

A LA DIRECCION GENERAL DE ORDENACIÓN PROFESIONAL DE LA  
SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO (MINISTERIO DE  
SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD).

**ASUNTO:** Alegaciones al Proyecto de Real Decreto por el que se fijan las bases para la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de los Servicios de Salud.

Concepción Ferrer Tuset, con D.N.I.22541871P, en nombre y representación del **SINDICATO DE MÉDICOS DE ASISTENCIA PÚBLICA (SIMAP)**, con domicilio a efectos de notificaciones en C/ Juan de Mena, 29, 1ª Pta., 1,  
**EXPONE:**

Que en plazo de INFORMACIÓN PÚBLICA del Proyecto de Real Decreto por el que se fijan las bases para la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de los Servicios de Salud, dentro del plazo concedido al efecto se vienen a formular, al amparo del artículo 86 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, las siguientes:

## A L E G A C I O N E S

### ALEGACIONES GENÉRICAS

---

#### 1. Introducción.

---

En la **introducción** del proyecto, no se aprecia justificación para la implantación de unidades de gestión clínica (UGC) en el sistema público sanitario, dentro de las bases fijadas en el proyecto de decreto. No existe mención de estudios que aseveren la mayor eficiencia del proyecto, en términos económicos ni asistenciales.

Se menciona “modelos de excelencia de gestión, gestión por procesos, articulación de distintas actividades a diferentes niveles, necesidad de autonomía”, etc... Son conceptos vagos y poco definidos. Desde el punto de vista del SIMAP, la consecución de esos objetivos se puede realizar dentro del sistema actual, modificando aspectos como acciones para la profesionalizar la gestión y cambiar la organización para que se favorezca la eficiencia y la responsabilidad horizontal.

Este sistema de UGC puede producir un sistema de unidades sin coordinación dentro del sistema de salud, perdiendo la visión y la misión globales de la organización sanitaria.

Y, además, se parte de la premisa de que los profesionales sanitarios funcionamos mediante la técnica del palo y la zanahoria. Que todo el problema de la eficiencia son

los incentivos económicos. Y no. En absoluto. Para los profesionales sanitarios es más importante conseguir que las condiciones de trabajo permitan una adecuada atención al paciente, la coordinación con otros compañeros, el respeto de los dirigentes, la sensación de ser alguien valorado dentro de la organización, con capacidad de ofrecer propuestas y consensuar decisiones. Y de estas premisas no se habla en el texto. No las propone las UGC ni la constitución de su diseño prevé que las favorezca.

Por otro lado, los incentivos económicos en sanidad están cuestionados, sobre todo si no son acompañados por otras medidas, tal como se resume en las siguientes conclusiones de la **literatura científica** sobre su efectividad:

- Las pruebas son modestas e inconsistentes.
- Evidencia de efectos no deseados: afectación de la equidad, efecto lupa, escasa validez de los indicadores, ingeniería documental y marrullerías con los datos, confusión entre guías de práctica clínica e indicadores de calidad.
- No hay pruebas suficientes para apoyar o no el uso de incentivos económicos para mejorar la calidad de la atención primaria.
- Si los pacientes son complejos, sus médicos reciben menor puntuación en un sistema de incentivos P4P.
- Los incentivos no inducen una respuesta racional y previsible que algunos nos han hecho creer.
- Producen una mejoría transitoria con descuido de lo no incentivado.
- Para tareas cognitivas complejas, pagar una cantidad significativa como incentivo no ha demostrado ser útil en mejora del desempeño.\*

\*(Ver bibliografía al final del texto)

## **2. Articulado.**

---

- No hay elemento en el texto que asegure una “mayor autonomía y responsabilidad” (**artículo 2**), ya que dependerá orgánicamente de una gerencia que tendrá la última palabra (**artículo 3.3**).
- Los incentivos se regirán por la misma norma actual (Estatuto Marco ley 55/2003 artículo 43.c), por lo que va a resultar más que difícil su diseño.
- Los profesionales dependerán de las direcciones de las UGC (**artículo 4.4**) sin hacer mención a la responsabilidad e iniciativa horizontales y a la capacidad de decisión colegiada (aunque queda como posibilidad según **artículo 10. puntos 2 y 3**). No se observa cambios con la actual estructura de servicios con sus jefes.
- La contratación de personal temporal (**artículo 5.4**) y de bienes y servicios necesarios (**artículo 5.5**) por parte de cada UGC no favorece el ahorro, ya que no se tiene en cuenta una visión global en la política de recursos humanos de la institución y tampoco la necesidad de economías de escala.
- Los horarios, turnos y tareas, aunque su planificación sea una de las funciones de las UGC (**artículo 5.3**) deberán cumplir la normativa estatal y autonómica.
- El proyecto en sí no resuelve nada, por falta de competencias del estado en materia de sanidad. Deja en manos de una futura normativa autonómica la parte sustancial de las UGC, con lo cual este decreto no tiene, hoy por hoy, ninguna posibilidad de ser funcional, porque la normativa de cada comunidad autónoma decidirá:
  - o La implantación o no de las UGC (**artículo 7**).
  - o La creación (**artículo 8**), vigencia (**artículo 8.5**) y supresión (**artículo 9**) de las UGC.

- La organización y dirección (**artículo 10**) y los sistemas de provisión y selección (**artículo 10.4**) ¿Conflictos legales?
- La creación de unidades funcionales dentro de las UGC (**artículo 11**).
- La constitución del acuerdo de gestión clínica, sus partidas presupuestarias y su evaluación al final del ejercicio (**artículo 12**), incluyendo la evaluación y desempeño individual (**artículo 15**).
- Los niveles de autonomía de gestión (**artículo 13**), progresivos y revocables, y sus funciones correspondientes.
- La evaluación de las UGC al final de cada ejercicio anual (**artículo 14**)
- El sistema de incentiación (**artículo 16**) vinculado a la autogestión, pero “pudiendo” quedar condicionado a objetivos económicos, decisión de la norma autonómica. La cantidad máxima será definida por cada servicio de salud (**artículo 16.5**) y será temporal, vinculado objetivos y no consolidable.

### **3. Disposiciones adicionales.**

---

- En relación a la **disposición adicional primera**, que indica que “se podrá establecer y autorizar alianzas estratégicas entre distintos centros y servicios de la red pública, pensamos que tendría más sentido que la propia organización diseñara sus alianzas estratégicas.
- Y la **disposición adicional segunda** confirma “la necesidad de adaptación de la estructura del servicio de salud, centros e instituciones sanitarias a las UGC para que sean compatibles”. Es decir, la creación de las UGC va a desestructurar la organización, y por ello deberá adaptarse a estos cambios. Sin embargo, desde le SIMAP consideramos que el proceso debería realizarse al revés: los servicios de salud deberían organizar sus centros e instituciones en aras a una mayor eficiencia. No podemos comprender que se acepte el caos en la organización de los servicios públicos.

### **4. Comentario final y conclusión.**

---

No entendemos como este proyecto de decreto que modifica las condiciones laborales, la organización de los puestos de trabajo y las retribuciones no haya sido explicada y consensuada con las organizaciones sindicales representativas de los profesionales sanitarios y ni siquiera se hayan mencionado en la lista del trámite de audiencia.

Para concluir, consideramos que este proyecto de decreto no tiene sentido alguno pues no favorece la eficiencia económica ni asistencial de las instituciones sanitarias, no aporta mejoras en las condiciones de trabajo ni en la democratización de los servicios y está vacío de contenido dado que las Comunidades Autónomas son las que tienen la potestad legislativa en este caso.

Por todo ello, solicitamos la retirada del proyecto de Real Decreto por el que se fijan las bases para la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de los Servicios de Salud.

\*Bibliografía.

Efecto de los incentivos económicos sobre la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada por los médicos de atención primaria. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 9. Art. No.: CD008451

"Physician-level P4P—DOA? Can Quality-based Payment be Resuscitated? Laurence F. McMahon, Jr, MD, MPH; Timothy P. Hofer, MD; Rodney A. Hayward, MD, American Journal of Managed Care, 13: 233-236, 2007.

It's about more than money: financial incentives and internal motivation. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. " M Marshall<sup>1</sup>, S Harrison<sup>2</sup> N Engl J Med 2009; 361:368-37

The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes. Ashish K. Jha, M.D., M.P.H., Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., E. John Orav, Ph.D., and Arnold M. Epstein, M.D. N Engl J Med 2012; 366:1606-1615

En Valencia a 12 de junio de 2015

Firmado: Concepción Ferrer Tuset

Presidenta del SIMAP.