



Bases
para la

Gestión Clínica

en el

**Sistema
Nacional
de Salud**



ÍNDICE

- 1. GESTIÓN CLÍNICA VERSUS NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN**
 - 1.1 Introducción.
 - 1.2 Gestión Clínica y desarrollo normativo.
 - 1.3 Gestión Clínica versus nuevas formas de gestión
- 2. DEFINICIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA**
 - 2.1 Definición
 - 2.2 Principales características
- 3. OBJETIVOS ASUMIBLES Y SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA**
 - 3.1 Objetivos asumibles
 - 3.2 Suficiencia Presupuestaria
- 4. INCENTIVOS**
- 5. ESTRUCTURA DE LAS UNIDADES/ÁREAS / INSTITUTOS DE GESTIÓN CLÍNICA**
 - 5.1 Provisión de la Dirección
 - 5.2 Requisitos
 - 5.3. Estructura organizativa
- 6. INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN EL MARCO JURÍDICO DEL SNS**
- 7. RÉGIMEN JURÍDICO DEL PERSONAL ADSCRITO A LA GESTIÓN CLÍNICA**
 - 7.1 Introducción
 - 7.2 Marco Jurídico
 - 7.3 Posición de CESH
- 8. SISTEMAS DE APOYO, INFORMACIÓN Y CONTROL**
- 9. GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
- 10. CONCLUSIONES**

1. GESTIÓN CLÍNICA VERSUS NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN.

1.1 INTRODUCCIÓN. La Gestión Clínica, se origina a partir del concepto de *Clínical Government*, introducido por primera vez en 1998 en los documentos producidos por el Department of Health del Reino Unido “*A first class service: Quality in the new NHS*” y “*The New NHS: Modern Dependable*”. En el Reino Unido este concepto se relaciona con la *responsabilidad, la calidad, el establecimiento de guías y estándares* en la clínica y el *seguimiento de la práctica clínica*. Todo ello para consolidar la calidad como la primera prioridad del sistema. Para ello se añadió a la responsabilidad de la gestión económica que tenían los gerentes y los Consejos de Dirección de los Trusts hospitalarios, su responsabilidad sobre la calidad asistencial.

Mientras que en el Reino Unido el *Clínical Government* es un concepto íntimamente ligado a la calidad del NHS, en nuestro país la llamada *Gestión Clínica*, se liga desde sus inicios a los problemas financieros de nuestro sistema sanitario. La Gestión Clínica aquí supone, en síntesis, transmitir al médico no sólo la responsabilidad sobre la asistencia que presta, algo que es consustancial a su profesión, sino además la responsabilidad sobre la eficiencia de los recursos que utiliza a tal fin.

En ese contexto de crisis financiera y presupuestaria, es obligación de todos los agentes implicados, políticos, técnicos, organizaciones sindicales, cívicas y sociales, trabajadores sanitarios, proveedores y usuarios, preservar nuestro Sistema Nacional de Salud. Para ello resulta imprescindible alcanzar niveles de excelencia en la eficiencia, la eficacia, la efectividad y la calidad de la atención a los ciudadanos, que sólo se pueden conseguir mediante una participación comprometida, consciente y responsable de los profesionales sanitarios y unos mayores niveles de autonomía de gestión, que permitan, precisamente, la real implicación de estos profesionales.

Nos encontramos pues con un desafío en la estructura organizativa de los hospitales y de los centros de salud. En ambos casos, la pretensión es orientar y centrar esa organización en el paciente como eje principal del nuevo modelo, haciendo de la gestión clínica un principio fundamental basado en el proceso asistencial, y siendo el profesional sanitario el responsable de esta estructura.

1.2 GESTIÓN CLÍNICA Y DESARROLLO NORMATIVO. La implantación de la Gestión Clínica en nuestro país, no ha precisado necesariamente de cambios sustanciales en el modelo sanitario que hunde sus raíces en la organización sanitaria preconstitucional y que se concretó más tarde, entre otras numerosas normas, en el Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud, la Ley 14/1986, General de Sanidad y el Real Decreto 521/1987, del Reglamento de Hospitales y qué aún hoy constituyen los pilares básicos de nuestro sistema sanitario.

De hecho, el Real Decreto 521/1987, ya se anticipaba con bastantes años, al modelo que más tarde surgiría. Así su art. 4 ya establecía la instrumentación de fórmulas administrativas tendentes a proporcionar al hospital la mayor autonomía en la gestión y utilización de sus recursos y su art. 27 preveía la creación de unidades asistenciales interdisciplinarias que deberían estar dotadas de unas normas de funcionamiento y a cuyo frente estaría un responsable de entre los miembros que la compusieran. Y con anterioridad a esta normativa ya existían precedentes autonómicos similares como la Orden de 18 de noviembre de 1985 en Cataluña, que también contemplaba la existencia de unidades funcionales interdisciplinarias.

Las experiencias en Gestión Clínica en nuestro país, han precisado, por supuesto, una regulación específica de las mismas (su reglamento de organización y funcionamiento, la provisión de sus directores, la definición de sus objetivos, etc), pero nunca han entrado en contradicción con el modelo público sanitario vigente mayoritariamente en nuestro Sistema Nacional de Salud. De hecho, el desarrollo normativo de la Gestión Clínica, en nuestro sistema sanitario público, no han supuesto ninguna modificación normativa más allá de la específica regulación de las Áreas o Unidades de Gestión Clínicas creadas. Dado que las Unidades o Áreas de Gestión Clínica, no han tenido, hasta ahora, personalidad jurídica propia, se integran en la estructura hospitalaria o en el Centro de Salud con el mismo régimen jurídico.

1.3 GESTIÓN CLÍNICA VERSUS NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN. La introducción de nuevas formas de gestión en el sistema sanitario dependiente del extinto INSALUD, se produce en la década de los años 90 del pasado siglo, con el Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, seguido de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y del Artículo 111 sobre Fundaciones Públicas Sanitarias de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. El antecedente capital de esta normativa, fue el llamado Informe Abril Martorell,

presentado por su principal autor, en el Congreso de los Diputados, el 25 de septiembre de 1991, siendo Presidente del Gobierno, D. Felipe González Márquez. Pese a que el informe sufrió un evidente olvido, sus recomendaciones han tenido largo recorrido.

También fueron introducidos en esa década modelos de autogestión como la creación en Cataluña de las Entidades de Base Asociativa (EBAs), que ligadas al proceso de reforma de la Atención Primaria en esa Comunidad, toman cuerpo con el Decreto 309/1997, de 9 de diciembre, del Diari Oficial de la Generalitat, que establece los requisitos de acreditación de las EBAs para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria y les otorga entidad jurídica propia ya sea como sociedad anónima, sociedad limitada, sociedad laboral, sociedad laboral de responsabilidad limitada o cooperativa.

CESM no ocultó jamás su reticencia e incluso oposición, hacia las nuevas formas de gestión, que abrían una alternativa a la tradicional gestión directa de los servicios sanitarios. La exposición de Motivos de la primera norma, el Real Decreto-ley 10/1996, no podía ser más clara: *“(...) la fórmula escogida recoge otras posibilidades, que abarcan no sólo la gestión directa, sino también la gestión indirecta a través de entidades públicas sujetas al derecho privado a través de otros entes públicos, dotados de personalidad jurídica (...), y, en fin, las opciones derivadas de la utilización de otras formas de gestión sin interposición de personalidad jurídica en parte ya reguladas en la Ley General de Sanidad. Asimismo se posibilita la gestión y administración a través de cualquier tipo de entidades creadas por personas físicas o jurídicas privadas (...)*”.

CESM no cuestiona la legitimidad de estas u otras opciones en la gestión de la sanidad pública española, pero sí se pronuncia, hoy como ayer y de forma clara, expresa e inequívoca, a favor de la gestión pública directa de nuestro sistema sanitario público.

Dicho esto -no es ahora el momento de exponer las razones de nuestra posición en esa cuestión- CESHM rechaza categóricamente que se pueda intentar o pretender ligar el concepto de “Gestión Clínica” a un cambio en el modelo de gestión de nuestro sistema sanitario. La Gestión Clínica nada tiene que ver con que el modelo sea tipo SNS, al estilo sueco, británico o español o de Seguridad Social tipo alemán o francés. La Gestión Clínica es adaptable a cualquier modelo sanitario. El cambio que introduce la Gestión Clínica es a un nivel “micro”, al nivel de Servicios, Secciones, Unidades, Equipos, por cuanto su esencia se basa en la participación responsable y activa de los

profesionales en la gestión de las unidades asistenciales, y aunque con repercusiones de alto calado, no cuestiona el entramado jurídico general de la Organización. Para CESM este aserto debe ser asumido como axioma.

2. DEFINICIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA

2.1. DEFINICIÓN. Se pueden utilizar numerosas definiciones de Gestión Clínica, todas ellas coincidentes en lo esencial y con pequeños matices entre ellas, de escasa relevancia. A título de ejemplo podemos señalar las que tres Comunidades Autónomas, Andalucía, Asturias y Castilla y León utilizan:

En Andalucía:

La gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud es un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

En las Unidades de Gestión Clínica la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan:

- *Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros.*
- *Reforzar la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención.*
- *Mejorar la organización del trabajo.*
- *Elevar la satisfacción de los pacientes.*

En Asturias:

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

En Castilla y León:

Las Unidades y Áreas de Gestión Clínica cuya regulación constituye el objeto del presente Decreto, suponen una nueva fórmula organizativa dentro del Servicio de Salud de Castilla y León que incorpora la cultura de la corresponsabilidad de los profesionales en la gestión de los recursos públicos y

la descentralización de la gestión, orientando la actividad de las Unidades y Áreas de Gestión Clínica hacia los resultados en salud, el control de los costes sanitarios y la mayor eficacia.

Este nuevo diseño organizativo persigue fomentar la capacidad auto-organizativa de los profesionales dotándoles de niveles adecuados de autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones clínicas e impulsar la agrupación funcional y eficiente de los profesionales, todo ello con el objetivo primordial de facilitar la atención integral al paciente, mejorar la seguridad y la calidad asistencial, así como favorecer la accesibilidad y la continuidad de la atención reduciendo su fragmentación.

La Gestión Clínica se basa en la asunción de responsabilidades más allá de lo que es la práctica clínica y de cuidados. Para el profesional supone un desafío inédito que plantea cambios culturales de enorme trascendencia, en la medida que traslada a su ámbito, en mayor o menos medida, las responsabilidades que eran inherentes a los titulares de la gestión. Los problemas a los que el profesional se ve abocado, que se suman a la compleja tarea diaria de prestar una asistencia sanitaria digna, no pueden ser asumidos sin un compromiso real de los gestores y de la autoridad sanitaria en el modelo y garantizando, en todo caso, una estricta observancia de la ética y buena práctica profesional. Aquí sí que no cabe hacerse trampas a sí mismo.

La Gestión Clínica cuya principal meta es incrementar la eficiencia en la utilización de los recursos, siempre escasos, busca la implicación del profesional en este objetivo mediante la transmisión al mismo de la responsabilidad que hasta entonces residía en otros (gestores, autoridad sanitaria, políticos).

2.2 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS. En la Gestión Clínica la importancia de la implicación de los profesionales en la gestión de los recursos de su servicio, en un contexto en el que la organización se centra en el proceso asistencial que debe garantizar la atención integral del paciente, es clave.

Ello conlleva necesariamente el compromiso con la descentralización de la toma de decisiones, algo que debe ser asumido de manera efectiva por los equipos directivos, y una autonomía de gestión real, siempre sometida a la exigencia de responsabilidad, lo que conlleva una fuerte implicación de unidades administrativas, de documentación, de gestión no sólo clínica sino también económica, que permitan poseer sistemas de información fiables, transparentes y reales, que faciliten la evaluación periódica y permanente de la

actividad de las unidades, servicios o equipos que funcionen bajo esta nueva organización.

Corresponde a la autoridad sanitaria la planificación del nuevo modelo, nunca a espaldas de los profesionales si realmente se pretende instaurarlo. En los modelos hasta ahora existentes en España, C.E.S.M. ha detectado una brecha insalvable entre la voluntad de la Administración, sea cual sea su signo político, expresada en la producción de normativas de instauración del modelo de Gestión Clínica y la percepción de los profesionales sobre la necesidad, oportunidad o regulación del mismo.

La comunicación, el debate y el diálogo han fracasado clamorosamente, haciendo estériles la gran mayoría de las experiencias conocidas. En un desafío tan importante no hay lugar para los atajos y nadie debe olvidar que la base, el cimiento, la sustentación de la Gestión Clínica está en la asunción de la misma, de manera consciente, responsable y comprometida, por parte de los profesionales sanitarios, significativamente del personal facultativo y ahí el papel de C.E.S.M. como interlocutor, es simplemente imprescindible.

Las modalidades de Gestión Clínica se deben adaptar a las necesidades de la organización. En general se distingue entre Unidades de Gestión Clínica, cuya estructura suele estar ligada a un E.A.P. o a un singular servicio hospitalario, y Áreas o Institutos de Gestión Clínica, de estructura más compleja, con un carácter multidisciplinar, orientados a dar respuesta integral a procesos específicos que implican a diversos servicios o unidades. Pero el modelo no se agota en estas dos estructuras básicas, sino que permite combinaciones diversas como la existencia de modelos intercentros ya sean de Primaria o Especializada o modelos interniveles, o la combinación de ambos.

Otra característica esencial de la Gestión Clínica, condición apriorística, es que sea creíble por quienes van a ser sus protagonistas principales, los profesionales sanitarios. Y ello nos lleva a plantearnos el modo de su constitución. C.E.S.M. entiende que la iniciativa puede partir de la autoridad sanitaria, ya sea la Gerencia de una institución sanitaria o de un área sanitaria o del propio servicio de salud correspondiente, o bien ser iniciativa de los propios profesionales.

La decisión final debe ser competencia, lógicamente, de la Dirección del servicio de salud, que sin embargo deberá tener en cuenta que la adscripción a la Gestión Clínica por parte de los profesionales siempre deberá ser voluntaria

y que es imposible crear una Unidad o Área de Gestión Clínica sin que la mayoría de los profesionales otorguen su apoyo e implicación en la misma.

Finalmente los modelos de Gestión Clínica, deben abarcar en sus funciones la integridad de las prestaciones de la asistencia sanitaria a los ciudadanos: promoción de la salud, educación y prevención sanitaria, asistencia médica, cuidados de enfermería, rehabilitación, reinserción social, investigación y docencia.

Podemos concluir que en la Gestión Clínica se produce una descentralización y horizontalización de la organización, con el objetivo de garantizar una atención integral al paciente, enfocando la actividad asistencial a la gestión por procesos, buscando la excelencia en términos de eficacia y calidad, mediante la estandarización y protocolización de procedimientos sometidos a la evidencia científica e impulsando la promoción profesional, a través de la responsabilización del profesional, que asume la toma de decisiones no solamente clínicas, sino además en el campo de la utilización correcta de recursos y la optimización de rendimientos.

3. OBJETIVOS ASUMIBLES Y SUFICIENCIA RESUPUESTARIA

3.1 OBJETIVOS ASUMIBLES. Una condición inherente a la implantación del nuevo modelo, es la definición de sus objetivos que se concreta en el contrato de gestión que el Área o Unidad de Gestión Clínica debe pactar con la correspondiente Gerencia. CESM considera que este apartado es una de las mayores debilidades de la implantación del nuevo modelo organizativo. Sirva como paradigma el llamado SINOC (Sistema de Información Normalizado de Objetivos de Calidad) implantado en Asturias, formado por 218 indicadores para las Unidades o Áreas de Gestión Clínica de hospitales, extremo ejercicio de fárrago inoperante. Si se pretende hacer más, con lo mismo que se tiene, los objetivos han de ser pocos, precisos y útiles. Han de ser asumibles por posibles.

De otra manera, el inicio de la Gestión Clínica se basa en el engaño y la irrealidad. Un contrato de gestión debe definir la cartera de servicios con los objetivos de la Unidad o Área, el volumen de su actividad asistencial, íntimamente relacionado con la población que debe atender, los objetivos de calidad, que insistimos, han de ser precisos, huyendo de listados interminables

inútiles, los recursos humanos con sus puestos, categorías y costes, su equipamiento y mobiliario, material almacenado, espacios físicos, el presupuesto global, grado de autonomía e incentivos.

3.2. SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA. Otra condición esencial es la financiación adecuada del nuevo modelo. El presupuesto de la Unidad o Área no puede basarse en la búsqueda de ahorro sino en la eficiencia, en una utilización racional de los recursos disponibles, que permitan hacer más y mejor con lo mismo. La financiación deberá ser calculada por actividad y calidad sobre la cartera de servicios aprobada y la actividad asistencial estimada previamente, íntimamente ligada a la población que se ha de atender.

El desvío del presupuesto por incremento de actividad justificada deberá ser subvencionado por la institución sanitaria sin que afecte a la incentivación. Un resultado positivo en la cuenta de resultados, no es para CESHM una buena noticia pues entendemos que ni un solo euro destinado a asistencia sanitaria debe ser ahorrado, sino empleado y gastado de la forma más eficiente posible. En todo caso, la incentivación jamás puede ligarse al ahorro, sino al grado de cumplimiento de los objetivos pactados que se han de basar en la ética médica, la buena praxis, el compromiso con el paciente y la eficiencia y responsabilidad en la utilización de los recursos que los ciudadanos ponen en nuestras manos.

4. INCENTIVOS

La tendencia general existente en nuestro país a la hora de hablar de incentivos para los profesionales que se adhieran al modelo de Gestión Clínica - exceptuamos en lo relativo a la “adhesión”, a la Comunidad Autónoma Andaluza, en la que no hay adhesión posible, pues es obligatoria, en un paradigma de cómo se puede llegar a tergiversar y vaciar de contenido un modelo que no puede basarse más que en el compromiso voluntario del profesional: “*no es un régimen voluntario porque toda la estructura del SAS funciona bajo la gestión clínica, se ha hecho de ella el modelo estructural del sistema*”, ha manifestado el gerente del Servicio Andaluz de Salud, según afirma Redacción Médica el 08/12/2013, en un ejemplo sonrojante de incompetencia e ignorancia, pues a ningún facultativo se le puede legalmente llevar más allá del cumplimiento de su función asistencial, docente e investigadora, incluso en Andalucía, lo cual está bastante lejos de lo que significa su implicación en la Gestión Clínica – tendencia que se reproduce miméticamente, es considerar que los incentivos se ligan al “ahorro”, a “gastar” menos de lo presupuestado. Y de ese ahorro saldrán los fondos económicos

que se distribuirán entre los profesionales, además de dedicar parte de ellos a reinvertir en las necesidades materiales de la Unidad, Instituto o Área de Gestión Clínica correspondiente. Además se contemplan “incentivos” no económicos como los propuestos en Asturias: formación del personal, certificación de horas lectivas y acreditaciones de calidad.

Debemos enfatizar inequívocamente que la formación continuada, la investigación y la docencia, son **obligaciones** de la administración con sus profesionales y con los ciudadanos, y por tanto son inversiones en calidad asistencial. Una cosa es que sean un elemento motivador y otra considerarlos un incentivo ligado a la consecución de objetivos.

CESM quiere dejar bien clara su posición en este apartado:

- a) Los incentivos no pueden en ningún caso estar ligados a un ahorro sobre el presupuesto pactado, sino al grado de cumplimiento del mismo, y de los objetivos asistenciales y de calidad establecidos de acuerdo con las estipulaciones contenidas en el contrato de gestión, con la excepción expresada en el apartado anterior de aumento de actividad y aumento de gasto, justificados, que no pueden suponer una penalización para el personal, en ningún caso.
- b) Ello conlleva que la administración sanitaria que decida impulsar la Gestión Clínica, debe posicionar fondos económicos adicionales para afrontar el pago de esos incentivos a quienes cumplan los objetivos. Estos fondos son independientes de la asignación presupuestaria realizada a las unidades que se integren en el modelo de Gestión Clínica. No se obtienen de la consecución de un gasto menor al previsto, sino del uso racional y eficiente de esos recursos, de acuerdo con las estipulaciones pactadas. CESM entiende, en la línea que ha mantenido desde hace al menos 15 años, que tal provisión debe suponer un 25-35% por encima de las retribuciones fijas hasta ahora vigentes y que deben tener un componente global, ligado al cumplimiento de objetivos por la Unidad, Equipo, Instituto o Área y otro individual ligado al cumplimiento de cada miembro del equipo correspondiente. CESM estima que la asignación por facultativo no ha de ser inferior a 12.000 € anuales.
- c) La distribución de incentivos ha de guardar proporcionalidad con el grado de responsabilidad de cada categoría y en modo alguno ha de existir trasvase de fondos entre las distintas bolsas asignadas a cada categoría profesional.
- d) Debe abandonarse definitivamente el concepto de incentivos que no sean económicos. Considerar incentivos al empleo de parte de esos

fondos en reposición de material o formación de personal, es cargar sobre la economía de los profesionales la obligación de la empresa de inversión en tales conceptos, prostituyendo el propio concepto de incentivo.

5. ESTRUCTURA DE LAS UNIDADES / ÁREAS / INSTITUTOS DE GESTIÓN CLÍNICA

5.1. PROVISIÓN DE LA DIRECCIÓN. Hasta ahora, en todas las experiencias existentes en nuestro país, ya implantadas o en vías de hacerlo, sobre el acceso a la Dirección de las Unidades o Equipos que se integran en la Gestión Clínica, ha sido la libre designación. Así se contempla en la Rioja, Andalucía, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia o Asturias.

Este panorama, profundamente lesivo para la necesaria independencia de quién toma la máxima responsabilidad de liderar una estructura cuyo fin último y razón de ser, es mejorar la calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria a los ciudadanos, no tiene color político. Todos se apuntan a lo mismo que no es otra cosa que el cese discrecional por pérdida de confianza, es decir sujeción a avatares políticos y sumisión expresa a decisiones que con demasiada frecuencia no coinciden con el interés del ciudadano que enferma.

Que un directivo de un Equipo o Área de Gestión Clínica, igual que un Jefe de Servicio, de Sección o un FEA, ha de gozar de una independencia del equipo administrativo o político, es axiomático para CESHM, sin más límites que el cumplimiento de los pactos establecidos, la ética profesional, la Lex Artis y el compromiso con el paciente.

Fuera de ahí, la administración no puede tener más posibilidades de remoción que el expediente disciplinario correspondiente, contemplado tanto en la normativa funcional y estatutaria como en la laboral.

Afortunadamente, este nefasto escenario de la libre designación ha sufrido un vuelco espectacular. La reciente Sentencia del Tribunal Supremo del 13 de noviembre de 2012, de la Sección Séptima de la Sala de lo Contencioso-Administrativo (que viene a confirmar una consolidada jurisprudencia generalmente referida al régimen funcional), a propósito del Plan de Recursos Humanos del Servicio de Salud del Principado de Asturias, procedió

a anular la previsión del mismo, en lo referente a la libre designación de Jefaturas y mandos intermedios. Si a ello unimos la también reciente Sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional, de 6 de noviembre de 2012, que a propósito de la exclusividad del personal estatutario, declara que el complemento específico ligado a la exclusividad, es un complemento personal y por tanto renunciable, se configura un nuevo marco al que indefectiblemente ha de sujetarse cualquier normativa referida a estos extremos.

CESM declara expresamente que no apoyará y por el contrario combatirá, cualquier documento, proyecto o normativa que configure los nombramientos de Directores de Áreas, Equipos, Institutos o Unidades de Gestión Clínica, mediante la libre designación o figuras análogas o sucedáneas.

Además, CESHM considera de extraordinaria importancia, que el concepto y carácter de liderazgo, de quien esté destinado a dirigir una Unidad o Área de Gestión Clínica, no se quede en un mero enunciado retórico repetido en cualquier manual al uso, sin mayor trascendencia que agotarse en su propio enunciado.

El liderazgo es un elemento esencial en estas nuevas formas organizativas, que tiene que plasmarse necesariamente en la elección de los máximos responsables de la nueva organización. Y esto sólo es posible si se garantiza y por lo tanto se regula normativamente, la participación de los profesionales, tanto en la elección como en la posterior evaluación periódica de tales puestos.

5.2. REQUISITOS. La exigencia de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, mediante procedimientos de evaluación imparciales transparentes, objetivos, contrastables y sometidos en todo momento a control, ya no es una aspiración elemental basada en principios constitucionales, reiteradamente negados por las distintas administraciones. Hoy es una exigencia derivada del obligado cumplimiento de sentencias judiciales firmes e inapelables. Dentro de este contexto no podemos soslayar el hecho de que caben distintos niveles de Unidades de Gestión Clínica, por cuanto el modelo no es único para el área médica sino que es extensible para todas las áreas de las instituciones sanitarias. Lo más frecuente es que en una misma Unidad coexistan distintas categorías de titulados sanitarios, abriéndose el debate sobre quiénes pueden aspirar al liderazgo, a la Dirección, en tales Unidades.

Para CESHM es irrenunciable que la Dirección de una Unidad/Área/Equipo/Instituto de Gestión Clínica, no sólo ha de tener una titulación del mismo nivel o superior a la máxima titulación ostentada por

cualquier profesional (que se encuentre en el ejercicio de sus funciones de acuerdo con tal titulación) integrado en esa estructura, de acuerdo con la clasificación establecida en el art. 2.2 de la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, sino que además debe respetar escrupulosamente, dentro de la dirección de las Áreas o Unidades de Gestión Clínica, las funciones reservadas a cada categoría profesional, perfectamente definidas en el art. 6.2 de esta ley de tal manera que cualquier Unidad/Área/Instituto/Equipo de Gestión Clínica que integre en sus funciones *“la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”* (art. 6.2. a) de la Ley 44/2003), no puede estar dirigida más que por un licenciado en Medicina.

Este argumento es de idéntica aplicación para el caso de farmacéuticos o dentistas, y esta regla general exige el máximo respeto en aquellas Unidades en las que se integran procesos asistenciales médicos, ya sea en el ámbito de la Atención Primaria como de la Especializada, cumpliendo además con lo prescrito en el art. 6.1) de la citada ley 44/2003:

“1. Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.”

Todo ello no impide que existan Unidas o Áreas de Gestión Clínica, cuyo objetivo esencial sean los cuidados, y que puedan y deban ser dirigidos por un profesional de grado en enfermería.

5.3 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA. CESHM entiende que las Unidades o Áreas de Gestión Clínicas han de tener estructuras organizativas sencillas, que posibiliten una comunicación interna fluida y constante entre sus miembros y que faciliten la toma de decisiones con la suficiente rapidez, ello sin detrimento de la asunción de responsabilidades y el análisis de las situaciones a la luz del conocimiento científico y de los estándares y protocolos de calidad.

Esto exige una organización poco jerárquica pero respetuosa con los puestos preexistentes en la estructura, en concreto, en el ámbito hospitalario, con las

Jefaturas de Servicio y de Sección, que se han de integrar, siempre voluntariamente, en el nuevo modelo, constituyendo junto con otros actores, el Comité de Dirección que debe existir como apoyo a la propia Dirección. La renuncia de una Jefatura a integrarse en la nueva estructura, no puede conllevar penalización alguna sobre su titular en el mantenimiento de su integridad funcional y retributiva, sin perjuicio de las funciones, y nuevos incentivos que el Reglamento de Funcionamiento Interno otorgue a la nueva organización. De igual manera se ha de garantizar que dentro del Comité de Dirección exista una adecuada representación de los profesionales que integran el Área o Unidad y que faciliten la necesaria participación de todos los implicados y el trabajo cooperativo y en equipo.

6. INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN EL MARCO JURÍDICO DEL SNS.

En la actualidad, ninguna UGC existente en el dispositivo sanitario heredado del antiguo modelo INSALUD, posee personalidad jurídica propia. CESHM no entra en este documento (no es el momento precedente) a valorar nuevas formas de gestión como Consorcios, Fundaciones públicas sanitarias u otro tipo de Fundaciones. CESHM manifiesta, expresando el sentir unánime de los sindicatos médicos confederados, su posición inequívoca a favor de que las Unidades/Equipos/Áreas/Institutos de Gestión Clínica o cualquier otra denominación que se les quiera dar, carezcan de personalidad jurídica propia.

El compromiso de CESHM con una sanidad pública, universal, gratuita, accesible y equitativa, exige que los modelos organizativos tendentes a hacer más eficiente la utilización de los recursos siempre escasos, en beneficio del paciente, tal como se supone pretende la Gestión Clínica, estén indisolublemente ligados al destino de la institución de la que se originan y proceden, ya sean centros de salud u hospitales públicos. Y éstos a su vez carecen de personalidad jurídica, la cual reside en la Administración Sanitaria, en el Servicio de Salud y en la Consejería correspondiente.

Ello supone un control público total y una absoluta subordinación jurídica al Servicio de Salud, lo cual no contradice en absoluto la existencia de amplios márgenes de autonomía de gestión ni por supuesto la eficacia y efectividad de las políticas sanitarias ni su eficiencia. Antes al contrario, CESHM entiende que este modelo, aporta garantías adicionales al fin perseguido.

CESHM considera que el modelo de gestión directa en el cual la provisión de la asistencia sanitaria se realiza directamente por la Administración Pública en la cual reside la personalidad jurídica, es un modelo perfectamente vigente, mejorable sin duda alguna, pero muy válido, por cuanto el sometimiento de las instituciones sanitarias, incluidas las Áreas y Unidades de Gestión Clínica, en su funcionamiento y organización a los principios del sector público y a la fiscalización de la Intervención en el cumplimiento de la legalidad vigente, constituyen sólidas garantías para los ciudadanos de una gestión sanitaria basada en el interés general.

La fragmentación y compartimentación que supondría el dotar de personalidad jurídica propia a la Gestión Clínica, abre las puertas a disfuncionalidades inaceptables, transformando un modelo teóricamente válido, en un ente sometido al arbitrio de quienes están “mejor” situados en la línea de salida, que preludian la nada improbable privatización de la asistencia sanitaria pública.

Una vez más CESHM reitera que el modelo de gestión directa a través de organismos sin personalidad jurídica propia, no constituye un rígido “corsé” que impida la sostenibilidad del sistema sanitario.

La exigencia de los agentes implicados ha de ser que este modelo sea gestionado adecuadamente, con criterios de eficiencia, de excelencia y de calidad. Pero una inadecuada gestión, responsabilidad de quienes ostentan la legitimidad política, no puede servir de justificación o argumentario para la introducción de nuevos modelos, en cuya esencia subyace el lucro. CESHM jamás admitirá que la negligencia, incapacidad o indolencia de los gestores, y también de los políticos, sin distinciones ideológicas, constituya la fundamentación del fracaso “inevitable” de un modelo sanitario, que desde hace más de 30 años, ha sido un referente internacional.

7. RÉGIMEN JURÍDICO DEL PERSONAL ADSCRITO A LA GESTIÓN CLÍNICA

7.1 INTRODUCCIÓN. La aprobación de la ley 10/2013, de 24 de julio (BOE del 25 de julio), por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en concreto sus disposiciones final quinta y final sexta, dos, ha hecho saltar todas las alarmas en CESHM. La disposición adicional quinta, modifica el Estatuto Marco del personal estatutario, y su apartado Dos, incluye un art. 65 bis en el Estatuto Marco que dice:

«Artículo 65 bis Servicios de gestión clínica

Se declarará en la situación de servicios 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 estas funciones, cuando la naturaleza de las instituciones donde se desarrollen las funciones de gestión clínica no permitan que preste sus servicios como personal estatutario fijo en activo. En esta situación, este personal tendrá derecho al cómputo del tiempo a efectos de antigüedad, así como a la reserva de su plaza de origen.»

A su vez, la Disposición final sexta, también en su apartado Dos, añade un nuevo apartado 5 al art. 10 de la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que dice: «5. El Gobierno desarrollará reglamentariamente lo establecido en los apartados anteriores, estableciendo las características y los principios generales de la gestión clínica, y las garantías para los profesionales que opten por no acceder a estas funciones.»

CESM lamenta que cambios tan significativos en cuestiones que afectarán a la relación laboral de la inmensa mayoría de facultativos del SNS, no hayan sido objeto de negociación alguna por parte del Ministerio. CESHM espera que el desarrollo reglamentario de la Gestión Clínica a la que alude la Disposición final sexta Dos, de la ley 10/2013, sea objeto de intensa negociación con esta Organización. Otro proceder, vacía de contenido este Documento y dinamita las bases sobre las que se firmó el Acuerdo de 30 de julio de 2013 entre el Foro de la Profesión Médica y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

7.2 MARCO JURÍDICO. La modificación legislativa de la ley 10/2013, se configura como una mezcla *sui generis* de la comisión de servicio y la excedencia por interés particular al establecer que, en aquellas Instituciones Sanitarias en dónde se desarrollan o pueden desarrollarse funciones de Gestión Clínica, y que en el momento actual no permitían que en ellas prestasen sus servicios personal estatutario fijo en activo, a estos se les pueda ofertar voluntariamente un cambio de relación de empleo para que puedan incorporarse a ellas, computándoseles estos servicios a efectos de antigüedad y con el derecho a la reserva de su plaza de origen.

Evidentemente, tales instituciones son las encuadradas en las llamadas nuevas formas de gestión como Consorcios, Fundaciones Públicas Sanitarias, Fundaciones, Organismos Autónomos de carácter administrativo o Empresas públicas. Y no se agota en ellas, sino que se extienden a organizaciones de gestión indirecta, de carácter generalmente privado, con o sin ánimo de lucro, como las concesiones administrativas y las famosas Entidades de Base Asociativa (EBAs), entre otras.

Todo lo anterior tiene perfecto soporte legal en el art. 8.2 de la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) cuando establece que: *“Los profesionales podrán prestar servicios conjuntos en dos o más centros, aun cuando mantengan su vinculación a uno solo de ellos, cuando se mantengan alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida entre distintos establecimientos sanitarios. En este supuesto, los nombramientos o contratos de nueva creación podrán vincularse al proyecto en su conjunto, sin perjuicio de lo que establezca, en su caso, la normativa sobre incompatibilidades.”*

Precisamente, lo establecido en el art. 8.2 de la LOPS ya permitía que, en un mismo proyecto de gestión establecido en virtud de alianzas estratégicas o de gestión compartida, pudiesen coexistir profesionales con distinta vinculación jurídica en función de la institución de procedencia. Por ello, no habría que haber recurrido a esta modificación del Estatuto Marco, y por tanto este nuevo art.65.bis habría sido totalmente innecesario para posibilitar que personal estatutario se incorpore a estos proyectos, salvo que el objetivo final de esta novación jurídica sea la progresiva desestatutarización/laboralización del personal del SNS.

Si este no fuese el objetivo, lo que sí habría que establecer con meridiana claridad es que los nombramientos o contratos de nueva creación previstos en el art. 8.2 de la LOPS lo hiciesen con vinculación estatutaria, ya sean de carácter temporal o definitivo y, evidentemente, respetando los procedimientos legales y reglamentarios al efecto.

7.3 POSICIÓN DE CESM. Ligar la Gestión Clínica a un cambio de régimen jurídico en la relación del personal sanitario con su empleador, no tiene absolutamente ningún fundamento, ni legal ni conceptual, ni ideológico, ni lógico. No vamos a insistir en qué significa Gestión Clínica, pero sí debemos enfatizar, que cualquier personal sanitario, sea su vínculo contractual laboral o sea funcionario o estatutario, está perfectamente capacitado para integrarse y asumir los nuevos cometidos de la Gestión Clínica sin que se aprecien

diferencias, ni grandes ni pequeñas, en su actividad. Ya no es que la propia experiencia práctica haya confirmado este aserto, sino que desde un punto de vista teórico resulta incomprensible tal maridaje entre Gestión Clínica y cambio de régimen jurídico del personal.

Si lo que se pretende con la Gestión Clínica es un progresivo cambio de la relación jurídica del personal facultativo hacia su laboralización, CESHM se declara beligerante y tomará todas las medidas que tenga a su alcance para evitar tal desatino. CESHM proclama que el acceso a la Gestión Clínica, sea cual sea el modelo, gestión directa o gestión indirecta, en la provisión de los servicios sanitarios públicos, jamás debe comportar la renuncia a la condición de personal estatutario o funcionario de quienes ostentan tal condición.

La oferta de incorporación, a personal estatutario fijo o temporal, a proyectos de Gestión Clínica establecidos en virtud de alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartidos con otras organizaciones/instituciones que sirvan a la asistencia sanitaria pública y que no tengan en su relación de empleo esta vinculación contractual, tendrá que permitir a los interesados mantener su condición de personal estatutario o funcionario. En consecuencia, CESHM pide que la posibilidad de incorporación de personal estatutario en activo a instituciones sanitarias que *“no permitan que preste sus servicios como personal estatutario fijo en activo”* previa aceptación de cambio en su relación de empleo (art. 65.bis de la Disposición final quinta de la Ley 10/2013), desaparezca de nuestra normativa y que cualquier facultativo estatutario pueda acceder a la Gestión Clínica, tanto en los centros de gestión directa, de los que procede, como en los adscritos a las nuevas formas de gestión, si, previa oferta de la Administración, así voluntariamente lo solicita, y sin que ello implique modificación alguna de su relación jurídica estatutaria o funcional.

8. SISTEMAS DE APOYO, INFORMACIÓN Y CONTROL

CESHM es consciente que no es posible instaurar la Gestión Clínica sin un compromiso voluntario del profesional ni un convencimiento inequívoco de la autoridad sanitaria y de los gestores. Por ello es preciso, si se desea avanzar en esta nueva organización, el establecimiento, implementación e impulso de una estructura informativa, de apoyo, y colaboración con los responsables y partícipes de este nuevo modelo.

Las Unidades o Áreas que se creen deben contar en todo momento con el apoyo, en primer lugar de la Gerencia de la Institución e imprescindiblemente de un sistema de información adecuado que permita desarrollar la Gestión Clínica. Ello implica homologar parámetros como los CMBD, interconsultas, pruebas, altas y la estimación de costes por procesos.

9. GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CESM estima que las especiales características de la Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario, con una relación coste/beneficio inalcanzable en otro nivel y pese a todo Cenicienta de la sanidad española, precisa una regulación detallada y específica que excede de la pretensión de este Documento, pero que debe ser objeto de una extensa negociación y de estudio riguroso. CESHM tiene claro que la Gestión Clínica en Primaria, al igual que en la Atención Especializada, no puede basarse más que en la voluntariedad de la adhesión al nuevo modelo. CESHM estima que no puede instaurarse una Unidad de Gestión Clínica si no es con el acuerdo mayoritario de los profesionales titulados que integran el EAP. Del mismo modo, CESHM entiende que el Director de una Unidad de Gestión Clínica en Atención Primaria, debe ser necesariamente uno de los miembros del Equipo en dónde se implante esta organización, nombrado por sus compañeros y con respeto absoluto al grado de titulación que debe ostentar si en la Unidad correspondiente están integrados licenciados sanitarios.

Del mismo modo CESHM apuesta por profundizar en la dotación, a este nivel, de procedimientos diagnósticos hasta ahora incomprensiblemente vetados así como en la promoción de la colaboración interniveles como premisa básica de la orientación de la actividad clínica hacia la gestión por procesos.

10. CONCLUSIONES

CESM considera que la Gestión Clínica debe tener como criterios conceptuales básicos los siguientes:

- 1.) Dependencia de las Gerencias. **Carencia de personalidad jurídica propia.**
- 2.) **Respeto, en todo caso, de la relación jurídica contractual del personal sanitario,** que podrá acceder a cualquier iniciativa de

- Gestión Clínica en centros de gestión directa o indirecta, sin precisar modificación de tal relación jurídica.
- 3.) Implicación de los profesionales tanto en la gestión clínica como en la gestión de recursos, lo que obliga necesariamente a diseñar un proceso de adhesión **voluntario**.
 - 4.) **Respeto de los derechos adquiridos** del personal.
 - 5.) Impulsar una organización basada en los procesos asistenciales, lo cual supone diversos grados de complejidad, desde la Unidad de Gestión hasta Áreas funcionales interdisciplinarias, que incluyen integración intercentros e interniveles, con **modelos organizativos internos participativos, sencillos y eficaces**.
 - 6.) **Liderazgo** bien definido, con selección transparente, basada en la igualdad, mérito, capacidad y publicidad, alejada de servidumbres políticas, con proscripción de la libre designación, y adecuada al tipo de Gestión Clínica (Asistencial médica, Cuidados de Enfermería etc.).
 - 7.) **Contrato de gestión comprensible**, asumible, realista y posible.
 - 8.) **Autonomía de Gestión real** que implica un soporte, apoyo absoluto, constante y leal de Gerencias, áreas de gestión económica, administrativa, logística, admisión y documentación, con sistemas de información de costes y asistenciales, accesibles y fiables, que permitan una evaluación y un control periódico y permanente.
 - 9.) **Incentivos económicos** vinculados al grado de cumplimiento de objetivos, nunca al ahorro del presupuesto pactado.
 - 10.) **Diseño específico para la Atención Primaria** en función de sus características peculiares.