos, programación del acceso, movilidad geográfica y funcional y promoción y reclasificación profesional.* 2. *Los planes de ordenación de recursos humanos se aprobarán y publicarán o, en su caso, se notificarán, en la forma en que en cada Servicio de Salud se determine. Serán previamente objeto de negociación en las mesas correspondientes.*

Una vez más, a la vista de la elaboración y desarrollo de la planificación estratégica de los recursos humanos, se evidencia la falta de cohesión, sin un plan impulsado desde el Consejo Interterritorial, ni siquiera desde el propio Ministerio de Sanidad.

Planes de Ordenación de Recursos Humanos de las Comunidades Autónomas

Últimas modificaciones en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos de las Comunidades Autónomas

Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Asturias		Cantabria Cataluña	Baleares Galicia	Aragón Canarias Castilla y León	Andalucía País Vasco	Extremadura	Castilla-La Mancha La Rioja

Fuente: Elaboración propia con los datos de últimos planes publicados

Si los Planes de Ordenación no son compartidos entre las CCAA, la competitividad entre profesionales puede frenar su participación en la consecución de objetivos del Contrato Programa. Aquí juega un papel importante la movilidad entre CCAA, la edad de jubilación y los modelos de gestión llevados a cabo en cada Servicio de Salud, fundamentalmente la sustitución del absentismo, los altos porcentajes de contratación temporal, y la ausencia de convocatorias de ofertas públicas de empleo.

3.3. El área económico-financiera es el núcleo del contrato

El tercer bloque indispensable en los contratos-programa incorpora los indicadores orientados al seguimiento presupuestario, al control del gasto y la planificación de las inversiones. Para muchos gestores públicos los indicadores del área económica suponen la parte prioritaria, generalmente tutelados desde la Consejería responsable en materia de hacienda, que se reserva además su seguimiento periódico. Quizás por ello, no tenga sentido la habitual patología de formalizar los contratos muy avanzado el año presupuestario, que lo convierte en un simple requisito formal para liberar la financiación.

El propósito último no es otro que cumplir el presupuesto en un escenario de habituales gastos sin crédito al final del ejercicio. La amarga experiencia de la Comunidad Valenciana cuya Sindicatura de Cuentas dejó en evidencia, durante más de una década, los altísimos importes de obligaciones sanitarias pendientes de imputar al presupuesto que, en 2008, alcanzaron el máximo de 1.837,6 millones de euros y aún se está sustanciando quien asume finalmente la multa comunitaria impuesta por falsear el déficit real español.

Todas las CCAA debieron enfrentar esta situación de desequilibrio y utilizar para ello los contratos programa. En 2013, la Comunidad de Madrid diseñó e implantó el denominado «Plan de Garantía de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público» incentivando la reducción del gasto, la mejora de eficiencia mediante el uso racional de los recursos, del incremento de la productividad, la optimización de los procesos y la planificación de recursos humanos. Para mantener la calidad asistencial garantizaba unos indicadores de salud de la

población madrileña y se proponía «corresponsabilizar mediante la participación a todos los profesionales que trabajan en el sistema sanitario madrileño». Uno de los logros iniciales del plan fue la reducción del gasto en farmacia, que disminuyó en un 4,23% en 2013 mediante compras centralizadas de productos sanitarios y de suministro de plasma para posterior reparto entre los hospitales.

4. El reto de los sistemas de información

La implantación de herramientas de mejora continua requiere contar con unos avanzados y sofisticados sistemas de información, tanto interna como externa. El nuevo concepto de gobierno corporativo busca, entre otras cosas, la integración de la gestión tecnológica y su carácter estratégico, hasta el punto de recomendar la inclusión de consejeros independientes con experiencia en sistemas de información (AECA, 2016).

Es un hecho que los centros sanitarios han venido incorporando esas nuevas tecnologías y aplicaciones orientadas a la mejora tanto de la prestación de sus servicios como a la integración de los procesos así como de la información fiable, precisa y oportuna, tanto clínica como económico-financiera capaces, por un lado, de facilitar información ejecutiva de soporte a decisiones para los directivos; y por otro de automatizar el trabajo administrativo, integrando y distribuyendo la información de todos los niveles y componentes de diferentes ámbitos: profesionales, actividad asistencial y sanitaria, recursos materiales y financieros (AECA, 2013).

En un único Sistema Nacional de Salud con 17 Servicios de Salud resulta complicado identificar los sistemas de información corporativos presentes en las distintas CCAA. Compartiendo la única intención de avanzar hacia un sistema integrado, todas están trabajando con aplicativos distintos pero orientados en las mismas líneas.

Respecto a los sistemas de información *asistenciales*, la LGS ya previó en su artículo 23 que las administraciones sanitarias, de acuerdo con sus competencias, deberían crear los registros y elaborar los análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que pueden derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria. Más adelante la Ley 16/2003 *de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* establece un sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud (artículo 53) contemplando expresamente la realización de estadísticas en materia sanitaria (artículo 55). En la actualidad, el Real Decreto 1658/2012, por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional 2013-2016 incluye la explotación estadística del CMBD, entre las operaciones estadísticas del sector salud.

Las diversas CCAA se han dotado de su propio sistema de gestión contable y de recursos humanos que ha ido evolucionando, acomodando las aplicaciones de gestión sanitaria. Las Intervenciones Generales han liderado ese proceso, en el marco del control presupuestario y del periódico seguimiento de las magnitudes económicas, así como de exigencia de información periódica al Ministerio de Hacienda. Algunas han sido desarrolladas con sistemas propios y otras con la plataforma SAP, comprometiendo grandes partidas presupuestarias en su desarrollo y mantenimiento, casi siempre con servicios externos, lo que abre un interesante debate sobre su seguridad y futuro.

En la práctica, las CCAA cuentan con sus propios aplicativos sanitarios. Así, *Diraya*, es el sistema que se utiliza en el Sistema Sanitario Público de Andalucía como soporte de la historia clínica electrónica. En el Servicio de Salud del Principado de Asturias, *SELENE* se encarga, junto a *Millenimum*, de la Gestión de pacientes e Historia Clínica Electrónica. *Abucasis* es un sistema para la gestión sanitaria para la «Agencia Valenciana de Salud y Jara», el soporte del sistema de información asistencial en el Servicio Extremeño de Salud. En la Atención Primaria el más conocido y usado es *OMIap*, implantado en el País Vasco, Galicia, Asturias, Cantabria, La Rioja, Navarra, Aragón, Catalunya, Murcia, Madrid, Castilla la Mancha, Canarias. El sistema *Osabide* permite compartir el historial sanitario de Osakidetza entre los centros sociales y socio-sanitarios. La Tarjeta Sanitaria, el Sistema de Historia Clínica Digital y el Sistema de Receta Electrónica son tres proyectos basados en las TICs que tienen vocación vertebradora entre todos los agentes de un sistema sanitario público que cuenta con tres mil centros de salud, diez mil consultorios de atención primaria y una red de 325 hospitales, que carecen de un sistema de información integrado a nivel del Estado que supere las evidentes limitaciones del fraccionamiento a nivel regional (Martín y López del Amo 2007). Un escenario constantemente presente en nuestro debate político y territorial, con innumerables singularidades.

Todas estas herramientas singulares han exigido -y continuarán exigiendo- una costosa inversión que pone de relieve el interés de las instituciones sanitarias por la obtención de información en tiempo y forma para facilitar la toma de decisiones. Muchos gobiernos subordinan el apoyo financiero a las inversiones en tecnología de la información a alcanzar ganancias de eficiencia, contraídas en virtud de los contratos-programa (Cour des comptes, 2016). En España, el propio Tribunal de Cuentas (2016b, pág. 50) ha criticado la deficiente información recibida de las consejerías de salud de las CCAA, desde 2013 hasta 2015, que *«ha sido incompleta, heterogénea respecto a las unidades de medida y formato de los archivos remitidos, dispar en el contenido de la información relativa a consumos o adquisiciones y carente de uniformidad en los periodos de referencia, lo que no ha permitido disponer de datos fehacientes del gasto farmacéutico hospitalario»*.

4.1. Aprovechar la transformación digital del sector

Existe un claro consenso en el sector sanitario sobre la necesaria -e inevitable- transformación digital del sector de la salud, diseñando una amplia estrategia de e-salud, que debe abarcar toda la organización sanitaria. El concepto de transformación digital abarca conceptos tan amplios como la calidad en los servicios, la transparencia y la eficiencia en los costes. Se busca generar conocimiento de valor a partir de los datos mediante aplicación de tecnologías, simplificando las tareas, eliminando obstáculos y proporcionando alternativas compatibles en aras de conseguir servicios más eficaces y eficientes, más cercanos a las necesidades de usuarios y profesionales.

Los representantes de los sectores tecnológicos implicados (AMETIC-FENIN-SEIS, 2016) formulan 10 medidas para impulsarla, liderados por el Ministerio de Sanidad, reiterando la necesidad de una mayor cultura de transparencia para medir y comparar los resultados en salud de los centros sanitarios, posibilitando el acceso y la generación de datos por parte de las CCAA que les permitan su comparación. Proponen alcanzar el consenso y el impulso

político necesario para crear -y seguir- las recomendaciones de un futuro Centro Nacional para la Salud Digital para la transformación electrónica de las organizaciones sanitarias, con el liderazgo institucional del ministerio.

A pesar de este vacío en las web corporativas de los servicios de salud, la implicación en la gestión de los servicios sanitarios para obtener una mejora en los resultados de salud ha cosechado sus frutos, a la vista de los últimos informes nacionales (SEIS, 2016) que permiten ser optimistas en los desarrollos y proyectos TIC que tienen previsto abordar próximamente las agendas sanitarias autonómicas.

4.2. Evaluación: opaca y singular

Como concepto en constante expansión la rendición de cuentas entre agente y principal exige tres elementos estructurales: un gestor llamado a dar cuentas de su cometido, alguien que tiene derecho a exigirlo y la capacidad del titular del derecho para generar consecuencias negativas en caso de rendimiento deficiente (Kingsbury y Stewart, 2016). ¿Se dan estas sencillas características en la gestión sanitaria española? Veremos que no es así.

Aunque es habitual que los contratos-programa incorporen las previsiones de evaluación del cumplimiento de los pactos, cerrando el círculo virtuoso, digamos desde ahora que es difícil encontrar disponibles, en los portales de salud de las CCAA, los resultados de evaluación de los objetivos de los contratos programa ni los resultados de su seguimiento. Tampoco se divulgan evaluaciones independientes, fuera de algunas esporádicas fiscalizaciones singulares como las acometidas por la Cámara de Cuentas de Andalucía (2014, 2013). Algo habitual en un país como el nuestro que demuestra aversión a la evaluación, porque la *meritocracia* no cotiza más allá del fútbol. En palabras de López-Casasnovas y López-Valcárcel (2016) la falta de una cultura de evaluación y priorización junto con el *buenismo* sanitario alimenta el universalismo de barra libre con un fuerte coste en términos de eficiencia.

Esta ausencia de un documento de evaluación global es clamorosa en el ámbito presupuestario por programas, que debería traducir los valores de realización recogidos en los Acuerdos o contratos-programa de cada centro o área de gestión al correspondiente indicador del presupuesto, de tal forma que establezca valores para el conjunto del organismo. Así se puso de manifiesto por el Consello de Contas de Galicia (2016a) que recomendó (página 87) mejorar el acceso a la información sobre la actividad, la calidad y los resultados del sistema sanitario: «Dicha información debe publicarse de manera periódica, sistematizarse de forma estructurada y ordenada y, por último, ser accesible, fácilmente interpretable, útil y comparable. Debe aprovecharse el elevado nivel de calidad y desarrollo de los sistemas y tecnologías de la información con los que cuenta la institución».

El propio Consello de Contas de Galicia viene reiterando en sus informes (por todos, 2016b, pág. 17) la débil separación de responsabilidades, en la práctica, reflejada en la limitada capacidad en el ejercicio de las funciones de evaluación de la gestión del organismo, reducida «a poco más que la Inspección de Servicios Sanitarios». Como ha apuntado Urbanos Garrido (2012) es preciso que la información sobre el rendimiento de los centros sanitarios sea pública, de forma que se incentive la competencia entre ellos por comparación. En defi-

nitiva, la opacidad es quizás el más sencillo de los desafíos que enfrenta la gestión sanitaria en materia de contratos programa. Es un problema de voluntad política.

Algunas veces, la evaluación se atribuye a algún centro directivo competente en materia sanitaria (así, en el Decreto 140/2013 de la Junta de Andalucía que los atribuye la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud) y otras puede darse el caso de la participación de los responsables del seguimiento y control presupuestario, como en Castilla y León (Decreto 57/2014 de 4 de Diciembre). También es posible conformar una comisión de seguimiento con miembros de los diversos niveles que permitan evaluar con regularidad la ejecución del Contrato Programa.

4.3. La delicada cuestión de los incentivos

El sistema de incentivos debe promover la convergencia de intereses del personal, así como garantizar el cumplimiento de los compromisos pactados. No se trata de incentivar al gerente del centro sino de establecer una cadena que permita *alinear* la organización, algo más parecido a un arte que a una técnica vista la diversidad de protagonistas ¿Cómo acertar entonces? Alinear los intereses de los profesionales es uno de los grandes desafíos de las gerencias de cualquier sector.

Albi y Onrubia (2015) recuerdan que es preciso tener en cuenta dos tipos clásicos de distorsión de la información entre agente y principal: la denominada «selección adversa» y el «riesgo moral». Ambos tienen relación con la mayor o menor transparencia en el conocimiento de la medición de los resultados. El primero se da cuando una de las partes contratantes dispone de información que desconoce la otra y la utiliza en su provecho. El riesgo moral surge porque la información disponible impide aislar con precisión la influencia del esfuerzo del agente en el resultado final, que bien puede tener otras causas aleatorias (por ejemplo: intervenciones quirúrgicas de mayor o menor complejidad). Ambas patologías se reducen aumentando la frecuencia de las evaluaciones.

En la práctica, la atribución del incentivo de productividad suele presentar una distribución fija mensual entre los equipos directivos de las gerencias en función del logro de los objetivos del año anterior, que debe ajustarse de acuerdo con los porcentajes resultantes de la evaluación de los respectivos contratos programa o de gestión del ejercicio vigente. El Tribunal de Cuentas (2016, pág. 87) censura este procedimiento si esa anticipación no está bien sustentada en la correspondiente normativa reguladora: «determinándose que dichos objetivos de contenido económico, fijados y evaluados, tendrían la consideración de condición necesaria, de modo que su incumplimiento total o parcial impedía la percepción de este concepto retributivo». Lo apunta la Cámara de Cuentas de Andalucía (2011, pág. 8) con esta sorprendente frase: «Deben ser retadores pero alcanzables».

Para ello, los incentivos profesionales deben ser estimulantes, aunque aquí entramos en otro de los grandes retos del ámbito sanitario, la escasa información pública y transparente en todas las CCAA impide emitir juicio fundamentado sobre el pago por rendimiento o productividad variable (Martín, 2015). Un buen ejemplo se encuentra en las fiscalizaciones singulares de la Cámara de Cuentas de Andalucía (2014, pág. 37.) que concluye sobre los incentivos del personal directivo «sin poder analizar la objetividad de los criterios utilizados ni, en consecuencia, la razonabilidad de la evaluación del desempeño profesional de los titulares de los

puestos indicados». En Andalucía, se aprobó el año 2002 un modelo de retribución variable, el Complemento de Rendimiento Profesional (CRP) que introduce la Dirección por objetivos como herramienta de gestión, en el que todos los profesionales tienen el derecho y la obligación de conocer los objetivos de su centro y unidad donde prestan servicios y a ser evaluados en cuanto al desempeño realizado en su puesto de trabajo. EL CRP primará tanto la consecución de resultados de equipo como los de carácter individual de cada profesional integrante del mismo.

Siempre ha existido un complemento de productividad distribuido entre los profesionales. Las primeras CCAA que fueron transferidas tenían sus propias sistemáticas, diferentes a la utilizada en el antiguo INSALUD, basadas en compromisos, objetivos y metodologías que en mayor o menor grado se asentaban en técnicas artesanales, en las que participaban los propios profesionales. Con el paso del tiempo y la implantación de nuevos modelos de gestión, en pro de mejorar la calidad en el servicio, conseguir un uso más eficiente de los recursos, y participar del alto desarrollo de nuevas tecnologías, nos encontramos con que los incentivos en las CCAA están generando grandes desigualdades en los propios equipos de trabajo.

El modelo de incentivos creado en algunas CCAA se basa en algoritmos laboriosos, complejos e incomprensibles, sustentados en el mejor de los casos bajo una extensa normativa estrictamente autonómica, que dificulta la medida y comparación con el resto de CCAA. Nos encontramos así, ante unos «incentivos económicos», que se crearon para motivar, crear un estímulo positivo de producción, generar compromiso, y fidelizar al profesional con su responsabilidad, que era la atención al paciente y la mejora en resultados de salud; y sin embargo, lo que se ha creado es un monstruo que enfrenta y divide a profesionales en el mismo equipo, genera desigualdades (cuando no afrontas) entre profesionales de la misma categoría. Además, acrecienta las diferencias entre equipos multidisciplinares de diferentes CCAA dilapidando esa motivación intrínseca que aporta el ejercicio de la medicina. Si a esto añadimos que, a pesar del alto nivel tecnológico, no tenemos herramientas que nos permitan medir y comparar que efectivamente los objetivos se cumplen y los resultados son positivos, nos encontramos ante una gran paradoja en un horizonte incierto y cercano.

Las Instituciones de Control Externo han detectado algunas dificultades en la elaboración y gestión tanto de los objetivos como de sus coherentes incentivos para el personal sanitario. Los objetivos no siempre se cumplen, algo que no se comprueba ni se publica, y que lejos de motivar a los profesionales y a los gestores en un mayor esfuerzo o implicación en su consecución, repercute en el grado de exigencia de los objetivos, pactando retos cada día más flexibles, estableciendo objetivos de obligado cumplimiento por su propia naturaleza. Así, el esfuerzo se concentra en aspectos economicistas, como el ahorro directo más que en resultados de salud, lo que provoca el bloqueo en las negociaciones de objetivos, puesto que los límites en objetivos orientados hacia el ahorro son finitos y tocan techo antes que la orientación hacia resultados de salud.

5. Hacia donde nos dirigimos

Han pasado más de 15 años desde la culminación del traspaso de competencias y nuestro Sistema Nacional de Salud sigue teniendo los mismos retos organizativos: coordinación entre niveles asistenciales, sostenibilidad del gasto, incorporación de nuevas tecnologías y

opacidad sobre el logro de objetivos. En un escenario tan necesitado de transparencia no existen procesos de rendición de cuentas fidedignos a pesar de las costosas aplicaciones tecnológicas de distinto origen implantadas en las CCAA (Urbanos et al, 2014). Siguiendo la recomendación del Tribunal de Cuentas (2016b), debería existir una mayor integración de todos los sistemas de tratamiento de la información utilizados por los distintos agentes sanitarios impulsando los mecanismos de obtención fehaciente de datos.

A pesar de desconocer los resultados de cumplimiento de objetivos, el Contrato Programa sigue siendo el documento que formaliza el pacto entre instituciones, y también la herramienta a través de la cual se justifica el traspaso de créditos y de presupuestos iniciales a los centros. Esta obligatoriedad en la firma del documento lleva a los gestores a implicarse en los objetivos y avanzar en los proyectos, ahí radica la utilidad. Sin embargo, su utilización como «único» documento de pacto conocido, no ha sido capaz de vincular sus resultados a la toma de responsabilidades, ni siquiera de alcanzar los niveles de transparencia deseados, de aquí que esta herramienta que nació como instrumento de gestión, si no se utiliza con todo su potencial, pueda convertirse en un mero documento a través del cual se puedan sustentar determinadas actuaciones sin mayor justificación.

A la vista de la diversa evolución en las CCAA, la falta de cohesión y la inexistencia de un Ente que coordine tanto los modelos de gestión, como la innovación en los servicios y las orientaciones estratégicas, está provocando una competitividad entre Servicios de Salud que, lejos de beneficiar a los usuarios -ciudadanos al fin y al cabo bajo un único Servicio Nacional de Salud- está generando grandes desigualdades.

Los Planes de Salud diversifican a las comunidades entre aquellas que elaboran planes regularmente y las que no lo han actualizado en los últimos 10 años, incluso en una comunidad no se ha elaborado nunca. Los Planes de Ordenación de Recursos Humanos y su falta de aplicación permiten a algunas CCAA tomar a los profesionales como rehenes de la propia incompetencia de sus gestores, fundamentalmente donde no se convocan oposiciones, ni traslados, impidiendo su desarrollo profesional. Ni siquiera hay consenso sobre el momento de la jubilación. Este panorama dificulta la participación del profesional en nuevas formas de gestión en las que no se siente implicado. El continuo cambio de gestores, con diferente implicación en la orientación estratégica dificulta culminar planes a largo plazo, y menos aun llevar a cabo la evaluación de líneas de actuación que no se ponen en marcha.

Otra razón que ahonda y cronifica la desigualdad entre CCAA es la nueva categorización de la cartera de servicios y las modificaciones en su financiación, permitiendo que, en el respectivo ámbito de competencias, puedan elaborar y aprobar sus respectivas carteras vinculadas a su situación presupuestaria, en un momento de crisis económica que ha evaporado la partida presupuestaria dedicada al Fondo de Cohesión.

A pesar de todas estas dificultades y gracias a la tenacidad y persistencia en el cumplimiento de los objetivos del Contrato Programa, se avanza, aunque a diferente velocidad entre los distintos territorios y hoy, los ciudadanos de las CCAA más comprometidas cuentan con el derecho a una segunda opinión, tienen la garantía de un tiempo máximo de espera, pueden elegir libremente su médico de familia, pediatra y especialista, tienen acceso a la receta electrónica que evita asistir a consultas innecesarias y gracias a compartir una historia clínica digital es posible acceder a ella desde cualquier lugar fuera de su área de referencia. Aquí

cabe preguntarse si se trata del logro de algunos Servicios de Salud o del derecho de los ciudadanos en conflicto con los requisitos de estabilidad presupuestaria, pues no se llega a todos los españoles a la vez, ni tampoco de la misma forma. El desarrollo de líneas estratégicas entre las distintas CCAA y la diversidad en la forma de llevarlas a cabo innovando en nuevas formulas de gestión y participación puede ser enriquecedor en cuanto al planteamiento de soluciones a problemas comunes, pero la carencia de un esquema mínimo común y avalado por un organismo único (Ministerio, SNS, Consejo Interterritorial) puede convertirse en un factor de riesgo que potencie la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios o en la protección a la salud.

El Contrato Programa es, sobre el papel, una eficaz herramienta de gestión para alcanzar las metas e implementar los valores de la organización, promoviendo la convergencia de intereses del personal pero exige de gran transparencia en todo el proceso: desde la planificación y los objetivos estrella en cada periodo o las condiciones en la firma del acuerdo, hasta su seguimiento, con la evaluación de objetivos, incentivos y resultados. Sin embargo, no ha conseguido el nivel de participación deseable de los profesionales, ni la transparencia que la institución debe a sus ciudadanos, ni la evaluación aun por desarrollar y de la que se hace gala en documentos organizativos, de planificación y desarrollo.

Bibliografía

- AECA. Documentos. Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. Madrid. (2016). *Gobierno corporativo y sistemas de información*. (2013). *Tecnologías de la Información en el Sector Hospitalario*.
- Aguilar Villanueva, L.F. (2007) *Gobernanza y gestión pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Albi Ibáñez, E. y Onrubia Fernández, J. (2015). *Economía de la gestión pública. Cuestiones fundamentales*. Madrid, Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Alcalde Hernández, J.C. (2012). «La gestión por resultados y su control en el sector público» en *Presupuesto y gasto público*, Nº 69. Págs. 75-90.
- ametic-fenin-seis (2016). *Hacia la transformación digital del sector de la salud*. Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Contenidos Digitales (AMETIC), Federación de Empresas de Tecnologías Sanitarias (FENIN) y la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS).
- Antelo M., Fraga J.M. y Reboredo J.C. (2010). *Fundamentos de Economía y Gestión de la Salud*. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela..
- Berraondo Zabalegui, I. (2015) «El contrato-programa como instrumento para el cambio del modelo asistencial en el País Vasco,» *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*: Vol. 7: Iss. 1, Article 9.
- Cabo Salvador, J. y Belmont Lerma, M.A. (2014). «Sistemas sanitarios y reformas sanitarias. Enfoque hacia la calidad» en *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias* (Dir: Cabo Salvador, Javier). Ediciones Díaz de Santos. Pág. 1-48.

- Campo Sáinz de Rojas, J. «La metodología de los contratos de programa», en *Presupuesto y Gasto Público*, nº 1, 1979, págs. 77-84.
- CEOE (2016). *El libro blanco de la sanidad*. Confederación Española de Organizaciones Empresariales.
- Cortázar Neira, I. (2015) «Las formas de gestión de la sanidad pública en España». *Gabilex, Revista del Gabinete Jurídico de Castilla-La Mancha*. Nº 2, Junio 2015. Págs. 131-182.
- Cuervo García, Á. (2001). *Introducción a la Administración de Empresas*. Civitas
- Domínguez Martín, M. (2013) «Formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: de la Ley General de Sanidad a las fórmulas de colaboración público-privada» en *Tratado de derecho sanitario*. Autores: Palomar Olmeda (dir. congr.), Cantero Martínez (dir. congr.), Larios Risco (coord.), González García (coord.), Montalvo Jääskeläinen (coord.) y Pemán Gavín (pr.). Vol. 1. Aranzadi, Cizur Menor (Navarra). Págs. 401-434.
- Esteban Álvarez, A.I. y Arias Rodríguez, A. (2016). «30 años de reforma sanitaria. Situación actual y perspectivas de la gestión clínica en España» en *Revista Española de Control Externo*, nº 53. Tribunal de Cuentas. Págs. 67-105.
- González-Páramo, J.M. y Onrubia Fernández, J. (2003). «Información, evaluación y competencia al servicio de una gestión eficiente de los servicios públicos» en *Papeles de Economía Española*, núm. 95.
- Heras Gómez, A. (1995). «El contrato-programa» en *Auditoría Pública*, nº 4, págs. 32-35.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010. *Epígrafe 1.3 Fondo de Cohesión Sanitaria. Distribución del Fondo de Cohesión 2002 -2010*
- Informe Idis (2016). *Sanidad privada, aportando valor. Análisis de Situación 2016* de Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad, Madrid.
- Jiménez López, M.; Rivas Pérez, J.A. y Zubia Zubiaurre, M. «Un modelo de programación por metas para la elaboración del contrato-programa de un hospital público» en *Cuadernos de gestión*, Vol. 8, Nº 1, 2008, págs. 73-88.
- Kingsbury, B. y Stewart, R. B. (2016) *Hacia El Derecho Administrativo Global: Fundamentos, Principios y Ámbito de Aplicación*, Editorial Derecho Global-Global Law Press.
- López-Casasnovas, G. (2016). «Innovar para la mejora del sistema sanitario» en *Innovación y solvencia: cara y cruz de la sostenibilidad del sistema sanitario español* (Del Llano Señaris y Moreno Úbeda, editores) Fundación Gaspar Casal. Págs. 31-47.
- López-Casasnovas, G. (director); Ganuza, J.J.; Planas Miret, I. y Puig-Junoy, J. (2003). *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. Colección Estudios Económicos, Núm. 31. La Caixa, Barcelona.
- López-Casasnovas, G. y González López-Valcárcel, B. (2016). «El sistema sanitario en España, entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer» en *Papeles de economía española*, Nº 147 (Ejemplar dedicado al gasto público en España: presente y futuro, coord. por Santiago Lago Peñas, Jorge Martínez Vázquez), págs. 190-211.
- Martín Martín, J.J. (2015). «Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud en *Presupuesto y gasto público*, Nº 79. Págs. 149-162.
- Martín Martín, J.J. y López del Amo González, M.P. (2007). «La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias» en *Presupuesto y gasto público*, Nº 49, págs. 139-161.

- Martínez Aguayo, C. y Martín Acera, S. (1994) El contrato programa: ¿qué es?, ¿cuál es su importancia? en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Vol. 68, Nº 3. Dirección General del Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mintzberg, H. (1988). *La estructuración de las organizaciones*. Ariel, Barcelona.
- Palomar Olmeda, A. (2013). «El modelo de sanidad pública: algunas consideraciones de carácter introductorio y generales sobre la conformación de un servicio público esencial» en *Tratado de derecho sanitario*. Autores: Palomar Olmeda (dir. Congr.), Cantero Martínez (dir. Congr.), Larios Risco (coord.), González García (coord.), Montalvo Jääskeläinen (coord.) y Pemán Gavín (pr.). Aranzadi, Cizur Menor (Navarra). Págs. 67-102.
- Puerto Cela, M. «Estructura de los Contratos-Programas» en *Presupuesto y gasto público*, Nº 14, 1982, págs. 105-116
- Rey Del Castillo, J. Coordinador (2015). *Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España*. Fundación Alternativas, Madrid.
- Rivero Ortega, R. (2011): «Simplificación administrativa y administración electrónica: objetivos pendientes en la transposición de la Directiva de servicios» en *Revista Catalana de Dret Públic*, núm. 42.
- Ruiz Iglesias, L. (2004). *Claves para la Gestión Clínica*. McGrawHill, Madrid.
- SEIS (2016). *Índice SEIS, 2015*. (Coord.: García Codina, Martínez del Cerro y Álvarez Cantalapiedra). Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS)
- Temes, J.L. (2002). *Gestión hospitalaria*. McGraw-Hill. Madrid.
- Urbanos Garrido, R.M. (2012). *Sistema sanitario, salud y sostenibilidad*. Fundación Ideas.
- Urbanos Garrido, R.M. y González López-Valcárcel, B. (2014). «El modelo sanitario en peligro» en *Mediterráneo económico* Nº. 25, págs. 331-346.
- Ventura Victoria, J. (1997). «Coordinación e incentivos en la sanidad pública: el caso asturiano» en *Revista Asturiana de Economía*, Nº. 8, (Ejemplar dedicado a: Economía de la salud: eficiencia y gestión), págs. 49-63.
- World Economic Forum (2016) *Misaligned Stakeholders and Health System Underperformance. Industry Agenda Council on the Future of the Health Sector*.
- Zambonino Pulito, M. (2016). «Reformas en la gestión directa de los servicios sanitarios ¿huida o vuelta al derecho administrativo?» en *Revista General de Derecho Administrativo*, Nº 41.

1. Informes de fiscalización

España. TRIBUNAL DE CUENTAS

(2004). *Informe de fiscalización del cumplimiento del contrato-programa suscrito entre la Administración General del Estado y RENFE para el periodo 1999/2000*.

(2016a). *Informe Anual de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, ejercicio 2013*.

(2016b). *Informe de la actividad económica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el Área Farmacéutica 2014 y 2015*.

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

(2014). *Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir. Ejercicio 2012.*

(2013). *Análisis comparativo de dos Distritos de Atención Primaria. Ejercicio 2011.*

CONSELLO DE CONTAS DE GALICIA

(2016a). *Informe fiscalización sobre los objetivos del área del Sergas formulados en el documento presupuestario. Ejercicios 2011-2013.*

(2016b). *Informe de fiscalización del Servicio Gallego de Salud. Ejercicio 2014.*

SINDICATURA DE CUENTAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Francia. COUR DES COMPTES

(2016) «La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer» en el raport *Sécurité sociale 2016*.