

CEMSATSE



MESA SECTORIAL DE SANIDAD DE 11 DE JULIO DE 2025.

Punto número 4 del Orden del Día: Evaluación de las Jefaturas de Sección y Servicios de carácter asistencial.

En otra decisión que señala las prioridades de la acción de gobierno del Departamento de Sanidad, vuelve a sorprender, por extemporánea, inadecuada, arbitraria y carente de cualquier seguridad jurídica, la propuesta de evaluación de Jefes de Servicio y de Sección de carácter asistencial.

La parte expositiva del borrador que se presenta en la mesa sectorial justifica esta iniciativa en el artículo 69 del Decreto 37/2011, de 8 de marzo, del Gobierno de Aragón, de selección de personal estatutario y provisión de plazas en los centros del Servicio Aragonés de Salud.

Sin embargo, la norma también indica en el artículo 62 que corresponde al Director Gerente de Servicio Aragonés de Salud convocar y resolver los procedimientos de provisión de estos puestos.

Asimismo, el artículo 46 del Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón establece que los responsables de las Unidades Clínicas dependerán directamente de la dirección del Centro y ejercerán las siguientes funciones: *a) Proponer y negociar el Contrato de Gestión Clínica anual con la Dirección del Centro. b) Garantizar el cumplimiento de los objetivos asistenciales, de consumo de recursos y resultados recogidos en el Contrato de Gestión Clínica de su Unidad c) Fijar las líneas e iniciativas para el desarrollo e innovación en la Unidad, tendentes a una mejor utilización y adecuación de los recursos así como nuevas formas organizativas que mejoren la eficiencia de la gestión de los servicios que ofertan y la autonomía y responsabilidad de los profesionales d) Ejercer la dirección funcional y la jefatura, en su caso, de todo el personal adscrito a la Unidad, incluidos el personal sanitario de cupo y zona adscrito a la unidad. e) Responder del correcto funcionamiento de la Unidad, así como de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tengan asignado. f) Ejecutar las directrices que se establezcan desde los órganos directivos competentes. g) Evaluar la calidad de la atención prestada.* Ejercer las demás competencias que le sean atribuidas por disposición legal o reglamentaria.

Constatada la relevancia de los responsables de las unidades clínicas para el correcto funcionamiento de las mismas, **lo cierto es que en la actual Legislatura ni se ha resuelto, ni mucho menos se ha convocado ninguna jefatura asistencial**, del elevado número de las que a día de hoy están vacantes. Únicamente se han publicado en el BOA **la modificación de las convocadas en la Legislatura anterior** consecuencia de la entrada en vigor, el 12 de julio de 2024, de la Ley 4/2024, de 28 de junio, del Sistema de Protección Civil y Gestión de Emergencias de Aragón que elimina el requisito del régimen de dedicación exclusiva. Mientras tanto, realizando un uso abusivo de la disposición adicional 5ª del Decreto 37/2011, la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, ha encomendado el desempeño de las funciones propias del puesto al facultativo que considere más idóneo de entre los miembros del Servicio o Unidad **hasta la resolución del correspondiente**

proceso de selección, que en muchos casos todavía no se ha convocado, imponiendo a estos responsables una situación de provisionalidad que sin duda repercute y limita su autoridad, el desarrollo de la gestión asistencial o cualquier iniciativa innovadora.

Parece por tanto evidente que lo que necesita la Organización, su prioridad, de acuerdo a su entidad, objetivos y complejidad es completar la dirección de las unidades clínicas y no la evaluación de los responsables ya nombrados que ya demuestran día a día su capacidad gestora.

En cuanto al baremo de méritos propuesto el artículo 69.2 indica que el procedimiento de evaluación se iniciará con la solicitud del interesado de continuidad en el puesto, a la que se adjuntará *una memoria explicativa acerca de la actividad asistencial, docente e investigadora desarrollada por la unidad durante el periodo de desempeño del puesto, en relación con el acuerdo de gestión clínica cuatrienal, con el desarrollo del plan de formación directiva y con los acuerdos de gestión anuales.*

Llama poderosamente la atención que el baremo propuesto se limite a la evaluación de la “parte asistencial” obviando completamente los aspectos docentes e investigadores. Pero es que además, los ítems propuestos en el baremo no necesariamente están contemplados en el acuerdo cuatrienal de gestión clínica que el responsable de la unidad asistencial suscribió con la Dirección del Centro cuando fue designado.

Este acuerdo cuatrienal recoge el compromiso del responsable de la unidad clínica con los objetivos de la dirección del centro y junto a la puntuación de los acuerdos de gestión clínica suscritos anualmente son los elementos objetivos susceptibles de ser evaluados de forma individualizada porque resulta evidente que un servicio quirúrgico es diferente a uno médico o a otro central. Y un baremo compuesto por ítems inconcretos tipo “café para todos” que no tienen en cuenta estas diferencias está invalidado antes de ser aplicado.

Analizando detenidamente los apartados merecen destacarse las siguientes cuestiones:

La primera es que **no se indica en cada apartado los criterios y estándares para alcanzar la puntuación. ¿O se trata de todo o nada?** No parece razonable ni adecuado en la medición de variables cuantitativas como lista de espera quirúrgica, lista de espera de consultas, gasto farmacéutico, tasas de infección. Parecería apropiado que se hubiera planteado una escala que asociara indicador y puntuación.

La segunda tiene relación con los apartados 2, 3 y 6. **¿El compromiso con la organización a través de la firma del acuerdo de gestión anual se valora con 5 puntos?** ¿Igual que el estudio de las cargas de trabajo? **O sea que si un jefe de unidad se niega a firmar el contrato anual de gestión se le penaliza con un 3,84% del baremo.** Y luego los responsables sanitarios hablarán de este contrato como elemento indispensable para alcanzar los objetivos asistenciales...

Sin embargo, en el apartado 3 hace referencia a los resultados de los indicadores del acuerdo de gestión. ¿En qué quedamos? **¿Cuenta o no cuenta el acuerdo de gestión?** En cuanto a los indicadores propuestos:

-Hospitalización: tasas de infección, mortalidad, indicadores de cesáreas. **Resulta evidente que los dos primeros, así definidos, penalizan a determinadas unidades (UCI, Medicina Interna, Geriatría) si no se realiza un ajuste por gravedad.**

-Quirófanos: además de la LEQ pura y dura **¿Se tendrá en cuenta los servicios de referencia que reciben pacientes de toda la Comunidad Autónoma?** **¿Se tendrá en cuenta la plantilla efectiva de cirujanos y anestelistas?** **¿Se tendrá en cuenta la disponibilidad de suelo quirúrgico?**

-Consultas externas: ¿Han pensado los responsables de este baremo que la demora en consultas está muy relacionada con la demora en pruebas diagnósticas? ¿Se va a penalizar un servicio por la gestión de las pruebas complementarias de otro?

-Apartado 5: Eficiencia y racionalización del gasto: para poder cuantificar esta dimensión ¿Se ha proporcionado presupuestos individualizados a las unidades clínicas para que pudieran gestionarlos?

-Gestión de personal: el personal lo gestiona la Gerencia del Sector y, por elevación, los Servicios Centrales del SALUD. ¿Qué capacidad de gestión tiene el responsable de la unidad? ¿No cubrir las bajas laborales para ahorrar? ¿Aquéllos servicios que no han podido completar su plantilla orgánica por falta de profesionales se les puntuará más que los que la tienen completa o han precisado refuerzos o jornadas extraordinarias o de autoconcierto autorizadas por la dirección del centro?

-Gasto farmacéutico: los fármacos de dispensación hospitalaria, responsables de la mayor parte del gasto en este ámbito, se adquieren a través de compras centralizadas en las que los responsables de las unidades intervienen únicamente para fijar las indicaciones y criterios técnicos cuando así se lo solicitan instancias superiores.

-Gasto en material sanitario e implantes: ¿Con qué criterio se mide el gasto, y por tanto el ahorro en implantes? Se supone que los implantes se adquieren y se colocan según criterios de necesidad clínica de los pacientes. ¿Los ahorros no vendrán más por economías de escala derivadas de compras centralizadas responsabilidad de los servicios centrales y no de los jefes clínicos?

Apartado 6: Evaluación de la Dirección del Hospital. Este apartado, incluido en la última versión del documento confirma la intención de que este procedimiento tenga mucho de discrecional y muy poco de transparente. ¿Qué criterios va a utilizar la Dirección del Hospital para evaluar este apartado? ¿Van a ser diferentes a los que van a evaluar el acuerdo cuatrienal o al acuerdo anual de gestión clínica ya contemplados en el baremo? ¿Vuelve la entrevista personal a los procesos de selección? Si el objetivo es cesar arbitrariamente a responsables “no deseados”, lo más honesto es modificar el Decreto de Selección y Provisión para realizar los nombramientos de las jefaturas clínicas por el sistema de libre designación.

Por estos motivos, desde CEMSATSE solicitamos la retirada inmediata de esta propuesta.



Mercedes Orín Ferrer
Secretaria General CESMARAGON

CEMSATSE

CESMARAGÓN Madre Vedruna, 10 – 5ª Dcha. 50008 ZARAGOZA
Tfno: 976239371- correo electrónico: cesmaragon@cesmaragon.com

SATSE-ARAGÓN Pº Fernando El Católico, 42 . 50009 ZARAGOZA Tfno: 976354900 – correo electrónico: aragon@satse.es

FASAMET Pº María Agustín, 37 – Pral A Izda. 50004 ZARAGOZA Tfno: 976301037 – 608954623 – correo electrónico: fasamet@fasamet.org