**MEMORIA DE ANALISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECEN la estructura organizativa y funciones de las gerencias asistenciales de atención primaria, atención hospitalaria y gerencia del SUMMA 112 del Servicio Madrileño de Salud.**

1. **Presentación y oportunidad del proyecto.**

La Constitución española, en su título I, artículo 43, consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud. Como desarrollo normativo de tal previsión, se aprobó inicialmente la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que en su artículo 51.2, otorga la competencia de ordenación territorial de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas, basándose en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

El artículo 27, apartados 4 y 5, de la Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, reconoce la competencia autonómica del desarrollo legislativo en materia de sanidad e higiene y coordinación hospitalaria en general, respectivamente, y el artículo 28.1.1 prevé la competencia de ejecución en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Dentro de ese marco normativo, y con el fin de hacer efectivo el derecho a la protección a la salud, que tienen encomendados los poderes públicos por el citado artículo 43 de la Constitución, se aprobó la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (en adelante, LOSCAM), que diseñó inicialmente un modelo de Sistema Sanitario integral, que aglutinaba las actividades de autoridad sanitaria, salud pública, prevención y promoción de la salud y asistencia sanitaria, organizado de forma desconcentrada, con la creación de las denominadas Áreas Sanitarias, cuya zonificación, fijada por vez primera en el Decreto 106/1985, de 28 de octubre, fue actualizada por el Decreto 187/1998, de 5 de noviembre, que diferenciaba 11 Áreas de Salud, 34 Distritos Sanitarios y 247 Zonas Básicas de Salud.

Posteriormente, se aprobó la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid, que reconoce el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en atención primaria, y de hospital y médico en atención especializada. La concreción de esos derechos exigía una nueva concepción de la organización territorial y funcional del Sistema Madrileño de Salud con el fin último de garantizar una Sanidad sin fronteras burocráticas, razón por la cual dispuso la eliminación de las barreras administrativas y de organización territorial que impedían el ejercicio de estos derechos, derivadas de la división de la Comunidad de Madrid en múltiples áreas sanitarias, y estableció una nueva demarcación territorial única para todo el ámbito de la misma, al modificar el artículo 4 de la LOSCAM y fijar un Área Sanitaria Única para el conjunto del territorio de la Comunidad de Madrid.

Para adaptar la zonificación de la atención sanitaria a las modificaciones introducidas por dicha Ley 6/2009, se aprobó el Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. Como su propio preámbulo establece, con él se pretendió pasar de un modelo organizativo estrictamente territorial a otro funcional, contemplando una transición desde un sistema de pluralidad de gerencias de atención primaria en cada Área de Salud, a otro de estructuras administrativas mucho más simplificadas, con una única Gerencia de Atención Primaria, de la cual dependían tres gerencias adjuntas, y manteniendo la zona básica de salud como marco territorial de la Atención Primaria, y el centro de salud como estructura clave de la misma.

Este Decreto se centraba exclusivamente en la Atención Primaria de Salud, y no regulaba las estructuras de la Atención Urgente, ni de la Atención Especializada Ambulatoria y de la Médico-Quirúrgica Hospitalaria.

En la actualidad, el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, modificado por el Decreto 210/2015, de 29 de septiembre, del Consejo de Gobierno, ha venido a instaurar una organización sanitaria asistencial distinta que requiere de un desarrollo legislativo. Esta necesidad de articular con más detalle el nuevo diseño asistencial, junto con el afán por incluir en un mismo texto legislativo los tres tipos de Atención de la Salud, abocan a la elaboración y presentación de un nuevo proyecto de Decreto.

Así, en la nueva estructura del Servicio Madrileño de Salud, aparece una nueva Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria que sustituye a las anteriores Direcciones Generales de Atención Primaria y Atención Especializada, porque aglutina y coordina las Gerencias del SUMMA 112 y las de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, esta última de nuevo cuño, integrando en un mismo nivel ambos ámbitos asistenciales, con el fin de mejorar la conexión entre ellos y fomentar la continuidad asistencial. Lo que se pretende es la optimización y coordinación de todos los recursos sanitarios –atención primaria y atención hospitalaria-, para que el paciente, al acceder al sistema sanitario madrileño, pueda recibir rápida y eficazmente una asistencia sanitaria individualizada y ajustada a sus necesidades. Para lograrlo se le adscriben una Subdirección General de Continuidad Asistencial y la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Esta nueva Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria asume la dirección del Área Única del sistema madrileño de salud, que contará con una Gerencia de Atención Primaria y otra de Atención Hospitalaria. Junto a ellas, la Gerencia SUMMA 112 seguirá asumiendo la gestión y atención de las emergencias sanitarias.

La justificación de la adscripción de las Gerencias a la Dirección General reside en la integración asistencial. La misma es uno de los pilares sobre los que se erige el edificio de la Consejería que pretende construirse con esta nueva estructura, ya que a partir de su aprobación se desea hablar de asistencia sanitaria, evitando emplear la clásica división en tres niveles asistenciales (emergencias, atención primaria y hospitalaria) que se ven obligados a coordinarse. Tradicionalmente han existido, y existen, duplicidades e indefiniciones competenciales entre los tres ámbitos de prestación sanitaria, dando lugar a grandes ineficiencias en el sistema sanitario con un incremento estructural de los costes, independientemente de la pérdida de eficacia que suponen niveles asistenciales separados conllevando dificultades en la atención al paciente. Esta tradicional división en el sistema sanitario ha quedado ampliamente superada en lo que se llaman OSI (Organizaciones Sanitarias Integradas), senda por la que el Servicio Madrileño de Salud debe avanzar para modernizar tanto su administración como sus estructuras asistenciales. De esta forma, se articula la posibilidad de implementar una herramienta clave para la gestión en el ámbito sanitario: la gestión clínica que derivará en Procesos Asistenciales Integrados (tal como ya se está avanzando en la Estrategia de atención a la cronicidad). Para poder llevar a cabo esta profunda transformación del sistema sanitario que ya otras Comunidades Autónomas han comenzado a abrazar, se ha optado por articular bajo una única Dirección General las tres gerencias: primaria, hospitalaria y urgencias.

De este modo, la anterior Dirección General de Atención Especializada ha pasado a convertirse en Gerencia de Atención Hospitalaria, mientras que permanece la Gerencia de Atención Primaria y la del SUMMA 112.

Asimismo, el cambio de denominación operado por la sustitución del calificativo “Especializada” por “Hospitalaria” no obedece a capricho ni ligereza, sino a entender que también la Atención Primaria y la Urgente son especializadas en el tipo de asistencia y en los procesos terapéuticos que dispensan una y otra.

En conclusión, el nuevo Decreto de estructura del Servicio Madrileño de Salud apuesta por la integración asistencial entre la Atención Primaria y la Hospitalaria, para lo cual se las hace depender del titular de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, junto a la de Urgencia, buscando así una continuidad asistencial que facilite la comunicación directa entre los profesionales, la utilización de guías clínicas comunes y la gestión compartida de procesos asistenciales. Asimismo, mediante esta integración se pretende una mejor gestión de las interfases entre estas estructuras asistenciales, una nueva lógica de organización de los servicios y de asignación de recursos que debe alinear los objetivos y los incentivos para conseguir un cuidado óptimo, centrado en los ciudadanos, en suma, avanzar hacia un nuevo modelo de gestión de nuestro sistema de salud, en el que la eficiencia en la gestión será la clave de todas las actuaciones.

Por último, la Sentencia firme del Tribunal Superior de Justicia de 8 de noviembre de 2011, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Octava, declaró nulo el artículo 9.1 del Decreto 52/2010, de 29 de julio. Ello obliga a regular de nuevo la figura del Director del Centro de Salud, aspecto que se contiene en el artículo 8 del proyecto de Decreto al que acompaña esta memoria.

1. **Análisis del proyecto desde el punto de vista competencial.**

La Disposición Final Cuarta de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, autoriza al Consejo de Gobierno para que, mediante Decreto, a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad, proceda a reestructurar, modificar y suprimir los Entes Públicos creados en esa Ley, dando cuenta a la Asamblea en un plazo de treinta días desde su aprobación

La presente memoria responde a lo dispuesto en el Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, por el que se regula la memoria del análisis de impacto normativo.

1. **Estructura de la norma.**

El proyecto de Decreto se estructura en cinco capítulos y consta de preámbulo, trece artículos, una disposición derogatoria, y dos disposiciones finales, y se acompaña de un anexo en el que se recoge la zonificación sanitaria.

El capítulo I es de artículo único, dedicado a describir el objeto de la norma.

El capítulo II se ocupa de regular las estructuras básicas sanitarias y órganos directivos de Atención Primaria. A tal efecto regula la zona básica, el centro de salud, la Gerencia de Atención Primaria y el papel del Director del centro de salud.

El capítulo III se dedica a la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria y a sus Gerencias Adjuntas.

El capítulo IV se dedica a la Gerencia Adjunta de Cuidados, que dependerá directamente del Director General, sin pertenecer a ninguna de las Gerencias Asistenciales.

El capítulo V contiene una somera mención a la Gerencia del SUMMA 112.

De acuerdo con todo lo anterior, la estructura es la siguiente:

**Exposición de Motivos** - recoge los antecedentes normativos así como justificación.

**Capítulo I** - “Disposiciones Generales”. Consta del artículo 1, en el que se delimita el objeto del Decreto.

**Capítulo II**.- “Estructuras básicas sanitarias y órganos directivos de la Atención Primaria”. Consta de los artículos 2 a 7, que regulan las zonas básicas de salud, los centros de salud, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, las Gerencias Adjuntas Territoriales 1 y 2, y el Director del Centro de Salud.

**Capítulo III**.- “Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria”. En los artículos 8 a 10 se contiene la regulación de dicha Gerencia Asistencial y de sus dos Gerencias Adjuntas.

**Capítulo IV.-** “Gerencia Adjunta de Cuidados”. Artículo 11 dedicado a regular una Gerencia Adjunta que dependerá directamente del Director General.

**Capítulo V**.- “Gerencia del SUMMA 112”. Consta del artículo 12, dedicado a dicha Gerencia.

**Disposición Derogatoria**:

En la disposición derogatoria única se deroga expresamente el Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid

**Disposiciones Finales**:

La disposición final primera habilita normativamente al Consejero de Sanidad para desarrollar el Decreto.

La disposición final segunda fija la entrada en vigor del proyecto de Decreto al día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.

1. **Principales modificaciones introducidas**

Como ya se ha puesto de manifiesto en apartados anteriores, la principal novedad que supone el actual proyecto de Decreto es el desarrollo de las previsiones contenidas en el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, en punto a regular más pormenorizadamente las Gerencias Asistenciales que en él se contemplan, no como estructura orgánica del propio SERMAS, sino como Gerencias adscritas a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria y bajo la dependencia de su titular.

El proyecto es continuista con las estructuras sanitarias básicas de Atención Primaria contempladas en el Decreto 52/2010, de 29 de julio, en coherencia con la zonificación derivada de la implantación del área única sanitaria en 2009, que mantiene las zonas básicas de salud como circunscripciones territoriales mínimas en el primer nivel asistencial. Asimismo, se siguen contemplando los centros de salud como estructuras clave de la Atención Primaria.

Se propone en Atención Primaria, sin romper el principio de Gerencia Única, **una desconcentración administrativa de la gestión en las actuales Direcciones Territoriales**, que sustituyen a las Direcciones Asistenciales anteriores. Ello conlleva un necesario cambio en las Gerencias Adjuntas que, en el Decreto 52/2010, de 29 de julio, eran tres, con una distribución competencial, y que ahora, en el futuro decreto, se entienden suficientes dos Gerencias adjuntas de procesos asistenciales que asumen competencias relativas a la coordinación y supervisión de la actividad asistencial realizada en el marco de las Direcciones Territoriales, seguimiento de objetivos y contrato programa, supervisión de la gestión de recursos humanos y económicos desplegados en las Direcciones Territoriales y despliegue de la estrategia de calidad y seguridad del paciente así como las actuaciones de evaluación, coordinación y ejecución dirigidas al desarrollo de procesos asistenciales integrados entre ámbitos.

Es decir, se propone sustituir el modelo anterior consistente en tres Gerencias Adjuntas, cada una de ellas con un cometido concreto y particular, proyectado sobre todo el territorio de la región de Madrid, por otro modelo que apuesta por agrupar las diferentes Direcciones Asistenciales (ahora llamadas Territoriales) en dos Gerencias, cada una de las cuales realizará la totalidad de las funciones que antes se repartían de manera exclusiva y excluyente las otras tres, si bien ahora sobre un ámbito territorial limitado.

Lo anterior no va en detrimento del Área Única. Ésta se adoptó para favorecer la libre elección del médico por el paciente, así como para permitir la movilidad de los profesionales. Y todo ello no está reñido con la territorialización o sectorización de la gestión. La existencia del Área Única es compatible con diversas formas de gestión territorializada sin que ello ponga en entredicho su propia existencia.

Por otro lado, también en la regulación de la Atención Primaria, se procede a una **nueva regulación de la figura del Director del Centro de Salud**, derivada de la anulación de la redacción anterior por sentencia judicial. La Sentencia 901 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Octava, de 21 de noviembre de 2011, declaró nulo el apartado 1 del artículo 9 del anterior Decreto 52/2010, al entender que la naturaleza de las competencias que se le atribuían en el apartado 3 del mismo artículo, señaladamente la de evaluación del desempeño, impedía que la convocatoria pública para la provisión del puesto de Director pudiera tener lugar entre cualesquiera profesionales sanitarios, sino que debía serlo entre Licenciados en Medicina y Cirugía exclusivamente.

Así, en el Fundamento Jurídico Tercero se afirmaba que *“si se acepta que las funciones de dirección, organización, evaluación del desempeño e incentivación de los médicos de cada Centro de Salud sean desempeñadas por el Director del Centro, siguiendo criterios de capacidad, competencia, titulación y conocimiento, dichas funciones no pueden ser realizadas por cualquier tipo de profesional sanitario, sino por aquellos que ostenten la condición de Licenciado en Medicina y Cirugía.”*

En el actual texto se pretende potenciar el papel de gestor administrativo del Director del centro, deslindando el ámbito gerencial del asistencial. Cierto es que el artículo 6 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, encomienda a los licenciados sanitarios *“la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso”*; así como que el artículo 9, sobre relaciones interprofesionales y trabajo en equipo, dispone que *“cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia”*; y que el artículo 10 regula la gestión clínica en las organizaciones sanitarias, ofreciendo su apartado 2 una ejemplificación de las funciones de gestión clínica existentes. Todo ello, sin embargo, debe enmarcarse en la actividad sanitaria asistencial dirigida al paciente, que extravasa la mera dirección de un centro de salud y la toma de decisiones para su adecuado funcionamiento.

En efecto, la atención integral de la salud es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no sólo las necesidades médicas y físicas, por lo que involucra la colaboración de muchos profesionales. Igualmente la jerarquía o colegiación en las relaciones interprofesionales lo es en el marco de actuaciones sanitarias, no de gestión. Y la gestión clínica es un concepto muy amplio que permite descentralizar progresivamente las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades en beneficio del paciente dentro de un marco de recursos limitado. Además, la gestión clínica, en el ámbito de la Atención Primaria, no está jerarquizada, sino que se basa en las fórmulas de atención comunitaria y a la familia, basadas en el trabajo en equipo.

Todos estos conceptos desbordan con mucho la labor de gestión diaria de un centro de salud, que es competencia del Director, y cuyo perfil como gestor quiere subrayarse en el actual texto, atribuyéndole las competencias necesarias en gestión con un nuevo perfil profesional, más gerencial, de habilidades, dotes y aptitudes organizativas, relacionales y de orientación al liderazgo.

El nuevo Decreto establece también un sistema colegiado para realizar la labor de evaluación del desempeño y de diseño de medidas de incentivación, para que se realicen en el seno de una comisión compuesta por profesionales del propio centro de salud. La regulación de estas comisiones se realizará mediante las previsiones de desarrollo contenidas en la disposición final primera del borrador.

Por otra parte, se propone la **creación de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria** dirigida al control y la gestión del funcionamiento de los servicios y actividades de la atención hospitalaria dentro de la Comunidad de Madrid y la gestión de los centros y recursos que le sean asignados y de la que dependerán las siguientes gerencias adjuntas: la Gerencia Adjunta de Procesos Asistenciales (responsable del desarrollo y control de los procesos y actuaciones asistenciales, la elaboración y seguimiento de los objetivos asistenciales de los centros hospitalarios y la elaboración, coordinación e seguimiento de los programas asistenciales que deriven de las diferentes estrategias y, en general, aquellas otras funciones que, dentro de su ámbito, le sean asignadas), la Gerencia Adjunta de Ordenación e Innovación Organizativa (a la que corresponde desarrollar las referencias asistenciales a nivel de centro, especialidad y procedimiento, la validación de los planes directores y planes funcionales de los centros sanitarios, realizar el seguimiento de la implantación de nuevos recursos, procedimientos, técnicas y otros medios sanitarios, así como impulsar las estrategias, instrumentos, iniciativas y dispositivos innovadores destinados a mejorar la efectividad y la eficiencia de la atención sanitaria y el impulso, homogeneización y seguimiento de la gestión clínica) y la Gerencia Adjunta de Adecuación, Coordinación y Supervisión estratégicas (cuya misión es vertebrar estratégicamente la coordinación de las diferentes estructuras gestoras del SERMAS, estudiando la adecuación de las mismas a la satisfacción de las necesidades reales definidas y su supervisión con objeto de definir e implantar soluciones que mejoren los procesos, el aprovechamiento de los recursos y la eficacia de la organización y operatividad del SERMAS).

Finalmente como innovación organizativa se articula la **creación de la figura de la Gerencia Adjunta de Cuidados** a la que, en un momento determinante de cambio y redefinición de la profesión enfermera y el sistema de cuidados, le corresponde definir las estrategias de cuidados de enfermería, facilitando la implantación y el funcionamiento de los procesos asistenciales de cuidados y su evaluación, las vías de cooperación necesarias para garantizar la continuidad de cuidados interniveles asistenciales, la normalización de la práctica asistencial para disminuir su variabilidad y el análisis de calidad y mejora permanente.

El tercer brazo de la asistencia sanitaria, como ya se ha comentado, es la que atiende las urgencias, que presta la antigua Dirección de Urgencias-SUMMA 112, que ahora pasa a denominarse **Gerencia SUMMA 112**, que está catalogada como de tipo 2, y que mantiene las actuales funciones, que son atender las urgencias y emergencias extrahospitalarias en la Comunidad de Madrid.

1. **Impacto económico del proyecto.**

El Decreto 72/2015, de 7 de julio, del Consejo de Gobierno por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid, establece en su disposición adicional segunda la estructura del servicio Madrileño de Salud, creando en el apartado 3 la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Por su parte, el Decreto 210/2015, de 29 de septiembre, que modifica a su vez el Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, establece en su Artículo segundo, apartado cinco, la estructura de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, que se estructura en la Subdirección General de Continuidad Asistencial y Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y, en su apartado Ocho, introduce una nueva disposición adicional primera en la que quedan adscritas a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria:

a) La Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

b) La Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.

c) La Gerencia del SUMMA112.

Esto conlleva, en el caso de las Gerencias de Atención Primaria y Hospitalaria, la necesidad de crear los puestos de Gerente Asistencial así como el equipo directivo, asignándoles las correspondientes retribuciones.

Respecto a la Atención Primaria, cuya Gerencia ya existe y sólo cambia su denominación pasando a llamarse Gerencia Asistencial de Atención Primaria, se crea el puesto de Gerente Asistencial de Atención Primaria como titular de la Gerencia y se le asignan las retribuciones equivalentes a un Director Gerente de Categoría 1 de Atención Hospitalaria. Este puesto no existía en sí, puesto que la condición de Gerente la ostentaba el Director General de Atención Primaria. Sí existían los Gerentes Adjuntos, dos de los cuales se emplean ahora para conformar las Gerencias Adjuntas Territoriales I y II.

En la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, de nueva creación, se dota el puesto de Gerente Asistencial de Atención Hospitalaria como titular de la gerencia, con retribuciones de Director Gerente de Categoría 1 de Atención Hospitalaria y, cuatro Gerentes Adjuntos, con retribuciones de Director Gerente de Categoría 2 de Atención Hospitalaria, que se denominarán: Gerente Adjunto de Procesos Asistenciales, Gerente Adjunto de Ordenación e Innovación Organizativa, Gerente Adjunto de Cuidados y Gerente Adjunto de Adecuación Coordinación y Supervisión estratégica.

En Anexo adjunto se contiene la relación de puestos que se propone amortizar para financiar la creación de los dos puestos de Gerente Asistencial y los cuatro de Gerente Adjunto. Se trata de una amortización mixta, ya que se utilizan dos puestos procedentes de la extinta Dirección General de Atención Especializada, en los servicios centrales del Servicio Madrileño de Salud, y plazas vacantes de los equipos directivos de varios hospitales, así como el puesto de Gerente Adjunto de Planificación y Calidad de la Gerencia de Atención Primaria. La valoración de dichos puestos se ha realizado conforme a la Orden de 22 de enero de 2016, de la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda, por la que se dictan Instrucciones para la Gestión de las Nóminas del Personal de la Comunidad de Madrid para 2016.

Además de lo anterior, y con la finalidad de resolver el problema del centro de gestión y programa al que se adscriben los puestos a crear, se propone lo siguiente:

* En el caso de la modificación de plantilla de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, tanto el puesto que se amortiza como el que se crea están adscritos al centro de gestión 171188300 programa 312B Atención Primaria.
* En el caso de la modificación de plantilla de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, la cuestión es distinta. Los puestos que se amortizan están adscritos al programa 312A Atención Hospitalaria y a los centros gestores correspondientes a los distintos hospitales cuyas plazas se amortizan. Respecto a los puestos a crear, no existe centro gestor y programa asociado a la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, por ser ésta de nueva creación.

Si se optara por una concepción asistencial de esta Gerencia, debería ser adscrita al programa 312A Atención Hospitalaria, y en tal caso habría varias posibilidades para fijar un centro de gestión, que pasarían todas ellas por encomendar la gestión de la nómina a un hospital, que debería solicitar el CIF y cuentas de cotización propias de la Gerencia Asistencial así como realizar cuantas actuaciones sean precisas para la ejecución contable y abono de la nómina de la misma:

* la creación de un centro gestor propio, el 171188200. Este centro gestor tendría presupuesto propio de capítulo I al que sólo se imputaría la ejecución de la nómina de la plantilla estatutaria de la gerencia. Estamos hablando de la nómina de un número muy reducido de puestos.
* Utilizar el centro de gestión 171188100. En este centro se presupuestan los créditos centralizados de Atención Hospitalaria que se distribuyen entre los hospitales a través de las correspondientes modificaciones de crédito y, por tanto, no suele tener, salvo excepciones, ejecución presupuestaria. El presupuesto de capítulo I de la gerencia se integraría dentro de los créditos centralizados. Este centro gestor está sujeto a fiscalización previa.
* Adscribir la plantilla y el presupuesto de capítulo I de la Gerencia Asistencial, al centro de gestión del hospital al que se le encomiende la gestión de la nómina de esta nueva gerencia. En esta última opción, se crearía una plantilla propia de la Gerencia Asistencial que no se integraría en ningún caso en la plantilla del Hospital, pero tanto el presupuesto de capítulo I de la Gerencia Asistencial como el del Hospital se dotarían en el mismo centro gestor sin diferenciación posible ni en la presupuestación ni en la ejecución del gasto. En este caso, la Gerencia Asistencial estaría sujeta a control financiero permanente como el resto de las gerencias de hospitales.

Si, por el contrario, se optase con una concepción de la Gerencia como puramente administrativa y no asistencial, se podrían adscribir los nuevos puestos al centro de gestión 171188100 del programa 311P Dirección y Gestión Administrativa del Servicio Madrileño de Salud, tal y como están por ejemplo las Oficinas Regionales, que también se adscriben a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, conforme a lo previsto en el artículo segundo, ocho primera del Decreto 210/2015, de 29 de septiembre. En este caso, no habría que hacer encomienda de funciones para la gestión de la nómina a ningún hospital, puesto que ésta correspondería a la Secretaria General Técnica de la Consejería de Sanidad, pero por el contrario habría que dar de alta la plantilla estatutaria en el programa de gestión de personal SIRIUS, tal y como lo tiene el Hospital Gregorio Marañón, donde conviven los tres regímenes jurídicos de personal funcionario y laboral de la Comunidad de Madrid y estatutario.

Es esta última opción por la que se apuesta y que se propone a consideración de la Dirección General de Presupuestos y Recursos Humanos de la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda.

1. **Impacto de género.**

A efectos de lo establecido en el artículo 24.1 b) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, según redacción dada por 30/2003, de 13 de diciembre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno, se hace constar que dicho impacto por razón de género es nulo en la presente propuesta.