

# El Buen Gobierno de los Centros Sanitarios desde la perspectiva de la Profesión Médica

❖ *Documento elaborado por el Observatorio de la Profesión e Identidad Médica (OPIMED) de la Organización Médica Colegial de España*

## RESUMEN:

Desde la perspectiva de la profesión médica son necesarios unos requisitos para que el gobierno y la gestión de los centros sanitarios no afecten a la calidad asistencial y a la seguridad del paciente; es fundamental prevenir conflictos de interés tanto en los centros privados (económicos y comerciales) como en los públicos (políticos y financieros), y para ello debemos utilizar herramientas de Buen Gobierno.

Hay siete requisitos de buen gobierno para todo tipo de centro sanitario y organización asistencial (pública y privada):

- 1- Elaborar y difundir su Reglamento.
- 2- Publicar y actualizar su cuadro médico y cartera de servicios.
- 3- Establecer y activar la Junta Técnico-Asistencial o Facultativa.
- 4- Constituir y/o fortalecer las Comisiones Clínicas y de Seguridad del Paciente.
- 5- Crear un sistema de denuncia anónima para abusos e ilegalidades tutorizado desde la autoridad sanitaria.
- 6- Constituir comisiones de credenciales que apoyen la selección y sirvan de apoyo para documentar méritos para la promoción y carrera.
- 7- Creación de un órgano de inspección y evaluación de calidad y seguridad de la práctica clínica en la autoridad sanitaria autonómica.

Y de forma más específica para los centros sanitarios públicos o vinculados, se formulan diez líneas de actuación para el Buen Gobierno:

- 1- Innovar en modelos de gestión con mayor autonomía y responsabilidad en la rendición de cuentas.
- 2- Los reglamentos y normas de los centros sanitarios deben promover activamente una cultura de buenas prácticas y de ética profesional.
- 3- También deben facilitar el Buen Gobierno a través de participación, transparencia y rendición de cuentas: la información que evalúa el desempeño debe estar en dominio público.
- 4- La participación profesional y social es esencial: la Junta Técnico-Asistencial debe ser un agente activo en los procesos presupuestarios, contractuales y estratégicos del centro sanitario.
- 5- Los hospitales y centros sanitarios deberán contar con órganos colegiados de gobierno, que tendrán un papel central en reglamentación y normas, elaboración del presupuesto anual, planes de inversiones,

- planes estratégicos y directores, cambios en cartera de servicios, contrato programa y la Memoria Anual.
- 6- Establecer sistemas de concurrencia competitiva y evaluación pública de méritos para estimular la profesionalización de la función directiva y alta dirección.
  - 7- Fortalecer los contratos de gestión entre la autoridad sanitaria y sus centros, dándoles proyección plurianual y transparencia para el seguimiento público y continuo de indicadores.
  - 8- Retomar la organización asistencial de los hospitales y otros centros sanitarios sobre la base de la gestión clínica, la creación de Institutos y Áreas de Gestión Clínica, y la descentralización responsable a través de los acuerdos de gestión clínica.
  - 9- Ensayar nuevos modelos de articulación territorial de especialidades a través de redes hospitalarias regionales multihospital y multiespecialidad.
  - 10- Evaluar los modelos de gestión integrada Hospital + Atención Primaria, y en su caso establecer órganos de gobierno y gestión específicos para el nivel de Atención Primaria.

La débil implementación que se observa en los procesos de reforma que se anuncian y no se aplican, aconsejan que la autoridad sanitaria central cree un marco legislativo para el buen gobierno que promueva la calidad y seguridad de la práctica clínica.

## INTRODUCCIÓN:

Los centros sanitarios que emplean o vinculan a médicos tienen una perspectiva institucional u organizativa que no siempre coincide o respeta los principios y criterios del profesionalismo médico:

- En el **ámbito público**, las restricciones financieras, la normativa inadecuada y las interferencias políticas y de poder son frecuentes y plantean dilemas de posicionamiento profesional;
- En el **ámbito privado**, los intereses económicos y comerciales de la propiedad y de los gestores también ponen frecuentemente en tensión la identidad y rol de los médicos y su profesionalismo.

De forma más específica, los **hospitales** (Centros C1 del Real Decreto 1277/2003) son las instituciones donde de forma más amplia y directa cabe plantearse un fortalecimiento de los instrumentos de Buen Gobierno, ya que concentran la mayor parte del empleo profesional, suponen el mayor coste de la sanidad, y acumulan tensiones y problemas susceptibles de mejora con una adecuada gobernanza.

No obstante, muchos hospitales de los servicios de salud de las CCAA integran de forma total o parcial la gestión de otros centros de asistencia sanitaria sin internamiento (Grupo C2 del RD 1277/2003); se da de forma frecuente en los modelos de **Gerencia Única de Área Sanitaria**, con la incorporación de la Atención Primaria de las zonas básicas de salud que se encuentran dentro del Área de Salud.

Entendemos que la existencia de esta dualidad de modelos entre Gerencia Hospitalaria y Gerencia Única de Área no impide la aplicación de las recomendaciones que aquí se formulan desde la perspectiva del profesionalismo médico y sanitario. Por ello, aunque el núcleo de las propuestas sea de más directa aplicación en hospitales, nos referiremos genéricamente a “centros sanitarios” a efectos de evitar el sesgo terminológico.

Existen, aunque de forma minoritaria, **Gerencias de Atención Primaria** en algunas CCAA; en estos casos, aunque los principios serían aplicables, se precisaría un ajuste a las características propias de los Centros de Salud y los Equipos de Atención Primaria.

A efectos de establecer normas y requisitos para un buen gobierno que aporte calidad y seguridad en la práctica clínica, es relevante considerar la existencia de tres grandes grupos de organizaciones proveedoras de servicios sanitarios:

- a) **Gestión directa**, que tienen dependencia patrimonial y organizativa de la autoridad sanitaria, y que incluye tanto los modelos de gestión administrativa tradicional como las formas autónomas con capacidad de autogestión y personificación jurídica propia (fundaciones, entes, consorcios y empresas públicas).



- b) **Gestión indirecta**, cuya dependencia patrimonial y organizativa es de una entidad privada, pero con financiación pública a través de una fórmula contractual estable (concesión o vinculación a la red pública).
- c) **Gestión de los centros privados independientes**, que trabajan fundamentalmente con financiación privada (seguros o pago directo), aunque puedan tener eventualmente contratos coyunturales con los servicios públicos de salud a través de los conciertos (p.ej. procesos e intervenciones para aligerar las listas de espera).

Cabría establecer dos ámbitos diferenciados de regulación del Buen Gobierno:

- a) Unos **requisitos generales** para cualquier tipo de hospital-área, que afectarían a centros públicos y privados, y buscarían garantizar la calidad y seguridad de la práctica clínica potenciando la responsabilidad y la autonomía profesional.
- b) Y otra serie de **requisitos particulares para centros públicos de gestión directa**, que al encontrarse bajo un marco organizativo institucional y pertenecer al SNS, pueden ser objeto de regulación más específica para garantizar la apropiada gobernanza.

Los hospitales-áreas de **gestión indirecta**, de acuerdo con las condiciones de su vinculación o contrato de colaboración con el servicio de salud de la comunidad autónoma, deberán cumplir tanto los requisitos generales como aquellos particulares que determine y fije la comunidad autónoma en su relación contractual.

Estos requisitos se desarrollan en los dos siguientes apartados. En un tercer apartado se añaden aspectos relacionados con la implementación de los requisitos formulados.

# 1.- Requisitos generales de Buen Gobierno para hospitales y otras organizaciones asistenciales.

Los hospitales y Gerencias de Área, sean públicos o privados, estén o no vinculados o concertados a la red pública, con carácter general habrán de cumplir los siguientes criterios de buena gobernanza:

- 1) Elaborar y difundir un **Reglamento** de estructura, organización y funcionamiento del centro, visible en el espacio público y accesible en la *web* del centro (intranet e internet).
- 2) Mantener actualizado y visible en espacio público un **cuadro médico** con las unidades y profesionales que trabajan en el hospital o centro sanitario, que incluya también a los médicos colaboradores habituales (con asistencia de al menos un día a la semana).<sup>1</sup> Igualmente se hará con la cartera de servicios del centro, que deberá actualizarse periódicamente (mínimo cada dos años), o cuando existan cambios importantes en las prestaciones diagnósticas, terapéuticas o de cuidados que oferta el centro sanitario.
- 3) Establecer, si no existiera, y garantizar el funcionamiento de una **Junta Facultativa o Técnico Asistencial**<sup>2</sup>, elegida por el cuerpo facultativo del centro, con reglamento interno y capacidad de elevar quejas y propuestas al máximo órgano de gobierno del que depende el centro sanitario. Se guardará registro de sus reuniones y acta de los acuerdos. En los centros públicos de gestión directa las quejas y propuestas se dirigirán en copia a la Gerencia del Servicio de Salud de la comunidad autónoma, así como al órgano de inspección al que se refiere el punto séptimo.

---

<sup>1</sup> El personal colaborador habitual es una categoría habitual en los hospitales privados: constituye el personal que no tiene relación laboral con el centro, pero que realiza actividad en el mismo mediante otro tipo de relación contractual. Solo se han de incluir los que sean habituales, entendiendo por habituales aquellos colaboradores que han venido al centro al menos 2 veces al mes de media, en el año correspondiente. No se incluyen los que solo vienen al centro a realizar consultas. Dentro de los colaboradores habituales están los médicos consultores, contratos de servicios y actividad realizada por personal de otro centro mediante convenio, siempre que estos no supongan el equivalente a una jornada a tiempo completo o parcial, en cuyo caso se contabilizarán en los apartados anteriores. [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2013/DEFINICIONES\\_C1.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2013/DEFINICIONES_C1.pdf)

<sup>2</sup> La Junta Técnico-Asistencial se estableció para los centros públicos en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales: “Como Órgano colegiado de asesoramiento de la Comisión de Dirección del hospital, en lo relativo a actividad asistencial, así como de participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afecten a sus actividades”; se trataría de que los hospitales adaptaran un órgano que cubriera estas funciones, de acuerdo a la especificidad de su marco institucional.



- 4) Se deberá garantizar la existencia y funcionamiento de **Comisiones Clínicas** que cubran la garantía de **calidad y la seguridad del paciente**. Se guardará registro de sus reuniones y acta de los acuerdos. En los centros privados el tiempo dedicado por los médicos a estas actividades serán computados como trabajo efectivo, y compensadas o retribuidas por el centro sanitario o las aseguradoras según se determine localmente.
- 5) Se creará un sistema de **denuncia anónima para posibles abusos e ilegalidades** (*whistleblowing*), que favorezca la integridad; este sistema figurará en el Reglamento y será divulgado para que todos los empleados del centro lo conozcan. El Reglamento establecerá quiénes deben conocer y gestionar estas denuncias y qué investigación previa se debe desarrollar para aclarar su verosimilitud y determinar las acciones posteriores; en todo caso las denuncias recibidas se tratarán con discreción y reserva y se custodiarán en un registro a disposición de la autoridad inspectora de la Consejería de Salud de la comunidad autónoma.
- 6) En los centros sanitarios públicos de gestión indirecta y en los centros privados, ha de existir una **Comisión de Credenciales** u órgano facultativo colegiado similar, que tenga la misión de conocer e informar la contratación o vinculación de nuevo personal médico asistencial. Esta Comisión comprobará su apropiado registro colegial, y en su caso, la validación de la colegiación y recertificación de su especialidad, el grado de carrera profesional conseguido, las Áreas de Capacitación Específica (ACEs), Diplomas de Acreditación o Diplomas de Acreditación Avanzada que pueda tener concedidos, así como otros méritos académicos y profesionales que puedan parecer relevantes. El informe de esta Comisión no será vinculante, pero quedará registrado y disponible para la autoridad inspectora de la comunidad autónoma; también podrá informar al Colegio de Médicos de la provincia las incidencias encontradas en relación con los aspectos de colegiación, validación y recertificación.
  - En los **hospitales públicos y otros centros asistenciales de gestión directa** esta tarea de evaluación de la contratación podrá ser ejercida desde la Junta Técnico Asistencial o Junta Facultativa, y se referirá a la contratación interina o eventual, ya que los sistemas de provisión fija de puestos de trabajo de personal estatutario o funcionario tienen la tutela pública de las garantías de concurrencia, mérito y capacidad.
  - En la medida en la que se desarrollen en un futuro los procesos de **recertificación** de los especialistas, estas comisiones de credenciales podrán asumir un papel a efectos de informar a los órganos de dirección y gobierno del centro, y documentar los méritos de carrera y dedicación profesional, o promoción en las responsabilidades clínicas o gestoras.

- 7) Deberá existir -y garantizarse su actividad efectiva y periódica- un **órgano de inspección y evaluación de la calidad y seguridad en la práctica clínica en la Consejería de Salud de la comunidad autónoma** que supervise el adecuado funcionamiento de las Juntas Facultativas o Técnico Asistenciales y de las Comisiones Clínicas, que reciba y valore sus comunicaciones y que pueda recibir o consultar los registros de informes anónimos de denuncia interna sobre infracciones normativas y de fraude o corrupción. Sus informes y recomendaciones serán públicos y consultables en la red.

## 2.- Requisitos particulares de buen gobierno para los centros sanitarios de gestión directa del SNS

Los hospitales y Áreas de Salud que son gestionados directamente por los servicios de salud de las CCAA, bien a través de gestión administrativa convencional, o con personalidad jurídica y autonomía de gestión, deberán de cumplir estos criterios específicos de buena gobernanza, además de los generales para todo tipo de centro sanitario del punto anterior.

Buena parte de los contenidos de estos requisitos toman como referencia el dictamen de 2020 de la **Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados**, aprobada por una mayoría amplísima de parlamentarios y grupos.<sup>3</sup>

Para que los centros sanitarios públicos incorporen políticas de buen gobierno que promuevan la calidad, seguridad y eficiencia de la práctica clínica, la profesión médica debiera proponer los siguientes requisitos.

### 1- Un nuevo modelo de gobierno y gestión.

Con carácter general, se requiere un **cambio en el modelo de gobierno y gestión**, donde los centros sanitarios tengan mayor autonomía para poder desarrollar su actividad y su correspondiente responsabilidad en la rendición de cuentas.

Como expresa el precitado Dictamen del Congreso de los Diputados en el punto 2.6

*Promover mayor autonomía y capacidad de respuesta para las organizaciones sanitarias, a todos los niveles, empezando por la propia organización de los Servicios Autonómicos de Salud, frecuentemente encorsetados en sus capacidades de decisión, explorando las fórmulas jurídicas y organizativas más*

---

<sup>3</sup> Congreso de los Diputados. Conclusiones para la Reconstrucción Social y Económica. Dictamen sobre Sanidad y Salud Pública. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Pleno del Congreso 29 de julio de 2020.

[https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-130.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-130.PDF)

*adecuadas para ello, aprendiendo de la experiencia acumulada en los Servicios de Salud de varias comunidades autónomas. Esta autonomía ha de incluir aspectos de gestión económica, de gestión de personal con medios para motivar y premiar la excelencia profesional y la dedicación extraordinaria, así como corregir incumplimientos, al igual que capacidad para innovar y evaluar los resultados.*

## **2- Cultura de buenas prácticas y ética profesional.**

Igualmente, los centros sanitarios deberán promover activamente una **cultura de buenas prácticas y ética profesional**, a través de sus reglamentos y normas.

Como expresa el precitado Dictamen del Congreso de los Diputados en el punto 2.8

*Promover una cultura de buenas prácticas y de ética profesional con el desarrollo de normativas en pro de una buena gobernanza, que entre otros puntos incluyan: obligaciones de transparencia y publicidad activa; códigos éticos y de conducta, sistemas de buenas prácticas, normas y procedimientos operativos estandarizados; regulación de la actividad de los grupos de interés en el ámbito sanitario y farmacéutico y de los conflictos de interés; protección de denunciantes (whistleblowers), etc. Todo ello formando parte de una estrategia de buena gobernanza y de prevención del fraude y la corrupción en sanidad.*

## **3- Promover y evaluar la calidad, seguridad y eficiencia de los centros sanitarios a través del Buen Gobierno.**

Los centros sanitarios públicos deben activamente apoyar las iniciativas de Buen Gobierno, particularmente a través de la participación, la transparencia y la rendición de cuentas.

Como expresa el precitado Dictamen del Congreso de los Diputados en el punto 2.1

*Aplicar al Sistema Nacional de Salud los valores y principios de la buena gobernanza de los sistemas sanitarios públicos, que incluyen entre otros: transparencia, rendición de cuentas, participación democrática, integridad y competencia; eficiencia, calidad y sensibilidad ante las necesidades, demandas y expectativas de los ciudadanos.*

Y también en el punto 2.9

*Además de la participación es necesario promover la transparencia del sistema a través de indicadores sanitarios que evalúen los resultados del sistema sanitario en cuanto a efectividad clínica, eficiencia, seguridad y satisfacción de los pacientes.*

Para hacer efectivos estos principios, particularmente los de rendición de cuentas y transparencia, los servicios de salud de las CCAA deberán dar **acceso público, disponible online, y sin anonimizar el centro, a la información estadística de sus hospitales y centros de atención primaria** (las que se reportan a los sistemas del portal estadístico del SNS), y también a los **contratos programa** o contratos de gestión existentes, así como a las evaluaciones de desempeño y cumplimiento de objetivos, o estudios de calidad y seguridad del paciente realizados.

A la información sanitaria de los centros debe aplicarse el **principio de transparencia reforzado**: toda información obtenida con dinero público ha de ser de dominio público, salvo que afecte a la privacidad de las personas; la carga de la prueba de restringir el acceso a la información recaerá en quien quiera limitarla.

#### 4- Participación profesional y social.

La naturaleza profesional de las organizaciones sanitarias hace que la implicación y participación de los médicos y otros profesionales sanitarios en el proceso de toma de decisiones sea no sólo deseable en sí misma, sino imprescindible para que sea más transparente y dotarla de solvencia científico-técnica a la gestión de los centros sanitarios y favorecer con ello su sentido de pertenencia a la organización sanitaria. Además, en un país democrático es obligada la existencia de sistemas de participación social e implicación de la ciudadanía y de los pacientes con sus centros sanitarios públicos.

Como expresa el precitado Dictamen del Congreso de los Diputados en el punto 2.5

*Reforzar las estructuras de asesoramiento y participación profesional y de los pacientes para hacer más transparente la toma de decisiones, con las mejores prácticas para mejorar su calidad, y favorecer la implicación de los profesionales sanitarios y de los pacientes con sus instituciones.*

La Junta Técnico Asistencial o Facultativa, deberá tener un papel activo en los procesos de fijación de objetivos y de control de gestión del conjunto del centro sanitario, particularmente en los contratos programa o de gestión; esta función colectiva se añade a la negociación de los acuerdos de gestión clínica con las unidades asistenciales.

También deberán conocer y participar en la elaboración del presupuesto, y de cualquier otro documento de carácter estratégico que diseñe o establezca cambios estructurales o funcionales. En el mismo sentido, deberá tener acceso y estar informada de los informes y memorias elaboradas relativas al desempeño asistencial o a las demás comisiones existentes, con particular referencia a las de Calidad y Seguridad del Paciente y las de Participación Ciudadana.

#### 5- Órganos colegiados de gobierno y de participación ciudadana.

Los servicios de salud de las CCAA promoverán la creación y funcionamiento de órganos colegiados de gobierno, así como de las estructuras de participación ciudadana y profesional.

Como expresa el precitado Dictamen del Congreso de los Diputados en el punto 2.2

*Dotar a las organizaciones del Sistema Nacional de Salud con presupuesto propio de órganos colegiados, ante los que los gestores habrán de proceder a la*

*rendición de cuentas a fin de contribuir a la eficiencia y calidad en los servicios y así posibilitar la autonomía que precisen dichas organizaciones.*

En el mismo sentido, ya en el año 2005 el **decálogo de Buen Gobierno y Profesionalización de la Dirección** del CGCOM-SESPAS y SEDISA proponía: <sup>4</sup>

*El órgano colegiado de gobierno tendrá un papel central en la aprobación de los documentos clave de la vida de los centros: reglamentación y normas de funcionamiento, presupuesto anual, planes de inversiones, estructura de activos patrimoniales, planes estratégicos y directores, cambios en cartera de servicios, contrato programa o similar, evaluación control y seguimiento de los contratos programa, decisiones estratégicas, y la Memoria Anual.*

Un aspecto clave es la actuación de estos **órganos colegiados** en el **nombramiento y cese del director-gerente** y los directivos funcionales de primer nivel.

El órgano colegiado de gobierno ha de actuar como una instancia para facilitar la **rendición continuada de cuentas** a la sociedad, como elemento de control permanente de la función gerencial, como instancia para modular los posibles conflictos y mediar en controversias internas y también como un cortafuegos para la interferencia de la política en la gestión de los servicios asistenciales.

Dado que este tipo de órganos pretende representar a la propiedad social de la organización, y que esta se expresa a través de la autoridad sanitaria, es lógico que el Servicio de Salud de la comunidad autónoma retenga la potestad de nombrar a la mayoría de los miembros. Por ello, también es lógico que ni los directivos ni los profesionales y otros empleados tengan voto en las decisiones, aunque puedan estar presentes o tener representación.

Pero sí que es necesario incluir como **vocales con voz y voto a representantes cualificados de la sociedad y sus instituciones**, para que otros ojos y otros enfoques que no dependan directamente del poder político puedan enriquecer la función de gobernanza.

Es, por lo tanto, necesario articular una **participación social experta** que gane legitimidad técnica con la aceptación de su nombramiento por la Junta Facultativa o Técnico-Asistencial; en la Ley de Buen Gobierno de Madrid de 2017 se legisló (aunque nunca se aplicó) un modelo ingenioso y equilibrado de nombramiento de vocales que añadirían una participación ciudadana experta en la función de gobierno<sup>5,6</sup>.

---

<sup>4</sup> Decálogo para el Buen Gobierno de los Centros Sanitarios y la Profesionalización de la Dirección. OMC-SESPAS-SEDISA. 2005. Disponible como anexo en: <https://www.medicosypacientes.com/articulo/tribuna-criterios-para-el-buen-gobierno-de-centros-e-instituciones-sanitarias/>

<sup>5</sup> Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud.

<sup>6</sup> Tomado del Artículo 5 de la precitada Ley 11/2017.

a) Seis vocales a propuesta del Servicio Madrileño de Salud.

La idea central que debe defender la profesión médica, con independencia de las peculiaridades de su estructura y composición, es la creación de un órgano colegiado de gobierno que incluya esta **participación social, tanto institucional como de ciudadanía experta.**

## **6- Profesionalización de la dirección y sistemas de concurrencia competitiva abierta.**

No se debe mantener la situación actual de politización partidaria en los nombramientos de los directivos de los centros y servicios sanitarios del SNS. La profesionalización de la función directiva, con el control de un órgano colegiado de gobierno, es esencial para el propio funcionamiento correcto del sistema público de salud y para la existencia de un marco adecuado de buena práctica médica. En el documento del Congreso se expresaba con claridad este compromiso:

Como expresa el precitado Dictamen del Congreso de los Diputados en el punto 2.3

*Profesionalizar la gestión de las organizaciones sanitarias, con el objetivo de que su trabajo sea más eficaz y estable y contribuir así a legitimar más su papel en las organizaciones, de acuerdo a los principios de igualdad, mérito y capacidad.*

La profesionalización de los directivos sanitarios es también una obligación legal establecida en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y los médicos podemos y debemos exigir a las administraciones autonómicas: <sup>7</sup>

### ***Disposición adicional décima. Dirección de centros sanitarios.***

*Las Administraciones sanitarias establecerán los requisitos y los procedimientos para la selección, nombramiento o contratación del personal de dirección de los centros y establecimientos sanitarios dependientes de las mismas.*

*Igualmente, las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos de evaluación del desempeño de las funciones de dirección y de los resultados obtenidos, evaluación que se efectuará con carácter periódico y que podrá*

---

*b) Cuatro vocales para cuya designación la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud efectuará una convocatoria pública dirigida a organizaciones sociales y económicas, entidades académicas, asociaciones ciudadanas, colegios profesionales, sociedades científicas, y otras organizaciones de participación ciudadana para que efectúen propuestas de candidatos a la Junta de Gobierno que deberán cumplir las condiciones de trayectoria profesional, mérito y conocimientos requeridos por la convocatoria.*

*La Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud comprobará la adecuación de las propuestas a la convocatoria y dará traslado de las que cumplan los requisitos a la Junta Técnica Asistencial para que elija a los vocales, de los cuales al menos dos deberán ser profesionales sanitarios.*

*c) Dos vocales en representación de los ciudadanos que serán designados a propuesta de la Federación de Municipios de Madrid teniendo en cuenta el ámbito de actuación en el que presta asistencia la organización sanitaria.*

<sup>7</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Disposición Adicional décima.

*suponer, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en tales funciones directivas.*

De forma más específica se deberían asumir estas propuestas que se han elaborado en un grupo de trabajo de profesionalización de directivos convocado por el Ministerio de Sanidad en 2023 (pendientes de presentación y aprobación por la Comisión de Recursos Humanos del SNS):

*La alta dirección de los centros sanitarios del SNS, es decir, la Dirección Gerencia y las direcciones funcionales que de esta figura dependan directamente, deberán nombrarse a través de un proceso selectivo basado en la **concurrencia competitiva, convocatorias abiertas, documentación pública y consultable, y resolución motivada del órgano de gobierno correspondiente**. Los ceses de los directivos deberán realizarse a través de resoluciones motivadas dictadas por el propio órgano de gobierno.*

*En la evaluación de competencias e idoneidad de los candidatos a puestos de alta dirección de los centros sanitarios del SNS, el órgano de selección deberá valorar la formación, la experiencia y el proyecto de gestión que hayan elaborado. La documentación de los méritos será de acceso público. La exposición que realicen dichos candidatos se deberá realizar en sesión pública y abierta.*

## **7- Revitalización y extensión plurianual de los contratos programa o de gestión.**

Los **contratos-programa o contratos de gestión**, que se acuerdan entre el Servicio de Salud de la comunidad autónoma y sus centros sanitarios, y donde se especifican los compromisos asistenciales y la dotación de recursos económicos para una anualidad, son un documento fundamental para guiar la gestión y para evaluar el desempeño que toca actualizar y revitalizar.

Un aspecto que ha desvirtuado estos instrumentos es su **lenta y demorada aplicación dentro del año presupuestario** (ya que se espera a la asignación del presupuesto para iniciar la negociación del acuerdo de gestión), y a la **limitada extensión de los acuerdos** (un año) que apenas permite incorporar aspectos de planificación de cartera de servicios, personal y competencias a adquirir.

El documento del Congreso hace referencia a la necesidad de **revitalizar y extender a varios años los acuerdos de gestión, y facilitar la transparencia** para favorecer la competencia por comparación.

Como expresa el precitado Dictamen del Congreso de los Diputados en el punto 79.2

*Promover, a criterio de las comunidades autónomas, políticas basadas en Contratos de Gestión, que respondan a las siguientes características:*

- *Armonizados con los presupuestos del Servicio de Salud.*
- *Carácter plurianual, para incorporar la dimensión de planificación: cartera de tecnologías y servicios, alianzas, competencias, inversiones, costes directos e inducidos, y evaluación de actividad y resultados.*
- *Transparencia para conocer y seguir el cumplimiento de coste, actividades y resultados de los centros, servicios y unidades.*

Desde la perspectiva de la profesión médica, los contenidos de los contratos programa y acuerdos de gestión clínica deben ser apropiados desde la perspectiva de la efectividad, la eficiencia, la calidad, la ética y la deontología. Los objetivos, medidas y compromisos de dichos documentos no deben poner en riesgo a los pacientes ni afectar a la calidad o equidad de los servicios prestados por la sanidad pública. Los Colegios de Médicos deben ser agentes activos ante las autoridades sanitarias para identificar y solicitar la modificación de estas disposiciones contractuales.

## 8- Gestión Clínica y acuerdos de gestión clínica transparentes y participativos.

En el acuerdo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el Foro de la Profesión Médica suscrito el 30 de julio de 2013<sup>8</sup> se establecía un **pacto para el desarrollo de la Gestión Clínica**, definida como un modelo organizativo que otorgaba mayor protagonismo y responsabilidad a los médicos y otros profesionales sanitarios en la gobernanza de sus instituciones; reseñamos el punto III.2 de dicho acuerdo:

*III.2.- La Gestión Clínica es un modelo asistencial integrador, colaborativo y multidisciplinario que busca la mejora de la eficiencia y la calidad de la práctica clínica mediante la responsabilización de los médicos en la gestión de los recursos utilizados en su ejercicio profesional, organizando y coordinando las actividades que se generan en torno a cada proceso asistencial.*

*El modelo de gestión clínica pretende:*

- Impulsar una forma de organización que oriente la actividad hacia el proceso asistencial y a la atención integral del paciente.*
- Motivar a los médicos mediante su implicación en la gestión de los recursos de la unidad o servicio al que pertenecen.*
- Poner en valor nuevos valores y competencias esenciales para impulsar un renovado profesionalismo médico.*

Este acuerdo, claramente desatendido por las Administraciones Públicas, sigue teniendo vigencia, ya que desde el punto de vista técnico y organizativo se debe situar la gobernanza de las decisiones asistenciales en el lugar donde residen las competencias y la información.

Las experiencias de **Institutos y Áreas de Gestión Clínica** son prometedoras, aunque muy limitadas; la formalización de **Acuerdos de Gestión Clínica** con las Unidades pueden ser una poderosa herramienta de transparencia, rendición de cuentas, descentralización de la gestión y motivación de los profesionales. Más aún cuando la gestión contractual se proyecta de forma **plurianual** y cuando los **cuadros de mando** que muestran el avance en el desempeño y en el

---

<sup>8</sup> Acuerdo Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – Foro de la Profesión Médica. 2013. Disponible en: [http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/01/Acuerdo-con-Ministerio-de-Sanidad\\_corregido\\_TEXTO-COMPLETO.pdf](http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/01/Acuerdo-con-Ministerio-de-Sanidad_corregido_TEXTO-COMPLETO.pdf)

cumplimiento de los compromisos, se hace público y se favorece la comparación entre diferentes centros y servicios.

Para que existan verdaderos proyectos de gestión clínica es necesario otorgar **autonomía de gestión** a las Unidades, así como herramientas para que los equipos puedan responsabilizarse de los resultados, y les puedan ser reconocidos y recompensados los logros.

## 9- Alianzas entre hospitales y especialidades para extender el ámbito de la gestión clínica.

La asistencia hospitalaria se ha modificado con el crecimiento exponencial del conocimiento y con la tecno-medicina: la aparición de subespecializaciones, la creciente importancia de la tecnología, y la necesidad de asegurar curvas de experiencia sólidas para una serie de procesos, aconsejan una **reflexión sobre modelos organizativos**.

En muchos países se han orientado a **redes hospitalarias**, nucleadas por un hospital terciario, y en donde las especialidades (y sus subespecialidades) se organizan y articulan en un territorio más amplio. La pertenencia a una red hospitalaria por parte de los especialistas facilita la cobertura de los diferentes hospitales y centros sanitarios, la rotación para mantener activas las competencias, la posibilidad de combinar una práctica generalista de la especialidad con el dominio de un proceso o procedimiento de alta especialización, la participación en programas formativos y proyectos de investigación, y la creación de comunidades profesionales y científicas más amplias y estimulantes. Todos estos factores añaden motivación y mejoran la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Por ello, la creación de **Institutos o Áreas de Gestión Clínica, multi-especialidad y multi-hospital**, podrían ser una forma creativa y potencialmente eficaz y eficiente, para innovar en los modelos de organización y de Gestión Clínica.

## 10- Rediseño y potenciación de las estructuras directivas para la Atención Primaria y las urgencias extrahospitalarias.

Es necesario una **reflexión crítica** sobre los modelos de integración de la gobernanza y gestión del hospital y la Atención Primaria ensayados en la mayor parte del SNS en estas pasadas dos décadas. Aunque en hospitales pequeños el balance es contradictorio, en zonas urbanas muy pobladas y en hospitales de tamaño mediano y grande se constata por muchos profesionales que los problemas y enfoques de la Atención Primaria quedan diluidos y desdibujados frente a los problemas del hospital; además, la fascinación tecnológica que anida en la sociedad, en los medios y en los responsables políticos, añade un sesgo que aparta la priorización del primer nivel asistencial.

Si los hospitales tendieran a reorganizarse como redes regionales, lo lógico y simétrico sería que la **Atención Primaria recobrara un ámbito propio de organización y gestión**. Esto dotaría de un referente cotidiano a los Centros de Salud, a los Equipos de Atención Primaria, y a los dispositivos de salud mental,

fisioterapia, y otros servicios de apoyo a la AP; además, daría más densidad organizativa a la necesaria tarea de articular la Atención Primaria con el sector sociosanitario, particularmente para la cobertura de personas mayores y frágiles institucionalizados o inmovilizados.

### 3.- La implementación de los requisitos para el buen gobierno que promueva la calidad y la seguridad en la práctica clínica

A efectos de superar una situación donde los principios y regulaciones existentes son ampliamente desatendidos e incumplidos, la profesión médica debería reclamar a la autoridad sanitaria central una **Ley Estatal** para asegurar la aplicación de los principios básicos, comunes y mínimos del buen gobierno a todos los centros sanitarios, estableciendo la posibilidad de recurso, de petición de responsabilidad o de sanciones por su incumplimiento.

Esta norma podría ser más amplia y retomar y adaptar el tronco normativo de la **Ley de Hospitales** de 1962 (Ley 37/1962), así como las que desarrollaron modelos de gestión del ámbito público de gestión directa administrativa (**Real Decreto 521/1987**, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud) o del ámbito público con gestión directa autónoma y con personificación jurídica (**Real Decreto 29/2000**, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud).

Sobre esta base cabría establecer un marco normativo común, tanto para la organización hospitalaria en general (sea pública o privada), como para los hospitales y gerencias del SNS, basado en normas básicas, comunes y mínimas para su gobernanza.

Desde la perspectiva de la profesión médica, la normativa común del SNS debería reglamentar y reforzar en lo posible las **funciones de la Junta Técnico-Asistencial o Facultativa, las Comisiones Clínicas, y la Seguridad del Paciente**; también incorporar en el ámbito normativo las propuestas que en el primer y segundo punto de este documento se han elaborado y presentado.

## Han participado en este Foro de Médicos y Gobernanza de los Servicios Sanitarios:

### Expertos

- **José Luis Jiménez**, vicepresidente del Colegio de Médicos de Ourense.
- **Jorge Fernández Parra**, expresidente del Colegio de Médicos de Granada.
- **Pilar Sánchez Conde**, representante nacional de Médicos de Hospitales OMC.
- **José Luis Alcívar**, representante nacional de Médicos en Ejercicio Privado OMC.
- **Javier García Alegría**, expresidente de FACME.
- **José Manuel Freire Campo**, profesor emérito de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III).
- **José Soto Bonet**, presidente de SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud).
- **Natividad Laín Teres**, expresidenta del Colegio de Médicos de Toledo.
- **Concepción Villafañez**, presidenta del Colegio de Médicos de Ciudad Real.
- **Tomás Toranzo Cepeda**, expresidente de la CESM.

### Miembros permanentes de OPIMED

- **Juan José Rodríguez Sendín**, expresidente OMC
- **Serafín Romero Agüit**, expresidente OMC
- **José María Domínguez Roldan**, presidente de la Comisión Central de Deontología de OMC
- **José Ramón Repullo Labrador**, profesor emérito de Planificación y Economía de la Salud de la ENS-ISCIH

Abril 2025