

## 30 años de reforma sanitaria. Situación actual y perspectivas de la gestión clínica en España

---

**Ana Isabel Esteban Álvarez**

Universidad de Salamanca<sup>1</sup>

**Antonio Arias Rodríguez**

Sindicatura de Cuentas del Principado de Asturias<sup>2</sup>

### RESUMEN

Desde la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad y, sobre todo, tras la culminación de las transferencias sanitarias, hace ya 15 años, las CCAA del Estado español han intentado las más variadas formas de gestión de sus estructuras sanitarias, desde la propia gestión directa hasta la constitución de empresas públicas, de fundaciones sanitarias o de consorcios. Una diversidad de modelos organizativos que dificulta su evaluación tanto en la red pública como en la concertada o en la privada. La utilización de contratos-programa como herramienta con capacidad potencial para mejorar los resultados de gestión, aun contando con limitaciones propias de la normativa presupuestaria, laboral o de contratación administrativa, se ha erigido como el instrumento habitual de dirección y control en el ámbito sanitario, fijando objetivos y recursos, así como estableciendo toda una metodología de sistemas de información para su evaluación. Frente al clásico modelo jerárquico vertical, se han creado en su apoyo unidades de gestión clínica que reorganizan los servicios sanita-

---

<sup>1</sup> Doctoranda de «Administración, hacienda y justicia en el Estado Social». Licenciada en matemáticas por la Universidad de Granada. Hospital Universitario Central de Asturias.

<sup>2</sup> Síndico de Cuentas. Economista y licenciado en derecho. Doctor por la Universidad de Salamanca.

rios atribuyendo objetivos y compromisos internos, en un marco participativo y descentrado, cuyas características analizamos.

Terminaremos presentando las principales fortalezas y debilidades de estas herramientas tras las principales experiencias autonómicas así como las opiniones de los auditores institucionales, concluyendo con diversas propuestas para la mejora de la gestión.

**PALABRAS CLAVE:** Instituciones sanitarias, contrato-programa, gestión clínica, eficacia y eficiencia, rendición de cuentas.

## ABSTRACT

*Since the passing in 1986 of the General Health Law and especially following the completion of health system transfers 15 years ago, the Spanish regions (autonomous communities) have attempted various methods of managing their health system structures, from direct management to creating public companies, sanitary foundations or consortia. A variety of organizational models have been implemented, making it difficult to assess the public, concerted or private networks.*

*The use of program-contracts as a tool with a potential capacity to improve management results, even taking into account budget, labor or administrative contracting limitations, has emerged as the standard instrument of management and control in the health field, setting objectives and resources and establishing a whole methodology of information systems for evaluation. In contrast with the traditional vertical hierarchy model, clinical management units have been established to reorganize health services while assigning internal targets and commitments. These clinical management units are set up within a participatory and decentralized framework whose characteristics are analyzed.*

*We will finish by presenting the main strengths and weaknesses of these tools, after discussing the main regional experiences and opinions of institutional auditors, and we conclude with various management improvement proposals.*

**KEYWORDS:** Health institutions, program-contract, clinical management, effectiveness and efficiency, accountability.

## ÍNDICE

1. **Antecedentes.**—2. **Un Sistema Nacional de Salud descentralizado.**—3. **Tres décadas buscando las mejores formulas de gestión:** 3.1. El mito de la eficiencia.—4. **El Contrato programa:** 4.1. Su aplicación en el ámbito sanitario: A) *El Tribunal de Cuentas de Francia y la preocupación por el «alineamiento».* B) *La National Audit Office del Reino Unido: persiguiendo la sostenibilidad.* 4.2. Fortalezas y debilidades. Una visión desde el control externo.—5. **El último escalón: las Unidades de Gestión Clínica:** 5.1. Concepto. 5.2. La Gestión Clínica como herramienta de cumplimiento del contrato programa.—6. **La Gestión Clínica en la práctica:** 6.1. Variantes autonómicas.—7. **A modo de conclusión:** 7.1. Algunas verdades incómodas. 7.2. La gestión clínica como parte de la agenda política. 7.3. Perspectivas de futuro.—8. **Bibliografía.**—9. **Informes de fiscalización.**

## 1. ANTECEDENTES

La Constitución Española de 1978 estableció, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. La distribución constitucional de competencias sanitarias asignó al Estado, como en otros muchos sectores, la dirección de los aspectos considerados básicos y su coordinación. Por ello, la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, en coherencia con nuestro estado autonómico, dio respuesta a esas previsiones atribuyendo las competencias a las Comunidades Autónomas (CCAA). En particular, el artículo 50 dispuso la constitución en cada Comunidad Autónoma de un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales o intracomunitarias, gestionados, en los términos establecidos en la Ley, bajo el respectivo Gobierno regional.

La creación de esos servicios de salud de las CCAA se fue realizando de forma paulatina según se iban concretando las respectivas transferencias. La LGS adoptó un modelo de prestación y organización de los centros y servicios fundamentalmente de gestión directa, regulando asimismo la vinculación de los hospitales generales de carácter privado mediante convenios singulares y conciertos para la prestación del servicio sanitario con medios ajenos.

La LGS determinó como unidad organizativa básica el área de salud, órgano desconcentrado por demarcaciones y especializado, sin prejuzgar la organización de los servicios públicos sanitarios, que la mayoría de las CCAA atribuyeron a un prestador principal con forma de personificación pública del tipo organismo autónomo; es decir entidades de Derecho público sujetas al Derecho administrativo (Servicio Andaluz de Salud, Servicio Aragonés de Salud, Servicio Canario de Salud, Servicio Cántabro de Salud, Servicio Extremeño de Salud, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Servicio Gallego de Salud, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Servicio Riojano de Salud, el Servicio de Salud del Principado de Asturias y el Servicio de Salud de las Illes Balears). Otras CCAA han optado por entidades públicas empresariales o equivalentes (Cataluña, País Vasco, Madrid y Murcia) donde, con diversas denominaciones y matices, se encuadran dentro de la figura de ente público que se somete al derecho privado.

## 2. UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESCENTRALIZADO

Culminado el proceso, nos encontramos en un escenario con conocidos problemas y restricciones de muchas clases: uniformidad de las prestaciones, financiación insuficiente y compromisos sin partida presupuestaria, un gasto farmacéutico creciente (del 9.2%, en 2015), el uso intensivo de las onerosas innovaciones diagnósticas y terapéuticas, una retribución con espiral de emulación al alza con diferencias autonómicas significativas consecuencia de la falta de coordinación e integración (MARTÍN, 2015) y, en fin: una información fragmentada por CCAA, con problemas de compatibilidad cuya resolución exigiría costosas inversiones. Nuestra mejor doctrina profesional lleva décadas exigiendo disponer de un sistema de información integrado a nivel del Estado, que supere las evidentes limitaciones del fraccionamiento a nivel regional (MARTÍN, 2007) y permita comparar simultáneamente y de forma homogénea el conjunto de organizaciones sanitarias. Como ejemplo se suele citar la caótica información sobre listas de espera, que impide su comparación (RODRÍGUEZ-VIGIL, 2012).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) aspira a vencer esas dificultades intentando ser un conjunto coordinado que integre todas las funciones y prestaciones sanitarias de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las CC.AA. Unos servicios que se concentran bajo la responsabilidad autonómica pero cuyos poderes de dirección (en lo básico) y de coordinación están atribuidos al Estado. La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS, aunque aclaró la cartera de servicios y los derechos de los ciudadanos, ha pasado a considerarse *inane* (RODRÍGUEZ-VIGIL, 2008) en relación a la coordinación del sistema, facilitando la ocultación de los problemas. La ley, aprobada por amplio consenso de los grupos parlamentarios, se denominaba con dos sustantivos de importancia capital: la *cohesión*, que no pasaría de simple yuxtaposición de las Administraciones sanitarias autonómicas con un Consejo Interterritorial de carácter voluntario-cooperativo y mero «lugar de encuentro» (ÁLVAREZ GONZÁLEZ, 2013,) y la *calidad* (total) como principio de actuación, que guarda evidente relación con el principio constitucional de eficacia (PAREJO, 2004) en los presupuestos determinantes del marco jurídico de la organización y funcionamiento del Estado. Así, crea los planes nacionales de calidad, el primero de los cuales se inicia en 2006 y el segundo en 2010, que no han podido evitar durante los últimos años un importante descenso en el nivel de satisfacción ciudadana con su asistencia sanitaria. Desde el año 2011, fruto quizás de los recortes presupuestarios

de la crisis, desciende desde el 69% de la población que decía estar satisfecha o muy satisfecha con su nivel de atención sanitaria, mientras que en 2014, sólo el 47,8% afirma lo mismo (AEVAL, 2015).

Hay una preocupación general por la sostenibilidad del sistema y por el progresivo incremento de los gastos sanitarios con importantes aspectos financieros, políticos, profesionales, sindicales y también de estructura o prioridades. Algunos OCEX han venido advirtiendo oficialmente de estas tensiones. Por todos, destacamos la AUDIENCIA DE CUENTAS DE CANARIAS (2012) en su *Informe* sobre la *Evaluación de la Gestión del Gasto de las Administraciones Públicas Canarias en el Sector de la Sanidad, ejercicios 2004-2007* que alertó claramente: «De la información reciente se desprende que la sostenibilidad del sistema de salud está en entredicho, motivado por el envejecimiento de la población lo que hace que aumente el número de enfermos crónicos, que junto al coste de las nuevas tecnologías acarrearán un incremento del gasto sanitario».

En la actualidad, tras la Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, promulgada en el marco de la normativa de supervisión de la estabilidad presupuestaria, presenciamos una vuelta de tuerca en el control del gasto sanitario y en las obligaciones periódicas de información financiera. Así, incluye una modificación del artículo 106 LGS para exigir a las CCAA remitir al Ministerio de Hacienda —periódicamente para su seguimiento y publicación— información detallada de su gasto sanitario, especialmente el farmacéutico, las inversiones reales (incluidos los equipos de alta tecnología) así como las medidas adoptadas y su grado de avance, para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema. Para ello, crea un instrumento de apoyo al que deberán sumarse las CCAA —que recuerda al fondo de liquidez autonómica— y fija límites de gasto sanitario de tal manera que, en las CCAA *adheridas*, la variación interanual, a ejercicio cerrado, del gasto farmacéutico no podrá ser superior a la tasa de referencia de crecimiento del PIB de la economía española». De no ser así, aquellas CCAA incumplidoras deberán aplicar «las medidas de mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario que sean acordadas por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos».

### 3. TRES DÉCADAS BUSCANDO LAS MEJORES FÓRMULAS DE GESTIÓN

Ya en 1991, el conocido *Informe de la Comisión Abril* anticipaba que el gasto sanitario crecería en el futuro de forma inexorable, respaldando por un lado separar las funciones de financiación

frente a la gestión y provisión (introduciendo una atrevida competencia entre los hospitales o entre los centros de salud) así como la separación de los presupuestos de asistencia sanitaria y de prevención o promoción de la salud pública evitando lo que denominaba MUÑOZ MACHADO (1995) «la propensión a una cierta esquizofrenia por el desempeño de sus responsabilidades» que dieran lugar a desviaciones presupuestarias para otros fines.

En palabras de CORTÁZAR NEIRA (2015b) se trataba una apuesta «demoledora con el Derecho público» pues le negaba capacidad de adecuarse a las necesidades de gestión, precisando una organización de carácter más empresarial. Así, la conclusión final del documento afirmaba que «*los hospitales y otros centros de servicios sanitarios podrían transformarse en sociedades estatales que, en su funcionamiento, quedarían sometidos al Derecho privado*». Era una de las primeras manifestaciones en nuestro país de lo que después sería denominado la *Nueva Gestión Pública*, que se manifestó en el sector con la sustitución de los antiguos directivos procedentes de la Seguridad Social por Gerentes no procedentes del mundo sanitario, que pronto fueron relevados por personal sanitario asistencial políticamente afín sin formación en gestión (REY DEL CASTILLO, 2015).

El Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de Junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, en su artículo único estableció que en el ámbito del SNS la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios podría llevarse a cabo bien de forma directa o, indirectamente, mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, públicas o privadas, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer además acuerdos, convenios y formulas o gestión integrada o compartida. Una previsión que se justificaba ante la necesidad de fórmulas organizativas más flexibles, imprescindibles para hacer frente a las exigencias de eficiencia y rentabilidad social de los recursos públicos de las Administraciones sanitarias y se concretará en la Ley 15/1997 de 25 de Abril, amparando la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica. La norma habilita expresamente a los gobiernos del Estado y de las CCAA —en los ámbitos de sus respectivas competencias— para determinar reglamentariamente las normas jurídicas, los órganos de dirección y control, el régimen de la garantía de la prestación, la financiación y las peculiaridades en materia de personal de las entidades que se pudieran crear para la gestión de los servicios.

El salto que supuso esa flexibilización en las formas de gestión fue respaldado por la STS de 20-12-2005, según la cual nuestra Constitución no obliga a una preferencia por la gestión directa de los servicios sanitarios. Entonces, las fundaciones públicas sanitarias habían despertado más expectativas entre algunos sectores políticos que entre la doctrina administrativista. Por todos estos, MUÑOZ MACHADO (2000), como declarado crítico frente al uso de estas por las AAPP, planteaba las muy graves incógnitas relativas al procedimiento general de creación, al control de los protectorados, a la dotación del patrimonio y su reversión en caso de disolución, por no hablar de su falta de transparencia o de amenaza a la equidad y calidad.

No entraremos en el detalle de las nuevas formas organizativas, en principio tasadas pero con un amplio margen para su determinación, tanto en gestión directa como indirecta que ha convertido los servicios sanitarios en uno de los ámbitos más innovadores en cuanto al aspecto organizativo (DOMÍNGUEZ, 2013a) con sus intentos por mejorar la autonomía y eficiencia del sistema sanitario, sin afectar a los niveles de equidad que caracterizan el SNS. No se nos escapa que la reforma ha venido encontrando —aquí y siempre— las más variadas posturas críticas frente al *gerencialismo* al señalar su presunta intención privatizadora. Ello porque la realidad parece indicar que la carrera por encontrar una forma de gestión eficaz, de calidad y sostenible ha estado plagada de improvisación y falta de criterio (PALOMAR, 2013) vinculado casi siempre al cómputo del déficit (colaboración público-privada o simple insuficiencia presupuestaria) y no a la racionalización del gasto.

La reciente STC de 30 abril 2015 reitera la potestad de la Administración para optar por la gestión directa o indirecta de los servicios sanitarios. Aunque anuló la preferencia que la Comunidad de Madrid otorgaba a las sociedades de profesionales del Servicio Madrileño de Salud —por ser contraria a reserva de ley estatal para el establecimiento de las bases de los contratos administrativos— acepta pacíficamente la coexistencia de un doble régimen económico en el aseguramiento de la prestación sanitaria —zonas de concesión y zonas de gestión directa— lo que, por sí sola, no entra en contradicción con el art. 41 CE, ni pone en riesgo la reconocibilidad de la institución. Esta jurisprudencia, para ZAMBONINO PULITO (2016) refuerza la capacidad de autoorganización del servicio por parte de las CCAA, siempre ejercida con pleno respeto a las bases estatales (en este caso de

contratación) y restricciones como preservar, en todo caso, la titularidad pública del servicio o no trasladar al concesionario la definición de las prestaciones a los ciudadanos (sólo su gestión) cuidándose de garantizar unos adecuados niveles de calidad, atención y derechos de los usuarios.

En la práctica, la gestión indirecta supone una participación residual del SNS. Según datos del INFORME IDIS (2016), sólo el 11,6% del gasto sanitario público financia la provisión privada a través de conciertos. En términos de PIB, suponen el 0,7%. Bien es cierto que, a nivel regional, Cataluña es la Comunidad que destina más partida a conciertos: una cuarta parte de su gasto en salud, con un importe cercano a los 2.400 millones de euros. Le siguen Madrid (788), Andalucía (385) y la Comunidad Valenciana con 349 millones de euros. Por su parte, el modelo de concesión se encuentra fundamentalmente en las comunidades Valenciana y de Madrid, con un total de 9 hospitales operativos.

### **3.1. El mito de la eficiencia**

En estas nuevas maneras de gestionar los servicios sanitarios subyace el sesgo de la teórica superioridad en términos de eficacia, eficiencia o calidad de la gestión privada sobre la pública, que no está demostrada en el ámbito nacional ni en el internacional, pese a llevar décadas experimentando con distintas formulas (SANCHEZ, ABELLÁN y OLIVA, 2013). En España sólo disponemos de evaluaciones académicas y los estudios realizados en varios países europeos no muestran evidencias de que la gestión privada sea más eficiente, una cualidad que, en sí misma no puede ser la meta de un sistema sanitario (MARTÍN Y MINUÉ, 2013).

Lo que sí conocemos son las conclusiones críticas de algunos auditores públicos. Por ejemplo, la SINDICATURA DE CUENTAS DE LA GENERALITAT VALENCIANA (2013) pone de manifiesto que «seis de los nueve hospitales fiscalizados, el control de las prestaciones concertadas es parcialmente efectivo, y en dos el control no es efectivo» careciendo, en general, de información de gestión, con carácter periódico, que recoja indicadores básicos de la actividad concertada, como son: el número de pacientes e informes o pruebas realizadas, coste total por cada uno de los conceptos que componen la prestación sanitaria o el tiempo de espera, sin que haya constancia del seguimiento de los resultados asistenciales (SINDICATURA DE CUENTAS DE LA GENERALITAT VALENCIANA, 2012).



Quizás ha sido MARTÍN MARTÍN quien, junto al grupo de investigación en Economía Pública de la Universidad de Granada y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, han afrontado con más entusiasmo la búsqueda de evidencias sobre la presunta superior eficacia y eficiencia de algunas fórmulas de gestión sanitaria. Hace más de una década (MARTÍN, 2003) concluía y sugería elaborar un estatuto común para el conjunto de fórmulas jurídicas de gestión directa de los servicios sanitarios, haciendo hincapié en la importancia de establecer un sistema de información válido para el conjunto del Estado, una vez transferidas las competencias sanitarias a las CCAA.

La diversidad de modelos organizativos dificulta la evaluación de la eficiencia tanto en la red pública como en la concertada o en la privada. La propia CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA (2010) tuvo ocasión de confirmarlo en su informe de fiscalización sobre el análisis comparativo de la gestión desarrollada en el ejercicio 2008 por dos hospitales del sistema sanitario público de Andalucía: uno empresa pública y otro organismo dependiente del SAS, en cuyas conclusiones no había evidencia de ninguna superioridad.

En el ámbito sanitario, como nos recuerda CORTÁZAR NEIRA (2015a) tiene una incidencia muy relevante la percepción ciudadana, debiendo ponerse el foco en la calidad de la prestación y en la eficiencia presupuestaria como los dos factores principales. En este sentido, HERRERO, MARTÍN y LÓPEZ DEL AMO (2015) evaluaron en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, la eficiencia técnica mediante análisis envolvente de datos de 32 hospitales públicos durante el periodo 2005-2008. Analizaron establecimientos tanto carentes de personalidad jurídica específica (sujetos al derecho administrativo) como empresas públicas hospitalarias, regidas parcialmente por el derecho privado. Los resultados se compararon por *calidad percibida* y se concluyó que las formas societarias fueron más eficientes que los hospitales tradicionales en todos los años del estudio, posiblemente por una mayor flexibilidad laboral y presupuestaria, aunque constataron un proceso de convergencia entre ambos tipos de organizaciones en un proceso de aprendizaje mutuo no necesariamente eficiente.

Diríamos que en la organización sanitaria no parecen existir formas jurídicas que, por sí solas, sean buenas o malas, izquierdas o de derechas, como acertadamente ha apuntado GÓMEZ DE HITA (2000). Respecto a las formas de gestión indirecta más im-

portantes, debe mencionarse el convenio singular de vinculación y el concierto sanitario, si bien, fuera de los supuestos previstos en la LGS caben otras figuras contractuales recogidas en el art. 277 TRLCSP, a las que debemos añadir la concesión, antes excepcional aunque durante la década pasada alcanzó gran protagonismo en las comunidades Valenciana y de Madrid (DOMÍNGUEZ, 2013). No nos detendremos en este apartado, salvo para apuntar el resumen de las variadas experiencias en las distintas CCAA, manifestadas en el cuadro adjunto y daremos paso a las herramientas de gestión directa.

Año de traspaso de competencias sanitarias					
1981	1984	1987	1991	1994	2001
Cataluña	Andalucía	País Vasco Valencia	Galicia Navarra	Canarias	Madrid Asturias Castilla y León Balears Aragón Murcia Castilla-La Mancha Cantabria Extremadura La Rioja
Otras Formas de Gestión: Colaboración Público-Privada					
Conciertos					
Convenios Singulares  Consorcio	Convenios Singulares  Empresas Publicas	<b>País Vasco</b>  Convenios Singulares  <b>Valencia</b>  Concesión Administrativa	<b>Galicia</b>  Convenios Singulares	<b>Canarias</b>  Concesión Administrativa	<b>Madrid</b> Convenios Singulares  Concesión Administrativa  <b>Asturias</b> Convenios Singulares  <b>Castilla-León</b> Concesión Administrativa  <b>Balears</b> Convenios Singulares  Concesión Administrativa

#### 4. EL CONTRATO PROGRAMA

Desde una perspectiva estrictamente jurídica, los contratos-programa son convenios plurianuales entre organizaciones públicas que permiten regular sus relaciones jurídicas o económicas. Presentan la característica fundamental (GORDILLO, 2006) de no estar en una posición equilibrada, pues una de ellas ostenta la potestad financiadora y vela por la calidad del servicio público mientras que la otra tiene la obligación de prestarlo en régimen de autonomía. Esta última puede tener o no personalidad jurídica propia, dando lugar a dos variantes, desde el punto de vista administrativo, en los contratos-programa del ámbito sanitario autonómico:

- Si se trata de un servicio sin personalidad jurídica propia (una sección y programa presupuestario) entonces supone una encomienda de gestión prevista en el art. 11.3 LRJSP, cuya formalización entre órganos administrativos pertenecientes a la misma Administración deberá realizarse en los términos que establezca su normativa propia y, en su defecto, por acuerdo expreso de los órganos o Entidades de Derecho Público intervinientes. Incluirán, al menos, expresa mención de la actividad o actividades a las que afecten, el plazo de vigencia y la naturaleza y alcance de la gestión encomendada y, en todo caso, el instrumento de formalización y su resolución deberá ser publicada, para su eficacia, en el Boletín Oficial a que pertenezca el órgano encomendante.
- Cuando la prestación se realiza por una empresa o fundación del sector público, es una variante de los *Convenios* interadministrativos previstos en el artículo 47.2.b de la LRJSP «firmados entre organismos públicos y entidades de derecho público vinculados o dependientes de una misma Administración Pública». Es habitual el caso de hospitales públicos con base fundacional o mercantil. En la misma ley, el art. 50.1 exige («sin perjuicio de las especialidades que la legislación autonómica pueda prever») acompañar una memoria justificativa de su necesidad y oportunidad, su impacto económico, el carácter no contractual de la actividad. Además, cuando superen los 600.000 euros, deberán remitirse electrónicamente al Tribunal de Cuentas u órgano externo de fiscalización de la Comunidad Autónoma, según corresponda. (artículo 53 LRJSP).

Por lo tanto, estas herramientas están excluidas de la aplicación de la legislación de contratos públicos (art. 4.1.c TRLCSP). Se trata

de un instrumento técnico con doble funcionalidad y naturaleza: por un lado la propia del contrato, en cuanto a compromiso de ambas partes, y por otra la de programa, en cuanto marca unos fines u objetivos paulatinos o deslizantes según la vigencia del contrato. Una doble naturaleza que provocó polémicas doctrinales (JIMÉNEZ DE CISNEROS y GALLEGO ANABITARTE, 1987) hoy superadas porque el modelo de igualdad y plena capacidad de las Administraciones permite la exigibilidad en sede contencioso-administrativa del cumplimiento de los convenios interadministrativos cualquiera que sea la denominación, como ha tenido ocasión de declarar nuestra jurisprudencia.

El contrato-programa forma parte conceptual de la Hacienda Pública, en las relaciones Agente-Principal (la Teoría Económica de Agencia) que en las organizaciones sanitarias constituye una herramienta de planificación por objetivos fijados en una *cuasi-negociación* (VENTURA, 1997) y teniendo en cuenta los conflictos relativos a la distribución de estos recursos. Se han presentado como ventajas de estos modelos contractuales que favorecen del pensamiento estratégico y la rendición de cuentas al imponer una clara identificación de los objetivos generales del sector y específicos de cada servicio, 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 (LÓPEZ CASASNOVAS, GANUZA, PLANAS y PUIG-JUNOY, 2003), así como para introducir planes de modernización y saneamiento en las empresas públicas de sectores en reconversión industrial. Después, se amplió su campo de actuación a otros servicios públicos como la sanidad o la educación (universidades: ARIAS, 2016) tratando de introducir un elemento incentivador y competitivo que permitiera reducir el coste de la prestación, en un proceso en evolución permanente, para facilitar la transición hacia otros modelos estratégicos.

En la actualidad, los contratos-programa del ámbito estatal cuentan con soporte legal detallado, merced a la previsión del artículo 68.1 de la Ley 47/2003, General Presupuestaria que exige, como mínimo, unas cláusulas 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. Además, con carácter previo a la suscripción se tramitará el oportuno expediente de gasto, en el cual figurará el importe máximo de las obligaciones a adquirir y, en

caso de gastos de carácter plurianual, la correspondiente distribución de anualidades. Se 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 también está prevista en el artículo 171 de la LGP con la finalidad de verificar el cumplimiento de las referidas condiciones. Se echa en falta en la legislación autonómica una previsión tan detallada.

En definitiva, todas las AAPP territoriales han percibido muchas ventajas potenciales en la prestación de servicios a través de contratos-programa, tales como la generación de información, el cambio de cultura organizativa, racionalización presupuestaria, 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 incorpora al sector público, en su artículo 3.1, unas serie de principios para la actuación y relaciones de todas las AAPP pertenecientes a *buena administración* (RIVERO, 2011) y, en concreto, utilizar la «planificación y dirección por objetivos y control de la gestión». Además, su artículo 81, exige establecer un sistema de supervisión continua de la viabilidad financiera de sus entidades dependientes.

#### 4.1. Su aplicación en el ámbito sanitario

Desde la introducción de la cultura gerencial en las organizaciones sanitarias, a principios de los años ochenta, hasta las iniciativas del *Gobierno Clínico* y la *cultura de al calidad*, a finales de los años noventa, la estructura organizativa y la forma de operar de las organizaciones sanitarias han experimentado una evolución muy desigual en todos los países (RUIZ, 2005), desde los modelos jerárquicos y centralizados hasta los modelos horizontales y con alto grado de participación de los profesionales. En España, la herramienta más utilizada como instrumento de cambio en la gestión sanitaria ha sido el contrato-programa, que aparece por primera vez en el Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, por el que se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y consumo, concretamente, en su artículo 15.1.c que establece entre las funciones de la Dirección General de Programación Económica «la colaboración en la elaboración, propuesta y seguimiento del Contrato-Programa Anual con el INSALUD, así

como de los conciertos con Entidades públicas y privadas...». Además, en el punto 9 de la DA 2ª, contaría con una Subdirección General de Gestión Económica, a la que corresponde la elaboración del proyecto de presupuesto del Instituto y su asignación por Zonas y Centros de Salud, «de acuerdo con el contrato programa establecido con el Ministerio» o una Subdirección General de Compras y Mantenimiento, a la que correspondería la evaluación de las necesidades del Instituto en bienes y servicios «para el desempeño de obligaciones del contrato-programa establecido con el Ministerio».

En un primer momento, el instrumento parece encuadrado en un ámbito estrictamente económico. En el año 1994, el Real Decreto 1415/1994 modifica la estructura orgánica básica del INSALUD y aparece ya la asignación presupuestaria «por centros de gasto, de acuerdo con el contrato-programa establecido por el Ministerio» y su evaluación o seguimiento. Un año antes se había suscrito el primer contrato-programa o contrato de gestión, que dejaba abierto un reto al sistema sanitario público y cuestionaba sus propios fundamentos. De esta manera, cada año, los gerentes de Atención Especializada o de Atención Primaria pactarían los objetivos que deberá cumplir su organización. Esto les obligaba, a su vez, a negociar con los profesionales la actividad que cada servicio desarrollará y los recursos que recibirá a cambio (EQUIZA, 2001).

Inicialmente, la doctrina receló de la puesta en práctica de los contratos programa, aunque reconociendo mejoras parciales de eficiencia, tanto en el INSALUD como en las CCAA. Se censuraba la inexistencia real de independencia entre los sujetos contratantes y, en consecuencia, su incumplimiento sin penalización: un pacto de objetivos o un contrato *aparente* (HERNÁNDEZ BEJARANO, 2004). Asimismo, la falta real de un sistema de facturación imponía entonces una financiación de los hospitales y gerencias de atención primaria sobre presupuestos históricos.

Hoy, nadie niega que la aplicación de aquel peculiar modelo inicial de contrato-programa 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). Sin embargo, al no concretar los compromisos adquiridos —en términos presupuestarios— en relación con el grado de cumplimiento de los objetivos fijados, desaparecían los incentivos para perfeccionar la gestión de

los centros. Quizás por ello, los centros de nueva creación se plantearon la alternativa de modificar su naturaleza jurídica.

¿Qué está pasando en los países de nuestro entorno? Centrémonos en dos modelos tan distintos como en francés y el inglés.

*A) El Tribunal de Cuentas de Francia y la preocupación por el «alineamiento»*

Es conocida la predilección francesa por los contratos-programa plurianuales, que se han instalado con fuerza desde hace décadas en una Administración cada vez menos centralizada y napoleónica. En el sistema sanitario, el régimen jurídico del *contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* (CPOM) se define en el artículo L. 313-11 del Código de acción social y de las familias como la forma ordinaria de relación entre los servicios (sociales o sanitarios) y la autoridad financiadora (regional o nacional) para recibir las asignaciones presupuestarias correspondientes durante un período de varios años, en función de los objetivos de los establecimientos.

La Guía elaborada por el Ministerio de Sanidad (DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2012) plantea una serie de indicadores que sirven de base para su negociación, aprobación y seguimiento. Sin embargo, los sistemas de información de los establecimientos hospitalarios todavía plantean dificultades significativas para la certificación de las cuentas de muchas instituciones (COUR DES COMPTES, 2015a) a pesar del apoyo (metodológico y presupuestario) realizado por las administraciones financiera y sanitaria.

En consecuencia, la primera generación de contratos plurianuales, que abarca el período 2010-2013, ha encontrado ahí la mayor limitación. Así, bastantes de los 31 indicadores que debían ser seguidos no podían ser obtenidos de forma automática por falta de un sistema de información adecuado (COUR DES COMPTES, 2015b) lo que ha exigido su simplificación para la segunda generación de contratos 2015-2018.

*B) La National Audit Office del Reino Unido: persiguiendo la sostenibilidad*

Desde los años 90, la búsqueda de la eficiencia en los servicios públicos británicos ha sido una constante, tanto de la administración laborista como de la conservadora. Hemos conocido

multitud de documentos de expertos y libros blancos o verdes en el marco de sostenibilidad de su Estado de Bienestar, de la rendición de cuentas y de la lucha contra las trabas administrativas. Así, en el ámbito sanitario «The new NHS. Modern, dependable» de la Administración Blair en 1997 o el «Equity and excellence: Liberating the NHS» de la coalición liberal-conservadora, en 2010.

Más recientemente, el debate y la preocupación ministerial, en el momento más bajo durante los últimos 30 años de satisfacción ciudadana sobre el National Health Service (NHS), se encargó un informe a un equipo liderado por Lord Carter of Coles (CARTER, 2016) cuyos trabajos siguieron un procedimiento similar a una auditoría operativa. Las conclusiones del informe provisional fueron sometidas a contraste con los 32 especialistas participantes. Se desarrolló un «modelo de hospital» buscando la asignación más eficiente de los recursos al permitirles medir su desempeño y poner fin a las amplias variaciones de los costes medios de funcionamiento de un hospital (£ por metro cuadrado que varían en una franja de 105£ hasta un máximo de 970£), los precios pagados por los diferentes hospitales para los reemplazos de cadera (desde 788£ a 1.590£), el uso de los espacio con fines no clínicos (entre el 12% y el 69%), las tasas de ausencia por enfermedad (que difieren entre 3,1% y 5%) o, en fin, las tasas de infección para las intervenciones de cadera y rodilla que varían de 0,5 a 4%.

El documento recomienda que todos los organismos nacionales se comprometan con las autoridades hospitalarias para desarrollar un calendario de eficiencia y mejoras en la productividad hasta 2020-21, así como establecer un sistema de obtención de resultados para realizar un seguimiento de los ahorros obtenidos.

Un enfoque tan claro y riguroso para la evaluación del desempeño de sus hospitales, en relación con patrones esperados de servicio y eficiencia, se fundamenta en su seguimiento «en tiempo real» en un ciclo regular diario, semanal y mensual. La prensa destacó la posibilidad de ahorrar hasta 5.000 millones de libras anuales tan sólo en las urgencias hospitalarias, que ya habían sido objeto de alerta por la National Audit Office (NAO, 2014) cuando hizo público un informe evidenciando la insostenibilidad financiera de esos servicios, donde el déficit «parece estar convirtiéndose en una práctica normal» (NAO, 2015). Asimismo, la preocupación por la gestión del personal clínico del NHS de In-



glaterra, detectó deficiencias, en términos tanto de la planificación de la futura plantilla como de la demanda actual de personal (NAO, 2016).

#### **4.2. Fortalezas y debilidades. Una visión desde el control externo**

El contrato-programa se ha destacado en España, durante las dos décadas pasadas, como una herramienta imprescindible para gestionar la sanidad pública. En la práctica clínica, negociando, fijando, incentivando, evaluando y siguiendo los objetivos en un escenario necesariamente participativo que ha permitido vincular la financiación recibida con la actividad desarrollada, tanto con su volumen como con su casuística, en el marco de un acuerdo explícito entre las distintas partes afectadas. En esencia, su éxito descansa en el siguiente trípode.

**A) La participación.**— La metodología de trabajo se ha ido perfeccionando, con el paso de los años, introduciéndose como una herramienta de implicación y mejora continua entre los equipos directivos o de atención primaria y dando lugar a lo que hoy conocemos como contratos de gestión clínica. La CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA (2011, pág. 50) tuvo ocasión de censurar la insuficiente implicación y motivación en el proyecto de los profesionales sanitarios en determinados centros hospitalarios que habían sido auditados:

*«No se ha desarrollado una adecuada política de comunicación de los objetivos de gestión eficiente y no se ha implicado adecuadamente a los profesionales desde la dirección. Los distintos servicios clínicos, quirúrgicos, consultas, servicios administrativos, etc. han funcionado de forma totalmente independiente, sin visión de área de gestión y sin directrices únicas que emanen de la dirección. Al no tener el suficiente apoyo de los distintos profesionales, el proyecto no ha trascendido a los usuarios del sistema. Se ha comprobado que en muchos casos éstos se oponen a derivaciones para ser atendidos en uno u otro centro del área, al entender que no les corresponde. Esta oposición de los usuarios dificulta y con frecuencia impide, la gestión eficaz y eficiente de los recursos disponibles para la prestación de los servicios sanitarios».*

Además, los auditores deben destacar las actitudes colaborativas como fortaleza de los sistemas de gestión por objetivos (CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA, 2009) cuando han podido comprobar que los profesionales se sienten implicados en su consecución.

**B) Los objetivos e incentivos.**— La idea-fuerza de estas técnicas radica en un sistema de incentivos que permita promover la convergencia de intereses y objetivos, así como garantizar el cumplimiento de los compromisos. Como recuerda la CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA (2011) la dirección por objetivos implica un proceso continuo de medición y valoración, donde los objetivos deben ser participativos, conocidos y aceptados por las partes, previamente definidos de forma que sus resultados sean medibles y verificables. Lo resumen los auditores (pág. 8) con esta sorprendente frase: «Deben ser retadores pero alcanzables».

Los objetivos se plasman en diversos indicadores de gestión relativos a las diversas áreas, como la calidad del servicio prestado, la racionalización del gasto sanitario, etc. Este será otro aspecto a tener en cuenta en las auditorías. Así, echaba de menos la CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA (2014, pág. 21) *«determinados indicadores de calidad, que se consideran relevantes para un centro de estas características, tales como porcentaje de reingresos o porcentaje de altas por derivación a otros centros hospitalarios, que podrían completar un análisis global de la actuación de este centro (no sólo en términos de coste y producción)».*

**C) Los sistemas de información y transparencia.**— La implantación requiere contar con unos sistemas de información que permitan la introducción de esta herramienta de gestión. Andalucía, por ejemplo, cuenta con un Sistema de Seguimiento de Objetivos del Contrato Programa (SICPRO), de periodicidad trimestral, y de la Evaluación de Resultados del Contrato Programa que también debe ser objeto de control (general y de la aplicación) por los auditores. Fruto de esas comprobaciones pueden encontrarse (CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA, 2014, pág. 28) opiniones como esta: *«De la revisión del cumplimiento de los objetivos pactados en Contrato Programa se deduce que no se han cumplido determinados objetivos y que se han observado discrepancias entre los documentos de seguimiento trimestral del Contrato Programa y la evaluación final del mismo».*

Con alguna frecuencia, los representantes sindicales denuncian un presunto Alcance ante el Tribunal de Cuentas por la percepción de esos incentivos previstos en los Acuerdos de Gestión Clínica —o la designación de sus directores— sin pre-

via convocatoria pública o sin intervención alguna de los órganos de representación de los trabajadores. Con la misma frecuencia se abren diligencias preliminares que son archivadas posteriormente. Por todos, el Auto de 2-4-2013 del Departamento 2.º de la sección de enjuiciamiento del Tribunal de Cuentas entiende que el pago de los incentivos a los profesionales sanitarios adheridos a ese modelo de organización está soportado en acuerdos de los Consejos de Gobierno de las respectivas CCAA como «productividad variable para los miembros de las unidades de Gestión Clínica constituidas, acuerdos que no se ha probado hayan sido impugnados ante la jurisdicción contencioso administrativa» determinando el archivo de las actuaciones. Esta conflictividad sindical surge por la creencia de que el sistema no genera ningún ahorro real sino un empeoramiento de la calidad del servicio cuyos recortes financian los citados incentivos. De ahí que deba extremarse la transparencia y la participación en todo el proceso y que sus protagonistas sean conscientes de las ventajas de todo tipo que incorporan estas técnicas. Así, muchos auditores abogan por aumentar la participación de los profesionales en la toma de decisiones sobre cambios organizativos y estructurales «pues son los que cuentan con más información útil sobre el funcionamiento de los servicios» (CÁMARA DE COMPTOS DE NAVARRA 2012, pág. 23).

Por último, debemos destacar en este apartado la necesidad de una metodología homogénea de asignación de presupuestos. La realidad española presenta (INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA, 2012) una preferencia mayoritaria por el método de contabilidad analítica en «cascada», definiendo unos centros de coste de tipo *estructural/básico*, *intermedios* (logísticos o asistenciales) y *finales*, para obtener información *por centro de responsabilidad*, *por línea de actividad* y *por proceso*.

## 5. EL ÚLTIMO ESCALÓN: LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

HENRY MINTZBERG (1983), uno de los padres de la moderna teoría de las organizaciones, decía admirar las burocracias profesionales, aparentemente vueltas del revés, donde trabajadores del conocimiento parecen dirigir a los jefes. Frente a la *burocracia maquinal*, dominada por principios como la jerarquía, la uniformidad, la impersonalidad o el formalismo, sobresale la *burocracia profesional* que tiene como característica una mayor auto-

nomía de sus trabajadores, con una satisfacción y formación elevada y continua, con normalización profesional y el trato directo con los clientes.

Para MINTZBERG (1988), las organizaciones sanitarias (el hospital, el centro de salud) son *burocracias profesionales*, donde trabajan especialistas debidamente capacitados y con bastante control sobre su propio trabajo, que les otorga un amplio grado de independencia, en comparación con otras Instituciones. Son estructuras bastante planas (con pocos niveles jerárquicos) donde el poder radica «abajo», en quienes producen directamente el *output* y donde la *meritocracia* se contrapone al poder creciente de las autoridades sanitarias y las gerencias (VENTURA, 2008). Así pues, para que funcionen estas organizaciones es imprescindible un pacto entre el ápice estratégico y el núcleo de operaciones, en forma de pacto de objetivos y con la necesaria rendición de cuentas.

Por ello, la gestión clínica es una forma de dirigir las unidades asistenciales, basada fundamentalmente en la participación activa y responsable de los profesionales sanitarios en la consecución de objetivos y en la administración de los recursos que ellos mismos utilizan (GIL y LAGUARDIA, 2016) ofreciendo una doble vertiente: la visión *desde arriba* (logro de objetivos, control del gasto) relacionada con el contrato programa; y la perspectiva *desde abajo* (mejora de la calidad asistencial, incentivos). Quizás no ha llegado a la agenda pública hasta que el riesgo de sostenibilidad del sistema ha sido un hecho, con poblaciones cada día más envejecidas, cuando los avances clínicos, científicos y tecnológicos nos obligan a utilizar costosas técnicas y tratamientos (farmacia), nuevas pruebas diagnósticas y terapéuticas, cirugías no invasiva, etc.

### 5.1. Concepto

Así entendida, la gestión clínica no es sólo una mera técnica de organización sino un criterio directivo que hace posible que clínicos y gestores establezcan y alcancen objetivos comunes permitiendo (PÉREZ, GARCÍA y TEJEDOR, 2002) ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad) acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia) con los menores inconvenientes y costes (eficiencia) para el paciente y para la sociedad en su conjunto. Supo-

ne, pues, la aplicación a los servicios sanitarios públicos del *gerencialismo* o, al menos, el mestizaje de la clínica con la cultura empresarial y, sobre todo, coordinación y liderazgo (DEL LLANO, ORTÚN y RAIGADA, 2014) aunque, como nos recuerdan los autores del *Diccionario de gestión sanitaria para médicos* (PEIRÓ, QUECEDO, VILLAR, RAIGADA y RUIZ, 2010, 142) «las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control de gasto».

En la primera guía que publica el Ministerio de Sanidad y Consumo, en 2001, relativa a la Gestión Clínica en los Centros del INSALUD, su director general, BONET BERTOMEU, presentaba la gestión clínica como un proyecto participativo que garantiza una respuesta integral al paciente y SANCHO MARTIN, Subdirector de Asistencia Sanitaria, incidía en la necesaria descentralización y autonomía de gestión de los centros, de forma que mediante un contrato de gestión se pacte la cartera de servicios, objetivos, actividad, financiación y niveles de calidad concretos de cada área. En definitiva: una transferencia de poder y responsabilidad a quien asume la mayor parte de las decisiones y riesgos en la atención al paciente y en los costes del sistema sanitario (FONT, PIQUÉ, GUERRA y RODÉS, 2008).

MATESANZ, ex director del INSALUD, reconocía entonces que la naturaleza de la asistencia sanitaria implica que el médico esté continuamente tomando decisiones clínicas con fuertes implicaciones económicas. La corresponsabilidad de los profesionales sanitarios en asumir la gestión de los recursos parece la mejor forma de obtener un buen rendimiento, de ordenar el gasto mientras se genera calidad y se propicia la satisfacción del usuario pues permite ofrecerle una atención integral, a través de las nuevas unidades organizativas. En el marco de la organización sanitaria pública, un proceso asistencial es el conjunto de actividades (pruebas diagnósticas, actividades terapéuticas y estrategias preventivas) cuyos flujos de trabajo pueden ser reordenados de diversas maneras. Desde luego, cabe poner la organización al servicio del paciente (y no al revés) y conseguir la implicación de los profesionales, introducir la mejor práctica clínica a través de guías y desarrollar un sistema de información integrado. El modelo de Andalucía se plasma a través de sus guías de Procesos Asistenciales Integrados (P.A.I.). En Asturias los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) serán la antesala al desarrollo de implantación de Unidades de Gestión Clínica. En general, para que progresen es necesario avanzar hacia la integración en-

tre el desarrollo preliminar de procesos asistenciales y el desarrollo normativo de implantación de la gestión clínica. Ejemplos tenemos desde los más sencillos, como la transformación de un Centro de Salud en Unidad de Gestión Clínica que da soporte a la población de referencia, hasta aquellas unidades interniveles basadas en la gestión de procesos y formadas a partir de distintos servicios o parte de ellos.

## **5.2. La Gestión Clínica como herramienta de cumplimiento del Contrato Programa**

Ante el relativo fracaso de las nuevas formulas de gestión, REY DEL CASTILLO (2015) relaciona los orígenes de la *gestión clínica*, a principios de los años 90, con la necesidad de reducir costes en la asistencia sanitaria, implicando al personal médico y manteniendo la calidad de las prestaciones. Al final de esa década, se desarrollaron algunos proyectos piloto en la sanidad no transferida, en el contexto del Contrato de Gestión, como una forma de organización en determinados servicios, centrada en los procesos, distinguiendo entre Unidades de Gestión Clínica y Áreas Clínico-Funcionales que carecían de personalidad jurídica propia aunque tenían una mayor responsabilidad y autonomía en la gestión. Un Director Clínico nombrado por libre designación entre los profesionales implicados era responsable ante el gerente del centro, con un funcionamiento participativo y estratégico de reorganización. En principio, alcanzaron importantes ahorros con aumento de la actividad y mejora de la eficiencia que redundó en un determinado incentivo para los profesionales participantes (REY DEL CASTILLO, 2015, 210). La dificultad de mantener esa reducción inicial de costes y la inexistencia de un programa de cambio organizacional llevó a desaparecer la práctica.

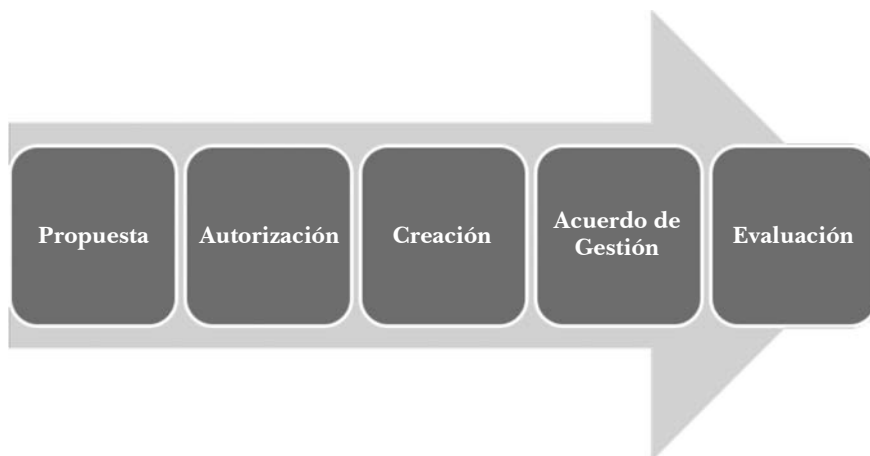
En los últimos años contemplamos el resurgir de la herramienta, en el marco de los pactos de sostenibilidad suscritos el año 2013 por el Ministerio de Sanidad con distintas organizaciones representativas de los profesionales sanitarios, que incluían el compromiso de desarrollo de una norma básica que permitiera a los servicios de salud de las CCAA constituir unidades de «gestión clínica», dotadas de cierta autonomía de gestión, tras la promulgación de alguna modificación legislativa en materia de situaciones administrativas del personal, que veremos más adelante.

## 6. LA GESTIÓN CLÍNICA EN LA PRÁCTICA

La introducción, a lo largo de estos últimos años, de la Gestión Clínica en las Instituciones Sanitarias ha sido un proceso lento. Se presenta como una reorganización de los servicios sanitarios públicos, con objetivos y compromisos que pivotan sobre unas unidades basadas en el consenso e integradas por equipos multidisciplinares de profesionales, lo que comporta poner en común muchos puntos de vista diferentes y establecer las directrices a seguir con una amplia perspectiva. Estas unidades, una vez constituidas y acreditadas, se comprometen a asumir la responsabilidad de participar en la toma de decisiones, asumiendo compromisos de buenas prácticas en la gestión de los recursos que les sean asignados, bien por delegación de competencias, bien por responsabilidad directa del ejercicio de su profesión.

### 6.1. Variantes autonómicas

A la vista de los decretos de estructura y funcionamiento en las distintas CCAA, se aprecia un largo camino de trámites en el procedimiento que son comunes. Son los sucesivos retos a los que se enfrentan las Unidades de Gestión Clínica desde el mismo momento de su concepción como un modelo de renovación de estructuras con sus peculiaridades:



Las experiencias autonómicas presentan algunos elementos coincidentes que hacen referencia, fundamentalmente, a la constitución de las unidades, su personal y dirección, así como al contenido del Acuerdo de Gestión.

**A) Creación.**— Habitualmente, el nivel más alto de la organización interviene en la propuesta y autorización de las unidades de gestión clínica, del nombramiento del director, participando en la formalización de los pactos y en la evaluación de sus resultados. Algunas CCAA como Galicia, en la Estrategia SERGAS 2014 incluye la constitución de áreas de gestión clínica como estructuras organizativas multidisciplinares a propuesta de un colectivo de profesionales o de la Dirección de Procesos Asistenciales de la gerencia que corresponda.

Una crítica común hace referencia a la integración de profesionales en esta nueva unidad organizativa, sometidos a una cierta *voluntariedad ficticia* —por no hablar de obligación— que anima el debate entre profesionales de la misma categoría y funciones que se integran frente a los que no lo hacen. Algo íntimamente relacionado con el reparto de incentivos (CALVO SÁNCHEZ, 2011) de todo tipo: económicos, de formación o de promoción; y motivo frecuente de conflicto interno, no solo entre profesionales, sino también entre responsables del nuevo modelo frente al modelo tradicional. Está claro que se potenciará los que se vinculen a las áreas de gestión, marginando a los profesionales que no acepten la integración.

Para facilitar la colaboración del personal en estas unidades, recientemente la DF 5.<sup>a</sup> de la Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo, modifica el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003) reconociendo la situación administrativa de «servicio de gestión clínica» al personal estatutario fijo que acepte voluntariamente el cambio en su relación de empleo que se le oferte por los servicios de salud para acceder a esas funciones, cuando la naturaleza de las instituciones donde las desarrolle no permitan que preste sus servicios como personal estatutario fijo en activo. En esta situación, «tendrá derecho al cómputo del tiempo a efectos de antigüedad, así como a la reserva de su plaza de origen». Además, si se incorpora desde situaciones distintas al servicio activo, dentro de los tres primeros años, se reincorpora en la misma categoría y área de salud de origen o, si ello no fuera posible, en áreas limítrofes con aquélla. REY DEL CASTILLO (2015) entiende que esta nueva previsión legal consolidará la posibilidad de introducir cambios en la organización y dirección de los centros aunque con el riesgo de favorecer los intereses de determinados gru-



pos profesionales para obtener condiciones ventajosas de la segregación e independencia en ciertas áreas con proximidad al poder político.

En Andalucía, la gestión clínica se ha concebido como estrategia institucional y se introduce en el nivel asistencial, de forma que todos los profesionales estarán integrados. Por otro lado, también cuentan con el reconocimiento del desempeño realizado en su puesto de trabajo, de forma individual y por su participación en el equipo, unidad o área de trabajo, con el complemento de rendimiento profesional (CRP) que se introdujo ya hace casi tres lustros para primar tanto la consecución de resultados de equipo como los de carácter individual de cada profesional integrante del mismo. Allí, la estructura orgánica de la Consejería específica (Decreto 140/2013) que a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y *Resultados en Salud* (la cursiva es nuestra, por supuesto) le corresponde, entre otras atribuciones, la consolidación de la gestión clínica como modelo de organización para la práctica asistencial, así como la planificación, coordinación y evaluación de las unidades de gestión clínica, como instrumento para la mejora de la calidad y la participación efectiva de la ciudadanía y profesionales.

**B) La Dirección.**— Lo habitual en todas las experiencias autonómicas ha sido el nombramiento de director de la UGC por el procedimiento de libre designación (Director de Gestión Clínica *versus* Jefe de Servicio). En cada Comunidad se especifican las funciones como máximo responsable de la Unidad en el ámbito asistencial, económico y administrativo. El carácter de interlocutor del área se asigna expresamente en Galicia o Castilla y León (aquí formaliza «pactos de consumo», previo análisis y valoración del Comité Clínico de la unidad para el cumplimiento de los objetivos) e incluso llega a proponer la cobertura temporal de puestos en el País Vasco o en Castilla y León. Llama la atención que alguna experiencia (La Rioja, Asturias, País Vasco) incluya expresamente la función de participar en toma de decisiones para proponer la derivación de pacientes en el caso de que se superen las posibilidades asistenciales de la unidad para conseguir los objetivos.

**C) El contenido del Acuerdo de Gestión Clínica (AGC).**— El documento de gestión clínica, con diversas denominaciones

(Pacto de GC, en La Rioja, Contrato de GC en Aragón, programa de GC en Castilla y León o, en general la mayoritaria denominación de *Acuerdo* de GC de Galicia, País Vasco, Andalucía o Asturias) es el documento básico que concreta los compromisos orientados a asegurar a la población asignada una atención en materia de salud, eficaz, efectiva y con la adecuada accesibilidad a los servicios que presta. Debe incorporar previsiones sobre los siguientes elementos:

- Cartera de Servicios.
- Los presupuesto de ingresos y gastos de la UGC.
- Recursos humanos, materiales, tecnológicos.
- Objetivos, tanto asistenciales, de personal (absentismo, sustituciones), de ejecución presupuestaria y de calidad, deformación o de investigación.
- Metodología de seguimiento y sistemas de información.
- Criterios de reparto de los incentivos, no sólo retributivos, sino de financiación, de autonomía o recursos y, en algunos casos, la continuidad de la unidad.
- Causas de resolución de la propia UGC.

**D) El alineamiento.**— El gobierno clínico incorpora los principios mas avanzados de la gestión de las organizaciones, requiriendo de la alineación de los profesionales con los valores, objetivos y políticas operativas de la organización (CABO, 2010). Todos los objetivos del Acuerdo de Gestión se enmarcan en el cumplimiento de los objetivos del Contrato Programa que la Gerencia del área debe cumplir, a su vez, con la Gerencia del servicio autonómico de Salud. De esta forma unos buenos resultados en los acuerdos de gestión clínica, facilitaran los mejores resultados en la evaluación del Contrato Programa en el nivel superior. Por tanto, parece de vital importancia contar con una metodología exhaustiva, rigurosa, clara y compartida de seguimiento de estos acuerdos. Es común que sea atribuida a la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria, aunque 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).

## RESUMEN MODELOS DE GESTION CLÍNICA CCAA

CCAA	La Rioja	Aragón	Galicia	Asturias	Castilla y León	País Vasco	Andalucía	
UGC/AGC Sin Personalidad Jurídica	<b>Propone</b>	Orden BOR	Direcciones De Centro	Grupo profesionales o Dirección Procesos Asistencial	Grupo profesionales o Dirección Procesos Asistencial	Gerente SACYL previa valoración de proyectos profesionales	Profesionales o Dir. Gerente Organización	
	<b>Autoriza</b>	Consejero/a		Gerencia SERGAS Previo informe favorable Gerencia Área	Acuerdo Consejo de Administración SESPA	Consejero/a	Dirección Gerencia Organización	Decreto Atención Primaria Decreto S. Salud Mental
	<b>Dependencia</b>	Gerencia Área		Gerencia Integrada Área	Gerencia Área	Gerencia de la que dependa el Centro	Dirección Gerencia Organización	Resolución Intercentros
	<b>Órganos de Gestión / Gobierno</b>	Gerente de Área Comité de Dirección Jefe de UGC/ AGC		Director/a Comité de Dirección	Director/a Comisión de Dirección	Comité Clínico: Director Coord. Enfermería U. Funcionales	Responsable UGC Comisión de Dirección de UGC	Decreto Consolidación como Modelo
Director/a UGC	<b>Procedimiento</b>	Libre Designación						
	<b>Nombra</b>	Presidente Servicio Regional	Gerencia Integrada Área	Gerente del SESPA	Gerente SACYL	Director Gerente Organización	Decreto provisión de puestos directivos y cargos intermedios	
	<b>Funciones*</b>	Máxima responsabilidad en la dirección y gestión de la Unidad (*)						
<b>Integración Profesionales</b>		Voluntaria				Obligatoria		
Acuerdo	<b>Tipo</b>	<b>Pacto de Gestión</b>	<b>Contrato de Gestión Clínica</b>	<b>Acuerdo de Gestión Clínica</b>	<b>Programa de Gestión Clínica</b>	<b>Acuerdo de Gestión Clínica</b>		
	<b>Autorización previa</b>	Consejería	No es necesario		Dir. Gral. Asistencial Dir. Gral. Seguimiento Presupuesto	No es necesario	A propuesta del Director Salud	
	<b>Objetivos</b>	Actividad asistencial, recursos humanos, materiales, tecnológicos, de formación, de docencia y cualquier otro						
	<b>Acuerdos pactados</b>	Presupuesto de ingresos y gastos UGC. Metodología de seguimiento. Sistemas de información corporativos o adaptados. Criterios de reparto de incentivos. Causas de resolución						
<b>Evaluación</b>	Gerencia de Área	No se específica	Gerencia Integrada Área	Comisión: Gerente SESPA Gerente Área Director UGC	Dir. Gral. Asistencial Dir. Gral. Seguimiento Presupuestario	Director Gerente Organización	Dir. Gral Asistencia	
<b>Vinculación de resultados</b>	Incentivos Financiación Asignación de recursos	Lo que se acuerde en el contrato de gestión	Incentivos Continuidad	Incentivos Importe = N (Efici-PDn+F) Nivel de encuadramiento	Incentivos Nivel de Autonomía I,II y III	Incentivos	Incentivos CRP	

(\*) Las funciones asignadas a la Dirección de Unidad de Gestión Clínica, en general son de asumir la máxima responsabilidad, siendo el interlocutor con la dirección del Centro.

## 7. A MODO DE CONCLUSIÓN

Durante los últimos años, el contrato-programa se ha convertido en el instrumento habitual de gestión en las Instituciones Sanitarias. Con gran respaldo doctrinal, las consejerías autonómicas responsables de la salud ciudadana han venido vinculando, a través esa herramienta, una financiación sostenible con incentivos pactados para el cumplimiento de objetivos medibles, en un marco más o menos participativo. Las gerencias encargadas de cumplirlos, por su parte, han implantado en sus organizaciones unas Unidades de Gestión Clínica, basadas en el consenso de equipos multidisciplinares, que buscan *alinear* los profesionales hacia el logro de aquellos objetivos, formalizando con ellos acuerdos de gestión.

La atribución de las competencia sanitarias a las CCAA ha traído un acercamiento de los responsables políticos a las necesidades y a los problemas reales de la ciudadanía, pero ha supuesto una fragmentación de la gestión con significativos efectos en el SNS, como hemos visto en la primera parte de este artículo. Uno de ellos es la falta de una normativa legal unificada en algunos campos. REY DEL CASTILLO (2015) recomienda elaborar una regulación general y básica de la «gestión clínica» que permita a los centros estructurarse, en su caso, como unidades o áreas clínicas. En su opinión, es imprescindible transformar el actual modelo gerencial de carácter jerárquico vertical y por servicios dando paso a un modelo horizontal y participativo. Para ello, una vía es el establecimiento de mecanismos de acreditación de las capacidades de gestión de los profesionales —sanitarios o no— que aspiren acceder al ejercicio de esas funciones en los centros públicos.

### 7.1. Algunas verdades incómodas

Desde la primera guía de gestión clínica publicada por el Ministerio (2001) y teniendo en cuenta las experiencias prácticas en las distintas CCAA, nos surgen una serie de preguntas:

*A) El gasto sanitario se ha incrementado anualmente, con y sin contrato-programa, con y sin gestión clínica. Entonces, estas propuestas para modificar la estructura organizativa de los servicios de salud ¿ayudan a la sostenibilidad del sistema sanitario?*

La Nueva Gestión Pública popularizó el lema «no se puede gestionar lo que no se puede medir». En este caso la evaluación económica permitiría avanzar en esta propuesta, identificando

las bolsas de ineficiencia. Aquí, la virtud hay que atribuirla a los contratos-programa, tan interesados en objetivos de cumplimiento de los límites presupuestarios (CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA, 2013a) tanto en las partidas de personal como en la disminución del resto de los gastos corrientes. El coste «estrella» suele ser farmacéutico, donde los auditores ponen el foco para evaluar la existencia de procedimientos que determinen las actuaciones correctivas ante posibles desviaciones, calificada como «riesgo medio» por la SINDICATURA DE CUENTAS DE LA GENERALITAT VALENCIANA (2015).

B) *¿La Gestión Clínica proporciona en la práctica diaria servicios de salud mas eficaces y eficientes?*

Es imposible realizar estudios de eficiencia si no se pueden medir sus resultados. Además, como muchos acuerdos no se suelen divulgar ni publicar, se desconocen los objetivos. Una aplicación estricta de la Ley de Transparencia obligará a difundir este tipo de actividad convencional. En la pagina web de alguna comunidad solo se mencionan el porcentaje de unidades que han alcanzado los objetivos.

C) *Tras varios lustros en este proceso, aun sin culminar en las CCAA, ¿encalla el proceso?*

A la vista de las experiencias y demandas de profesionales, de sindicatos y de los grupos de expertos, parecen localizadas las áreas con algún margen de mejora:

- Falta de transparencia en todo el proceso.
- Dirección de UGC mediante procedimiento de libre designación.
- La voluntariedad de los profesionales para integrarse en el proyecto. Algo que ha propiciado el surgimiento de dos modelos diferentes dentro del sistema y que hemos denominado de *gestión clínica* frente *gestión tradicional*. En la práctica, se potencia a quien se vincule y todo el cariño será poco. Las primeras experiencias piloto sobre centros de atención primaria funcionaron hasta que los objetivos propuestos, cada día más exigentes en el control del gasto farmacéutico, terminaron por desencantar a los pioneros en extender este modelo en la atención primaria y voluntariamente empezaron a no participar.
- Opacidad en la vinculación objetivos-incentivos, que además llegan muy tarde. Los profesionales se quejan de no percibirlos

a tiempo y es una razón más para no participar en ejercicios posteriores. Especialmente para aquellos sólo motivados para integrarse en el proyecto por incentivos económicos, a quienes provoca frustración y apatía. Los directivos deben planificar el importe global de los incentivos para cada ejercicio, pues su abono podría retrasarse hasta el siguiente.

– Diferentes formas de llegar a un Acuerdo de Gestión Clínica. La metodología interna para alcanzar un acuerdo de gestión presenta diferentes variantes que pueden coincidir en el tiempo. Unas veces el director pacta con los profesionales integrados unos objetivos que serán *elevados* a la Gerencia del Área Sanitaria. Entonces, el Director de la Unidad y el Gerente del Área ratificarán la propuesta con la firma de un Acuerdo de Gestión Clínica, al que están adheridos todos los integrantes de la unidad. Otra forma (descendente) de llegar al acuerdo puede ser que el Gerente del Área Sanitaria, que evaluará los resultados, acuerda y firma con el Director de la Unidad unos objetivos. Posteriormente, se presentará a los restantes profesionales, que se adscribirán «voluntariamente» en un plazo establecido de 1 o 2 meses. Esta situación genera mucha conflictividad interna y siembra desconfianza hacia la defensa que se puede hacer de un proyecto transversal en la organización cuando no se cuenta aun con un equipo de trabajo, cartera de servicios y recursos.

– Y ¿cuándo no hay acuerdo? En algunas CCAA, las unidades quedan constituidas una vez firmado el primer acuerdo de gestión clínica. Nombrado mediante procedimiento de libre designación un director de UGC, éste deberá intentar llegar a consolidarlo en un tiempo prudencial, convenciendo a sus colegas de que no alcanzarlo perjudica el desarrollo de determinados procedimientos asistenciales y la continuidad de las nuevas unidades.

## 7.2. La gestión clínica en la agenda política

Un proyecto de gestión sanitaria basado en la eficacia, la eficiencia y la calidad, a favor de la sostenibilidad del sistema público de salud, no deja de ser un proyecto político. La prueba de ello son los periódicos pronunciamientos en publicaciones como el *Diario Médico* a cargo de los Consejeros autonómicos o las conclusiones en las reuniones de expertos que nos proponemos repasar a continuación, por su indudable interés práctico, y que agrupamos en cuatro cuestiones:

A) *Formas de gestión.*— Hay una indudable carga política en la decisión y la apariencia del modelo. Así, la Consejera de **Andalucía** dice el 29/09/2014: «La gestión clínica no debe privatizar» garantizando que su Gobierno no prevé reducir la partida sanitaria para 2015 «pese al recorte de financiación autonómica». El Consejero de Extremadura, un año después, el 23/09/2015 afirmará «Extremadura impedirá construir hospitales de gestión público-privada» y que la gestión clínica introduzca cambios laborales o jurídicos».

B) *Incertidumbres del proceso.*— Su implantación exige un liderazgo claro así como vencer obstáculos de todo tipo. En **Galicia**, el 07/10/2013 leímos: «El Sergas creará 20 áreas de gestión clínica en un año»; y unos meses después, el 21/05/2014 tras varios recursos judiciales, se publica: «Galicia: la gestión clínica sigue sin convencer al médico» y el Sergas recuerda que la participación es voluntaria. Finalmente, el 02/11/2015, el recién nombrado Consejero de Sanidad ha descartado la extensión de la gestión clínica en la región, pues «hay que dejarla reposar y tratar de que se lleve adelante en un momento más favorable, concluyendo: «Galicia descarta avanzar en gestión clínica».

En similar sentido, en **Castilla y León**, el 07/05/2014 se publica: «El TSJ ‘tumba’ la gestión clínica de Zamora y Valladolid» porque el pilotaje careció de negociación sindical; el consejero acata el fallo sin renunciar al decreto de UGC, debiendo esperar al titular del 04/12/2014 «El Consejero de Castilla y León aprueba su decreto de gestión clínica».

C) *Dificultades prácticas.*— Se trata de un proceso que exige remover muchos obstáculos de todo tipo. El 03/06/2013 la Consejera de Salud Gobierno de **Navarra**, «no ve sencillo pactar con los sindicatos la letra pequeña» pues cree que el profesional aún no cuenta con los medios necesarios. Así, en una entrevista afirma: «Gestión clínica: filosofía clara, pero «del dicho al hecho...» Por último, la Consejera de **La Rioja**, el pasado 19/10/2015 afirma: «Si las unidades de gestión clínica no funcionan, hay otros modelos» mientras que el Consejero de **Canarias** advierte el 23/11/2015 «El proyecto de gestión clínica, al admitir voluntariedad, puede bloquear las unidades». En el mismo sentido, encontramos el 01/10/2015 este titular «Gestión clínica: no precisa regulación, sino apoyo» conclusión de los profesionales reunidos por Facme y Sedisa que «no se muestran especialmente a

favor del decreto de gestión clínica que prepara el Ministerio, pero sí de dar impulso a este modelo por la vía del liderazgo, la autonomía y la incentivación». En contrapunto, el 18/05/2015 el presidente de la OMC (RODRÍGUEZ SENDÍN) advierte de que los recortes en personal son silenciosos y están llevando a una deslegitimación del modelo desde dentro: «La gestión clínica es hacer bien las cosas; no un método de ahorro». El 27/01/2014, en una entrevista a RAFAEL BENGGOA ex-consejero Vasco de Salud y director de la Deusto Business SchoolHealth defiende que la suma de gestiones clínicas en muchos hospitales hará más sostenible el SNS: «No hay que diseñar un modelo de gestión clínica único para el país».

*D) Fomento de la responsabilidad.*— La evaluación económica es la clave de una gestión clínica eficiente. Así lo reflejaba el 24/02/2014 la cabecera del Diario Médico: «Gestión clínica: sí, ahora, sólo con autonomía real y en torno al paciente» con el subtítulo *En el debate sobre la eficiencia sanitaria, los profesionales tienen una propuesta clave: fomentar los modelos de gestión donde ellos sean autónomos y responsables, también en la organización*. Más adelante, el 17/03/2016, de las conclusiones de los expertos en el VI congreso de Gestión Clínica en Toledo, destacaba la siguiente: «Sin evaluación, el entusiasmo por la gestión clínica se diluye».

Se colige de estas noticias la importancia del factor político para que estos proyectos culminen en la necesaria implicación de los profesionales. Por mucho que exista un trabajo técnico impecable, es imprescindible esa voluntad política para apoyar el proceso.

### 7.3. Perspectivas de futuro

Hay un importante sector profesional que plantea como uno de los principales retos del SNS avanzar hacia la desburocratización del sistema —público o concertado— abandonando el actual régimen de derecho público (RUBIA VILA, 2011) en materia de recursos humanos, pero manteniendo la titularidad pública mediante formulas de gestión indirecta o directa, en sus distintas posibilidades legales. En nuestra opinión, vistas las experiencias presentadas, parece innecesaria tal huida porque los servicios sanitarios sin personalidad jurídica específica mediante las Unidades de Gestión Clínica han demostrado tener suficientes posibilidades de desarrollo futuro. Aunque algunas sólo pretenden



amparar la justificación de una retribución adicional de los directivos, otras han funcionado notablemente, influyendo de manera considerable en la eliminación de barreras asistenciales (y arquitectónicas) y forman parte de la estrategia regional de salud, como en Andalucía. Avanzar por ese camino permitirá incentivar la eficiencia y la eficacia de las instituciones sanitarias, mediante contratos-programa sustentados en unidades de gestión clínica, en un marco participativo y evaluado, acercando así las instituciones sanitarias a los problemas de salud, con el paciente como eje alrededor del que gira la estructura organizativa del sistema sanitario.

Concluimos con GOMEZ DE HITA (2000) que la crisis y reforma de la sanidad no debe intentarse como un problema puntual: es un proceso constante, siempre inacabado y en ello estamos.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

AGENCIA ESTATAL DE EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS (2015): *Calidad y sostenibilidad de los servicios públicos*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

ÁLVAREZ GONZÁLEZ, E.M. (2013): «El Sistema Nacional de Salud (II): ordenación de los servicios de salud de las comunidades autónomas» 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.). Cizur Menor (Navarra). Aranzadi. Págs. 363-397.

ARIAS RODRÍGUEZ, A. (2015): *El régimen económico y financiero de las universidades públicas*. Editorial Amarante, Salamanca.

CABO SALVADOR, J. (2010): *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Centro de Estudios Financieros, Madrid.

CALVO SÁNCHEZ, M.D. (2011): «Nuevo reto para la Administración Pública del Siglo XXI: evaluación del desempeño y la sostenibilidad del sistema sanitario público español» en *El nuevo derecho administrativo: libro homenaje al prof. Dr. Enrique Rivero Ysern* (Coordinadores: Ángel SÁNCHEZ BLANCO, Miguel Ángel DOMÍNGUEZ-BERRUETA DE JUAN y José Luis RIVERO YSERN). Ratio Legis, Salamanca.

CARTER OF COLES (2016): *Operational productivity and performance in English NHS acute hospitals: Unwarranted variations. An independent report for the Department of Health.*

CORTÁZAR NEIRA, I.

(2015a): «Análisis del principio de eficacia administrativa: especial consideración de la sanidad» en *Gabilex. Revista del Gabinete Jurídico de Castilla-La Mancha*. N.º 4. Pág. 37-72.

(2015b): «Las formas de gestión de la sanidad pública en España». *Gabilex, Revista del Gabinete Jurídico de Castilla-La Mancha*. N.º 2, Junio 2015. Págs. 131-182.

DEL LLANO, J.; ORTÚN, V. y RAIGADA F. (2014): *Gestión Clínica. Vías de avance*. Ed. Pirámide. Madrid.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS (2012): *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM*. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (edición on line consultada en 19-2-2016).

DOMÍNGUEZ MARTÍN, M.

(2013a): «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.

(2013b): «Formas de gestión indirecta de los servicios sanitarios y «privatización» de la sanidad pública». *Revista jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, N.º 27, págs. 111-142.

EQUIZA ESCUDERO, J.J. (2001): «Nuevos modelos de gestión. Una visión retrospectiva» en *Revista Arbor: Ciencia, Pensamiento y Cultura*. OCT; CLXX (670). Páginas 325-338.

FONT, D; PIQUÉ J.M.; GUERRA, F. y RODÉS, J. (2008): «Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria», *Medicina Clínica* 130(9). Págs. 351-356.

INFORME IDIS (2016): *Sanidad privada, aportando valor. Análisis de Situación 2016* de Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad, Madrid.

- INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (2012): Análisis de los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales del SNS. Volumen I. Informe. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- GARCÍA SÁNCHEZ, M.I. (2007): «La nueva gestión pública: evolución y tendencias» *Presupuesto y Gasto Público* N.º 47. Págs. 37-64.
- GÓMEZ DE HITA, J.L. (2000): *Formas jurídicas de la organización Sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- GIL DE LOS SANTOS, J.A. y LAGUARDIA, G. (2016): «Gestión Clínica: mito y realidad» en *tercerainformacion.es* (28-2-2016).
- 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.
- GORDILLO PÉREZ, L.I. (2006): «Los contratos-programa y la universidad» en *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. 74.
- HERNÁNDEZ BEJARANO, M. (2004): *La Ordenación Sanitaria en España*. Pamplona. Aranzadi, Cizur Menor (Navarra).
- HERRERO TABANERA, L; MARTÍN MARTÍN, J.J. y LÓPEZ DEL AMO GONZÁLEZ, M.P. (2015): «Eficiencia técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía» en *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, Vol. 29, Nº. 4. Págs. 274-281.
- JIMÉNEZ DE CISNEROS CID, F.J. y GALLEGO ANABITARTE, A. (1987): *Los organismos autónomos en el derecho público español: tipología y régimen jurídico*. Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid.
- 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.
- MARTÍN MARTÍN, J.J.  
(2015): «Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud en *Presupuesto y gasto público*, N.º 79. Págs. 149-162.  
(2003): *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Fundación Alternativas, Madrid.

- 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*, N.º 49, págs. 139-161.
- MARTÍN MARTÍN, J.J. Y MINUÉ LORENZO, S. (2013): «Gestión privada: ¿más eficiente?» AMF, Volumen 9, n.º 1.
- MATESANZ ACEDOS (2001): «Gestión Clínica ¿Por qué y para qué?» en *Medicina Clínica*, Vol. 117, 6. Págs. 222-226.
- MINTZBERG, H.
- (1983): *La naturaleza del trabajo directivo*. Ariel, Barcelona.
- (1988): *La estructuración de las organizaciones*. Ariel, Barcelona.
- MUÑOZ MACHADO, S.
- (2000): «La organización, las prestaciones y otros problemas jurídicos actuales de los servicios sanitarios» en *El derecho administrativo en el umbral del siglo XXI: homenaje al profesor Dr. D. Ramón Martín Mateo* / coord. por Francisco SOSA WAGNER. Ed. Tirant lo blanc, Valencia. Págs. 989-1004.
- (1995): *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Alianza Editorial, Madrid.
- 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.
- PAREJO ALFONSO, L. (2004): «La calidad al servicio de la eficacia en el Sistema Nacional de Salud». *La reforma del Sistema Nacional de Salud* (Luciano PAREJO, Alberto PALOMAR y Marcos VAQUER, coordinadores). Marcial Pons, Madrid. Págs. 215-252.
- PEIRÓ, S.; DEL LLANO, J.; QUECEDO, L.; VILLAR, N.; RAIGADA, F. y RUIZ, J. (2010): Diccionario de gestión sanitaria para médicos. Los 100 términos más utilizados. Fundación Gaspar Casal. Ed. DGMM, Madrid.

PÉREZ LÁZARO, J.J.; GARCÍA, J. y TEJEDOR, M. (2002): «Gestión Clínica: conceptos y metodología de implantación» en *Rev. Calidad Asistencial*; 17(5):305-11.

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.

RODRÍGUEZ-VIGIL RUBIO, J.L.

(2012): «El reto de la cohesión del sistema nacional de salud» en *La descentralización sanitaria* (Juan PemánGavín y Mario Kölling, editores). Fundación Manuel Giménez Abad de Estudios Parlamentarios y del Estado. Zaragoza.

(2008): *Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del Sistema Nacional de Salud Español*. Aranzadi, Cizur Menor (Navarra).

RUBIA VILA, F.J. (coordinador) (2011): *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español*. Academia Europea de Ciencias y Artes, Madrid.

RUIZ IGLESIAS L. (2005): «Evolución del proceso de participación de los médicos en la gestión» (RUIZ IGLESIAS, Dir.). *Claves para la Gestión Clínica*. McGrawHill, Madrid. Págs. 46-84.

SÁNCHEZ, F.I.; ABELLÁN, J.M. y OLIVA, J. (2013): «Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional». DT 4. Real Instituto Elcano. Madrid.

VENTURA VICTORIA, J.

(2008): «Marco conceptual para el análisis de la oferta sanitaria» en *Pecunia* (Universidad de Oviedo), N<sup>o</sup>. Extra 1, págs. 19-31.

(1997): «Coordinación e incentivos en la sanidad pública: el caso asturiano» en *Revista Asturiana de Economía*, N<sup>o</sup>. 8, (Ejemplar dedicado a: Economía de la salud: eficiencia y gestión), págs. 49-63.

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*, N.º 41.

## 9. INFORMES DE FISCALIZACIÓN

### España

AUDIENCIA DE CUENTAS DE CANARIAS (2012): Evaluación de la Gestión del Gasto de las Administraciones Públicas Canarias en el Sector de la Sanidad, ejercicios 2004-2007.

CÁMARA DE COMPTOS DE NAVARRA (2012): *Gasto sanitario en Navarra, 2001-2011.*

### CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

(2014): *Fiscalización del consorcio sanitario público del Aljarafe. Ejercicio 2012.*

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

(2013b): *Fiscalización Operativa del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Ejercicio 2010.*

(2011): *Auditoria operativa del área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar. Ejercicio 2009.*

(2010): Análisis comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol, ejercicio 2008.

(2009): *Análisis comparativo de la gestión desarrollada por los hospitales comarcales de Riotinto y Montilla. Ejercicio 2007.*

### SINDICATURA DE CUENTAS DE LA GENERALITAT VALENCIANA

(2015): *Gestión de la prestación farmacéutica: la receta electrónica. Ejercicio 2014*

(2013): *Auditoria operativa de conciertos sanitarios. Evaluación con criterios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión del concierto de resonancias magnéticas. Ejercicios 2008-2012.*

(2012): *Auditoria operativa de conciertos sanitarios. Evaluación con criterios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión del concierto de hemodiálisis. Ejercicio 2011.*

## Reino Unido

NATIONAL AUDIT OFFICE

(2016): *Managing the supply of NHS clinical staff in England.*

(2015): *Sustainability and financial performance of acute hospital trusts.*

(2014): *The financial sustainability of NHS bodies.*

## Francia

COUR DES COMPTES

(2015a): «La qualité des comptes des établissements publics de santé : une exigence à confirmer pleinement» capítulo XIV del raport **La sécurité sociale.**

(2015b): «La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins: une refonte nécessaire» capítulo VI del raport **La sécurité sociale.**

