



Todo necio confunde valor y precio

Antonio Machado

CONSIDERACIONES DE SIMAP-PAS AL PROYECTO DE ACUERDOS DE GESTIÓN 2020 PARA LOS DEPARTAMENTOS DE SALUD

- **Los ítems propuestos dependen más de la capacidad y medios de la propia organización que de la actitud y esfuerzo del profesional.**
- **No hay pruebas suficientes sobre su utilidad, y tienen efectos no deseados.**
- **Se produce un impacto negativo de los incentivos económicos sobre el profesionalismo y la motivación interna.**
- **La calidad es un problema del sistema en su totalidad, muy influido por la organización y sus directivos.**
- **Un propósito racional a largo plazo es mejor motivador que premios a corto plazo.**
- **¿Merece la pena el tiempo y el esfuerzo dedicado a la gestión de estos incentivos, teniendo en cuenta su eficacia no comprobada y la exigua remuneración?**

Para SIMAP PAS, se requiere un nuevo diseño de los incentivos profesionales, potenciando la motivación interna, la formación y la autonomía personal en la toma de decisiones, diseño que debe nacer del

diálogo y consenso entre la administración y los actores profesionales y sociales, siempre bajo la premisa de aplicación de la mayor evidencia posible.

Otras posibilidades de incentivación ya en otras CCAA: reconocimiento de méritos en puestos de difícil cobertura, planes de formación en centros de referencia, horarios flexibles, puntuación en carrera/desarrollo profesional.

En valencià a continuació del text en castellano

Estimad@s amig@s: como todos los años, la Conselleria de Sanitat propone por estas fechas un foro de discusión sobre los acuerdos de gestión para el año próximo, en este caso para 2020. SIMAP presentó alegaciones al acuerdo de 2018 que no fueron tenidas en cuenta salvo en algún matiz. En 2019 presentamos un escrito a la Conselleria cuyo contenido era crítico con el sistema actual de incentivos y proponía una nueva visión sobre el asunto. No obtuvimos respuesta.

Este año, vuelven otra vez con los mismos criterios y con la misma pretensión de participación, cuando en realidad se debería haber realizado un consenso participativo desde los distintos centros escuchando la voz de los profesionales y estableciendo líneas de trabajo conjuntas y factibles. La forma de plantear la cuestión de los incentivos seguirá fracasando por una falta de visión de los responsables sanitarios. Y no será porque SIMAP y SIMAP PAS lleva avisando desde hace más de una década.

A continuación, un resumen y un análisis de los acuerdos de gestión y su significado.



Uno.

INTRODUCCIÓN

Hace seis años el SIMAP ya realizó una revisión del sistema de incentivos en sanidad concluyendo que los acuerdos de gestión que establecía la Conselleria de Sanitat con los distintos departamentos resultaban inadecuados para los pacientes, cuando no incorrectos e incluso peligrosos, y discriminatorios para los profesionales, con problemas de concepto y una prelación de objetivos basada, fundamentalmente, en la reducción del gasto.

SIMAP-PAS quiere insistir en nuestros criterios previos ya que la Conselleria de Sanitat vuelve a ofertar una propuesta de incentivos basados en los mismos conceptos de años anteriores, sin existir, que conozcamos, ninguna evaluación sobre la eficacia y eficiencia de estas medidas, en términos de salud y mejora de la asistencia.

Hay que señalar que querer ganar en salud, plantear mecanismos para la mejora de la atención prestada y medidas para conseguir una mejor sostenibilidad y eficiencia del sistema son objetivos legítimos y convenientes, pero NO necesariamente deben ser incluidos en un sistema de incentivos en sanidad.

Por otro lado, el establecimiento de un foro de discusión en la página de la Conselleria, no adecuadamente publicitada entre los trabajadores sanitarios, no puede sustituir el diálogo y consenso con los profesionales de cada

departamento. No hay que olvidar que los acuerdos de gestión se producen entre las distintas gerencias de los departamentos y el cuadro directivo de la Conselleria de Sanidad, sin establecer diálogo y consenso entre los profesionales y los equipos de trabajo.

SIMAP presentó **alegaciones al acuerdo de 2018** que no fueron tenidas en cuenta salvo en algún matiz. En esas alegaciones destacamos que los incentivos, tal como se describen en los acuerdos de gestión, no se asocian a mejores resultados de salud, tienen un elevado componente interpretativo y no conducen a una mayor motivación de los profesionales. Hay que buscar nuevas vías, analizando la motivación intrínseca y creando un sistema de incentivos centrados en la formación, autonomía y reconocimiento al profesional.

Dos.

RECORDATORIO DE LO QUE SIMAP EXPUSO HACE CASI CINCO AÑOS:

Datos de la **literatura científica** sobre la **efectividad de los incentivos**:

- 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 de 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**.

Todos los incentivos P4P deben procurar la mejora de la salud, no sólo de los indicadores (ej., Hb glicada).

No deben desmoralizar a los mejores ni desincentivar a los peores.

Los pacientes deben conocer el sistema de pago de sus médicos.

Se produce un impacto negativo de los incentivos económicos sobre el profesionalismo y la motivación interna.

La calidad es un problema del sistema en su totalidad, muy influido por la organización y sus directivos.

Algunas recomendaciones en el establecimiento de incentivos:

- Los **resultados de investigación** en servicios sanitarios suelen ser **ambiguos** y con alto componente interpretativo.
- Indicadores sobre medicamentos de alto precio, reducción de estancias, rendimiento quirófanos.....No se asocian a mejores resultados de salud.
- Deben utilizarse reglas fijas **sólo** para cuidados de alto valor clínico. En el resto: flexibilidad.
- Disponer de información de **desigualdades** antes de aplicar indicadores (sexo, nivel socioeconómico, grupos específicos).
- Dar importancia a **incentivos no económicos**: refuerzo de la motivación intrínseca y el profesionalismo.
- Favorecer la **coordinación y la integración de la atención asistencial**: pagar por no hacer a Atención Primaria y por hacer más a Especializada puede ser contradictorio.
- Menor **paternalismo** y más escuchar a los pacientes.
- Desarrollo de **nuevos indicadores** más válidos y **mayor transparencia**. Los indicadores e incentivos asociados sólo funcionan formado parte de estrategias organizativas globales.

LIMITACIONES DE LA GESTIÓN POR INDICADORES Y EL PAGO POR OBJETIVOS.

- **Orientación a la reducción de la infrautilización**: podría agravar problemas de sobreutilización.

<ul style="list-style-type: none"> - Afectación de la equidad: penalización de centros de áreas desfavorecidas (peores indicadores). Hay otros estudios que concluyen que no hay diferencias.
<ul style="list-style-type: none"> - Efecto "lupa": medicamentos, sobre todo de pacientes crónicos. Descuido de otros aspectos. ¿Qué pasa con lo que no se mide? ¿Cuáles son los costes de oportunidad?
<ul style="list-style-type: none"> - Validez de los indicadores. Poca consistencia de los estudios. No demostración que la mejora de indicadores de calidad produce mejora resultados clínicos relevantes. Los beneficios observados en los ensayos serán menores en la práctica real.
<ul style="list-style-type: none"> - Confusión entre las recomendaciones de guías de práctica clínica (GPC) de indicadores de calidad. <ul style="list-style-type: none"> o GPC: flexibilidad, zonas grises de incertidumbre, complejidad, preferencias pacientes, recomendaciones. o Indicadores Calidad: rigidez, sin zonas grises (correcto/incorrecto), simplicidad, obligatorios o La consideración de los GPC como indicadores de calidad conlleva: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorizar prestación de cuidados de mínimo valor a pacientes de bajo riesgo.....pocos beneficios. ▪ Premian uso de tratamientos especulativos, caros, incómodos y de seguridad desconocida a largo plazo. ▪ Al confundir recomendaciones por indicaciones: componente político y con la industria.
<ul style="list-style-type: none"> - Ingeniería documental y marrullerías con los datos: selección de datos para maximizar reembolso.
<ul style="list-style-type: none"> - Perspectiva de los pacientes: deben conocer el sistema de pago de sus médicos, incluido incentivos.
<ul style="list-style-type: none"> - Impacto sobre el profesionalismo y la motivación interna de los médicos: atributo esencial de la excelencia profesional.
<ul style="list-style-type: none"> - La calidad es un problema del sistema en su totalidad: muy influida por la organización y los directivos.

Otros autores concluyen: cuando los criterios para distribuir los incentivos no son correctos, la consecuencia es muy grave, porque en vez de incentivar se desincentiva a los profesionales. De ahí que pueda establecerse el siguiente principio: *los incentivos aplicados incorrectamente desincentivan, o producen perversiones en el funcionamiento normal de las empresas, y por tanto tienen un efecto negativo y perverso sobre la práctica sanitaria* (Francesc Borrell et al. Ética de los incentivos profesionales sanitarios Madrid 2009).

Tres.

LOS ESTUDIOS RECIENTES NO HAN HECHO MÁS QUE CONFIRMAR LAS CONCLUSIONES DE 2013.

Conviene recordar que el sistema de pago por desempeño (P4P) es un sistema de pago retributivo mixto, que pertenece al pago por salario con un componente de pago por acto. (se han definido tres tipos de pagos individuales: **por salario**, que no estimula a ser eficiente; **por capitación**, que induce a ahorrar costes con el riesgo de no tratar a pacientes muy costosos; y el **pago por acto** que puede conducir a una prestación de servicios excesiva.)

El sistema de incentivos en sanidad es peculiar y sigue siendo un problema que afecta a todos los países y cada vez está más claro que no se puede extrapolar los resultados de otros sectores laborales y profesionales a los sanitarios, ya que tienen unas características especiales.

Desgraciadamente, las distintas comunidades autónomas han establecido unos modelos de incentivos constituidos por indicadores muy discutibles, sin llevar a cabo ningún tipo de evaluación de calidad (citado de ética de los incentivos sanitarios, 2009).

Datos actuales:

Varios estudios mostraron que **el programa británico de pago por desempeño ligado a indicadores no había disminuido la mortalidad** de las enfermedades incluidas, tras diez años de desarrollo.

La motivación de los médicos es esencialmente intrínseca y los incentivos económicos y las políticas de control pueden ser contraproducentes (Berdud M. et al). También se insistía en este trabajo que los fundamentos de la motivación intrínseca se agrupan en la capacidad de disfrute de la actividad en sí misma y la posibilidad de ayudar a los demás

En este sentido **se debería orientar los incentivos en favorecer la motivación intrínseca**, orientándolos hacia el crecimiento profesional, social y humanístico, disminuyendo el control y facilitando la autonomía en el propio trabajo (Minué S.)

Los incentivos profesionales deberían estar basados en:

- **Formación**
- **Investigación**
- **Autonomía**
- **Reconocimiento**

Hoy por hoy, los incentivos no pueden tener un respaldo organizativo por la ausencia de evidencia científica y por falta de control de los resultados por parte del profesional.

No se consideran los potenciales riesgos en cada contexto que pueden producir los incentivos basados en el P4P (Milstein R et al).

Se ha observado un discreto empeoramiento de aquellas condiciones no incentivadas (Doran T et al).

Los sistemas de pago por desempeño pueden inducir a los profesionales a centrar su actuación en lo incentivado y a abandonar otros aspectos de la asistencia (Howie J et al).

A pesar del amplio y prolongado uso de los sistemas de incentivación del desempeño profesional, las pruebas disponibles sobre su efectividad son escasas,

lo que no deja de ser paradójico, dada la importancia inversión realizada por los servicios sanitarios. Hasta el momento no han demostrado mejorar la salud de la población ni la calidad de la asistencia de forma sustantiva, por el contrario, su aplicación presenta efectos adversos relevantes (S. Minué)

Por otro lado, estudios dentro del campo de la sociología y el comportamiento (Wrzesniewski A. et al, publicado en PNAS) cada vez más apuntan a que **un propósito racional a largo plazo es mejor motivador que premios a corto plazo**. Incluso demuestran que los motivos instrumentales no son siempre una ventaja y, a menudo, son contraproducentes para lograr el éxito, ya que debilitarían la motivación intrínseca

Algunos ejemplos:



7 DE MARZO DE 2017

Los efectos de los programas de pago por desempeño en la salud, el uso de la atención médica y los procesos de atención: una revisión sistemática

<https://annals.org/aim/fullarticle/2596395/effects-pay-performance-programs-health-health-care-use-processes-care>

Conclusión:

Los programas de pago por desempeño pueden estar asociados con procesos mejorados de atención en entornos ambulatorios, pero las asociaciones consistentemente positivas con mejores resultados de salud no se han demostrado en ningún entorno.



Efecto de los incentivos económicos sobre la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada por los médicos de atención primaria

<https://www.cochrane.org/es/CD008451/efecto-de-los-incentivos-economicos-sobre-la-calidad-de-la-asistencia-sanitaria-proporcionada-por>

No hay pruebas suficientes que apoyen el uso de incentivos económicos para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria primaria. La ejecución debe proseguir con cuidado y los planes de incentivos deben diseñarse y evaluarse cuidadosamente.

Pagar bonificaciones a los médicos por mejores resultados de salud tiene sentido en teoría. Pero no funciona.

Incluso puede llevar a los médicos a evitar el tratamiento de los pacientes más enfermos.
<https://www.vox.com/the-big-idea/2017/1/25/14375776/pay-for-performance-doctors-bonuses>

Conclusiones de la literatura sobre la situación en España:

- Hemos citado evaluaciones en países de nuestro entorno, pero a pesar de que en España llevan aplicándose modelos de incentivos económicos desde hace más de 20 años, **no se han realizado evaluaciones rigurosas** de su efectividad ni de su eficiencia, a diferencia de otros países.
- A pesar del amplio y prolongado uso de los sistemas de incentivación económica del desempeño profesional, las pruebas disponibles sobre su efectividad son escasas.
- Es necesaria una **revisión urgente** de los sistemas de incentivación aplicados por los servicios sanitarios en España, con evaluación precisa de la inversión que han supuesto y los resultados obtenidos.
- Cualquier modelo de incentivos económicos será insuficiente si no se complementa con modelos de incentivo profesional destinados a dar respuesta a las necesidades de significado para la realización del propio trabajo.

En otras comunidades autónomas ya han empezado a considerar **otras posibilidades de incentivación al personal**, como reconocimiento de méritos en puestos de difícil cobertura, planes de formación en centros de referencia, horarios flexibles, puntuación en carrera profesional.

Por otro lado, es importante no caer en lo que escribió Mark Twain en 1884 en su novela *Las aventuras de Huckleberry Finn*: "*Y entonces dije ¿de qué sirve aprender a hacerlo bien, si hacerlo bien es pesado y no hay problemas por hacerlo mal y, además, la paga es la misma?*" (citado por José Jesús Martín Martín en un artículo de 2009).



Cuatro.

ES NECESARIO UN NUEVO DISEÑO DE LOS INCENTIVOS PROFESIONALES

Por todas estas razones, desde el SIMAP-PAS seguimos pensando que debe realizarse un nuevo diseño de los incentivos profesionales, potenciando la motivación interna, la formación y la autonomía personal en la toma de decisiones, diseño que debe nacer del diálogo y consenso entre la administración y los actores profesionales y sociales, siempre bajo la premisa de aplicación de la mayor evidencia posible.

- 1.** A pesar de que se declara que en la elaboración de los Acuerdos de Gestión se han incorporado elementos de transparencia y participación, a través de la información y consulta pública de la propuesta de indicadores elaborada por un grupo de profesionales expertos de la Conselleria y que se ha solicitado opiniones y propuestas de mejora tanto de la ciudadanía como de la comunidad profesional mediante un foro de discusión vía web, la realidad que nosotros detectamos es que **los profesionales de base no reciben una retroalimentación por parte de los cuerpos directivos de los departamentos.**

Las gerencias negocian con la Conselleria y se decide qué indicadores aplicar y cómo hacerlo. En eso consiste el "acuerdo", acuerdo entre dirigentes y no con el personal sanitario. En cada departamento existen múltiples circunstancias que pueden modificar la realidad y la capacidad de cada indicador concreto, que debería requerir la consideración y la evaluación del profesional que lo trabaja.

En cambio, en la mayoría de los casos los trabajadores sanitarios se encuentran con un listado de indicadores que deben firmar, sin más. Aunque

SIMAP-PAS niega la mayor de los acuerdos de gestión, éste es un elemento más que hace que los acuerdos sean negativos y que produzcan incertidumbre e incluso, en muchos casos, desafección por el sistema, efecto contrario al que se quería conseguir.

2. Los acuerdos de gestión propuestos para 2020 que son objetivos a corto plazo según el modelo P4P, siguen sin ser consensuados y presentan el problema que **la mayoría de los objetivos dependen de la organización**, por lo que la responsabilidad recae sobre todo en los gestores, jefes y en la existencia de protocolos, hojas de ruta y planes asistenciales, que deberían existir y ser consensuados.

También **muchos de ellos son objetivos que no deberían ser incentivados**, sino deberían formar parte de la actividad profesional diaria. Y, por último, siguen existiendo ítems que pretenden la **reducción del gasto sanitario** sin tener en cuenta los múltiples factores que influyen y condicionan dicho coste, y no necesariamente la inadecuada praxis profesional que se pretende corregir.

A continuación, los ítems según su evaluación (por colores):

Ficha técnica de los Indicadores de los Acuerdos de Gestión 2020

_ Dependientes de la organización.

_ Incluidos en el trabajo diario, no requeriría incentivos.

_ Dependiente de gestores, se busca ahorro sin consideraciones.

GANAR EN SALUD

- 1. CAPTACIÓN DE OTRAS SITUACIONES DE ASISTENCIA (OSA)**
- 2. CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR**
- 3. CONTROL DE LA DIABETES TIPO II**
- 4. TALLERES DE AUTOCUIDADO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
- 5. MINIMIZAR REINGRESOS A 30 DÍAS**
- 6. TASA DE FRACTURAS DE CADERA INTERVENIDAS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS**

7. COBERTURA DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL EN MAYORES DE 64 AÑOS
8. NÚMERO DE MUJERES QUE HAN PARTICIPADO EN EL CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO
9. VIGILANCIA POR PARTE DE LOS SERVICIOS DE MICROBIOLOGÍA DE LAS ALERTAS TIPO I POR RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

MEJORAR LA ATENCIÓN PRESTADA

10. VISITAS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y PALIATIVOS.
11. INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR ALTA
12. PORCENTAJE DE ATENDIDOS CON SEVERIDAD BAJA
13. HIPERFRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA
14. DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS EN HOSPITALIZACIÓN
15. TIEMPO MEDIO DE PERMANENCIA EN URGENCIAS
16. ÍNDICE DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA
17. TIEMPO DESDE RESULTADO POSITIVO EN EL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES HASTA COLONOSCOPIA.
18. TIEMPO DESDE SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA HASTA EL INICIO DEL TRATAMIENTO
19. CITA PARA PRIMERAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MENOS DE 48 HORAS
20. MINIMIZAR LA DEMORA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS DE HOSPITAL Y CENTRO DE ESPECIALIDADES
21. REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
22. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES PALIATIVAS EN PACIENTES CRÓN
23. MEJORAR LA CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL
24. DISMINUIR LAS QUEJAS POR TRATO
25. POTENCIAR LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
26. PARTICIPACIÓN EN INICIATIVAS DE CIRUGÍA SEGURA
27. PUBLICACIONES EN REVISTAS DE IMPACTO
28. CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS DE USO SISTÉMICO J01
29. UTILIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN ELECTRÓNICAS EN PACIENTES EXTERNOS DE LOS HOSPITALES

ASEGURAR LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS (SOSTENIBILIDAD/EFICIENCIA)

30. RENDIMIENTO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO
31. ADECUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SALUD (FIX)
32. TERAPIAS DE ALTO IMPACTO
33. EFICIENCIA EN LA INTERVENCIÓN DE ENDOPRÓTESIS

34. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN ADQUISICIONES DE FARMACIA HOSPITALARIA
35. SEGUIMIENTO ADECUADO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL
36. ADECUAR DE LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL A LOS ESTÁNDARES
37. IMPORTE VISADO HABITANTE
38. DESVIACIÓN DEL IMPORTE DE LOS CONSUMOS NETOS AJUSTADOS EN MATERIAL SANITARIO RESPECTO AL COSTE MÍNIMO PONDERADO DE LA CONSELLERIA (DCMIN)
39. PORCENTAJE DEL IMPORTE DE LOS CONSUMOS DE MATERIAL SANITARIO GESTIONADOS MEDIANTE PEDIDOS DE INVENTARIO (PGI)
40. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN GUARDIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA
41. INDICADOR DE FACTURACIÓN Y COBRO



3. Por otro lado, **no se ha evaluado la eficiencia y eficacia de estos incentivos**. Debería crearse comisiones adecuadas y permanentes de seguimiento, con participación democrática de los profesionales, y adaptados a cada departamento y centro asistencial.

Cinco.

CONCLUSIONES

- Desde SIMAP PAS consideramos que los acuerdos de gestión que generarán criterios para la productividad variable **no deben estar basados en los indicadores planteados** porque:
- **No tienen en cuenta la evidencia científica** disponible en cuanto a su utilidad y conveniencia (ut supra).
- **Dependen más de la capacidad y medios de la propia organización que de la actitud y esfuerzo del profesional**, y su cumplimentación debería ser **pactada con anterioridad**, escuchando a los profesionales de cada departamento y sus representantes sociales con la información suficiente de los medios aportados por la propia Conselleria.

- Los acuerdos de gestión deberían ser **diseñados mediante el diálogo y el consenso basados en cuatro puntos:**
 - a. Formación.
 - b. Investigación.
 - c. Autonomía.
 - d. Reconocimiento.
- Para ello, se debe crear una **comisión mixta de estudio** de la realidad y utilidad actual de los incentivos en la asistencia sanitaria y su traducción a acciones concretas y así evaluar su eficiencia en nuestro sistema organizativo, teniendo en cuenta la evidencia científica existente y las cuestiones éticas y deontológicas consecuentes.
- Las conclusiones de esta comisión deben ser elevadas a una mesa técnica sectorial para su discusión y aprobación posterior en mesa sectorial de sanidad.



El Roto

Versió en **valencià**



Tot neci confon valor i preu

Antonio Machado

CONSIDERACIONS DE SIMAP-PAS AI PROJECTE D'ACORDS DE GESTIÓ 2020 PER ALS DEPARTAMENTS DE SALUT

- **Els ítems proposats depenen més de la capacitat i mitjans de la pròpia organització que de l'actitud i esforç del professional.**
- **No hi ha proves suficients sobre la seua utilitat, i tenen efectes no desitjats.**
- **Es produeix un impacte negatiu dels incentius econòmics sobre el professionalisme i la motivació interna.**
- **La qualitat és un problema del sistema íntegrament, molt influït per l'organització i els seus directius.**
- **On propòsit racional a llarg termini és més ben motivador que premis a curt termini.**
- **Val la pena el temps i l'esforç dedicat a la gestió d'aquests incentius, tenint en compte la seua eficàcia no comprovada i la minsa remuneració?**

Per a SIMAP PAS, es requereix un nou disseny dels incentius professionals, potenciant la motivació interna, la formació i l'autonomia personal en la presa de decisions, disseny que ha de nàixer del diàleg i consens entre l'administració i els actors professionals i socials, sempre sota la premissa d'aplicació de la major evidència possible.

Altres possibilitats d'incentivació ja en altres CCAA: reconeixement de mèrits en llocs de difícil cobertura, plans de formació en centres de referència, horaris flexibles, puntuació en carrera/desenvolupament professional.

Estimats/ades amics/gues: com tots els anys, la Conselleria de Sanitat proposa per aquestes dates un fòrum de discussió sobre els acords de gestió per a l'any pròxim, en aquest cas per a 2020. SIMAP va presentar al·legacions a l'acord de 2018 que no van ser tingudes en compte excepte en algun matís. En 2019 presentem un escrit a la Conselleria el contingut de la qual era crític amb el sistema actual d'incentius i proposava una nova visió sobre l'assumpte. No vam obtenir resposta.

Enguany, tornen una altra vegada amb els mateixos criteris i amb la mateixa pretensió de participació, quan en realitat s'hauria d'haver realitzat un consens participatiu des dels diferents centres escoltant la veu dels professionals i establint línies de treball conjuntes i factibles. La manera de plantejar la qüestió dels incentius continuarà fracassant per una falta de visió dels responsables sanitaris. I no serà perquè SIMAP i SIMAP PAS porta avisant des de fa més d'una dècada.

A continuació, un resum i una anàlisi dels acords de gestió i el seu significat.



Un.

INTRODUCCIÓN

Fa sis anys el SIMAP ja va realitzar una revisió del sistema d'incentius en sanitat conclouent que els acords de gestió que establia la Conselleria de Sanitat amb els diferents departaments resultaven inadequats per als pacients, quan no incorrectes i fins i tot perillosos, i discriminatoris per als professionals, amb problemes de concepte i una prelación d'objectius basada, fonamentalment, en la reducció de la despesa.

SIMAP-PAS vol insistir en els nostres criteris previs ja que la Conselleria de Sanitat torna a oferir una proposta d'incentius basats en els mateixos conceptes d'anys anteriors, sense existir, que coneguem, cap avaluació sobre l'eficàcia i eficiència d'aquestes mesures, en termes de salut i millora de l'assistència.

Cal assenyalar que voler guanyar en salut, plantejar mecanismes per a la millora de l'atenció prestada i mesures per a aconseguir una millor sostenibilitat i eficiència del sistema són objectius legítims i convenients, però NO necessàriament han de ser inclosos en un sistema d'incentius en sanitat.

D'altra banda, l'establiment d'un fòrum de discussió en la pàgina de la Conselleria, no adequadament publicitada entre els treballadors sanitaris, no pot substituir el diàleg i consens amb els professionals de cada departament. Cal no oblidar que els acords de gestió es produeixen entre les diferents gerències dels departaments i el quadre directiu de la Conselleria de Sanitat, sense establir diàleg i consens entre els professionals i els equips de treball.

SIMAP va presentar **al·legacions a l'acord de 2018** que no van ser tingudes en compte excepte en algun matís. En aqueixes al·legacions destaquem que els incentius, tal com es descriuen en els acords de gestió, no s'associen a millors resultats de salut, tenen un elevat component interpretatiu i no condueixen a una major motivació dels professionals. Cal buscar noves vies, analitzant la motivació intrínseca i creant un sistema d'incentius centrats en la formació, autonomia i reconeixement al professional.

Dos.

RECORDATORI DEL QUE SIMAP VA EXPOSAR FA QUASI CINC ANYS:

Dades de la **literatura científica** sobre l'efectivitat **dels incentius**:

- Les proves són **modestes i inconsistentes**.
- Evidència d'efectes **no desitjats**: afectació de l'equitat, efecte lupa, escassa validesa dels indicadors, enginyeria documental i marrullerías amb les dades, confusió entre guies de pràctica clínica d'indicadors de qualitat.
- **No hi ha proves suficients** per a secundar o no l'ús d'incentius econòmics per a millorar la qualitat de l'atenció primària.
- Si els pacients són **complexos**, els seus metges reben **menor puntuació** en un sistema d'incentius P4P.
- Els incentius **no indueixen una resposta racional** i previsible que alguns ens han fet creure.
- Produeixen una **millora transitòria amb descuit del no incentivat**.
- **Per a tasques cognitives complexes, pagar una quantitat significativa com a incentiu no ha demostrat ser útil en millora de l'acompliment**.

Tots els incentius P4P han de procurar la millora de la salut, no sols dels indicadors (ex., Hb glicada).

No han de desmoralitzar als millors ni desincentivar als pitjors.

Els pacients han de conèixer el sistema de pagament dels seus metges.

Es produeix un impacte negatiu dels incentius econòmics sobre el professionalisme i la motivació interna.

La qualitat és un problema del sistema íntegrament, molt influït per l'organització i els seus directius.

Algunes recomanacions en l'establiment d'incentius:

- Els **resultats d'investigació** en serveis sanitaris solen ser **ambigus** i amb alt component interpretatiu.
- Indicadors sobre medicaments d'alt preu, reducció d'estades, rendiment quiròfans.....No s'associen a millors resultats de salut.
- Han d'utilitzar-se regles fixes **només** per a cures d'alt valor clínic. En la resta: flexibilitat.
- Disposar d'informació de desigualtats abans d'aplicar indicadors (sexe, nivell socioeconòmic, grups específics).

- Donar importància a incentius **no econòmics**: reforç de la motivació intrínseca i el professionalisme.
- Afavorir la **coordinació i la integració de l'atenció assistencial**: pagar per no fer a Atenció Primària i per fer més a Especialitzada pot ser contradictori.
- Menor **paternalisme** i més escoltar als pacients.
- Desenvolupament de nous **indicadors** més vàlids i **major transparència**. Els indicadors i incentius associats només funcionen format part d'estratègies organitzatives globals.

LIMITACIONS DE LA GESTIÓ PER INDICADORS I EL PAGAMENT PER OBJECTIUS.

- Orientació a la reducció de la infrautilització : podria agreujar problemes de sobreutilització.
- Afectació de l'equitat : penalització de centres d'àrees desfavorides (pitjors indicadors). Hi ha altres estudis que conclouen que no hi ha diferències.
- Efecte "lupa" : medicaments, sobretot de pacients crònics. Descuit d'altres aspectes. Què passa amb el que no es mesura? Quins són els costos d'oportunitat?
- Validesa dels indicadors . Poca consistència dels estudis. No demostració que la millora d'indicadors de qualitat produeix millora resultats clínics rellevants. Els beneficis observats en els assajos seran menors en la pràctica real.
- Confusió entre les recomanacions de guies de pràctica clínica (GPC) d'indicadors de qualitat.
<ul style="list-style-type: none"> ○ GPC: flexibilitat, zones grises d'incertesa, complexitat, preferències pacients, recomanacions.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Indicadors Qualitat: rigidesa, sense zones grises (correcte/incorrecte), simplicitat, obligatoris
<ul style="list-style-type: none"> ○ La consideració dels GPC com a indicadors de qualitat comporta:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prioritzar prestació de cures de mínim valor a pacients de baix risc.....pocs beneficis.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Premien ús de tractaments especulatiu, cars, incòmodes i de seguretat desconeguda a llarg termini.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En confondre recomanacions per indicacions: component polític i amb la indústria.
<ul style="list-style-type: none"> - Enginyeria documental i murrieries amb les dades: selecció de dades per a maximitzar reembossament.
<ul style="list-style-type: none"> - Perspectiva dels pacients: han de conèixer el sistema de pagament dels seus metges, inclòs incentius.
<ul style="list-style-type: none"> - Impacte sobre el professionalisme i la motivació interna dels metges: atribut essencial de l'excel·lència professional.
<ul style="list-style-type: none"> - La qualitat és un problema del sistema íntegrament: molt influïda per l'organització i els directius.

Altres autors conclouen: quan els criteris per a distribuir els incentius no són correctes, la conseqüència és molt greu, perquè en comptes d'incentivar es desincentiva als professionals. Per aquest motiu puga establir-se el següent principi: *els incentius aplicats incorrectament desincentiven, o produeixen perversions en el funcionament normal de les empreses, i per tant tenen un efecte negatiu i pervers sobre la pràctica sanitària* (Francesc Borrell et al. Ètica dels incentius professionals sanitaris Madrid 2009).

Tres.

ELS ESTUDIS RECENTS NO HAN FET MÉS QUE CONFIRMAR LES CONCLUSIONS DE 2013.

Convé recordar que el sistema de pagament per compliment (P4P) és un sistema de pagament retributiu mixt, que pertany al pagament per salari amb un component de pagament per acte. (s'han definit tres tipus de pagaments individuals: **per salari**, que no estimula a ser eficient; **per capitació**, que

indueix a estalviar costos amb el risc de no tractar a pacients molt costosos; i el **pagament per acte** que pot conduir a una prestació de serveis excessiva.)

El sistema d'incentius en sanitat és peculiar i continua sent un problema que afecta a tots els països i cada vegada és més clar que no es pot extrapolar els resultats d'altres sectors laborals i professionals als sanitaris, ja que tenen unes característiques especials.

Desgraciadament, les diferents comunitats autònomes han establert uns models d'incentius constituïts per indicadors molt discutibles, sense dur a terme cap mena d'avaluació de qualitat (citada d'ètica dels incentius sanitaris, 2009).

Dades actuals:

Varis estudis van mostrar que **el programa britànic de pagament per acompliment lligat a indicadors no havia disminuït la mortalitat** de les malalties incloses, després de deu anys de desenvolupament.

La motivació dels metges és essencialment intrínseca i els incentius econòmics i les polítiques de control poden ser contraproductes (Berdud M. et al). També s'insistia en aquest treball que els fonaments de la motivació intrínseca s'agrupen en la capacitat de gaudir de l'activitat en si mateixa i la possibilitat d'ajudar als altres

En aquest sentit **s'hauria d'orientar els incentius a afavorir la motivació intrínseca**, orientant-los cap al creixement professional, social i humanístic, disminuint el control i facilitant l'autonomia en el propi treball (Minuet S.)

Els incentius professionals haurien d'estar basats en:

- **Formació**
- **Investigació**
- **Autonomia**
- **Reconeixement**

Ara com ara, els incentius no poden tindre un suport organitzatiu per l'absència d'evidència científica i per falta de control dels resultats per part del professional.

No es consideren els potencials riscos en cada context que poden produir els incentius basats en el P4P (Milstein R et al).

S'ha observat un discret empitjorament d'aquelles condicions no incentivades (Dauren T et al).

Els sistemes de pagament per acompliment poden induir als professionals a centrar la seua actuació en l'incentivat i a abandonar altres aspectes de l'assistència (Howie J et al).

Malgrat l'ampli i prolongat ús dels sistemes d'incentivació de l'acompliment professional, les proves disponibles sobre la seua efectivitat són escasses, la qual cosa no deixa de ser paradoxal, donada la importància inversió realitzada pels serveis sanitaris. Fins al moment no han demostrat millorar la salut de la població ni la qualitat de l'assistència de manera substantiva, per contra, la seua aplicació presenta efectes adversos rellevants (S. Minuet)

D'altra banda, estudis dins del camp de la sociologia i el comportament (Wrzesniewski A. et al, publicat en PNAS) cada vegada més apunten al fet que **un propòsit racional a llarg termini és més ben motivador que premis a curt termini**. Fins i tot demostren que els motius instrumentals no són sempre un avantatge i, sovint, són contraproductius per a aconseguir l'èxit, ja que afeblirien la motivació intrínseca

Alguns exemples:

ACP American College of Physicians
Leading Internal Medicine, Improving Lives

Annals of Internal Medicine

ESTABLISHED IN 1927 BY THE AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS

7 DE MARÇ DE 2017

Els efectes dels programes de pagament per acompliment en la salut, l'ús de l'atenció mèdica i els processos d'atenció: una revisió sistemàtica

<https://annals.org/aim/fullarticle/2596395/effects-pay-performance-programs-health-health-care-use-processes-care>

Conclusió:

Els programes de pagament per acompliment poden estar associats amb processos millorats d'atenció en entorns ambulatoris, però les associacions consistentment positives amb millors resultats de salut no s'han demostrat en cap entorn.



Efecte dels incentius econòmics sobre la qualitat de l'assistència sanitària proporcionada pels metges d'atenció primària

<https://www.cochrane.org/es/cd008451/efecto-de-los-incentivos-economicos-sobre-la-calidad-de-la-asistencia-sanitaria-proporcionada-por>

No hi ha proves suficients que donen suport a l'ús d'incentius econòmics per a millorar la qualitat de l'assistència sanitària primària. L'execució ha de prosseguir amb cura i els plans d'incentius han de dissenyar-se i avaluar-se acuradament.

Pagar bonificacions als metges per millors resultats de salut té sentit en teoria. Però no funciona.

Fins i tot pot portar als metges a evitar el tractament dels pacients més malalts.

<https://www.vox.com/the-big-idea/2017/1/25/14375776/pay-for-performance-doctors-bonuses>

Conclusions de la literatura sobre la situació a Espanya:

- Hem citat avaluacions en països del nostre entorn, però a pesar que a Espanya porten aplicant-se models d'incentius econòmics des de fa més de 20 anys, **no s'han realitzat avaluacions rigoroses** de la seua efectivitat ni de la seua eficiència, a diferència d'altres països.
- Malgrat l'ampli i prolongat ús dels sistemes d'incentivació econòmica de l'acompliment professional, les proves disponibles sobre la seua efectivitat són escasses.
- És necessària una **revisió urgent** dels sistemes d'incentivació aplicats pels serveis sanitaris a Espanya, amb avaluació precisa de la inversió que han suposat i els resultats obtinguts.
- Qualsevol model d'incentius econòmics serà insuficient si no es complementa amb models d'incentiu professional destinats a donar resposta a les necessitats de significat per a la realització del propi treball.

En altres comunitats autònomes ja han començat a considera **altres possibilitats d'incentivació al personal**, com a reconeixement de mèrits en

llocs de difícil cobertura, plans de formació en centres de referència, horaris flexibles, puntuació en carrera professional.

D'altra banda, és important no caure en el que va escriure Mark Twain en 1884 en la seua novel·la *Les aventures de Huckleberry Finn*: "*I llavors vaig dir de què serveix aprendre a fer-ho bé, si fer-ho bé és pesat i no hi ha problemes per fer-ho malament i, a més, la paga és la mateixa?*" (citat per José Jesús Martín Martín en un article de 2009).



Quatre.

ÉS NECESSARI UN NOU DISSENY DELS INCENTIVS PROFESSIONALS

Per totes aquestes raons, des del SIMAP-PAS continuem pensant que ha de realitzar-se un nou disseny dels incentius professionals, potenciant la motivació interna, la formació i l'autonomia personal en la presa de decisions, disseny que ha de nàixer del diàleg i consens entre l'administració i els actors professionals i socials, sempre sota la premissa d'aplicació de la major evidència possible.

- 4.** A pesar que es declara que en l'elaboració dels Acords de Gestió s'han incorporat elements de transparència i participació, a través de la informació i consulta pública de la proposta d'indicadors elaborada per un grup de professionals experts de la Conselleria i que s'ha sol·licitat opinions i propostes de millora tant de la ciutadania com de la comunitat professional mitjançant un fòrum de discussió via web, la realitat que nosaltres detectem és que **els professionals de base no reben una retroalimentació per part dels cossos directius dels departaments.**

Les gerències negocien amb la Conselleria i es decideix quins indicadors aplicar i com fer-ho. En això consisteix el "acord", acord entre dirigents i no amb el personal sanitari. En cada departament existeixen múltiples circumstàncies que poden modificar la realitat i la capacitat de cada indicador concret, que hauria de requerir la consideració i l'avaluació del professional que el treballa.

En canvi, en la majoria dels casos els treballadors sanitaris es troben amb un llistat d'indicadors que han de signar, sense més. Encara que SIMAP-PAS nega la major dels acords de gestió, aquest és un element més que fa que els acords siguin negatius i que produïsquen incertesa i fins i tot, en molts casos, desafecció pel sistema, efecte contrari al que es volia aconseguir.

5. Els acords de gestió proposats per a 2020 que són objectius a curt termini segons el model P4P, segueixen sense ser consensuats i presenten el problema que **la majoria de els objectives depenen de l'organització**, per la qual cosa la responsabilitat recau sobretot en els gestors, caps i en l'existència de protocols, fulls de ruta i plans assistencials, que haurien d'existir i ser consensuats.

També **molts d'ells són objectius que no haurien de ser incentivats**, sinó haurien de formar part de l'activitat professional diària. I, finalment, continuen existint ítems que pretenen la **reducció de la despesa sanitària** sense tindre en compte els múltiples factors que influeixen i condicionen aquest cost, i no necessàriament la inadequada praxi professional que es pretén corregir.

A continuació, els ítems segons la seua avaluació (per colors):

Fitxa tècnica dels Indicadors dels Acords de Gestió 2020

_ Dependents de l'organització.

_ Inclous en el treball diari, no requeriria incentius.

_ Dependent de gestors, es busca estalvi sense consideracions.

GUANYAR EN SALUT

42. CAPTACIÓ D'ALTRES SITUACIONS D'ASSISTÈNCIA (OSSA)
43. CÀLCUL DEL RISC CARDIOVASCULAR
44. CONTROL DE LA DIABETIS TIPUS II
45. TALLERS D'AUTOCURA EN ATENCIÓ PRIMÀRIA
46. MINIMITZAR REINGRESSOS A 30 DIES
47. TAXA DE FRACTURES DE MALUC INTERVINGUDES EN LES PRIMERES 48 HORES
48. COBERTURA DE LA VACUNA ANTIGRI PAL EN MAJORS DE 64 ANYS
49. NOMBRE DE DONES QUE HAN PARTICIPAT EN EL GARBELLAT DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE.
50. VIGILÀNCIA PER PART DELS SERVEIS DE MICROBIOLOGIA DE LES ALERTES TIPUS I PER RESISTÈNCIES ANTIMICROBIANES

MILLORAR L'ATENCIÓ PRESTADA

51. VISITES D'INFERMERIA A PACIENTS CRÒNICS COMPLEXOS I PAL·LIATIUS.
52. INFORMES DE CONTINUÏTAT DE CURES PER ALTA.
53. PERCENTATGE D'ATESOS AMB SEVERITAT BAIXA
54. HIPERFRECUENTACIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA
55. DIAGNÒSTICS CODIFICATS EN HOSPITALITZACIÓ
56. TEMPS MIG DE PERMANÈNCIA EN URGÈNCIES
57. ÍNDEX DE QUALITAT DE LA PRESCRIPCIÓ FARMACÈUTICA
58. TEMPS DES DE RESULTAT POSITIU EN EL TEST DE SANG OCULTA EN FEMTA FINS A COLONOSCÒPIA.
59. TEMPS DES DE SOSPITA DE CÀNCER DE MAMA FINS A L'INICI DEL TRACTAMENT
60. CITA PER A PRIMERES CONSULTES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN MENYS DE 48 HORES
61. MINIMITZAR LA DEMORA EN LES PRIMERES CONSULTES D'HOSPITAL I CENTRE D'ESPECIALITATS
62. REDUIR EL TEMPS D'ESPERA EN INTERVENCIÓ QUIRÚRGIQUES
63. IDENTIFICACIÓ DE NECESSITATS PAL·LIATIVES EN PACIENTS CRÓN
64. MILLORAR LA QUALITAT DEL SISTEMA D'INFORMACIÓ POBLACIONAL
65. DISMINUIR LES QUEIXES PER TRACTE.
66. POTENCIAR LA NOTIFICACIÓ D'ESDEVENIMENTS ADVERSOS
67. PARTICIPACIÓ EN INICIATIVES DE CIRURGIA SEGURA
68. PUBLICACIONS EN REVISTES D'IMPACTE.
69. CONSUM D'ANTIBIÒTICS D'ÚS SISTÈMIC J01
70. UTILITZACIÓ DE LES EINES DE PRESCRIPCIÓ I DISPENSACIÓ ELECTRÒNIQUES EN PACIENTS EXTERNES DELS HOSPITALS

ASSEGURAR LA CORRECTA UTILITZACIÓ DELS RECURSOS (SOSTENIBILITAT/EFICIÈNCIA)

71. RENDIMENT DEL BLOC QUIRÚRGIC
72. ADEQUACIÓ DE LA UTILITZACIÓ DE MEDICAMENTS EN FUNCIÓ DE L'ESTAT DE SALUT (FIX)
73. TERÀPIES D'ALT IMPACTE
74. EFICIÈNCIA EN LA INTERVENCIÓ D'ENDOPRÒTESI.
75. EVOLUCIÓ DE LA DESPESA EN ADQUISICIONS DE FARMÀCIA HOSPITALÀRIA
76. SEGUIMENT ADEQUAT DE LA INCAPACITAT TEMPORAL
77. ADEQUAR DE LA DURACIÓ DE LA INCAPACITAT TEMPORAL AIS ESTÀNDARDS
78. IMPORT VISAT HABITANT
79. DESVIACIÓ DE L'IMPORT DELS CONSUMS NETS AJUSTATS EN MATERIAL SANITARI RESPECTE AL COST MÍNIM PONDERAT DE LA CONSELLERIA (DCMIN)
80. PERCENTATGE DE L'IMPORT DELS CONSUMS DE MATERIAL SANITARI GESTIONATS MITJANÇANT COMANDES D'INVENTARI (PGI)
81. EVOLUCIÓ DE LA DESPESA EN GUÀRDIES I ATENCIÓ CONTINUADA
82. INDICADOR DE FACTURACIÓ I COBRAMENT



6. D'altra banda, **no s'ha avaluat l'eficiència i eficàcia d'aquests incentius**. Hauria de crear-se comissions adequades i permanents de seguiment, amb participació democràtica dels professionals, i adaptats a cada departament i centre assistencial.

Cinc.

CONCLUSIONS

- Des de SIMAP PAS considerem que els acords de gestió que generaran criteris per a la productivitat variable **no han d'estar basats en els indicadors plantejats** perquè:

- **No tenen en compte l'evidència científica** disponible quant a la seua utilitat i conveniència (*ut supra*).
- **Depenen més de la capacitat i mitjans de la pròpia organització que de l'actitud i esforç del professional**, i el seu emplenament hauria de ser **pactada amb anterioritat**, escoltant als professionals de cada departament i els seus representants socials amb la informació suficient dels mitjans aportats per la pròpia Conselleria.
- Els acords de gestió haurien de ser **dissenyats mitjançant el diàleg i el consens basats en quatre punts**:
 - a. Formació.
 - b. Investigació.
 - c. Autonomia.
 - d. Reconeixement.
- Per a això, s'ha de crear una **comissió mixta d'estudi** de la realitat i utilitat actual dels incentius en l'assistència sanitària i la seua traducció a accions concretes i així avaluar la seua eficiència en el nostre sistema organitzatiu, tenint en compte l'evidència científica existent i les qüestions ètiques i deontològiques conseqüents.
- Les conclusions d'aquesta comissió han de ser elevades a una taula tècnica sectorial per a la seua discussió i aprovació posterior en taula sectorial de sanitat.



El Trencat

Para cualquier aclaración que necesitéis podéis dirigiros a los delegados asignados a los diferentes departamentos de salud.

NO HACE FALTA SER MUCHOS PARA HACER LAS COSAS BIEN, PERO CUANTOS MÁS SEAMOS MÁS COSAS ALCANZAREMOS.

ÚNETE A NOSOTROS



Toda la información que os enviamos la encontrareis en la **web del SIMAP** junto con la actualidad sobre normativa laboral, acción sindical y política sanitaria: www.simap-pas.es

Para recibir noticias de SIMAP PAS en el canal Telegram:

<https://t.me/joinchat/AAAAAEhbCD6wPO176cRi8g>

Departamento	Teléfono	E-mail	Responsables
SIMAP SEDE	96 193 07 23	simap_administracion@simap.es simap_documentacion@simap.es simap_consultas@simap.es	
JUNTA DIRECTIVA SIMAP y SIMAP-PAS	96 193 07 23	simap_presidencia@simap.es simap_vicepresidencia@simap.es simap_secretaria@simap.es simap_tesoreria@simap.es	Concha Ferrer Noemí Alentado Pilar Martí Miguel Pastor Mariela Lucas
PREV.RIESGOS LABORALES	96 193 07 23	simap_prl@simap.es	Pilar Martí 601 185 838
CURSOS OPE	96 193 07 23	simap_cursosope@simap.es	
SIMAP-PAS Adminstrativos	96 193 07 23	simap-pas@simap.es	Vicent Tur 682 893 989
RESIDENTES	96 193 07 23	simap_residentes@simap.es	Miguel Pastor Celia Monleón Noemí Alentado
SALUD MENTAL	96 193 07 23	simap_saludmental@simap-pas.es	Ana Sánchez
Vinaroz Castellón	96 193 07 23	simap_castello@simap.es simap_vinaroz@simap.es	Concha Ferrer
La Plana	96 193 07 23	simap_laplana@simap.es	Ximo Michavila Marién Vilanova 603 112 418
Sagunto	96 233 93 87	simap_sagunto@simap.es	Ximo Michavila Marién Vilanova 603 112 418
Valencia Clínico-Malvarrosa	96 197 36 40 Ext 436 184	simap_clinico@simap.es	Celia Monleón 622 868 333
Valencia Arnau de Vilanova-Lliria	96 197 61 01	simap_arnau@simap.es	Carmen Martín 601 155 574 Carlos Alcoriza 683 282 633
Hospital de Lliria	96 197 61 01	simap_lliria@simap.es	M ^a José Álvarez 601 434 426

Valencia La Fe	96 124 61 27 Ext 246 127 Ext 412 447	simap_lafe@simap.es	Carmen Álvarez 611 351 783 M^a José Pons 611 351 076 Miguel Pastor Blas Bernácer
Requena	96 233 92 81	simap_requena@simap.es	Lina Ribes
Valencia Consorcio Hospital General	96 313 18 00 Ext 437 485	simap_conSORCIOHGeneral@simap.es	Edmundo Febré
Valencia Estatutarios Hospital General	96 193 07 23	simap_hGeneralvalencia@simap.es	M^a Enriqueta Burchés 640 096 389 Mercedes Barranco
Manises	96 193 07 23	simap_manises@simap.es	M^a Enriqueta Burchés 640 096 389
Valencia Dr. Peset	96 162 23 32	simap_peset@simap.es	Amparo Cuesta 603 106 771 Pilar Martí 603 106 771 Ana Sánchez
Alzira Ribera Salud	96 245 81 00 Ext 83 82 y 70 46	simap_laribera@simap.es simap2@hospital-ribera.com	Rosario Muñoz Pedro Durán
Alzira Estatutarios	96 193 07 23	simap_alzira@simap.es	Pedro Durán
Xàtiva	682 081 940	simap_xativa@simap.es	Vicente Orengo 682 081 940
Gandía	96 284 95 00 Ext 435 478	simap_gandia@simap.es	Noemí Alentado 611 350 820 Vicent Tur 682 893 989 Carles Valor 682 076 471
Denia Marina Salud	96 557 97 59	simap_denia@simap.es simap.denia@marinasalud.es	Miguel A. Burguera Mercedes Salcedo Carol Ramos
Denia Estatutarios	682 076 471	simap_lapedrera@simap.es simaplapedrera@gmail.com	Pepa Bodí Carles Valor 682 076 471
San Juan	611 350 631	sanjuan_simap-pas@simap-pas.es simap_sanjuan@simap.es	Ángela Aguilera 611 350 631 M^a José Álvarez 601 434 426
Alcoy Vilajoiosa H.General de Alicante Orihuela Elda Torrevieja Elx-Vinalopó	96 284 95 00 Ext 435 478	simap_alcoy@simap.es simap_lavila@simap.es simap_hgalicante@simap.es simap-orihuela@simap.es simap_elda@simap.es simap_torrevieja@simap.es simap_vinalopo@simap.es	Noemí Alentado 611 350 820
Servicios Centrales, Salud Pública e Inspección	96 197 36 40 Ext 436 184	simap_servcentrales.sp.inspecc@simap.es	Celia Monleón 622 868 333

Aviso legal:

Protección de datos. - SINDICATO DE MEDICOS DE ASISTENCIA PUBLICA-COMUNIDAD VALENCIANA (SIMAP-CV) y SINDICATO DE FACULTATIVOS Y PROFESIONALES DE LA SANIDAD PUBLICA (SIMAP-PAS) le informan que su dirección de correo electrónico, así como el resto de sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: SINDICATO DE FACULTATIVOS Y PROFESIONALES DE LA SANIDAD PUBLICA, con dirección en Gran Vía Fernando el Católico, 46, 1^o, 1^a, CP 46008, Valencia (Valencia/València). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

Confidencialidad. - El contenido de esta comunicación, así como el de toda la documentación anexa, es confidencial y va dirigida al destinatario del mismo. En el supuesto de que usted no fuera el destinatario, le solicitamos que nos lo indique y no comunique su contenido a terceros, procediendo a su destrucción.

Exención de responsabilidad. - El envío de la presente comunicación no implica la obligación por parte del remitente de controlar la ausencia de virus, gusanos, troyanos y/o cualquier otro programa informático dañino, correspondiendo al destinatario disponer de las herramientas de hardware y software necesarias para garantizar tanto la seguridad de su sistema de información como la detección y eliminación de

programas informáticos dañinos. - SINDICATO DE MEDICOS DE ASISTENCIA PUBLICA-COMUNIDAD VALENCIANA (SIMAP-CV) y SINDICATO DE FACULTATIVOS Y PROFESIONALES DE LA SANIDAD PUBLICA (SIMAP-PAS) no se responsabilizaN de los daños y perjuicios que tales programas informáticos puedan causar al destinatario.

SIMAP-CV / SIMAP-PAS
Gran Vía Fernando el Católico 46-1-1ª
46008 Valencia
Tfno 961930723