



Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid



Asociación de Enfermería Madrileña
Pédiatrica en Atención Primaria



Asociación Madrileña de
Enfermería de Atención Primaria



Asociación Madrileña de
Pediatría de Atención Primaria
AMPap



Sociedad de Enfermería
Madrileña de Atención Primaria



SEMergen
Sociedad
Española
de Médicos
de Atención
Primaria
Madrid



SEMG Madrid
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia



sepeap
Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



SOMaMFyC
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria



Sociedad de Pediatría
de Madrid y Castilla-La Mancha

MODELO DE AUTONOMÍA DE GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Introducción

El proyecto de Ley de Presupuestos de la Comunidad de Madrid para el año 2013 incluye el “Plan de Garantías de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público”, en el que entre otras medidas se propone sacar a concurso la gestión de 27 centros de salud. Desde la Consejería se “prefiere” que la gestión se realice por profesionales constituidos en empresas o, en su defecto, por cualquier empresa que licite en el concurso

La aplicación de esta medida supone, en la práctica, la salida de los trabajadores (médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, administrativos y unidades de apoyo) de los 27 centros de salud para ser sustituidos por un equipo contratado por la empresa privada concesionaria del concurso. Se desvincula así a toda la población de una zona básica de salud de su equipo sanitario y se distorsiona el funcionamiento de otros tantos centros de salud que tendrán que acoger a los profesionales de aquellos equipos, con la consiguiente alteración de plantillas y organización del centro.

Se propone un cambio radical de un modelo que ha demostrado ser eficiente, que nos sitúa entre los países con mejores indicadores de salud a pesar de que la atención primaria española invierte el porcentaje de PIB menor de los países desarrollados, y que Madrid es de las comunidades autónomas con un menor PIB invertido en gasto sanitario.

No existe evidencia de que el modelo de provisión privada en atención primaria obtenga mejores resultados en términos de calidad científico técnica ni en términos de eficiencia, y los resultados de valoración media de los madrileños con la asistencia que reciben de los profesionales de su centro de salud supera el 90% de satisfacción. Sin embargo, se propone un cambio radical cuando las experiencias internacionales y nacionales muestran que el modelo privatizador sanitario supone a largo plazo una amenaza para su sostenibilidad, su carácter universal y su equidad.

Este cambio organizativo, además de no tener clarificados aspectos básicos relacionados con conflictos de intereses, se va a implantar sin contar con los profesionales sanitarios, altamente implicados, que veríamos adecuadas medidas tendentes a la optimización del gasto público y el uso eficiente de los recursos, con el fin de posibilitar un sistema madrileño de salud sostenible y perdurable.

Para ello, proponemos seguir avanzando en fórmulas ligadas a la mejora de gestión de los centros. La autonomía de gestión es una fórmula adecuada para los profesionales de atención primaria y para el Sermas. Otras formas de autogestión, como los modelos de asociaciones de profesionales que tienen plena capacidad y responsabilidad y asumen el riesgo de una trayectoria deficiente, suponen una nueva normativa jurídica y unos riesgos inherentes a ese modelo, cuando todavía no se ha demostrado que la autogestión de asociaciones de profesionales entrañe unos mejores resultados en salud ni una gestión más eficiente de los recursos.

Situación de la atención primaria madrileña

La Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid, y su posterior desarrollo en el Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula 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 en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid, y en el Decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid, supuso un cambio radical en la estructura vigente desde la reforma sanitaria de 1986. La nueva norma ha significado una reordenación de la estructura directiva de atención primaria, centralizando la toma de decisiones en el director general/gerente de AP. Tras dos años desde su puesta en marcha, su desarrollo no se ha completado.

Por otra parte, la creación de los sistemas informáticos centralizados comienza ahora a dar sus frutos con la unificación de la historia clínica en AP-Madrid, el sistema CIBELES de tarjeta sanitaria, el CAP en las derivaciones, el cuadro de

mandos para equipos directivos, el CEIBE para el seguimiento de la libre elección y el e-SOAP como sistema de información. Creemos que este último, con un inmenso volumen de información y con un desarrollo adecuado y cercano a las necesidades de datos de los profesionales, constituiría un cuadro de mandos o sistema de información de suficiente potencialidad como para permitir una mayor autonomía de gestión de los centros de salud, facilitando la adopción de medidas correctoras para el cumplimiento de objetivos, tanto de cartera de servicios como de derivaciones, realización de pruebas complementarias, etc., así como una adecuada valoración del grado de consecución del contrato programa.

Por último, el agravamiento de la crisis supone un acicate para que cada una de las organizaciones y de los profesionales demuestren su compromiso con la sostenibilidad del sistema, propiciando los cambios legales y organizativos que, fruto del consenso, garanticen el futuro de la atención sanitaria madrileña, universal, gratuita y de calidad.

Potenciar una atención primaria basada en el uso adecuado de los recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, fomentando el autocuidado y la promoción de la salud es la mejor garantía para conseguir una mayor eficiencia del sistema.

Propuesta de modelo de autonomía de gestión

Creemos que la autonomía de gestión es posible dentro del marco legal actual de la Comunidad de Madrid, en base a la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La autonomía de gestión, siguiendo el informe SESPAS 2012, se define “como la situación en que los sanitarios adquieren determinadas capacidades para gestionar el servicio, transfiriéndoles funciones desde otros niveles de la organización”.

El modelo de autonomía de gestión está sustentado en el contrato programa de centro, mediante el cual los profesionales asumen la responsabilidad sobre los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos fijados en el contrato, que irán en relación con la buena práctica clínica, la gestión de pacientes y los resultados económicos.

Bases del modelo

Para la implantación de la autonomía de gestión será necesario establecer unos requisitos normativos y organizativos que permitan alcanzar un modelo basado en la calidad de la asistencia con la máxima eficiencia. Los centros que

integran el Servicio Madrileño de Salud deberán contar con un sistema integral de gestión que permita, de acuerdo con su planificación estratégica, implantar técnicas de dirección por objetivos, sistemas de control de gestión orientados a los resultados y sistemas de estándares de servicios; delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen en los costes y en la calidad de la asistencia. Para ello, se propone:

1. Establecer un modelo de desarrollo futuro y progresivo en el que tengan cabida todos los centros de salud.
2. Equipo directivo con representación de las tres categorías profesionales, y director de centro con un perfil profesional definido en base a la competencia y la experiencia en gestión clínica, elegido mediante convocatoria pública.
3. Contrato programa de centro basado en objetivos pactados a corto y largo plazo en cartera de servicios, uso racional del medicamento, servicios de cuidados, derivaciones, pruebas complementarias y evaluación por resultados.
4. Desarrollo del sistema de información centralizado, basado en la eficiencia y la transparencia, que permita la comparación entre profesionales y centros, dirigido a tomar las medidas necesarias para la mejora de la calidad.
5. Autonomía en la gestión de personal respecto a provisión de suplentes en situaciones de temporalidad definida, así como en la organización de turnos.
6. Reforzar el sistema de asignación de incentivos en función de resultados y objetivos pactados, introduciendo variables individuales en función de los objetivos y características del equipo.
7. Financiación basada en la capitación ponderada con factores poblacionales moduladores (índice de gravosidad de la asistencia, etc.) y reversión al centro de salud de parte del ahorro alcanzado para poder seguir avanzando en la calidad de los servicios prestados. Además, en la financiación deberían tenerse en cuenta la realización de otras actividades de los equipos (docencia en pregrado y postgrado, investigación, procedimientos diagnósticos, terapéuticos...).
8. Monitorización periódica de los indicadores económicos que permita la introducción precoz de medidas correctoras.
9. Acceso a pruebas complementarias basado en protocolos comunes de práctica clínica.
10. Entorno organizado en procesos asistenciales integrados y en una mejor comunicación/coordinación entre los distintos niveles.
11. Avance en la desburocratización de las consultas.

Todo esto significa que cualquier normativa que se desarrolle debe garantizar los derechos de los ciudadanos y los trabajadores, a la vez que permitir una mayor capacidad resolutoria y gestora de los profesionales basada en la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario. La autonomía de gestión permitirá una simplificación de la estructura directiva y una optimización de los recursos humanos.

Niveles de desarrollo del modelo

Proponemos avanzar en la autonomía de gestión de los centros, diferenciando dos niveles de organización en los que se incluya la totalidad de los centros de salud de la Comunidad de Madrid. Estos dos niveles no impiden buscar mejoras organizativas que puedan dar valor añadido a los modelos establecidos, manteniendo unas premisas que consideramos básicas:

- El modelo organizativo se desarrollará en el marco de los actuales equipos de atención primaria.
- No participarán empresas externas ni se incluirán formas mercantiles.
- Se mantendrá la estructura, régimen y modelo actuales de los equipos de atención primaria y unidades de apoyo.

Manteniendo estos requisitos, los equipos actuales de atención primaria se comprometerían a ajustarse a un presupuesto que incluyera los gastos de suplencias, capítulo II, laboratorio, radiología y farmacia.

Proponemos los siguientes niveles organizativos:

1. Delegación de gestión: modelo de partida actual de todos los equipos de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud.
 - Áreas a gestionar:
 - Organización interna, distribución horaria de agendas, organización de permisos y vacaciones.
 - Gestión del capítulo I: capacidad de decidir suplencias, elaboración de planes de vacaciones ajustándose a un presupuesto.
 - Gestión del capítulo II: limitada a las partidas presupuestarias que puedan ser gestionadas, como los fungibles, medicación y almacén.
 - Organización de la formación continuada e investigación.
 - Relaciones con la comunidad e instituciones locales.
 - Sistema de incentivación basado en resultados.

2. Autonomía de gestión. Se añadiría a lo anterior, implicando un mayor control en la gestión de recursos económicos contemplados en el contrato programa del centro.

- Áreas a gestionar:
 - o Gestión de recursos humanos del equipo: selección de personal por perfiles en situaciones de temporalidad definida.
 - o Máxima flexibilidad en cuanto a posibilidad de fraccionamiento y combinación de ausencias, condicionado al cumplimiento del presupuesto de suplencias, garantizando la oferta de servicios y con arreglo a la legalidad vigente.
 - o Gestión del gasto de farmacia, derivaciones y pruebas complementarias ajustada a los principios de eficacia, eficiencia y seguridad del paciente.
 - o Bolsa económica para la gestión de actividades internas y externas de formación e investigación, generada a partir del ahorro.
- Acreditación del sistema de gestión de calidad.
- Sistema de incentivación proporcional al nivel de resultados. Ligado al cumplimiento de los criterios de calidad asistencial, junto con un margen determinado de cumplimiento presupuestario.

Madrid, 4 de diciembre de 2012

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid
Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de Madrid
Asociación de Enfermería Madrileña Pediátrica en Atención Primaria
Asociación Madrileña de Enfermería de Atención Primaria
Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria
Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria – Madrid
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia – Madrid
Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria
Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha