



TÍTULO

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

AUTOR

Antonio Guerrero Cobo

	Esta edición electrónica ha sido realizada en 2013
Tutor	José Antonio Trujillo Ruiz
Curso	I Curso de Experto Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias
ISBN	978-84-7993-927-4
©	Antonio Guerrero Cobo
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	Curso 2011/2012



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

Ha sido seleccionado para dirigir un Distrito Sanitario ¿Cómo lo gestionaría?

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

D. ANTONIO GUERRERO COBO

Dirección: **Urb. Hacienda Cortez, C/ Delfín nº 10, 29600, Marbella, Málaga**

Correo Electrónico: **antge@telefonica.net**

Teléfonos: **952862778 - 606664139**

I.- PREÁMBULO

Desarrollar un Proyecto sobre cómo gestionar un Distrito Sanitario no es tarea fácil; sería, infinitamente más sencillo, desarrollar un tema clínico sobre cualquier patología.

La medicina no es, si siquiera hoy en día, en la era de la 3ª RC (revolución del conocimiento) una ciencia exacta; pero existen infinidad de estudios, experimentos, protocolos, guías clínicas,... todas fácil y rápidamente accesibles a través de internet, con las cuales desarrollar un tema clínico concreto, basándose en las mejores evidencias medicas disponibles, de tal forma que el contenido del mismo sea aceptado por la mayoría de profesionales.

Sin embargo, desarrollar un proyecto sobre cómo se gestiona mejor, es tarea ardua, ya que las premisas que llevan a tomar unas u otras decisiones, con frecuencia obedecen a interesadas y discutibles directrices políticas que cuando menos intentan mantener en el puesto a sus creadores y/o adalides. Si ya desde el principio es imposible ponerse de acuerdo en las premisas, elaborar los métodos sobre cómo llevarlas a la práctica se hace una obra de titanes.

A esto hay que añadir, que al inicio de nuestra democracia, cuando se acometió la transformación de nuestro Sistema Nacional de Salud, se nos convirtió a los médicos, sobre todo a los médicos generales o de familia, en asalariados por cuenta ajena, sin posibilidad siquiera, debido al complemento de dedicación exclusiva, de compatibilizar la consulta privada con la asistencia en el sistema público, por lo cual, la experiencia en gestión de nuestros médicos de atención primaria es prácticamente nula, ya que no han podido gestionar sus propias consultas.

Por ello no puedo evitar orientar este trabajo de gestión sanitaria de un distrito hacia la Autogestión, ya que es la única forma de gestión en la que los que conocen la materia, los sanitarios, dirigidos por los médicos puedan desempeñar su profesión de manera eficiente y objetiva, sin influencias políticas pseudoideológicas. El político financia y audita y el médico provee con eficiencia según su mejor saber y hacer.

Según diferentes estudios europeos España es un país menos productivo que otros de nuestro entorno, a pesar de trabajar más horas al año. Esto es debido a que en nuestro país es donde menos se premia el esfuerzo y el éxito. Una sociedad donde el que cursa estudios universitarios, con el enorme esfuerzo y la inversión económica que ello supone, recibe una recompensa económica similar a quien comienza su vida laboral a los 16 años, en trabajos que no necesitan cualificación profesional, está condenada a la

mediocridad. La única forma de motivar hacia la productividad y el buen desempeño dentro de un grupo, es que quien se esfuerce más o aporte más, reciba mayor recompensa, ya que si se premia a todos por igual, los que más se trabajan cejarán en su empeño y el grupo disminuirá su productividad y competitividad.

II.- SISTEMAS NACIONALES DE SALUD (SNSs)

Voy a hacer, antes de desarrollar el proyecto de gestión, una introducción sobre los sistemas nacionales de salud, su historia, funciones, distribución regional, etc.

La Organización Mundial de la Salud (**O.M.S.**) define los **Sistemas de Salud** como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos encaminados a **mejorar la salud de los individuos y la colectividad**, en sus vertientes de **calidad** (alcanzar el mejor nivel posible respecto a las necesidades reales y sentidas de la población) y **equidad** (responder a todos sin discriminación, con las menores diferencias posibles entre los individuos).

Sus Funciones son:

- prestaciones de servicios (curativas, preventivas, de promoción y rehabilitación de la salud).
- gestión de recursos (humanos, materiales e infraestructuras).
- garantizar los recursos económicos necesarios.
- determinar el grado de participación financiera de los usuarios sin impedir su acceso a los servicios, y
- coordinación de actividades, tanto dentro de una estructura determinada como entre niveles de asistencia, entre otras.

La organización de los sistemas de salud de **cualquier país** se realiza de manera que se distribuyan los servicios (en zonas rurales y urbanas, o de atención primaria y hospitalaria,..) en función de su modelo de desarrollo social y económico.

Los sistemas de salud de los **países en desarrollo** tienen como característica fundamental su incapacidad para atender las necesidades de salud de la mayoría de la población. De hecho, entre un 40%-60% de la población en América Latina, un 60-80% en Asia y un 90% en África **no** cuentan con ningún tipo de protección sanitaria. Estos sistemas tienen unos elementos comunes:

1. **Sector público** financiado vía impuestos, que utilizan las mayorías sociales.
2. **Sector privado** poco extenso para los que puedan tener seguros privados.

3. **Seguro obligatorio** (Seg. Social) reducido, para trabajadores por cuenta ajena.
4. **Sector “privado social”** de centros gestionados por órdenes religiosas, Fundaciones, ONGDs u OIGs.
5. **Sector sanitario militar**, > ó < según la extensión y el papel del ejército en la sociedad.
6. **Medicina tradicional**: plantas medicinales, creencias (chamanes), experiencia...

La Constitución Española en su **Artículo 43** reconoce “el derecho a la protección de la salud” y aclara que “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.” Este es el fundamento de nuestro actual **Sistema Nacional de Salud**.

Un Sistema Nacional de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos sanitarios de un país, cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

Para la **OMS** un sistema de salud perfecto debe garantizar la **Universalidad** (cobertura total), **Asistencia integral** (integración de actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación), **Eficiencia** (búsqueda de las mejores prestaciones y mejor nivel de salud al menor coste), **Funcionalidad** (capacidad de respuesta ante nuevas necesidades), **Participación real de la población** (planificación y gestión del sistema sanitario), **Equidad** en la distribución de los recursos.

El principio de cobertura sanitaria universal atribuye a los gobiernos la responsabilidad de “satisfacer *todas las necesidades sanitarias de todos sus habitantes*”, pero este concepto **no tiene en cuenta las limitaciones de los recursos disponibles**. Si al contrario, se privatiza la asistencia, se favorecen las desigualdades excluyendo a los más desfavorecidos.

El Informe Dawson (1920) establece ya los principios básicos de **regionalización** (distribución regional de los recursos):

1. **Integración** de la medicina preventiva y curativa.
2. Red de **unidades** (centros de salud y hospitales) que den servicios a un territorio geográfico determinado.
3. **Supervisión** de las unidades más complejas por las más simples.
4. Establecimiento del concepto “**nivel de atención**”: **primario**, cuyos servicios los prestan los médicos generales y otros profesionales sanitarios, y **secundario**, con personal especializado, al que los pacientes son referidos desde el nivel anterior.

El sistema de salud ideal es un sistema integrado que abarca medidas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, que implica a la propia comunidad beneficiaria, en el que el elemento más apto responde a cada problema, minimizando las barreras internas.

La Atención primaria es el primer contacto o puerta de entrada de la población al sistema de salud. Puede solucionar el 80% de los problemas de salud con un nivel de complejidad técnico y material pequeño, aunque alto en los aspectos organizativo y funcional. Conceptualmente la Atención Primaria debe ser:

- ***Integral***: da respuesta inicial y completa a los problemas de salud (promoción, prevención, asistencia y rehabilitación).
- ***Integrada en un conjunto***: de modo que facilita el acceso desde cualquier puerta de entrada a otros servicios o a un nivel de asistencia superior o especializada.
- ***Continuada y permanente***: no se limita al problema presente, sino que aporta un seguimiento (no depende del momento en que se produzca la necesidad). Desarrolla su actividad 24 horas al día, todos los días del año, y abarca desde el principio al final de la vida.
- ***Descentralizada***: cercana a la población, lo cual la hace *accesible geográficamente*, sin olvidar otros obstáculos que pueden limitar la accesibilidad.
- ***Activa***: porque no espera a que los problemas llamen a su puerta, sino que sale a su encuentro (encuestas epidemiológicas, campañas de vacunación, etc.).

Declaración de Alma-Ata (12-9-78): aquí se establecieron las bases de la estrategia de salud de la OMS para lograr “*salud para todos en el año 2000*”, resumida en 10 puntos:

I. La salud, como estado de bienestar físico, mental y social, es un ***derecho*** humano fundamental y un objetivo que exige la intervención de muchos otros sectores, además del sanitario.

II. La grave ***desigualdad*** existente en el estado de la salud de las poblaciones es social, política y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III. El ***desarrollo económico y social*** es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos. La promoción y protección de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial.

IV. El pueblo tiene el *derecho y el deber* de participar en la planificación y aplicación de su atención en salud.

V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos con el objetivo de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La *atención primaria de salud es la clave* para alcanzar esta meta.

VI. La APS, *primer nivel de contacto* con el SNS, se basa en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, al alcance de todos los individuos y familias, a un *coste* que el país puedan soportar.

VII. La APS:

- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad
- Comprende, al menos, las siguientes actividades:
 1. Educación en los principales problemas de salud y métodos de prevención y tto.
 2. Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada
 3. Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico
 4. Asistencia materno-infantil, incluida la planificación familiar
 5. Inmunización contra las principales enfermedades
 6. Prevención y lucha contra las principales enfermedades endémicas locales
 7. Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
 8. Suministro de medicamentos esenciales
- Entraña la participación coordinada de los sectores conexos del desarrollo nacional y comunitario (agricultura, industria, educación,...)
- Fomenta la participación comunitaria en la planificación, organización, funcionamiento y control de la APS, sacando el mayor partido posible de los recursos nacionales y locales
- Incluye un sistema de referencia adecuado y da prioridad a los más necesitados.
- Se basa en el personal de salud con inclusión de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares, trabajadores de la comunidad y personas que practican la medicina tradicional, trabajando como un equipo de salud.

VIII. Es preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deben cooperar entre sí, ya que el logro de la salud en un país beneficia a los demás países.

X. Necesitamos una mejor utilización de los recursos mundiales, de los que una parte importante se dedica a armamento, asignándose una proporción adecuada a la APS.

La OMS, en su informe de 1999, propone un **nuevo universalismo** caracterizado por:

- **Cobertura sanitaria universal**: toda la población debe ser beneficiaria, sean nacionales o residentes.
- Los **Servicios básicos** deben ser económicamente **accesibles** para todos, mientras que otros menos prioritarios pueden serlo previo pago, según los recursos disponibles.
- La **Forma de pago** por los servicios **no** debe realizarse **cuando se utiliza** el servicio, para no limitar el acceso de los más pobres (desempleados, eventuales,...).
- Los servicios pueden provenir de **Fuentes variadas** (públicas, privadas, altruistas, etc.), con tal de que se respeten ciertos estándares de calidad y gestión.

Si las autoridades sanitarias asumen su papel de coordinación de los distintos sectores y reglamentación, con los incentivos apropiados, formación e información adecuadas, el resultado puede ser un mejor funcionamiento del sistema y una mejor respuesta a la demanda.

Am pesar de estas directrices generales, en los diferentes países europeos los SNSs se ha desarrollado de forma diferente. En España Mientras que casi nadie cuestiona nuestro copago farmacéutico, a pesar de que requiere reforma urgente, hay un **rechazo** apriorístico (¿?) a evaluar la conveniencia de introducir **otros copagos** en el sistema sanitario. En **nueve de los 15 países de la UE-15** existen **copagos** para **todos** los tipos de **servicios**: visitas médicas, hospitalizaciones, farmacia, atención dental y otros servicios, como urgencias, pruebas diagnósticas, transporte sanitario, prótesis, etc. De esos 9, 7 tienen un **modelo de Seguridad Social** (modelo Bismark) con un grado de cobertura mayor, estipulada y delimitada explícitamente, con gran nivel de elección y muchos copagos. Dos son países nórdicos (Finlandia y Suecia) con **sistema nacional de salud** (tipo Beveridge) con cobertura amplia, pero también se pagan más impuestos y hay bastantes copagos, aunque limitados en cuantía y normalmente vinculados al nivel de **renta**. **En ningún país se equipara acceso universal con gratuidad absoluta** en el momento de utilizar los servicios, ya que eso lleva al sobreconsumo.

En los **años 90**, se planteó **organizar la dispensación de atención primaria en Districtos Sanitarios** (divididos en Centros de Salud), como unidades de descentralización, para dar respuesta rápida a la creciente demanda de atención de salud, siendo los hospitales de referencia, componentes básicos de este modelo.

El **Centro de Salud** constituye la unidad básica, polivalente y descentralizada del sistema de salud para responder a la demanda asistencial. Gracias a la concentración de recursos, es responsable de forma integral de todas las acciones de salud en la población asignada. La ubicación concreta de un Centro de Salud se basa en criterios de accesibilidad (se considera que la distancia máxima que puede cubrirse a pie en caso de necesidad es de 5 km, o una hora de trayecto), recursos necesarios (materiales y humanos) y de actividad, que debe ser suficiente para mantener la competencia.

La Atención Especializada de 2º nivel, trata pacientes derivados por la atención primaria de salud. Se realiza por médicos especialistas y puede desarrollarse de forma ambulatoria o en hospitales pequeños o medios llamados distritales o comarcales que desarrollan actividades de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Trauma y Gineco-Obstetricia, Laboratorio, Radiología, Farmacia, etc.

La Atención Especializada de Tercer nivel se desarrolla en hospitales de alta complejidad (Cirugía Cardiovascular, unidades de grandes quemados, etc.) y en Institutos de investigación.

Para la adecuada derivación entre niveles deben consensuarse: sistema de información en ambas direcciones, transporte sanitario, abastecimiento logístico, etc.

De la **Constitución Española de 1978** derivan los fundamentos normativos de nuestro **Sistema Nacional de Salud**, regulados en la **Ley General de Sanidad del 86**. Por ello, para dar respuesta al mandato constitucional que encomienda a los **poderes públicos** la tarea de **proteger la salud** de los ciudadanos mediante la elaboración de previsiones normativas de carácter legal y reglamentario, en **1986** se constituye en España un **Sistema Nacional de Salud** con vocación de universal y en el que, de forma congruente con la distribución competencial establecida en la Constitución, los aspectos **asistenciales** y **preventivos**, dependen de los servicios públicos de salud de las distintas **Comunidades Autónomas**. Aunque su ámbito subjetivo de aplicación era al inicio mucho más restringido, a lo largo de las décadas transcurridas ha ido ampliándose hasta que muy recientemente, en virtud de lo establecido en la **Ley 33/2011 General de Salud Pública**, se ha hecho extensivo el **derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes** en el territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico, todo ello sin perjuicio de la exigencia de las correspondientes obligaciones a aquellos **terceros**

legalmente obligados al pago de dicha asistencia de acuerdo con la normativa aplicable.

El conjunto de **prestaciones y servicios** que el **Sistema Nacional de Salud** ofrece a los ciudadanos incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud.

Este SNS español está muy descentralizado, casi más que en un **estado federal**. Se prevé que en 10 años el **50%** del gasto público de las autonomías se destinaría a sanidad, por lo que son necesarias **nuevas formas de gestión** que permitan mantener la **universalidad** de la sanidad pública **sin comprometer las finanzas** del Estado. Se hacen recomendaciones q se resumen en cinco puntos:

- Invertir en **prevención, gestión** del catálogo de prestaciones y **educar** para un consumo responsable.
- Potenciar la Atención Primaria, estableciendo un circuito de **gestión de casos**.
- Impulsar mejoras de **productividad** y de **eficiencia** y transformar el modelo actual de gestión de recursos humanos.
- Fomentar la **autonomía** de gestión: promover la colaboración con el sector **privado**, controlando la transparencia en el desempeño de los contratos a proveedores de servicios sanitarios.
- Reforzar los esquemas de **incentivos a las UCG** y a sus profesionales: implantación de Procesos Normalizados de trabajo, **carrera profesional única** en todo el estado acreditada por organismos independientes.

El Consejo Interterritorial (CIT) debería ser el organismo en el que se debatieran y **solucionaran** estas y otras **desigualdades** entre las autonomías, pero la Ley que lo regula establece su papel meramente **consultivo** (RD 20 Octubre 2006) y se limita a funcionar como fondo de **compensación** para gastos de pacientes **desplazados** entre autonomías.

Ley de Salud de Andalucía (2/1998 de 15 de Junio), Artículo 44. 1. El Sistema Sanitario Público de Andalucía integra **todas las funciones y prestaciones sanitarias** que son responsabilidad de los poderes públicos para garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud.

La Atención Primaria (Decreto 197/2007, de 3 de julio). 1. Los servicios de atención primaria de salud se organizan en **Districtos de Atención Primaria** que integran

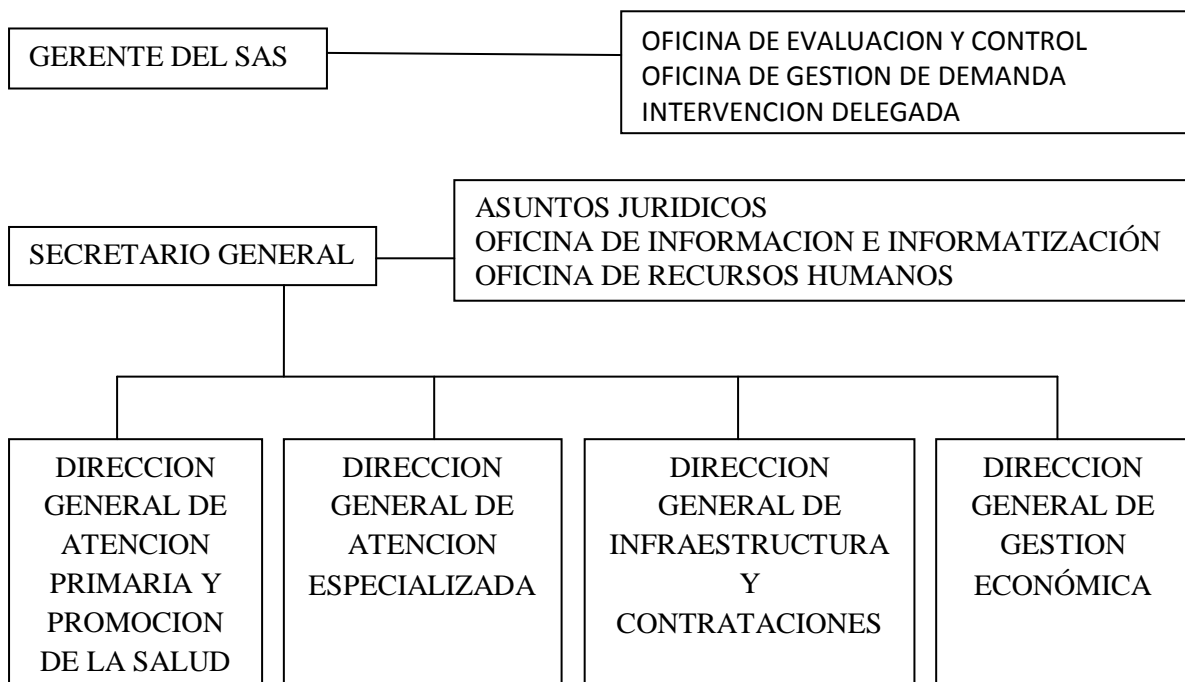
demarcaciones territoriales, denominadas **Zonas Básicas de Salud**. 2. En cada zona básica de salud se ubican **Centros de Atención Primaria**, en donde se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía. 6. Los profesionales adscritos a una zona básica de salud desarrollan su actividad profesional en los centros de atención primaria, organizados funcionalmente en **Unidades de Gestión Clínica** de atención primaria de salud y el mapa territorial de Atención Primaria (actualizado) está en la **Orden** de 7 de junio de 2002.

En **Andalucía**, los **Distritos Sanitarios de Atención Primaria** constituyen un nivel intermedio en la descentralización de gestión y provisión de salud. El Decreto 195/85, sobre ordenación de los servicios de A.P.S. en Andalucía, establece el D.A.P. como la demarcación geográfica para la planificación, prestación y gestión de los servicios sanitarios de la Atención Primaria que abarca el conjunto de las zonas básicas de salud (Z.B.S.), vinculadas a una misma estructura de gestión, dirección y administración.

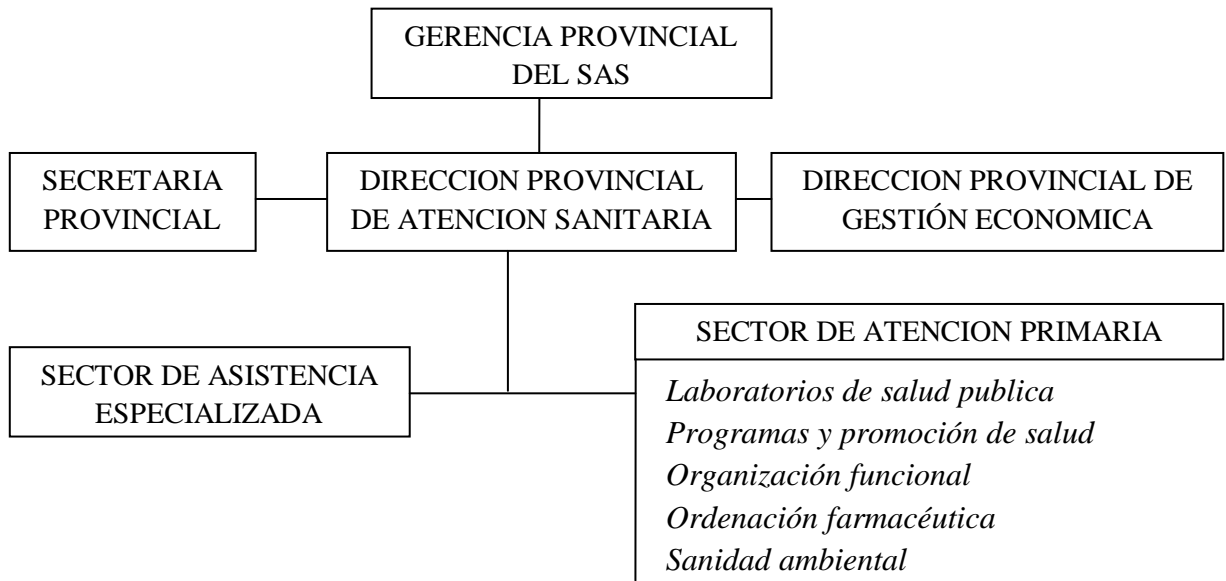
También define la *estructura organizativa y funciones del distrito*, desarrolladas por los siguientes órganos:

ESTRUCTURA ORGANICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

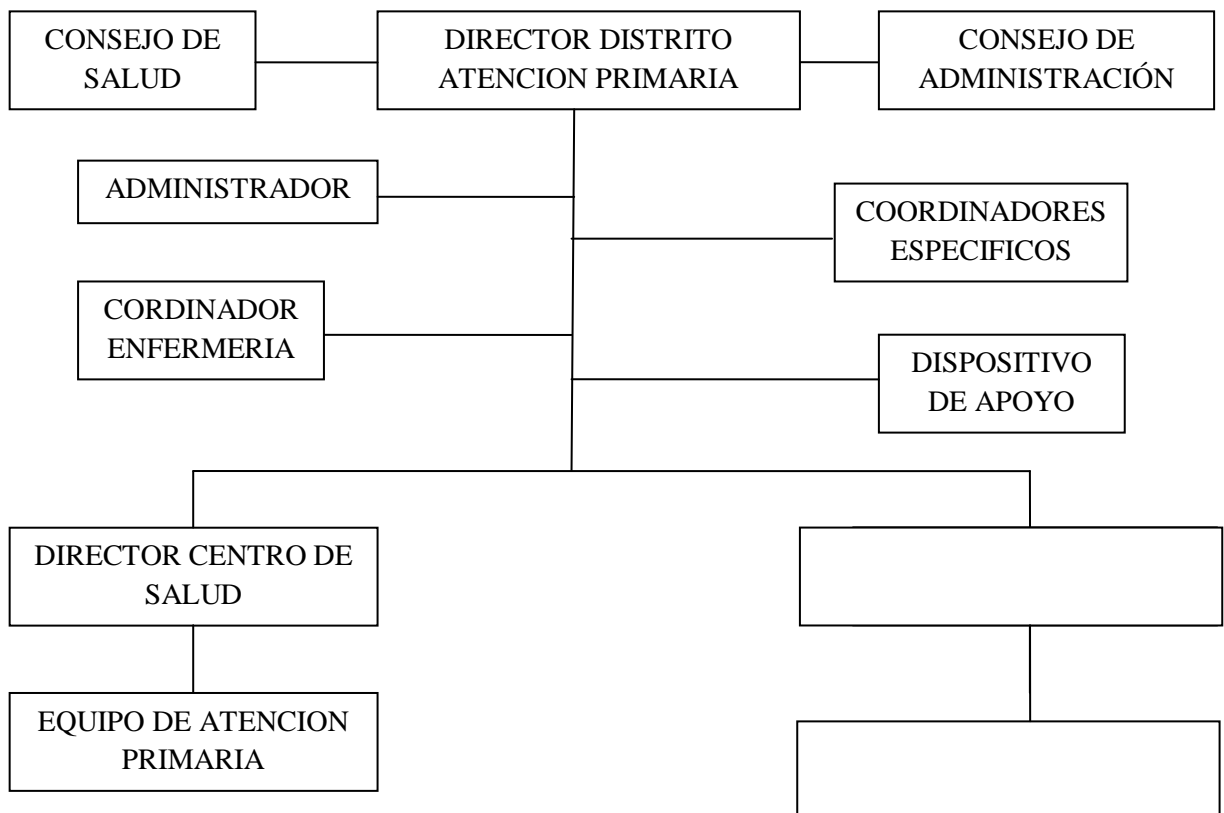
NIVEL CENTRAL



NIVEL PROVINCIAL



NIVEL LOCAL



La Junta de Administración: Dirigida por el Director del D.A.P. e integrada por representantes de la Consejería de Salud y Consumo y de las Corporaciones Locales comprendidas en el ámbito del D.A.P., se responsabiliza del establecimiento de las directrices sanitarias y de la gestión del mismo.

La Dirección del Distrito asume la autoridad y responsabilidad sobre el personal y el funcionamiento de todos los servicios de Atención Primaria, incluyendo el dispositivo de apoyo específico. Del Director del Distrito dependen el administrador y coordinador de enfermería y, en función de las características de la zona, puede contar con coordinadores de epidemiología y programas, educación para la salud y participación comunitaria y coordinadores de programas específicos.

Comisión de Dirección: se crea como órgano de asesoramiento al Director del Distrito, integrada por los componentes del equipo de dirección del distrito y las direcciones de los centros de salud y debe reunirse al menos con periodicidad mensual.

Consejos de Salud: se constituyen como órgano de carácter consultivo en el Distrito, con representación de los municipios, trabajadores sanitarios y usuarios.

Para complementar la capacidad de prestación de servicios en su área de influencia, en cada distrito sanitario actuarán **dispositivos de apoyo** en las áreas materno-infantil, salud mental, salud dental, radiología, laboratorio, rehabilitación, sanidad ambiental, higiene de los alimentos y ordenación farmacéutica.

III.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE DESARROLLO DE LA A.P.

La normativa de Atención Primaria referida a los Distritos pretendía llevar a cabo unas **líneas estratégicas de desarrollo** que plantean bastantes dificultades:

1.- Producir una DESCENTRALIZACIÓN efectiva en la gestión y planificación de las actividades. Se confiere a los distritos autonomía de gestión (dentro de las directrices generales y políticas, emanadas por los servicios centrales y provinciales) que no puede ser ejercitada plenamente, dadas las normativas y procedimientos existentes para la gestión de recursos humanos y la elaboración de presupuestos.

A) **Recursos humanos:** Los profesionales de los equipos de atención primaria obtienen, tras una oposición, su plaza en propiedad (de “por vida”), quedando su régimen laboral establecido en una normativa estatal, el “Estatuto de la Seguridad Social”, vigente desde el año 1966, quedando un estrecho margen de maniobra en la gestión de estos recursos.

Los salarios son establecidos también a través de una normativa general. El complemento de productividad pretendía conferir cierta capacidad de maniobra, al estar prevista su distribución, en base al grado de consecución de objetivos, previamente negociados por unidades y/o personas, pero de hecho su efecto ha sido **desvirtuado** desde el momento en que fue **asignado a todo el personal** indistintamente, además de que los objetivos que se están planteando, en la mayoría de los casos no son objetivos (valga la redundancia), ya que no informan de manera clara de que profesionales son más eficientes en el desarrollo de su trabajo. La profundización en la línea de dotar a los gestores de cierta capacidad de incentivación económica, aparece como uno de los mecanismos que pueden contribuir más eficientemente a la mejora de la gestión.

Metas de gestión como la selección de personal, el diseño de las carreras profesionales, la garantía de poder establecer recompensas adecuadas y la posibilidad de establecer mecanismos reales de control y corrección de desviaciones, no son sólo difíciles de conseguir, sino en algunos casos imposibles de desarrollar en el ámbito del distrito, por lo que la autoridad y capacidad de gestión del director es en realidad bastante limitada.

B) *Elaboración de presupuestos*: a pesar de los esfuerzos realizados en el conjunto de la Administración del Estado para incorporar la metodología de presupuestación por programas, esta metodología sólo es aplicada al capítulo de inversiones. El esquema real de presupuestación, basado en el reembolso de costes y centrado en los recursos, introduce contradicciones importantes en el modelo, ya que, por definición, incentiva la ineficiencia (recibe más quien más gasta), dificulta la asunción por los gestores de la valoración del coste de oportunidad (el valor de la mejor opción no realizada) en la utilización de los recursos, genera una cultura centrada en su incremento e imposibilita la transmisión, por parte de los gestores a los profesionales (específicamente a los médicos), de la necesidad de proceder a la utilizar los recursos en un marco presupuestario concreto y limitado que produzca mayor eficiencia.

C) *Procedimientos administrativos*: Donde se han producido cambios significativos es en los procedimientos internos de gestión del distrito, generándose un nuevo estilo en el que el consenso y la participación priman sobre las líneas jerárquicas tradicionales; la planificación del desarrollo de los distritos y la programación de las actividades asistenciales y de salud pública son prácticas casi generalizadas en el entorno de la atención primaria; la evaluación de los resultados, auditorías internas, “revisión entre

colegas” y las actividades de formación continuada van paulatinamente siendo generadas y aceptadas por el conjunto de los profesionales.

La cualificación de los cuadros directivos de los D.A.P. es netamente diferente (más básica) a la que tradicionalmente se observa en el resto del sistema sanitario. Sería deseable que todos y cada uno de los Directores Gerentes de los DAP tuviesen al menos un Máster en Gestión Sanitaria. No obstante esto creo que es algo relativamente fácil de conseguir, ya que la formación de los profesionales debe ser una de las líneas básicas de incentiación de los mismos, por lo que basta con incluir en los objetivos que deben cumplir los directores de distrito, el que inicien y terminen un máster en un periodo determinado, y en 2 ó 3 años todos los jefes de distrito estarán altamente cualificados.

2. Garantizar una concepción INTEGRAL de la salud en la oferta de servicios sanitarios. (Modelo A.P.S.). La apertura de centros de salud y zonas básicas de salud ha supuesto un cambio cualitativo importante en la prestación de servicios; estos cambios se refieren básicamente a un aumento de la calidad de la asistencia y del tiempo de trabajo de los facultativos, a la incorporación de nuevos profesionales (enfermeras comunitarias y trabajadores sociales) y a la mejora de los índices profesional/ habitantes (1 médico y 1 enfermero-a por cada 2000 h.).

El tiempo medio de consulta en Atención primaria ha subido de 2’ a 5’ en las consultas a demanda y se ha introducido la cita programada para seguimiento (20’/consulta). Se ha conseguido incorporar la historia individual y familiar unificada (anteriormente inexistente) y ha mejorado la cualificación formal de los recursos; la mayoría de las plazas de nueva incorporación en los centros de salud han sido cubiertas por especialistas en medicina familiar y comunitaria, las escuelas de enfermería modificaron su diseño curricular, adaptándolo a los principios de la A.P.S. en el año 1978.

Otro aspecto importante a destacar es el incremento de la equidad, conseguido al comparar la disponibilidad y accesibilidad a los recursos sanitarios entre los núcleos rurales y urbanos frente a la situación anterior.

Pero si este aumento en la calidad asistencial podríamos considerarlo genérico en los centros de Atención Primaria, el elemento diferenciador de los mismos puede establecerse en el grado de incorporación de la perspectiva comunitaria y de las estrategias de promoción y prevención. Solo el esfuerzo de gestión y control de la demanda de asistencia (de 90-110 consultas/día a un promedio de 40 en los centros con

más de dos años de funcionamiento) permite la incorporación de estas tareas. Mientras se alcanza este objetivo, se ha generado cierto nivel de frustración entre los profesionales que, habiendo asumido el modelo de A.P.S., no han podido desarrollar sus contenidos por la importante presión asistencial.

Entendiendo la salud como «*el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad*», se debe destacar que, en los distritos con mayor implantación del modelo, se constata que el abordaje intersectorial de los problemas de salud (imprescindible para la reducción de la desigualdad en salud) es una necesidad real por encima de un supuesto conceptual, ya que evita la duplicidad de recursos y unifica la respuesta que se ofrece. Los determinantes de la salud más importantes están relacionados con las condiciones de vida, los factores medioambientales, estilos de vida y factores biológicos tales como la edad, el sexo y la herencia. La promoción de la modificación de estos factores sociales ha sido siempre y lo sigue siendo en la actualidad uno de los objetivos más importantes de la salud pública. Será muy interesante el seguimiento de las dinámicas generadas desde los distritos ante esta percepción.

3. Ofrecer CUIDADOS CONTINUADOS (en los diferentes niveles) de salud a través de los mecanismos de coordinación necesarios. Las Leyes General de Sanidad y del Servicio Andaluz de Salud prevén en su desarrollo la configuración de las Áreas de Salud, como elementos de gestión unitaria de los recursos y de garantía de la continuidad e integralidad de la atención a los ciudadanos. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

En nuestro entorno, el nivel de asistencia especializada está representado por el hospital, caracterizado por su elevada concentración de recursos de alta tecnología y especialización y por su importante capacidad resolutoria. Este nivel se encuentra fuertemente consolidado, constituyendo el eje de referencia del sistema sanitario desde la década de los 60, tanto para sus gestores como para la población que era remitida

sistemáticamente a este nivel o que accede, por propia decisión, a través de sus puertas de urgencia.

La reforma de Atención Primaria en Andalucía generó estructuras específicas de gestión (D.A.P.), como una estrategia que pretendía garantizar la potenciación, desarrollo y consolidación del modelo de atención primaria. Ahora es necesario dar un paso adelante en la coordinación efectiva de ambos niveles. Es una realidad que los dos niveles poseen estructuras jerárquicas, presupuestos, filosofías y culturas organizativas diferentes. Será imprescindible, por tanto, desarrollar nuevas estrategias de gestión y de presupuestación, de negociación de objetivos estratégicos y asistenciales. Será imprescindible también delimitar nuevas líneas de autoridad, definir nuevos sistemas de información y conseguir una responsabilización compartida de ambos subsistemas, aunque lo que más dificulta establecer una coordinación real es el choque entre las culturas prevalentes en los dos niveles.

Los profesionales de Atención Primaria en Andalucía han asumido y capitalizado las distintas formas en que ésta puede ser interpretada (conjunto de actividades, nivel de cuidados, estrategia de desarrollo y filosofía), claramente definidas por Hannu Vuori en su artículo *¿Qué es la Atención Primaria?* Según él: *“En otros países los médicos del nivel primario, mantienen encuentros con los del superior, pero en España no se da esta colaboración, simplemente se remite al paciente al hospital. Aún son mundos separados”*.

Los profesionales de asistencia especializada, encerrados en sus palacios de cristal y tecnología, y con ciertas dosis de inmovilismo en su posición de poder, no han sabido (tampoco se les ha facilitado) incorporar el potente instrumento que, en términos de misión o finalidades del sistema, aporta la A.P.S. en su vertiente estratégica y filosófica. Nos encontramos con dos subsistemas claramente diferenciados, con idiomas distintos y diferentes conceptualizaciones de la salud y del papel que los servicios sanitarios pueden jugar en ella. Nuestro error puede haber sido no haber hecho partícipes de esta nueva cultura a todos los profesionales, habiendo potenciado su incorporación exclusivamente en los de Asistencia Primaria. Nuestro reto, si pretendemos conseguir una coordinación efectiva de niveles que haga posible una gestión más eficiente de la salud, sería el de permitir facilitar e incentivar la comunicación cruzada entre los mismos para consensuar una distribución de tareas sobre la misión del sistema de salud.

4. Promover la PARTICIPACIÓN CIUDADANA en la gestión de estos servicios.

El Decreto sobre ordenación de los servicios de atención primaria establece los mecanismos para la configuración de las Juntas de Administración del Distrito y de los Consejos de Salud.

La Junta de Administración, presidida por el Director de Distrito, tiene como funciones principales las de ordenar, organizar y determinar las prioridades sanitarias del Distrito, aprobar los planes de salud y programas a desarrollar, elaborar el anteproyecto de presupuestos, resolver las reclamaciones y sugerencias de los usuarios y coordinar la acción comunitaria, fomentando el protagonismo de los usuarios en su salud.

Los Consejos de salud se establecen como órgano de carácter consultivo en la planificación y evaluación de las actividades sanitarias. Tiene como funciones las de fomentar y tutelar los derechos y deberes de los usuarios, el asociacionismo, analizar las sugerencias y reclamaciones de los usuarios, conocer y colaborar en la elaboración de programas específicos de actuación, informar sobre la memoria anual de actividades del distrito y evaluar el grado de cumplimiento de los acuerdos que se adopten.

Se pensó que, creando el mecanismo, esta participación se daría, pero la realidad demuestra que no es así, salvo en experiencias concretas no generalizables. Estas experiencias, relacionadas con la cooperación entre profesionales y algunos líderes comunitarios (no siempre pertenecientes a asociaciones formales), se han dado en marcos de trabajo y de gerencia muy específicos.

La falta de un claro interés por parte de la administración sanitaria, así como la *escasa respuesta dada por la comunidad* convocada a participar (alcaldes, concejales de sanidad, asociaciones vecinales, líderes sociales y sindicales, etc.) se traduce en la no existencia todavía de Juntas de Administración, ni Consejos de Salud de Distrito de los que se puedan extraer experiencias.

En una sociedad, escasamente articulada como la andaluza, en la que la oferta de participación se origina desde los propios servicios, como respuesta coherente, tanto al modelo sanitario elegido como a la ética social y política, generada en la transición democrática y no ante demandas explícitas de la población en busca de participación, parece claro que los mecanismos formales establecidos ni son suficientes ni pueden ser los únicos.

La descentralización en curso aparece como favorecedora de la participación en el ámbito local; las ciencias sociales tendrán que aportarnos nuevos instrumentos y habilidades para conseguirla, los poderes públicos deberían clarificar su voluntad de desarrollarla y los profesionales deben prepararse para favorecerla. Es imprescindible encauzar la participación ciudadana y trabajar con individuos y grupos informales que pueden surgir en un momento dado o que existen y son difíciles de localizar.

Resumiendo: los Centros de Salud están mejorando la calidad asistencial e incorporando paulatinamente la promoción y prevención de la salud, pero la rigidez del sistema separa lo establecido por la normativa específica de los D.A.P. y su posibilidad real de aplicación por lo que necesitamos incorporar nuevos mecanismos de incentivación económica, presupuestación y gestión de recursos, con gestores más cualificados, desarrollar la coordinación entre niveles y favorecer la participación de la población.

IV.- A.P. ANDALUZA: CARTERA DE SERVICIOS Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La *Cartera de Servicios de Atención Primaria* recoge el conjunto de actividades científico-técnicas y administrativas que se realizan en el primer nivel de atención, estableciendo y unificando criterios de puesta en práctica, para que se consiga una producción enmarcada en los objetivos del Servicio Andaluz de Salud. Estos objetivos están recogidos de forma expresa en el Plan Andaluz de Salud, Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, Plan Estratégico, Plan de Calidad y Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria. Expongo a continuación solo un esquema de la Cartera de servicios, como muestra de la oferta sanitaria de la sanidad pública de una comunidad autónoma. Cada uno de los apartados permite enlazar con la página del SAS donde se especifica detalladamente en qué consiste esa oferta.

Área de atención a la persona

Atención Sanitaria en Consulta.

Atención Sanitaria en Urgencias.

Atención relacionada con la salud sexual y etapa reproductiva.

Seguimiento de Embarazo.

Atención a problemas cardiovasculares.

Atención al tabaquismo.

Atención a Personas con Procesos Crónicos.
Abordaje del cáncer.
Atención a personas que requieren cuidados específicos.
Inmunizaciones del adulto.
Consejo dietético.
Cirugía Menor.
Examen de salud de las personas mayores de 65 años.
Atención sanitaria frente a la violencia de género.
Atención a la infancia y a la adolescencia.

Área de atención a la familia

Atención al duelo
Atención a las familias en riesgo
Atención al maltrato de personas ancianas

Área de atención a la comunidad

Educación y promoción de la salud
Atención al riesgo social en salud

Dispositivos de Apoyo

Salud Bucodental

Tratamiento de procesos agudos bucodentales.
Cirugía oral.
Seguimiento de la salud bucodental de las embarazadas.
Actividades de promoción y prevención de la salud bucodental.
Asistencia bucodental para la población de 6 a 15 años.
Asistencia bucodental a personas con discapacidad.

Rehabilitación

Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual

Unidades de Apoyo al Plan Integral al tabaquismo de Andalucía (PITA)

Servicio de Atención Ciudadana

Servicios de Salud Pública

Vigilancia epidemiológica

Seguridad Alimentaria

Salud Ambiental

Control de aguas de consumo

Control de empresas y establecimientos públicos no alimentarios

Control de zonas de baño continentales y marítimas:

Saneamiento ambiental:

Estos son los recursos con que cuenta la Atención Primaria Andaluza en la actualidad:

Recursos de atención primaria (1 de enero de 2012)

Estructura Organizativa	
Distritos de atención primaria	24
Áreas de gestión sanitaria	9
Centros	
Centros de Salud	406
Consultorios locales	696
Consultorios auxiliares	415
Total Centros	1.517
Dispositivos de Apoyo	
Unidades radiológicas	147
Salas de rehabilitación/fisioterapia	202
Unidades móviles de fisioterapia	18
Salas de fisioterapia	202
Gabinetes odontológicos	227
Unidades de ecografía	172

Unidades de retinografía	128
Unidad de exploración mamográfica	Todos los distritos
Dispositivos de cuidados críticos y urgencias	
Unidades de cuidados críticos y urgencias	366
Unidades móviles de cuidados críticos y urgencias	133
Total Dispositivos de cuidados críticos y urgencias	499

V.- CONTRATO PROGRAMA DE UN DISTRITO SANITARIO

A Continuación reflejo los **Objetivos de un Distrito Sanitario concreto**, firmados en su contrato programa, los cuales tendría que cumplir el distrito que yo gestione:

INTRODUCCIÓN: Los principios que inspiran las actuaciones sobre protección de la salud, consagrados en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, han sido plenamente asumidos por la sociedad andaluza a lo largo de estos últimos diez años. La universalidad, la equidad e igualdad en el acceso, o la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios, poseen un valor intrínseco como fundamentos del mandato constitucional, que los ha consolidado socialmente. En este sentido, se han convertido en el referente que debe guiar las actuaciones en materia de salud, de unas actuaciones adaptadas, en cada momento, al nivel de exigencia de una sociedad dinámica y en continua evolución como la andaluza. Exigencias que, por su parte, se traducen en el requerimiento al sistema sanitario público de nuevas cualidades, en la demanda de una mayor eficiencia, de la implementación de medidas innovadoras en la gestión que garanticen la eficacia de las actuaciones en materia de salud, la modernización y renovación tecnológica, la aplicación a la salud de los avances científicos experimentados y, sobre todo, de una atención más personalizada.

El desarrollo alcanzado obliga a toda la Organización sanitaria a ofrecer una respuesta eficaz para garantizar la efectividad de los derechos; para ofrecer los avances

más relevantes que se vayan produciendo en materia de tecnologías e investigación y, de modo particular, prestar especial atención a los grupos de población que más necesitan de la asistencia sanitaria. La respuesta pasa necesariamente por la puesta en práctica de una política de transparencia informativa en la gestión de los recursos, la potenciación de nuevas fórmulas de gestión y organización, y por prestar especial atención a los profesionales como protagonistas y ejecutores de las políticas sanitarias. Todo ello se inserta dentro del marco de actuaciones derivado de las líneas de desarrollo establecidas por la Consejería de Salud para esta VIII Legislatura:

1. Construcción de un sistema de salud más cercano a las personas; con más servicios, derechos y prestaciones; más democrático y participativo.
2. El impulso de la salud pública enfocado a la mejora de salud de la población andaluza.
3. El establecimiento de una alianza con los profesionales del sistema sanitario para que protagonicen las mejoras de los servicios.
4. La potenciación de la investigación biomédica.
5. El reforzamiento de las infraestructuras y los equipamientos sanitarios.

Al Servicio Andaluz de Salud le corresponde un papel preeminente, de liderazgo compartido con los restantes prestadores de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en la consecución de los objetivos que se deriven de estas líneas, como principal organismo responsable de la provisión de los servicios sanitarios públicos.

Con ello, el Servicio Andaluz de Salud cumple con las funciones de gestor del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la **promoción y protección** de la salud, la **prevención** de la enfermedad, la **asistencia** sanitaria y la **rehabilitación**; así como, la gestión y administración de las instituciones, centros y servicios sanitarios propios y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignan para el desarrollo de las funciones que le han sido encomendadas por la ciudadanía y que se explicitan en la Ley de Salud de Andalucía.

El instrumento para hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía lo constituye el **Contrato**

Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud. Dentro de este ámbito, el presente Contrato Programa es el instrumento del cual se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el año 20XX. Su estructura y composición identifican los objetivos priorizados, los plazos para lograrlos y los indicadores a utilizar para su evaluación.

La firma del Contrato Programa supone por lo tanto no sólo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también el compromiso de los centros para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.

La experiencia adquirida en el anterior periodo aconseja mantener la perspectiva **cuatrienal** con el fin de identificar un horizonte a medio plazo, que permita al conjunto de la Organización identificarse con los cambios prefijados que se han de acometer. Por otra parte, su **desarrollo anual** permite una progresión creciente de objetivos fiables y factibles en el tiempo. En definitiva, se trata no sólo de examinar y penetrar en las líneas ya emprendidas, que serán ampliadas y complementadas con otras en el IV Plan Andaluz de Salud y en la nueva estrategia del Plan de Calidad, sino, sobre todo, se trata del abordaje de un profundo cambio organizativo que conducirá hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica, teniendo como eje fundamental los **procesos asistenciales integrados** los cuales deben ser elementos prioritarios en los acuerdos de gestión clínica.

La madurez alcanzada por la organización sanitaria permite incidir de un modo más acusado en los objetivos estratégicos, facilitando la simplificación del Contrato Programa, en el que queda reflejada la relación de objetivos guías que permitirán su monitorización, sin menoscabo de que se les siga dando cumplimiento a aquellos otros objetivos y actividades que se han venido desarrollando con anterioridad.

Es por todo ello por lo que se establecen los objetivos sobre los que se fundamenta el Contrato Programa para 20XX y que, a continuación, se exponen:

1. OBJETIVOS COMUNES:

1.1. Capítulo I.

- Cumplimiento del presupuesto asignado
- Adecuación a la plantilla autorizada.

1.2. Capítulo II.

- Cumplimiento del presupuesto asignado
- Registro de las facturas en FOG, como máximo, 30 días después de la fecha de expedición.

1.3. Gestión Clínica.

- Mantener el nº de profesionales en Unidades de Gestión Clínica.

1.4. Acreditación.

- Porcentaje de profesionales acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 15%.
- Incremento 2 Unidades de Gestión Clínica acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

1.5. Accesibilidad.

- Se garantizará que la diferencia entre el día que solicita asistencia al ciudadano y la cita obtenida no sea superior a **24 horas**.
- Se adecuará la frecuentación media de usuarios en las consultas de los centros de salud y se adecuará el número de derivaciones, a consultas hospitalarias, al estándar fijado para cada especialidad.
- La organización mejorará la accesibilidad del ciudadano al sistema sanitario propiciando la atención compartida de la demanda asistencial por el equipo de salud.

1.6. Farmacia.

- Porcentaje de recetas de medicamentos prescritos por principio activo será como mínimo del 70%.
- La prescripción de medicamentos de primera elección de los grupos terapéuticos antiúlceras pépticas, estatinas, AINES, antidepresivos, opiáceos, medicamentos para la prevención de fracturas y antihistamínicos, etc..., alcanzará como mínimo el 46%.

- El presupuesto en Capítulo IV para la prestación farmacéutica a través de receta (excepto los medicamentos calificados como de diagnóstico hospitalario), no superará para el periodo Noviembre 20XX-Octubre 20XX el importe (a PVP) de 84.279.400 €, no debiendo superar el número de recetas/TAFE en dicho periodo un incremento del 4,5%.

1.7. Usuarios

- Se remitirá un *Plan de Participación Ciudadana* (antes del 30 junio del presente año) del centro con asociaciones de salud, grupos e instituciones del entorno, con especial implicación en las Unidades de Gestión Clínica.
- Se elaborarán y pondrán en marcha un *Plan de Mejora* concreto en aquellas áreas cuyos indicadores y resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción del año anterior sean más bajos.

1.8. Docencia e Investigación

- Se acreditarán el 100% de actividades y programas de formación continuada del personal sanitario.
- Se elaborará y desarrollará un plan de investigación que incluya al menos la detección de necesidades o problemas a abordar a través de la investigación, las estrategias para abordarlas y la evaluación y seguimiento del plan.
- Proponer la acreditación de nuevas plazas de formación postgraduada especializada en las especialidades más deficitarias en la Comunidad Autónoma.

1.9. Imagen y Comunicación.

- El Distrito generará una noticia por quincena con impacto positivo para la organización.
- Se desarrollarán actuaciones encaminadas a mejorar la imagen de al menos, tres áreas determinadas del Distrito.

1.10. Actividad Asistencial.

- Porcentaje de consecución de estándares de la cartera de servicios superior al 80%.

- Adecuación del índice de actividad domiciliaria de médicos, enfermeras, fisioterapeutas y trabajadores sociales.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.1. Salud Pública.

- Procesos en protección de la salud.- Se implantará el proceso de alertas, de autorizaciones y de legionelosis. Previamente se hará el plan de comunicación, de formación y de desarrollo de la arquitectura 4.
- Promoción de la salud.- Forma joven.- El 100% de los Institutos de Enseñanza 2ª del Distrito que soliciten inscribirse en Forma joven y en todo caso el 100% de los ubicados en ZNTS (Zonas con Necesidades de Transformación Social) recibirán asesoría, garantizándose un mínimo de 3 horas semanales de dedicación de los profesionales de salud.
- Priorización de problemas para la intervención en salud pública.-
 - Se establecerá una estrategia de intervención para disminuir la mortalidad en la población.
 - Realizando análisis de las 18 causas más frecuentes de mortalidad, masculinas y femeninas, durante el periodo 1981-2006 incluidas en el Atlas de Mortalidad de Andalucía.
 - Se identificarán al menos las 2 causas que más contribuyan a la mortalidad, adoptando medidas específicas encaminadas a reducir la morbimortalidad para cada causa. Estas medidas deberán ser seleccionadas en función del grado de evidencia disponible sobre su efectividad.
- Planes Integrales.-
 - Se establecerán en cada centro, objetivos incluidos en los Planes Integrales.
 - Uno de ellos a propuesta del centro a definir de entre PIOA, PICA, PISMA, PIDMA, PITA y PIAC.
 - El segundo objetivo asignado es: PISMA: mediante el desarrollo de protocolos conjuntos de derivación e intervención entre el

distrito y el hospital de referencia, se incrementarán las derivaciones por ansiedad, depresión y somatizaciones en un 5% respecto al año anterior.

2.2. Calidad

- Se fomentarán aquellas medidas que minimicen la posibilidad de presencia de infecciones secundarias a la intervención sanitaria, promoviendo el lavado de manos y el uso correcto de guantes.
- Se realizarán actividades dirigidas a personas mayores de 65 años polimedicadas para mejorar los tratamientos, prevenir efectos adversos y conseguir la mejor relación beneficio/riesgo.

2.3. Gestión Crítica: Establecer mecanismos de control para corregir aquellos indicadores en los que el centro se encuentre más desviado.

- **Objetivos COMUNES: valen el 60 %**, Competencia entre centros de Andalucía.
- **Objetivos ESPECÍFICOS: valen 40%**, Competencia entre centros del Distrito.

En el caso de los objetivos de los puntos 1.6 y 2.1 se abre un periodo de 30 días, desde la firma del presente documento, para que la Unidad Directiva firmante, si considera que existe alguna circunstancia no contemplada, aconseje modular alguno de los citados objetivos, pueda hacerlo llegar por escrito y de forma razonada a los SS.CC, a través de la Secretaría General, a efectos de su posible valoración.

Estos objetivos se deben llevar a cabo guiados por las siguientes estrategias:

- Asistencia Sanitaria Asegurando la Continuidad Asistencial
- Promoción Integral De La Salud.
- Superación de la Gestión Por Objetivos asumiendo la Gestión por Valores e implementando progresivamente la Gestión de Competencias.
- Liderazgo Clínico y Profesional
- Gestión y Optimización de Personas y Recursos
- Desarrollo Profesional hasta el máximo nivel (Acreditación/Carrera)
- Producción, Aplicación y Transferencia del Conocimiento
- Participación de los Ciudadanos

- Pactos de Consumo y Alianzas Estratégicas

Cada centro debe firmar un Acuerdo de Gestión con los servicios centrales (SSCC). Los 2 grandes grupos de objetivos (comunes y específicos) se llevarán a cabo con criterios de excelencia que se evaluarán por el distrito con la validación por SSCC, salvo en indicadores de transparencia/especialidad, en los que la evaluación se hará por sociedades científicas. Si la evaluación fuese negativa habrá penalizaciones. La proporción de 80/20 % actual se intentará llevar a 60/40% en cuanto a objetivos comunes/específicos, de manera que los remanentes se repartirán a nivel de Andalucía para objetivos comunes y de centros para objetivos específicos.

VI.- PSEUDOAUTOGESTION

A pesar de los estrechos márgenes, ya que todo viene impuesto desde arriba, hay que insistir en la Gestión por Valores y Competencias de los profesionales en un escenario de Co-responsabilidad (penalizaciones si hay desviaciones en los presupuestos) con una estrategia de Implantación de Equipos de AP Autogestionados en cada una de las Unidades Clínicas del Distrito, de manera que se intente satisfacer las necesidades de los ciudadanos y las expectativas de los profesionales.

En Julio de 2007 (**Decreto 197/2007**), el Consejo de Gobierno andaluz aprobó un decreto que *¿incrementaba?* la participación de los profesionales sanitarios en los servicios de Primaria, dotándoles de mayor autonomía y capacidad de gestión. Establecía que *todos los centros de salud se organizaran bajo la fórmula de “unidades de gestión clínica”*, con soporte jurídico gracias al decreto, convirtiendo así a Andalucía en la primera comunidad en desarrollar esta estrategia.

En el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (SAS) se vienen aplicando fórmulas organizativas innovadoras en los centros de atención primaria, impulsando la agrupación funcional de los profesionales y la integración de sus actividades. En consecuencia, parecía necesario introducir cambios organizativos que posibilitasen la participación profesional en las decisiones de la organización sanitaria, en un escenario de corresponsabilidad que permitiese definir objetivos compartidos, orientados a cumplir los fines del sistema sanitario. La idea principal es dar más autonomía a los profesionales, que podrán diseñar sus estrategias de trabajo con el requisito fundamental de situar al paciente en el centro del sistema.

Con la nueva normativa, pues, se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, se crean las llamadas “Unidades de Gestión Clínica” (UGC).

Las unidades de gestión clínica de atención primaria estarán formadas por profesionales, adscritos funcionalmente a las zonas básicas de salud. Y en ellas se organizan actividades, se proponen y planifican la consecución de objetivos asistenciales, docentes y de investigación, y evalúan sus resultados. Sus fines son el desarrollo de la actividad asistencial, preventiva, de promoción de salud, de cuidados de enfermería y rehabilitación, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos y de buena práctica clínica.

En cada unidad de gestión clínica de atención primaria existirá una dirección que tendrá rango de cargo intermedio y dependerá jerárquica y funcionalmente de la Dirección Gerencia del distrito de atención primaria.

En líneas generales, las unidades clínicas son funcionales, no orgánicas, sin presupuesto independiente y sin personalidad jurídica propia. La mitad de los ocho objetivos prioritarios que tendrá cada una de ellas será impuesta por el SAS, mientras que la otra mitad se hará a propuesta de cada equipo, aunque esto se ha modificado posteriormente, de manera que son más de ocho y *“ante el vicio de proponer la virtud de negar”*.

El decreto estableció que las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria pasasen a depender de los distritos de AP.

La Dirección Gerencia del distrito de atención primaria establecerá **Acuerdos de Gestión** con la dirección de cada una de las unidades de gestión clínica, a propuesta de la Dirección de Salud del distrito de atención primaria. El acuerdo de gestión clínica es el documento en el que se fija el marco de gestión de la unidad de gestión clínica, además de los métodos y recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo, recogerá los objetivos asistenciales, docentes e investigadores, de promoción de salud, prevención de la enfermedad, protección y educación para la salud. Igualmente, establecerá los recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos asignados para el período de vigencia del mismo, y se especificará la metodología de asignación de los incentivos de la unidad de gestión clínica y de los profesionales a ella adscritos, en función del grado de cumplimiento de los objetivos. Su duración será de cuatro años, si bien podrá ser renovado sucesivamente por iguales períodos.

Un aspecto fundamental es que las unidades no tienen independencia económica (no fragmentarán la unidad presupuestaria del centro sanitario al que pertenecen) y tampoco podrán asumir competencias como órganos de contratación. En lo que sí tendrán algo más de autonomía es en la selección de personal estatutario temporal, siempre que éste sea elegido de acuerdo a unos criterios prefijados en la mesa sectorial de Sanidad y con la supervisión de los sindicatos presentes en dicho foro.

Tras analizar los SNSs, la estructura sanitaria andaluza, su cartera de servicios de atención primaria, sus recursos, las directrices estratégicas y los objetivos concretos de un distrito X de Andalucía, así como los Acuerdos de Gestión de cada Distrito con sus UCG, no puedo más que llegar a la conclusión de que la Autogestión que se propone, con unos objetivos estrictos, no negociables, que se transmiten del SAS a los Distritos o Áreas sanitarias, y de estos a las Unidades Clínicas, donde se ven afectados todos los miembros de la unidad (quieran o no participar), sin control sobre los Capítulos I o II del presupuesto,... en realidad no es más que una **PSEUDOAUTOGESTIÓN**, donde ni el Director de Distrito ni sus Unidades Clínicas pueden tomar decisiones reales de gestión, ya que no tienen capacidad de decisión sobre objetivos, ni presupuestos, ni sobre incentivos,... de tal manera que los miembros no motivados, que no se esfuerzan por cumplir con su labor, harán que otros miembros con mejor desempeño se desmotiven, generando un refuerzo negativo en vez del positivo deseable.

***The Capacity Project** (Proyecto de Capacitación), cuya versión actual se llama **Capacity Plus**, es una innovadora iniciativa mundial financiada por la [Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional](#) (USAID); el proyecto trata de fortalecer la capacidad de los recursos humanos para implementar programas de calidad de la salud en diferentes países, pues sin fortalecimiento de los recursos humanos para la atención de la salud, será imposible mantener los beneficios obtenidos en la supervivencia infantil, la planificación familiar y otras áreas al tiempo que responder a las exigencias críticas como la pandemia del VIH / SIDA. En su publicación "Incrementar la motivación de los trabajadores de salud", Marc Luoma, IntraHealth International, Septiembre 2006. establece que para lograr alcanzar un buen desempeño, los trabajadores de salud necesitan expectativas claramente definidas así como destrezas y conocimientos actualizados, equipo y suministros adecuados,*

retroalimentación constructiva y un supervisor comprensivo (Luoma y Crigler, 2002). Pero sobre todo, los trabajadores requieren un **ALTO NIVEL DE MOTIVACIÓN**, con el cual pueden superar obstáculos como condiciones laborales deficientes o equipos inadecuados. Una organización o individuo no puede “oprimir el botón de la motivación”, pero si puede crear las condiciones propicias para que florezca la motivación **INTERNA**, la cual, según la investigación actual se **compone de 3 factores clave** que motivan a un individuo a mantener esfuerzos en el trabajo:

1. Nuestra percepción de la importancia del trabajo: si un trabajador considera que su trabajo es sumamente importante (misioneros, paramédicos, ...) puede superar grandes dificultades incluso con un salario bajo. En el caso de la salud, casi todos los profesionales de la misma, es evidente que consideran que su trabajo es de alto valor.

2. Nuestra percepción de las probabilidades de tener éxito: si nos ofrecen la gerencia de un proyecto que no cuenta con presupuesto, personal ni tiempo de ejecución percibiremos que no vamos a tener éxito por lo que probablemente no lo aceptaremos, o bien una persona que piense que no tiene “talento musical” probablemente desaproveche la oportunidad de aprender a tocar el violín.

3. Nuestra expectativa de una recompensa personal: Es probable que el nivel de motivación se verá afectado cuando los trabajadores piensan que nadie notará su trabajo arduo o cuando ven que otros trabajadores con una productividad baja reciben premios iguales a los que reciben aquellos que trabajan más. (Vroom, 1964; Lawler, 1990, 1971). Si por ej. se pide a un grupo de enfermeras que además de sus trabajos rutinarios, realicen alguna prueba extra o consejos a pacientes, su percepción de la importancia de la tarea es alta y la de sus posibilidades de éxito también (una vez que se les adiestre para ello) pero si no perciben un aumento salarial ni beneficios adicionales y tampoco se les reconoce por el trabajo adicional que realizan, su recompensa simplemente es más trabajo y más horas extras.

Estos 3 factores interactúan entre sí, de manera que un valor muy alto en uno de los 3 puede compensar infravalores de otro, aunque si uno de ellos falta por completo, usualmente los empleados no estarán motivados.

Para incrementar la importancia percibida de la tarea: Podemos comunicar como los clientes, la comunidad o la sociedad en general se beneficiarán y que se salvarán más de 100 vidas en el próximo año.

Para mejorar la percepción de probabilidades de éxito: Podemos señalar por ej las ocasiones cuando han tenido éxito (ellas u otras compañeras) al realizar tareas similares o simplemente refrescar su formación.

Para incrementar la expectativa de una recompensa: Es la más fácil de influenciar con sistemas de incentivos tangibles (dinero, premios, tiempo libre, capacitación adicional...) o intangibles (reconocimiento, elogios de supervisores, colegas y clientes). Los incentivos, para que sean eficaces han de ser públicos, transparentes y justos (sin favoritismos). En sanidad el problema está en que medir y como medirlos: nº de horas trabajadas, número de pacientes atendidos por unidad de tiempo, difusión de los datos sobre el desempeño... Además los incentivos han de estimular el trabajo del equipo o el individual según lo que se necesite potenciar.

VII.- AUTOGESTIÓN

Se trata de enfocar y ofertar a los Servicios Centrales, un proyecto de gestión, como un **proyecto piloto**, con un concepto de Autogestión, trabajando por objetivos, diferente al del SAS, ya probado en centros de atención primaria de otras comunidades (Cataluña, Valencia o País Vasco). **Trabajar por objetivos** implica establecer una Hoja de Ruta correcta, disponer de los recursos adecuados y de herramientas de monitor para chequear que todo está correcto.

No obstante al inicio seguiremos los objetivos que marquen los planes estratégicos del SAS, pero conforme se avance en resultados, en posteriores anualidades se intentará negociar que los objetivos sean más racionales.

Los objetivos deben ser: claros y específicos, alcanzables, medibles, flexibles, realistas (factibles), coherentes (no contradecirse), motivadores (elaborarse con la participación del personal), evaluados (dejando claro como se compensarán económicamente).

Al establecer los objetivos tendremos en cuenta: una Escala de prioridades (ubicar los objetivos en orden de cumplimiento según su importancia o urgencia), Identificar estándares de medida (para determinar si los objetivos se han cumplido), Evaluar los resultados (para sacar conclusiones y modificar lo que esté mal).

La Autonomía de Gestión se podría definir como un pacto establecido entre los profesionales y su empresa, con la finalidad de que éstos, de forma alineada con el plan estratégico y los objetivos de la organización, tengan mayor capacidad de decisión, aún asumiendo mayor riesgo y responsabilidad, con la finalidad de obtener mejores

resultados en su práctica profesional y aumentar su compromiso, corresponsabilización y satisfacción, conllevando todo ello una mayor satisfacción de los usuarios. **Trabajar por objetivos** implica establecer una Hoja de Ruta correcta, disponer de los recursos adecuados y de herramientas de monitor para chequear que todo está correcto.

Las **Bases de la Autogestión Profesional** se resumen en los siguientes puntos:

- **a) Desarrollar un nuevo concepto de profesionalismo:** permitir que sea el propio profesional quien tome las decisiones relacionadas con la gestión de sus funciones según las particularidades asistenciales individuales (tiempo por visita, organización de su agenda, control de la demora asistencial, etc.), aspecto diferencial del modelo organizativo tradicional en el que la organización asistencial es uniforme para todos los profesionales del equipo.
- **b) Retornar a los profesionales sanitarios la «propiedad» del servicio prestado** y la capacidad de organizarlo, haciendo que estos perciban el trabajo como propio, valorándolo más, disfrutando más de éste y con la recompensa de mejores resultados asistenciales y de gestión.
- **c) Mejorar la relación profesional sanitario-paciente:** la gestión autónoma permite al profesional dedicar menos tiempo a tareas puramente burocráticas, centrando más su trabajo en la atención al usuario, aspecto que facilita la comunicación y relación bidireccional.
- **d) Ofrecer una atención más personalizada:** la capacidad del profesional de decidir cómo enfocar su trabajo según sus propias características asistenciales facilita una atención más fluida y personalizada con el usuario.
- **e) Incrementar la eficiencia del servicio prestado:** la autogestión profesional mejora la eficiencia respecto a la resolución de aspectos asistenciales y el consumo de recursos sanitarios.
- **f) Mejorar la satisfacción de los profesionales y usuarios:** permitir al profesional la organización de la cobertura asistencial incrementa su satisfacción, motivación, compromiso y consecuentemente mejora la accesibilidad y la calidad de la atención percibida por el usuario.
- **g) Potenciar y facilitar la capacidad de innovación y el desarrollo de la excelencia:** la participación en un nuevo proyecto permite a los profesionales

que participan innovar, saliendo de su rutina habitual, y desarrollando un grado superior de excelencia laboral.

- **h) Potenciar el trabajo en equipo y el abordaje multidisciplinario** de los problemas de salud y sociales de los usuarios gracias a la participación, implicación y facilitación de la comunicación de todos los colectivos que conforman el grupo (personal médico, de enfermería y administrativo).
- **i) Potenciación de los roles profesionales** atribuyendo nuevas tareas y objetivos a los colectivos del grupo.
- **j) Mejorar los resultados de salud de la población atendida:** la implementación de un nuevo modelo organizativo en AP debe tener en cuenta desde su inicio que no es aplicable si no aporta mejoras en la salud de la población que atiende, elemento fundamental de toda organización sanitaria.

En España, la norma suele ser que la administración financie y provea servicios sanitarios. Es también frecuente que el personal que trabaja en el Sistema Nacional de Salud (SNS) lo haga en régimen estatutario, por lo general fijo, que desempeña sus servicios con carácter permanente, tras la superación de un proceso selectivo y su nombramiento correspondiente. Sin embargo el trabajo por cuenta propia es lo predominante en el resto de países de Europa. Por poner un ejemplo, en el Reino Unido, los médicos generales son profesionales independientes a los que la administración contrata sus servicios.

En nuestro país hay tímidas iniciativas de trabajo por cuenta propia de los profesionales para la administración sanitaria, localizadas en la atención primaria de Cataluña, donde diversos profesionales renuncian a su plaza en propiedad para establecerse asociados con otros profesionales, asumiendo riesgo económico y jurídico en sus decisiones, la llamada autogestión. En ningún momento ha supuesto la privatización de la sanidad, aunque sí de la gestión del servicio, pero éste sigue siendo público.

Incluso **la Unión Europea recomienda desarrollar autogestión y pequeña empresa en la atención primaria**. Desterrando apriorismos: ni la gestión pública es garantía 100% de uso adecuado ni la gestión privada con/sin ánimo de lucro es malévola. Pero a igualdad de resultados en salud, ¿por qué no elegir aquellas fórmulas que son más eficientes, otorgan mayor libertad y generan mayor satisfacción a profesionales y usuarios? La diversificación de la gestión de atención primaria ha sido evaluada en

varias ocasiones, primero por la Fundación Abedis Donabedian (FAD) y el Defensor del Pueblo en los años 2001 y 2002, y posteriormente en el 2005 por el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y el Instituto de Estudios de la Salud (IES) que permiten concluir que los resultados son similares para los diferentes proveedores. Por lo tanto, si este modelo específico de responsabilidad económica y jurídica además permite la rápida adaptación a cambios, donde casi no existen listas de espera en la realización de cualquier prueba complementaria al poder elegir el lugar donde se pueden remitir a los pacientes y no estar cautivos de un hospital y su lista de espera, si permite dar una cartera de servicios ampliada: odontología completa, podología, etc. sin tener que recurrir a otros proveedores, y todo esto con gran satisfacción de los pacientes y los profesionales.

Por otra parte, los resultados anuales del ranking de mejores prácticas de los equipos de atención primaria (EAP) de la Región Sanitaria de Barcelona, sitúan a estos proveedores (autogestión) entre los 10 primeros puestos a imitar en cuanto a accesibilidad y satisfacción, efectividad e integralidad, capacidad resolutoria y eficiencia, por lo que el debate, según se destaca en el Informe SESPAS 2012, no debería aplazarse más.

El Informe SESPAS 2012, una fotografía reflexiva sobre la situación de la atención primaria en nuestro país, elaborado por 68 expertos de la Sociedad española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), que se ha presentado el pasado martes 20 de Marzo de 2012 en Madrid, aborda esta cuestión en el capítulo “¿Autogestión o autonomía de gestión?”, elaborado por Albert Ledesma Castelltort, del Equipo de Asistencia Primaria Vic S.L.P., de Barcelona:

La atención primaria pública en la mayoría de los países de Europa otorga una amplia autonomía a sus profesionales, con implicación jurídica y económica en la provisión de los servicios. De hecho, la **mayor parte de los médicos de familia en el mundo son profesionales independientes** que prestan servicios al sistema público a título individual. Algunos países, entre ellos España, optan por mantenerlos como asalariados, la mayoría contratados por empresas públicas y con mecanismos de gestión pública. Y también algunos países, como Reino Unido y España, han optado por el trabajo en equipo, aunque son minoría. En atención primaria pública existe una relación positiva entre la capacidad para gestionar los recursos por parte de los profesionales y la

eficiencia, la satisfacción del profesional y la del ciudadano. En España se achaca a la gestión por entidades privadas de profesionales, su ánimo de lucro, mientras que en la mayoría de los países de nuestro entorno esta situación es socialmente aceptada y deseada por los profesionales. La Comisión Europea recomienda, en un documento de trabajo, promover el desarrollo de la autogestión y la pequeña empresa en atención primaria como un aspecto clave en la política de recursos humanos.

Modelos contractuales existentes en la atención primaria europea son:*Relación individual del médico con la administración sanitaria:*

- 1) Relación contractual con el sistema sanitario con diversas formas de pago (Reino Unido, Canadá, Portugal).
- 2) Relación mercantil y pago por acto (Francia, Italia, Reino Unido).

Relación contractual con la entidad de provisión:

- 1) Relación laboral con una entidad pública, privada o mixta.
 - a) Funcionario/estatutario contratado por el estado (España, Países Nórdicos, Portugal).
 - b) Relación laboral con un proveedor privado (Modelo Alzira, Consorcios en Cataluña, entidades de base asociativa [EBA]).

Propietario y profesional de una entidad profesional:

- 1) Relación laboral (EBA en Cataluña, Reino Unido).
- 2) Relación mercantil (EBA, Reino Unido).

Fórmulas Jurídicas de Gestión de SSP utilizadas en España:*1) Gestión directa del servicio por la administración pública:*

- Sin personalidad jurídica
- Organismo Autónomo Administrativo (Servicio Andaluz de la Salud)
- Ente Público (Osakidetza, País Vasco)
- Consorcio (diferentes entidades sanitarias en Cataluña)
- Fundación (Fundación Hospital de Alcorcón, Comunidad de Madrid)
- Sociedad Mercantil Pública (Hospital Sant Jaume de Calella, Cataluña)
- Organismo autónomo (Agencia Española del Medicamento)
- Entidad pública empresarial

2) Gestión indirecta del servicio por entidades privadas, con o sin afán de lucro:

- Formas de contratación por parte de la administración pública: Convenio, Concierto, Concesión, Arrendamiento
- Fórmulas jurídicas empleadas por las entidades contratadas: Sociedad cooperativa profesional, Sociedad cooperativa laboral profesional, Sociedad mercantil privada, profesional o no, Fundación privada.

3) Sistema de incentivación económica en las entidades de base asociativa:

- Como socio y propietario de la entidad: Valor de las participaciones y Reparto de beneficios.
- Como profesional: Salario básico del sistema público de salud garantizado; Incentivos variables (entre un 10% y un 30% del total del sueldo) para todas las categorías profesionales en función de su aportación a la entidad, de los resultados económicos anuales y de la política retributiva de cada entidad.
- Ingresos por otras actividades profesionales (ensayos clínicos, prestaciones a terceros).
- Posibilidad de ser socio y propietario.

La mayoría de Comunidades Autónomas buscan descentralizar los Equipos de Atención Primaria y dotarlos de Autogestión pero manteniendo a sus profesionales como asalariados con un “**Contrato de Gestión**” que fija objetivos a la unidad a cambio de incentivos, pero el recorrido de mejora de la autonomía de gestión parece agotado debido a los siguientes argumentos:

- Continuar trabajando con asalariados en el marco de la gestión pública.
- No poder elegir a los recursos humanos, que han de pertenecer obligatoriamente a las unidades.
- No poder desarrollar sistemas de retribución e incentivos personalizados para cada equipo, lo que evita la competencia y disminuye la satisfacción personal.

La Experiencias en la Comunidades Autónomas de España son las siguientes:

El «**Modelo Alzira**» desarrollado en diversas comarcas de la Comunidad Valenciana, privatiza la provisión mediante empresas mixtas formadas por entidades mutuales, empresas constructoras y una caja de ahorros, respetando los derechos adquiridos del personal y promoviendo su integración voluntaria a la empresa proveedora, el nuevo personal se contrata laboralmente y se utilizan sistemas de gestión privada.

En Cataluña encontramos la gestión de zonas básicas de salud por empresas del ámbito hospitalario o del poder local, los llamados «**Consortios Sanitarios**». En este caso son

empresas privadas sin ánimo de lucro que gestionan equipos de atención primaria mediante mecanismos privados de gestión. Cada entidad otorga la capacidad de gestión al profesional que considera oportuno y los profesionales siguen siendo asalariados.

Ambos modelos de integración horizontal se han gestado a partir del hospital existente en la zona y se han desarrollado pivotando en él. La atención primaria que existía no ha tenido ningún papel, y menos los médicos de familia.

Las unidades clínicas del **País Vasco** se crean por decreto y sin modificar la relación contractual de los profesionales, ni otorgarles personalidad jurídica propia. Se traspasan algunas competencias de gestión a los profesionales y adquieren cierto riesgo económico en función de los resultados.

Las demás **Unidades de Gestión Clínica** creadas en otras comunidades como Andalucía y Asturias se crean por decreto que transforma a todos los equipos y sus miembros en UGC, tienen carácter funcional, no disponen de un presupuesto independiente ni tienen personalidad jurídica.

En Cataluña existen **10 Equipos Básicos Autogestionados (EBA)** con 15 años de experiencia que han asumido con éxito empresarial en todos los casos la gestión de los servicios contratados. En ningún caso el financiador ha intervenido para socorrer a estas entidades, los resultados económicos son satisfactorios y en términos de resultados de salud comparables a los demás. Las evaluaciones externas realizadas constatan una mayor satisfacción entre los profesionales de estas entidades y también entre los ciudadanos atendidos. Las ventajas para el profesional que asume riesgo y renuncia a determinadas ventajas laborales del sistema público se centran en una mejor perspectiva profesional, mayor autonomía en el puesto de trabajo, mejor remuneración económica proporcional al esfuerzo realizado y ser propietario de una parte de la entidad. La evaluación de modelos de gestión en Cataluña realizada por la Fundación Avenir Donabedian a instancias del Departamento de Salud estima que el coste de la Atención Primaria de las 10 EBA en 2009 fue de 329€/habitante/año y el del resto de la AP catalana en 2008 fue de 459€/habitante/año, unos 130€ más, por lo que si inferimos estos datos a los 7 millones de catalanes, el ahorro potencial hubiese sido de 917 millones de €. Datos más recientes de seguimiento y evaluación de unos 130 equipos de atención primaria de la región sanitaria de Barcelona en cuatro dimensiones (accesibilidad y satisfacción, efectividad e integralidad, capacidad resolutoria y

eficiencia) y 23 indicadores colocan entre los 10 primeros equipos a imitar a cinco EBA, todas las de Barcelona.

Las Conclusiones y Recomendaciones respecto a lo expuesto en el informe SESPAS son que la AP en España debería promover una relación profesional que transfiera riesgo jurídico y económico a los médicos de familia, para así mejorar la calidad y disminuir el coste en la provisión de servicios sanitarios.

Según la **SEDAP** (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria) la Autogestión tiene **Ventajas**:

- Refuerzo del liderazgo en el EAP
- Implicación y motivación de los profesionales
- Mejora del clima laboral y del trabajo en equipo
- Planes de mejora espontáneos
- Mayor satisfacción de los profesionales al dotarles de mayor capacidad de decisión.

Pero también tiene **Inconvenientes**:

- Dificultad de descentralización presupuestaria
- Sistemas de Información
- Evaluación de resultados, lo que implica mayor esfuerzo
- Riesgo de actitudes economicistas
- Rechazo del modelo por parte de los representantes sindicales
- Necesidad de dotar a los equipos de una estructura y cultura de gestión.

Trataría por tanto, de organizar un Distrito Sanitario, conservando y amplificando las ventajas de la Autogestión y eliminando o minimizando sus inconvenientes, que facilite la continuidad asistencial y que se pueda insertar dentro de un sistema de Gestión Integrada.

*Un Distrito en el que **cada** uno de los Equipos de Atención Primaria (**EAP**) **se convierta en** Unidad Clínica Autogestionada (**UCA**), con la mayor autonomía posible, en base a unos **objetivos consensuados** (dentro de los márgenes que permita el contrato programa del distrito) por todos y cada uno de los profesionales del equipo. Con **participación voluntaria**, de tal forma, que cualquier profesional que no esté de acuerdo en colaborar codo con codo con sus compañeros, pueda decidir quedarse al*

margen de la unidad, bien al inicio del contrato anual o en cualquier punto temporal del mismo. Incluso que el pleno de la UCA pueda **expulsar miembros** que demuestren no tener interés en cumplir con los objetivos pactados, tras deliberaciones en su seno y escuchar el punto de vista del profesional en cuestión.

De esta forma, cada UCA funcionará de manera más dinámica y flexible y se generará un feedback positivo que ayudará a mejorar nuestras relaciones, aumentará la confianza de los compañeros, favorecerá circuitos de retroalimentación en los que la motivación de cada profesional potenciará la de los demás compañeros con los que se interrelaciona y esto hará, que a medio y largo plazo, los profesionales que quedasen fuera de la UCA pedirían voluntariamente participar de ella cuando vayan viendo que el espíritu de equipo consigue desarrollar el trabajo de manera mucho más eficiente.

La única forma de conseguir que cada uno de los miembros de la unidad ponga su máximo interés en conseguir los objetivos firmados, trabajando con eficacia y eficiencia en la atención a los ciudadanos, es que pertenezcan a ella solo los que quieran estar, que a todos los que quieran pertenecer a la misma se les de la oportunidad de hacerlo, pero que la propia unidad pueda rechazar a uno de sus miembros si pasado un periodo prudencial y evaluado de la manera más objetiva posible, se demuestra claramente su falta de interés en colaborar con los intereses generales.

De esta manera además **se aleja la gestión del tradicional esquema jerarquizado** donde el jefe dicta las órdenes y los profesionales las cumplen, y el responsable de la unidad es simplemente el que está en contacto con todos sus miembros recogiendo voluntades, dificultades, necesidades,... y hace de **punto** entre los profesionales y la dirección del distrito, pero **no impone criterios**, sino que las directrices a seguir son fruto de la suma de las aportaciones de todos y cada uno de sus miembros.

El objetivo de este sistema, a medio y largo plazo, es implicar a todo el personal de Atención Primaria -la puerta de acceso al sistema sanitario- en la persecución de resultados, los cuales, no se refieren tanto a beneficios económicos, sino que se encaminan sobre todo a lograr, mediante programas de prevención y actitud proactiva, que los médicos de Familia resuelvan los problemas de sus pacientes y eviten visitas y esperas innecesarias en Urgencias o en las consultas de especialistas.

El objetivo de la autogestión es controlar la demanda, adelantarnos a los problemas que puedan desarrollar los pacientes y mejorar su salud. Por eso se otorga una importancia

capital a la prevención, a programas que ya existían pero que ahora se activan ante el primer indicio de hipertensión, diabetes, riesgo cardiovascular...

El éxito que se vislumbra en la autogestión se basa en que el médico pasa de una actitud pasiva -de esperar a que el paciente enferme y acuda a la consulta o a Urgencias- a **trabajar de forma proactiva**, adelantándose a los problemas que se le puedan presentar y que sean susceptibles de evitarse. El resultado es que el paciente acude más al centro de salud y menos al Hospital. Hay que desterrar la idea de que el médico de cabecera es un despachador hacia especialistas y de que los buenos profesionales están en el Hospital, ya que el médico de Familia es en realidad de los más completos, una de las especialidades más complejas y, si sabe resolver la diabetes, quizá ese paciente no tenga que ir al endocrino nunca. Además, así evitan esperas inútiles, colas o derroches de recursos. Problemáticas que, al final, van en contra del paciente, que va "rebotando" de un médico a otro.

Para implicar al personal hay que emplear un **sistema de incentivos económicos acorde con sus logros** y se le hace participar en **decisiones** como la compra de material fungible, contrataciones de personal, gasto farmacéutico, pagos de salario... Los propios trabajadores, pueden gestionar la contratación de nuevos profesionales de plantilla o sustitutos, ya que estarán implicados en contacto directo con las necesidades del centro. Así valorarán si merece la pena sacrificar una parte del presupuesto (que se les asigna mensualmente de acuerdo a los gastos registrados en el año anterior y teniendo en cuenta incluso épocas de vacaciones en las que la población aumenta), o si por el contrario prefieren intensificar su ritmo de trabajo.

La autogestión debe ligarse al concepto de **retribución variable**, que motiva a los profesionales a gestionar con eficiencia, lo que no significa que se escatime, ya que de ser así, el paciente no tratado derivaría tiempo después y con una patología agravada al hospital, donde se penalizaría al centro de salud por esa asistencia, ya que donde realmente se hace eficaz la gestión, es evitando gastos innecesarios y beneficiando directamente a la población al evitar la enfermedad, que es la base del sistema.

El desarrollo de este sistema requiere también de un programa informático integrado, con una **Historia Clínica Compartida para primaria y hospital**, o bien, mientras se crea, que los médicos y enfermeros de primaria tengan claves para **acceso a las historias de hospital de sus pacientes**, de tal manera que estén informados cuando un

paciente de su cupo acude al hospital, con el fin de hacerle un seguimiento y visitarlo en cuanto vuelva a su domicilio.

La Autogestión debe incidir especialmente, además de en la gestión de la demanda, en el incremento de la consulta telefónica y del uso de nuevas tecnologías (TICs) en la relación con el usuario (e-mail, SMS, Whats App), la desburocratización de la consulta en colaboración con los administrativos, la mejora de la prescripción farmacéutica, la disminución de los productos intermedios, la participación en investigación y formación, la integración de los residentes en el sistema de trabajo y la autocobertura de las ausencias de los profesionales.

Este sistema de autogestión se ha **probado ya**, con excelentes resultados, en varios departamentos o áreas sanitarias como el Departamento de Salud de Torreveja (Alicante), el Centro de Atención Primaria de Les Corts (Barcelona), Comarca Araba (Álava), etc. En todos estos centros se han llevado a cabo pilotajes de autogestión, en los que se han gestionado los capítulos I y II del presupuesto, que han dado como resultado un elevado cumplimiento de los objetivos, disminuyendo el presupuesto anual, incrementando la motivación de los profesionales (significativa disminución de absentismo por ILT) y la productividad.

La participación de los profesionales en la gestión de la sanidad es el factor más importante para el éxito de estos proyectos, los cuales demuestran además que la atención primaria y los centros de salud en nuestro sistema sanitario pueden, al igual que en otros países como el Reino Unido, hacer una **gestión eficaz de los recursos a pesar de la no pertenencia patrimonial** de estos centros a los profesionales que en ellos trabajan, y del carácter funcional de la relación entre los trabajadores sanitarios y la Administración. Los que se oponen a que los centros de atención primaria tengan entidad propia y se conviertan en empresas autogestionadas, argumentan que la experiencia británica no es exportable a nuestro medio ya que los profesionales sanitarios en el Reino Unido han mantenido siempre su carácter independiente como profesionales liberales, contratando con la Administración para cubrir unos servicios sanitarios de atención primaria, mientras que los profesionales de la salud en nuestro sistema sanitario son trabajadores por cuenta del Estado y en la mayoría de los casos trabajan en exclusiva para éste.

Con la evaluación de estos proyectos se ha comprobado que la delegación de responsabilidades de gestión para la utilización de los recursos en los EAP tiene

resultados positivos en varios aspectos del trabajo en los centros de salud, y que esta responsabilidad puede incluir la compra de servicios especializados (p. ej., laboratorio y radiología) como un elemento más del presupuesto asignado.

En estos tiempos de crisis, se hace imprescindible el **control y racionalización del gasto asociados** a la vez a la mejora de **la eficiencia** del sistema (mejores resultados con menos presupuesto), para lo cual, los objetivos críticos a controlar deben entenderse en **Formato PDF** = **Prescripciones, Derivaciones y Frecuentación**

PDF: En estos proyectos se ha demostrado en las evaluaciones realizadas que ha bajado el gasto en farmacia (**Prescripciones**), también se han disminuido las **Derivaciones**, al estar los sanitarios de AP más implicados en la atención preventiva a sus pacientes, evitando así que enfermen y necesiten acudir a hospital, lo cual disminuirá también el gasto en pruebas complementarias. Además se ha comprobado que este sistema disminuye la **Frecuentación**, por lo que al disminuir el número de visitas anuales desciende la demora de las consultas de Atención Primaria y aumenta el tiempo disponible de visita en incluso los propios profesionales se plantean la posibilidad de asumir cupos mayores.

Habitualmente el **área asistencial** y el **área administrativa** aparecen como jerarquías **separadas** y es importante que **el profesional entienda que cuando hace una prescripción diagnóstica o terapéutica está decidiendo cómo administrar los recursos** (camas, horas de enfermería, medicamentos, equipos, etc.) y que el gerente entienda que cuando facilita o niega recursos para realizar las prestaciones, interviene en la calidad de la atención. Por ello lo que **un médico debe saber de economía** es:

1. Que la **eficiencia** es virtud, y se llega a ella con efectividad. La **Eficiencia clínica** es maximizar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costos sociales posibles y se consigue aumentando la **efectividad clínica**.
2. Que la ética médica exige considerar el **costo de oportunidad** en las decisiones de diag y tto. Son los **beneficios en la salud** (paliación de síntomas, recuperación funcional, mayor esperanza de vida) **que podrían haberse conseguido** si ese dinero se hubiera utilizado en la mejor alternativa.
3. Que las **utilidades** relevantes son las del paciente. Las actuaciones sanitarias intentan aumentar la calidad de vida (además de la cantidad), pero la calidad es subjetiva, por lo que la opinión del paciente es fundamental para elegir la opción más efectiva.

Con estas directrices se puede contratar con un Servicio Autónomo de Salud (por ej el Andaluz) el ofertar su Cartera de Servicios y desarrollar su Contrato Programa SAS-Distritos Sanitarios, garantizando resultados pero a través de una verdadera Autogestión y evaluando al final de un periodo determinado, por ej anual, los resultados obtenidos y comparándolos con los de otros Distritos gestionados siguiendo las estrictas pautas contempladas en el contrato programa.

Para facilitar la consecución de cada uno de los objetivos, además de todas la directrices ya comentadas en esta sección de autogestión, debemos comenzar porque **los objetivos se consensuen, firmen y difundan entre los profesionales antes del inicio del periodo anual**, y no como suele hacerse actualmente que en muchas UGC de Atención Primaria del SAS se informa a los profesionales de los objetivos en febrero, marzo o más adelante. Además se debe sistematizar la **entrega de información** a los profesionales de su consecución de objetivos de manera periódica, al menos **mensual** y en la unidad de medida más fácilmente **comprensible**, para que cada uno vea su evolución y pueda tomar medidas de corrección con tiempo suficiente para mejorar los resultados anuales.

Al inicio del contrato habrá que trabajar sobre los objetivos que demande la Junta de Andalucía – SAS, aunque sobre la marcha se irán negociando modificaciones, tanto en los objetivos concretos, como en su evaluación o incentivación, de forma que conforme se vean los resultados, nos permitan optimizarlos en cada prorroga anual.

Poco a poco se tiene que ir introduciendo en la gestión y evaluación **La Economía de la Salud** (ciencia que estudia la forma en cómo **satisfacer las necesidades** sanitarias, mediante la **acertada asignación** de recursos) y sus herramientas como los **Análisis Coste-Beneficio** que cuantifican los costes de la intervención sanitaria en unidades monetarias (cuánto cuesta un año de vida ganado, o una vida salvada), **Los Análisis costo-efectividad** que miden los resultados en unidades no monetarias (comparando alternativas para una misma enfermedad, por ej la disminución de la presión arterial) o **Los Análisis Costo-utilidad**, subtipo del anterior que valora el efecto en unidades de utilidad como **AVACs** (años de vida ganados ajustados con calidad) por lo que permite comparar alternativas de intervención para varias enfermedades. Usa unidades de medida de calidad de vida relacionada con la salud (**CVRS**) que tienen amplias aplicaciones, y cada vez serán mayores porque el perfil de las enfermedades de la

población de diferentes países tiende a tener un **patrón dominante de enfermedades crónicas**.

ACUERDO DE GESTION UCA de URGENCIAS:

Veamos por tanto como se trasladan los objetivos del contrato programa de este Distrito Sanitario al Acuerdo de gestión con una de sus Unidades de Gestión Clínica, por ej de Urgencias, con la que se acuerdan los siguientes objetivos:

Objetivos Vinculados a Incentivos:

1.- OBJETIVOS COMUNES:

Estos objetivos son un ejemplo de objetivos de una UGC de Urgencias del SAS, los cuales habría que adaptar para llevar a cabo una verdadera Autogestión.

Como hemos visto, una norma prioritaria es que *el responsable es el moderador* y el que se comunica con el distrito, pero no da órdenes ni acuerda objetivos, sino que estos se consensuan entre todos los profesionales de la unidad.

1.1.- Capítulo I: en este capítulo, los objetivos comunes 1 y 2 se darían por conseguidos con una reducción, aunque sea mínima, de presupuesto asignado, sin descubiertos en el servicio, pero siempre que el *50% de la reducción se reparta entre los profesionales*, en proporción a su salario anual. Con esta condición todos los profesionales intentarán que el servicio esté perfectamente cubierto sin tener que contratar personal externo al mismo, incluso aunque tengan que ampliar horario o rotar a la hora de elegir días libres o vacaciones. Pero lo mínimo que se le puede ofrecer a un equipo, es que si baja el presupuesto de personal, los profesionales se beneficien. La función de valor del objetivo común 2 no puede ser más que el 0%, ya que es evidente que en urgencias no puede haber ningún descubierto.

1.2.- Capítulo II: los bienes corrientes y los servicios (almacén, laboratorio, radiología y mantenimiento) que se contraten se gestionarán por el distrito, ya que al comprar o contratar más volumen de material o servicios, se podrán conseguir mejores precios. No obstante, a cada unidad se le computarán sus gastos de manera que, siempre que se

oferte lo que la cartera de servicios del SAS exija, un porcentaje (al menos el 25%) del ahorro se reparta, igualmente al ahorro del capítulo I, entre los profesionales.

DIMENSIONES	Nº	OBJETIVOS COMUNES	FUNCIÓN DE VALOR	PONDERACIÓN
1.1 Capítulo I	1	Cumplimiento del Objetivo marcado en el Presupuesto Operativo de la Unidad en Capítulo I (media con presupuesto del C. Salud)	Optimo <=95% Mínimo 100%,	5%
	2	% incidencias DCCU descubiertas en el servicio	Optimo= 0% Mínimo ≤1%o	3%
1.2 Capítulo II	3	Cumplimiento del Objetivo marcado en el Presupuesto Operativo de la Unidad Capítulo II. Media con presupuesto del C. Salud).	Optimo <=95% Mínimo 100% **	5%
1.3 Gestión clínica	4	Cada UGC presentará, en los 3 1 ^{os} meses de 2010, Acuerdo de colaboración con otra UGC del Distrito, con la que comparta población de cobertura, pactando objetivos q beneficien ambas.	Aceptados los objetivos, los responsables de las UGCs medirán resultados al menos 2 veces al año, para mejorar.	2%
1.4 Acreditación	5	Acreditación de profesionales por ACSA: La UGC acredita al menos al 5 % de profesionales acreditables (nuevos + los que iniciaron la acreditación en el año anterior, deben concluirlos).	Optimo >15% Mínimo =5%,	2%
	6	Codificación diagnóstica CIE-9 en avisos: N° diag codificados * 100 / N° de avisos realizados.	Optimo ≥90% Mínimo > 75%	3%
1.5 Accesibilidad	7	Tiempo de respuesta en P1: Tiempo (min) entre asignación y estatus llegada en P1/n° P1 atendidas	Optimo <10 min Mínimo <15 min	3%
	8	N° status enviado: N° status enviados CCUE * 100 / N° status totales (5 si traslado-3 si no trasl)	Opimo ≥90% Mínimo ≥75%	3%
	9	Capacidad resolución DCCU: N° pacientes derivados a Hospital*100 / N° pacientes atendidos	Optimo ≤15% Mínimo ≤30%	3%
	10	Triage en Urgencias: instauración y continuidad.	Optimo:12h Mínimo: mañanas	5%
1.6 Farmacia	11	Prescripción por principio activo y productos sanitarios sin marca: % de prescripción por principio activo en informes de alta o receta	Optimo ≥80% Mínimo ≥70%	5%
	12	Porcentaje de antimicrobianos de 1° nivel: N° de prescripciones de antimicrobianos de 1° nivel * 100 / N° antimicrobianos prescritos.	Optimo ≥80% Mínimo ≥60%	5%
1.7 Usuarios	13	Plan de participación ciudadana: cursos de RCP-Básica en Instituciones de la ZBS.	Optimo ≥3 Mínimo ≥1	2%
1.8 Docencia e Investigación	14	Formación profesionales: N° profesionales con una o más actividades de formación de urgencias al año * 100 / N° total de profesionales.	Optimo ≥85% Mínimo ≥70%	2%
	15	Investigación: N° comunicaciones presentadas a congresos (mínimo 1 / 5 profesionales adscritos).	Optimo ≥ 5 Mínimo ≥ 1	2%
1.9 Imagen y Comunicación	16	Análisis Reclams/semestre + propuestas mejora. ↓ n° respecto a 2009 + Análisis + Propuestas (10)	Análisis + propuesta (5) Análisis (2) Ninguno (0)	2%
1.10 Actividad Asistencial	17	Normas calidad PAI en avisos: Dolor torácico: Medidas de tto: N° pacientes con dolor torácico grave y medidas de tto específicas del proceso * 100 / N° total atendidos por dolor torácico grave.	Cobertura mínima 80% de codificación CIE de avisos. Optimo >=90% Mínimo >=75%	2%
	18	Normas de calidad PAI en avisos: ACV: Exploración diagnóstica: N° atendidos por ACV q tienen realizada (Explor Física general, TA, AC, Tª, Explor neurológica, glucemia y	Cobertura mínima 80% de codificación CIE de avisos. Optimo ≥90% Mínimo ≥75%	2%
	18	Normas de calidad PAI en avisos: Trauma Grave: Canalización vía periférica gruesa: N° pacientes con canalización de al menos una vía periférica de grueso calibre * 100 / N° total	Cobertura mínima 80% de codificación CIE de avisos. Optimo ≥90% Mínimo ≥75%	2%
	20	PLACA: ACVs derivados según prioridades Plan Andaluz Enfermedad Cerebro Vascular Aguda.	Cobertura mínima 80% CIE9 Optimo >90% Mínimo >75	2%
TOTAL				60%

1.3.- Gestión clínica: Se pueden establecer alianzas con la UGC (sea o no UCA) del centro de salud, (que disminuyan lista espera en consultas, que codifiquen,... y la unidad de urgencias controlar prescripciones) y con UGC de Urgencias de Hospital (disminuir derivaciones, derivar bien informado, mejorar la transferencia,...). En este punto sería fundamental que los médicos de la UGC de urgencias de primaria puedan *acceder a las historias de hospital* para poder conocer la evolución de los pacientes que deriven.

1.4.- Acreditación: debería ser un *objetivo opcional* que el que tenga interés lo escoja, ya que si un objetivo es elegido voluntariamente se pone mucho más interés en llevarlo a cabo, pero si a un profesional no le interesa no debería obligársele a cumplirlo. Más cuando el acreditarse en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) implica que ese profesional está más adoctrinado, pero no que esté mejor formado ni que trabaje mejor.

Según el Dr. Cosme Lavín Director A.I.A. (Agencia Internacional de Acreditación) cada vez es más claro que el desarrollo de la Formación Continuada está íntimamente ligado a la consolidación de un Sistema de Acreditación y a su perfeccionamiento cualitativo. El proceso de acreditación ha de gravitar inexorablemente en evaluadores externos e independientes, constituidos en Comités de Acreditación específicos para cada profesión. El procedimiento de acreditación debe encontrarse nítidamente diferenciado de la provisión de la actividad. Los Sistemas de Acreditación propios de los promotores/proveedores de la actividad pueden resultar inadecuados, porque invalidaría la imparcialidad de cualquier Sistema de Acreditación.

1.5.- Accesibilidad:

- La **Codificación diagnóstica CIE-9** en avisos y el **Nº estatus enviado al CCUE** deben ser cercanos al 100%, tan solo con la salvedad de algún caso puntual de olvido accidental, pero plantear que se pueden quedar en un 75 % es aceptar *que los profesionales deliberadamente pueden no ejecutar su trabajo bien*, y eso *no es permisible* en ningún equipo.
- El **Tiempo de respuesta en P1** ha de ser el mínimo posible, no obstante debería estar relacionado con la distancia, por ej. *x minutos por km.*

- La **Capacidad resolución DCCU** debe ser la *máxima posible*, siempre que los pacientes reciban el tratamiento adecuado.
- El **Triage en Urgencias**, realizado por enfermería es importante, y debería realizarse continuamente y no X horas, de tal manera que *todos los pacientes deben ser recibidos 1º por enfermería* y cuando pasen al facultativo deben ir con una pequeña anamnesis, las constantes y las pruebas complementarias que necesiten. Así se conseguiría, por un lado disminuir el tiempo de espera de los pacientes en urgencias y por otro terminar con la aberración organizativa de que en la mayoría de las urgencias de atención primaria el personal de enfermería, la mayor parte de la guardia está sentado en el estar en *stand by* y los médicos se pasan casi todas las horas de guardia pasando consulta.

1.6.- Farmacia:

- La **Prescripción por principio activo** ha de ser del 100%, no obstante al paciente en la farmacia deberían darle, a igualdad de precio, la marca que el prefiera, ya que el fin de este objetivo es exclusivamente el control del gasto. Incluso si la marca que el paciente quiere es más cara, debería poder pagar la diferencia. Esto es una observación personal, ajena al trabajo que ahora me compete, pero que no he podido evitar hacer.
- El **Porcentaje de antimicrobianos de 1º nivel**, debe intentarse que sea *el máximo*, pero *siempre que* en la patología a tratar *estén indicados*; por ello no tiene sentido establecer un %, ya que cualquier facultativo sabe que antibiótico usar en cada caso.

1.7.- Usuarios:

- En el **Plan de Participación Ciudadana** se pueden dar cursos de RCP-Básica o de otros temas como actuaciones en accidentes, pero teniendo en cuenta que se trata de una *actividad preparada y realizada fuera del horario y del lugar de trabajo* y que pretendemos que se forme en salud de forma masiva a la población, sería mas justo laboralmente y se optimizaría su productividad, *si se remunerase una cantidad concreta por curso impartido*.

1.8.- Docencia e Investigación:

- La **Formación de los profesionales** en temas relacionados con urgencias es imprescindible para mantener un buen nivel de atención, por ello es necesario incentivarla acertadamente. La forma más eficiente de realizarlo es *remunerando el esfuerzo de los profesionales de la unidad que preparen e impartan sesiones formativas dirigidas a los demás* miembros de la misma. Si consideramos el presupuesto que necesitaría la unidad para que por ej. 20 miembros de la misma realizaran un curso de IAVANTE, es evidente, que es infinitamente más económico que uno o varios compañeros preparen el curso y lo impartan a los demás.
- La **Investigación**, con comunicaciones a congresos, debe *desarrollarse en todas las unidades*, las cuales han de presentar algún proyecto de investigación, pero no tienen que ser todos sus miembros los que lleven a cabo trabajos de investigación, por lo que también debe ser un *objetivo individual opcional* que se valore a quien tenga ese interés, pero no a quien prefiera dedicar su esfuerzo realizando un desempeño eficiente y colaborando con la UCA en la consecución de otros objetivos.

1.9.- Imagen y Comunicación:

- El **Análisis de reclamaciones y propuestas de mejora** es necesario e importante debido a que el *análisis de los fallos* cometidos puede *ayudar a mejorar la atención*, obviando muchas reclamaciones que carecen del menor fundamento. Quizás debería proponerse un tribunal que las evalúe, para *contabilizar solo aquellas que se consideren justificadas*.

1.10.- Actividad Asistencial:

Normas de Calidad PAI en Avisos: Dolor torácico, ACVs, Trauma Grave y Plan Placa así como otros que se puedan ir añadiendo. Sobre estos procesos se puede estimular que los profesionales de la unidad, lo preparen como docentes y los impartan a los demás profesionales (de urgencias y/o del centro de salud) en sesiones clínicas a modo de cursos, organizando las prácticas necesarias con el material de soporte adecuado, pudiéndose realizar varias veces en el año, siempre que varios profesionales soliciten la formación, pero manteniendo el criterio de que *es obligatorio que el 100% de los profesionales reciban*

formación en cada uno de los procesos al menos una vez al año. Naturalmente, como ya hemos comentado en otro apartado, este *esfuerzo y dedicación extra* es necesario que sea **remunerado** si se quiere que sea realmente se lleve a cabo de manera eficiente. La función de valor en estos procesos debería ser cercana al 100%, con la única salvedad de casos en los que por tratarse de situaciones de emergencia no se pueda llevar a cabo alguna medida del protocolo de actuación, ya que si todos estamos formados y conocemos las pautas, no hay excusa para no llevarlas a cabo.

2.- **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

2.1.- **Seguridad:**

- **Protocolo de Prevención de caídas en la asistencia y traslado**
- **Protocolo de extravasación de vías periféricas**
- **Protocolo de extubaciones accidentales**

Los tres han de *desarrollarse y difundirse en sesión clínica fuera del horario de trabajo ordinario*, plq también sería conveniente **remunerar** ese esfuerzo por protocolo realizado para asegurar su ejecución. La **Revisión y Mantenimiento de los puntos de urgencias** es conveniente llevarla a cabo al menos una vez al mes.

2.2.- **Calidad:**

- **El Registro de Mortalidad, La Revisión y mantenimiento de las Unidades Móviles** cumplimentando el debido parte, **El Control de estocajes y caducidades**, y la **Identificación de los profesionales**, son objetivos que deben cumplirse al 100%, pues solo consiste en realizar bien el trabajo por el cual se cobra.
- **Cumplimentación detallada del informe de asistencia:** igualmente también consiste tan solo en desempeñar el trabajo correctamente y el trabajo hay que hacerlo bien siempre, siendo inconcebible que el trabajo se haga bien solo en un 70 o en un 90% de las veces.
- **Equipamiento:** con formación de profesionales en material de politraumatizados puede prepararse por uno o varios profesionales y difundirse

en una o varias sesiones clínicas a todos los demás. Igualmente, como dicen en ambientes rurales debe ser “*agradecido y pagado*”.

DIMENSIONES	Nº	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	FUNCIÓN DE VALOR	PONDERACIÓN
2.1 Seguridad	1	Protocolo de Prevención de caídas en la asistencia y traslado.	Optimo=10 (se realiza el procedimiento, se difunde en sesión clínica y se coloca en lugar fácil acceso a profnls) Nulo=0 (incumple alguna de las 3 premisas)	3%
	2	Protocolo de extravasación de vías periféricas	Optimo=10 (se realiza el procedimiento, se difunde en sesión clínica y se coloca en lugar fácil acceso a profnls) Nulo=0 (incumple alguna de las 3 premisas)	3%
	3	Protocolo de extubaciones accidentales	Optimo=10 (se realiza el procedimiento, se difunde en sesión clínica y se coloca en lugar fácil acceso a profnls) Nulo=0 (incumple alguna de las 3 premisas)	3%
	4	Revisión y Mantenimiento de los puntos de urgencias	Nº inspecciones de revisión y mantenimiento, realizadas y registradas por UGC en el año. Mínimo 9 Optimo 12	3%
2.2 Calidad	5	Registro mortalidad:	Nº muertes registradas * 100 / Nº total muertes. Optimo $\geq 85\%$ Mínimo $\geq 70\%$	
	6	Revisión y mantenimiento UM: cumplimentación de partes de	revisión y mantenimiento diario de la UM y su equipamiento (Nº partes cumplimentados *100 / 365) Optimo $\geq 90\%$ Mínimo $\geq 80\%$	3%
	7	Cumplimentación del informe de asistencia: Los informes de asistencia deben estar correctamente cumplimentados en:	Identificar usuario, Fecha asistencia, Hora toma contacto en el DCCU, Motivo literal de consulta, Antecedentes personales, Anamnesis, Exploración física, Pruebas complementarias (si hay), Tto administrado, Tto indicado al alta, Hora de salida, Identificación del facultativo (nombre y CNP). Optimo $\geq 90\%$ Mínimo $\geq 70\%$	4%
	7	Equipamiento formar profnls en material politraumatizados	Formación + Manual (10) Manual (5) Ninguna (0)	4%
	8	Control de estocajes y caducidades (auditoria)	Optimo $\geq 90\%$ Mínimo $\geq 80\%$	4%
2.3 Farmacia	9	Mejora de los servicios: todos los profesionales irán correctamente identificados	de forma reglamentaria y claramente visible para el paciente o sus familiares. 3 auditorías anuales al azar y sin previo aviso: - SI - No	3%
	10	Porcentaje de Omeprazol respecto a IBP:	Nº de prescripciones de Omeprazol * 100 / nº total de prescripciones de IBP. Optimo $\geq 80\%$ Mínimo $\geq 50\%$	5%
2.4 Gestión Crítica	11	Planes de Mejora: cada UGC-DCCU realizará un plan de acogida	para nuevos profesionales (que incluya normativas y procedimientos) Optimo=SI Mínimo=No	2%
TOTAL				40%

2.3.- Farmacia:

- **Porcentaje de Omeprazol respecto a IBP:** la mayoría de los estudios avalan que en la mayoría de procesos como la Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), La dispepsia funcional y la dispepsia no investigada, La úlcera péptica confirmada, La profilaxis de úlcera péptica o gástrica inducida por AINES, La prevención de úlcera de estrés en pacientes ingresados,.... el *tratamiento de elección si se necesita un IBP es el Omeprazol*, incluso en muchos de ellos como los pacientes ingresados o los polimedicados, no está recomendado el uso sistemático de un IBP.

2.4.- Gestión Crítica:

Planes de Mejora: cada UGC-DCCU realizará un plan de acogida para nuevos profesionales (que incluya normativas y procedimientos). Este plan se debe consensuar entre todos los profesionales y debe contener todas las normas y procedimientos de actuación de la unidad clínica y debe entregarse y darse a conocer a todos los profesionales y por supuesto a los profesionales nuevos que lleguen a la unidad, ya sean eventuales o indefinidos.

2.5.- Gestión de Cobros: cobrar *directamente o filiar correctamente* a todos aquellos usuarios atendidos, que según la legislación vigente *no tienen sanidad gratuita* (turistas, accidentes tráfico o laborales, pacientes con seguro privado,...), aunque lógicamente la única forma de que se cobre o filie al 100% es *incentivar a los profesionales de la unidad con un porcentaje* (por ej el **10%**) de lo que se facture.

2.6.- Pacientes atendidos por unidad de tiempo: el medir y valorar el nº de pacientes atendidos por hora de trabajo sin que suponga merma de los indicadores de calidad, puede ser un *signo de la motivación y la eficiencia* de los profesionales, ya que aunque en urgencias hay muchos pacientes con patologías banales que necesitan escaso tiempo de consulta, otros con procesos más graves y/o pruripatológicos necesitan mucho más tiempo, pero en un computo anual, por azar el número de pacientes complicados, debe ser similar para todos los profesionales.

2.7.- Acceso a urgencias: Fruto de los acuerdos con otras unidades, cada UCA de Urgencias, puede negociar con la UCA o UCG de su centro de Salud, además de que intenten reducir la lista de espera, que dejen libres todos los días 5 citas en cada cupo para que a los *pacientes que acuden a urgencias con patología no urgente* se les pueda ofertar una cita para su médico de familia o su pediatra para ese mismo día o para el día siguiente, con el fin de ir *deshabituando (educando) a la población* a acudir a los servicios de urgencias con patología banal.

2.8.- Gestión con Terceros: cada UCA debe poder gestionar cualquier gasto de la misma, da igual cuál sea (material fungible, luz, teléfono, papel,...) siempre que demuestre mediante presupuesto, que va a suponer un ahorro si mermar la calidad.

Los objetivos específicos 2.5, 2.6, 2.7 y 2.8 se propondrían por parte del Distrito y/o de la UCA al SAS, ya que son de vital importancia para motivar a los trabajadores a mejorar su eficiencia.

En cada objetivo se debe pensar en la manera más estimulante de incentivarlo, por ejemplo pagar a los docentes de los cursos, gratificar los cobros,...

Todos los objetivos que sean posibles deben *evaluarse individualmente*, aunque el cumplimiento de los mismos corresponda a la unidad, para que cada uno sepa cuál es su aportación y su valor dentro del equipo. Esto puede contribuir también a estimular la competencia.

Naturalmente, cada UCA competirá con las demás del Distrito, de manera que las que no quieran seguir voluntariamente este modelo de autogestión pueden regirse como las demás UGCs del SAS con los mismos objetivos y normativa que impongan los servicios centrales. En posteriores anualidades, cuando las unidades que no sigan el modelo de autogestión, vean que las que si lo siguen obtienen mejores resultados en objetivos y mayores incentivos, pedirán también voluntariamente autogestionarse.

En las que si sean UCAs, el reparto de incentivos no será como en las demás, sino que todos los objetivos que se puedan individualizar, se valorarán individualmente para cada uno de los profesionales, de tal manera que los incentivos a cobrar *para cada miembro* del equipo *serán en función de su porcentaje de cumplimiento de objetivos*, para así estimular que cada profesional se esfuerce al máximo en cumplirlos, e incluso, los miembros que reiteradamente obtengan % muy bajos de cumplimiento tras ser advertidos e varias ocasiones, puedan, por consenso del resto de los miembros, dejar de formar parte de la UCA. La máxima es que cada uno reciba el precio merecido a su esfuerzo, incentivando siempre la actitud proactiva.

Además cada mes debe publicarse en el tabón de anuncios de cada UCA un listado del cumplimiento parcial de objetivos de todas las UCAs y UGCs del Distrito y de cada miembro de esa UCA, en primer lugar para que todos conozcan los datos y así tengan tiempo de mejorar al mes siguiente y también para reconocer el esfuerzo a los que cumplen mejor en su desempeño y estimular a mejorar a los que tengan peores resultados.

En 1973 *McClellan* (profesor de Harvard), impulsor de la *Gestión por Competencias*, descubre que los que tenían mejor rendimiento laboral y social no eran los mejores

expedientes por lo que intentando buscar la causa, encontró una variable que llamó **Competencias**, la cuales definió como “*las características subyacentes en una persona que están causalmente relacionadas con los comportamientos y la acción exitosa en su actividad profesional*” y también como la **combinación de conocimientos, habilidades y actitudes** que las personas ponen en juego en diversas situaciones reales de trabajo de acuerdo con los estándares de desempeño satisfactorio propios de cada área profesional. Nuestro valor como personas y profesionales se determina también por la fórmula: **(Conocimiento + Habilidades) x Actitud**. Los conocimientos se pueden adquirir y las habilidades, aunque más difícil, se pueden desarrollar, pero ambas casi nunca son suficientes para un buen desempeño, pero la actitud, dependiente de la motivación, ya desarrollada, es fundamental para conseguir un buenos resultados, tanto que cualquier profesional sesudo y hábil sin ella, tendrá una productividad menor que uno con uno muy motivado con conocimientos y habilidades medias.

ACUERDO DE GESTION UCA de CENTRO DE SALUD:

En las UCAs de los Centros de Salud se llevará a cabo el cumplimiento de los objetivos en las mismas condiciones que hemos explicado para la unidad de urgencias, igualmente intentando cumplir los objetivos que pida el SAS adaptados a la autogestión, e intentando proponer aquellos que las UCAs y/o el Distrito sanitario crean que pueden mejorar la calidad o al menos mantenerla disminuyendo el gasto. Transcribimos también aquí a modo de ejemplo los objetivos de una UCA de un Centro de Salud.

Por ello, para llevar a cabo el cumplimiento de objetivos en las unidades clínicas de los centros habrá que seguir, independientemente de cuáles sean los objetivos concretos, unas pautas generales similares a las de las unidades de urgencias:

Los **Capítulos I y II** tienen que ser manejados por el distrito y por las unidades clínicas, de manera que las unidades que rebajen el presupuesto, reciban una parte de ese ahorro, siempre que se mantengan unos estándares de calidad.

Realizar **Acuerdos de colaboración con otras unidades**, por ej la de urgencias de su mismo centro o de su hospital de referencia, es beneficioso para ambos.

La **Acreditación en ACSA** de las unidades o de los profesionales no tiene ningún interés, salvo que la tenga para el profesional concreto. *Más claro: no se es mejor profesional, no se está mejor formado ni se pone más interés en el desempeño por estar acreditado en ACSA.* De cualquier manera se podría proponer a servicios centrales que

DIMENSIONES	Nº	OBJETIVOS COMUNES	FUNCIÓN DE VALOR	PONDERACIÓN
1.1 Capítulo I	1	Cumplimiento del Objetivo marcado en el presupuesto Operativo de la Unidad en Capítulo I.	(Media con prespto DCCU). Óptimo $\leq 100\%$ y mínimo $> 100\%$	5%
	2	Cumplimiento del Objetivo marcado en el presupuesto Operativo de la Unidad en Capítulo I.	(Media con prespto DCCU). Óptimo $< =99\%$ y mínimo 100% .	2%
1.2 Capítulo II	3	Cumplimiento del Objetivo marcado en el presupuesto Operativo de la Unidad en Capítulo II.	(Media con prespto DCCU). Óptimo $< =95\%$ y mínimo 100% .	1%
	4	Durante el 20XX la desviación del sumatorio de los gastos correspondientes a los capítulos: Comunicaciones, consumo eléctrico y agua.	No superará el presupuesto asignado. Óptimo $< =95\%$ y mínimo 100%	2%
1.3 Gestión clínica	5	Acuerdo de colaboración con otras UGC del Distrito, con las que compartan población de cobertura.	En el 1º trimestre de 20XX las UGCs los presentarán.	2%
1.4 Acreditación	6	Acreditación de profesionales por ACSA: 15% de profesionales acreditados o en proceso de acreditación	Óptimo $>15\%$ y mínimo 5% ,	1%
	7	Acreditación de UGCs: La UGC solicita acreditación por ACSA.	Óptimo: acreditación y mínimo: solicitud de acreditación	2%
1.5 Accesibilidad	8	Ausencia de Demoras: El sumatorio de facultativos con demora en los cortes realizados $* 100 / N^{\circ}$ facultativos totales $* N^{\circ}$ de cortes realizados $\leq 3\%$	Óptimo $<6= 3$, Mínimo ≥ 3 , Valor unitario: 100/valor óptimo-Valor mínimo	2%
	9	Plan de gestión en la frecuentación de consultas en centros de Salud: Adecuar la frecuentación media de los usuarios en las consultas de los centros de salud. Frecuentación: nº total de consultas	en el centro en un año/ nº total de TAES (Andalucía 2007: Med familia 5.33, Pediatría 3.76 y Enfermería 1.92 (suma 11.01))	3%
	10	Implantar mecanismo de anulación de citas: Establecer mecanismos de comunicación con la ciudadanía para que los usuarios puedan anular las citas que no vayan a utilizar.	Propuesta de mecanismos: 5; Implantación de mecanismos: 8; Evaluación de resultados en % de citas ocupadas d Salud Responde.	2%
	11	Adecuación del estándar de derivaciones: El EBAP debe ajustar el consumo de 1ª consultas hospitalarias, al estándar fijado por especialidades y por 1000 TAES	Óptimo $=200\%$ y mínimo $=240\%$, Valor unitario: 100/valor óptimo-Valor mínimo	2%
1.6 Farmacia	12	Prescripción por PA: igual o mayor al 75%.	Óptimo $\geq 85\%$ y mínimo $\geq 75\%$,	3%
	13	Prescripción de medicamentos de primera elección: El % de prescripción de fármacos de primera elección	tendrán como índice al menos 2 puntos. Óptimo $\geq 8\%$ Mínimo $\geq 2\%$	5%
	14	Coste de farmacia/TAFE (PVP/TAFE): Variación del PVP/TAFE respecto al objetivo anual. (No superar media anual de TAFE por PVP/TAFE de 31.83)	Objetivo marcado por farmacia	6%
	15	Nº de recetas/TAFE: incremento de recetas por tarjeta ajustada, no superior al 3,31	Objetivo marcado por farmacia	4%
	16	Control y buen uso de receta XXI: A lo largo del año, la unidad implantará los mecanismos necesarios para el control y buen uso de la receta XXI, con la intención de disminuir el % de "posologías incorrectas" y errores en: IBP, AINES Antihistamínicos, Metabolismo óseo.	Óptimo: Disminución de un 75% los errores y posologías incorrectas; mínimo: menor o igual al 25% de disminución de errores y posologías incorrectas	5%
1.7 Usuarios	17	Plan de participación ciudadana: Implicación en el Plan de Participación Ciudadana, con la celebración de actividades y la implantación de mejoras propuestas	Óptimo ≥ 3 mejoras documentadas Mínimo ≥ 3 reuniones	2%
	18	Plan de mejora: implantación en 2010 de las mejoras propuestas en el Plan de mejora de los resultados	obtenidos en encuesta de satisfacción 2008.	1%
	19	Disminución del número de reclamaciones: medidas necesarias para no superar la media de reclamaciones por 1000 TAE del Distrito en 2009: 1,6 por mil TAE.	Óptimo: $<1,6$.Mínimo: $>2,1$	2%
1.8 Docencia e Investigación	20	Plan de investigación y gestión del conocimiento: determinadas las líneas de investigación de cada UGC, durante 2010 presentarán al Distrito proyecto de investigación escrito con inicio a lo largo del 2010.	Óptimo: Mandan proyecto e inician. Mínimo: mandan proyecto	2%
1.9 Imagen y comunicación	21	La Unidad generará noticias positivas para los ciudadanos: Cada UGC al menos 3 noticias/año con	impacto + para los ciudadanos. Óptimo $=3$ noticias. Mínimo 1.	1%
1.10 Actividad	22	Índice sintético de Cartera de Servicios: La UGC debe alcanzarse al menos el 80% del Índice sintético de la Cartera de Servicios de su EBAP.	Óptimo $\geq 100\%$ y mínimo $= 80\%$, Valor unitario: 100/valor óptimo-Valor mínimo	4%

asistencial	23	Atención Domiciliaria: Adecuación del índice de actividad domiciliaria de médicos, enfermeras, EGC, fisioterapeutas y Trabajadores sociales de la Unidad. Fórmula: Frecuentación domiciliaria de médicos de familia (Nº de visitas domiciliarias anuales de Médicos de familia / 1000 TAES de MF) + Frecuentación domiciliaria de enfermeras de familia (Nº de visitas domiciliarias anuales de Enfermeras de Familia / 1000 TAES)+	Frecuentación domiciliaria de enfermeras gestora de casos (Nº de visitas domiciliarias anuales de EGC/1000 TAES)+Frecuentación domic de fisio (igual calculo)+ Frecuentación domiciliaria de TS(igual calculo) (media andaluza en 2007: 340).Óptimo ≥ 390 , Mínimo ≤ 290 , Valor unitario: 100/valor óptimo-Valor mínimo	1%
TOTAL				60%

las unidades se acreditaran en agencias internacionales de mayor prestigio como por ej AENOR y para los profesionales que quieran también hay Agencias de Acreditación independientes de la administración.

La **Ausencia de demoras** es imprescindible que sea demora cero, de tal manera que cualquier paciente que necesite cita pueda obtenerla para el mismo día o como máximo para el día siguiente. Si además los facultativos acceden a comunicarse con sus pacientes por la nuevas TICs (email, whatsapp,...) es muy difícil que un paciente no reciba atención de su médico el mismo día que la necesite.

La Frecuentación, como dijimos más arriba es uno de los objetivos críticos a controlar para conseguir un control y racionalización eficientes del gasto. No obstante éste parámetro ya se ha demostrado que disminuye en los prototipos de autogestión llevados a cabo, debido a una mayor implicación de los profesionales en la atención de sus pacientes y al uso de las TICs.

La Anulación de citas no usadas también contribuye a que la estadística de frecuentación disminuya.

Las **Derivaciones a hospital, Prescripción por PA, Fármacos de 1ª elección, Coste de farmacia, Nº de recetas, Receta XX1**, si el médico está más atento y motivado a la prevención y tratamiento de sus pacientes, revisando sus fármacos, sobre todo los de los polimedicados, cada vez que les prescribe, igualmente disminuirán en consecuencia.

Actividades de participación ciudadana han de realizarse en el Centro de salud y en otros centros públicos. No obstante si se remuneran independientemente, al igual que a quien de cursos o sesiones clínicas, aumentará su cantidad y su calidad.

La **Mejora de la satisfacción** de los usuarios y la Disminución de las reclamaciones no necesitan planes especiales, aunque todas las ideas son buenas, pero si el trabajo diario se hace bien, los indicadores mejorarán por ende.

DIMENSIONES	Nº	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	FUNCIÓN DE VALOR	PONDERACIÓN
2.1 Salud Pública	1	Forma Joven: Cada UGC atenderá al 100% de los institutos que soliciten Forma Joven en su zona.	100% 99% 98% 97% 96% 95% 94% 93% 92% 91% ≤ 90%	2%
	2	Plan un millón de pasos (Consejo avanzado dietético): Promocionar el ejercicio físico en la población mayor de 65 años (preferentemente).	Óptimo 50 días de paseo con al menos 10 participantes (500), Mínimo 25 días con al menos 5 participantes.	2%
	3	Plan integral de Salud Mental de Andalucía: Se mantendrán por debajo de la tasa de 9,54	derivaciones/1000 TAES a Salud mental. Óptimo 7, Mínimo 9,54	2%
	4	Plan Integral contra el Tabaquismo en Andalucía: El 100% de las UGC realizarán con personal propio mínimo dos grupos de	terapia de deshabituación tabáquica grupal multicomponente. 3 grupos 2 grupos 1 grupo 0 grupos	2%
2.2 Calidad Asistencial	5	Manos seguras: Desarrollo e implementación de la práctica segura higiene de manos.	acreditado "manos seguras" solicita acreditación manos seguras	1%
	6	Polimedicados >65 años con 10 o + fármacos 6 o + meses: en ellos la UGC en 20XX priorizará la revisión de medicación para mejorar los ttos, prevenir eventos adversos y conseguir la mejor relación beneficio /riesgo.	Óptimo ≥80% y mínimo =50%, Valor unitario: 100/valor óptimo-Valor mínimo. Nº revisiones de ttos. En > 65 años polimedicadas con 10 o + fármacos * 100/nº total > 65 años polimed con 10 o + fármacos.	5%
	7	Normas de Calidad del PAI DIABETES MELLITUS: Si cobertura es igual a 4.5% de población general (excluyente), suma de valor obtenido en las 4 normas de calidad aplicables a Atención Primaria/4. (Resultado de indicador A + resultado indicador B + resultado indicador C + resultado indicador D) /4. Norma A (Hb A1C anual): Óptimo 60%, mínimo 40%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo.	Norma B (HbA1C<8): Óptimo 50%, mínimo 30%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo. Norma C (exploración pies anual): Óptimo 60%, mínimo 40%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo. Norma D (fondo de ojo en los 2 últimos años): Óptimo 50%, mínimo 30%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo.	6%
	8	Normas de Calidad de PAI Cuidados Paliativos: Si cobertura es igual a 0,15% de población general (excluyente).	nº de pacientes terminales en tto con opioides x 100 / nº total de pacientes terminales. Óptimo 60%, mínimo 40% valor unitario 0,5	4%
	9	Normas de Calidad de PAI Ca próstata: Si cobertura es igual a 3% de hombres >40 años (excluyente), Valor obtenido en diabaco del % de IPSS.	Norma A (%pacientes con síntomas valorados con IPS). Óptimo 75%, mínimo 40%, Valor unitario, 0,3.	2%
	10	Normas de calidad de PAI Insuficiencia Cardíaca: Si 3% de población es >65 años (excluyente): nº de pacientes con FA y tto con anticoagulantes x 100/ Total de pacientes con FA y sin contraindicaciones de tratamiento anticoagulante.	Óptimo 75%, mínimo 60%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo.	2%
	11	Normas de Calidad de PAI Embarazo, Parto, Puerperio: Si cobertura es igual a 72% de RN vivos (excluyente), suma de valor obtenido en las 4 normas de calidad aplicables a Atención Primaria/4. (Resultado de indicador A + resultado indicador B + resultado indicador C + resultado indicador D) /4. Norma A (captación antes 12 sem): Óptimo 80%, mínimo 60%, Valor unitario, 100/val óptimo-v mínimo.	Norma B (cribado estreptococo): Óptimo 80%, mínimo 60%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo. Norma C (educación maternal): Óptimo 50%, mínimo 30%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo. Norma D (visita puerperal): Óptimo 50%, mínimo 30%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo.	2%
	12	Normas de calidad de PAI ASMA EDAD PEDIÁTRICA: Si en cobertura hay 5% de niños <15 años (excluyente), suma de valor obtenido en las 2 normas de calidad aplicables a Atención Primaria/2. Resultado indicador A + Resultado indicador B/2	Norma A (diagnostico antes de 3 meses): Óptimo 75%, mínimo 50%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo. Norma B (asmáticos >6años con espirometría anual): Óptimo 75%, mínimo 50%, Valor unitario, 100/ valor óptimo-valor mínimo.	2%
2.4 Críticos		Coste de farmacia/TAFE (PVP/TAFE)	Consigue un 10 en obj 13com - Consigue un 5 en obj 13comun - C un 0 en obj 13comun	3%
		Disminución del número de recetas/TAFE, (para todos)	Consigue un 10 en obj 14com - Consigue un 5 en obj 14com - C un 0 en obj 14com	3%
		Prescripción de medicamentos de primera elección	Consigue un 10 en obj 8com - Consigue un 5 en obj 8com - C un 0 en obj 8com	3%
TOTAL				41%

Es deseable y positivo para la unidad que se planifiquen y lleven a cabo **Proyectos de investigación** y se debe incentivar a quienes los desarrollen. No obstante, intentar que

todos los médicos de familia y enfermeros del país sean científicos, obviamente no es posible. Hay profesionales que no tienen dotes ni interés para ser investigadores, al igual que hay quien no tiene dotes para la música o para el baile, por lo que si no empeñamos en hostigarlo a desempeñar esa función, conseguiremos tener un científico pésimo, mientras que puede ser un clínico perfecto que desarrolle otros objetivos más importantes para la comunidad y para su UCA.

En Cuanto a los **Objetivos Específicos** también es importante la educación sanitaria de los jóvenes, de los mayores de 65 años, contra el tabaquismo, de la higiene de manos de profesionales y de los pacientes también, etc.

Hay que prestar atención especial a Salud mental, Cuidados paliativos, Polimedicados, Diabetes, Cáncer de próstata, Embarazo, Insuficiencia cardíaca, Asma, etc. siguiendo las guías de actuación de las mismas que recojan la mejor evidencia disponible en cuanto a su prevención y tratamiento.

El coste en farmacia, número de recetas y uso de medicamentos de 1ª elección, también importantes, ya han sido valorados en los objetivos comunes.

VIII.- CONCLUSIONES

La comunidad autónoma de Andalucía en una de las primeras en legislar la transformación de sus Equipos Básicos de Atención primaria en Unidades de Gestión Clínica se supone que autogestionadas por los profesionales. Esto es absolutamente falso ya que no tienen ninguna capacidad de decisión, ni económica, ni de organización de su actividad ni se toma ninguna decisión de manera consensuada entre sus profesionales.

Como hemos reseñado durante la exposición las **Competencias Profesionales** = **(Conocimiento + Habilidades) x Actitudes**.

Las Actitudes de las personas ante los desempeños profesionales dependen de la personalidad de cada uno y si se pueden influenciar es por un **Alto nivel de motivación interna**, la cual como vimos depende de nuestra **percepción sobre la importancia** de nuestro trabajo y sobre las **probabilidades de tener éxito** y sobre todo por nuestra **expectativa de recompensa personal**.

El conocimiento, las habilidades, la percepción de la importancia del trabajo y de las probabilidades de éxito la tienen casi todos los profesionales y sin embargo su competencia profesional no es alta.

Por tanto para tener **buenos profesionales que desempeñen su labor con eficiencia** necesitamos personas con **buenas Actitudes** y **mucha motivación** y ambas solo se pueden mejorar con **expectativas de recompensa o incentivos**.

Y el método más efectivo para incentivar a las personas mejorando su actitud y su motivación es sentir el trabajo como propio, participar en las decisiones y en la organización, es decir, La Autogestión.

BIBLIOGRAFÍA:

Antonio Duran. Políticas y sistemas sanitarios. EASP. Granada 2004.

Rev. San Hig Púb 1991, Vol. 65, No. 4 J. Ignacio Martínez Millán et al.

Rev. Esp. Salud Publica v.81 n.1 Madrid ene.-feb. 2007.

[http://www.cofrm.com/Colegio/Prensa2.nsf/9e1159cb021b874c80256a63004c7e4f/0744b004f4bb72dfc12574cf002f6a87/\\$FILE/espa%C3%B1a.pdf](http://www.cofrm.com/Colegio/Prensa2.nsf/9e1159cb021b874c80256a63004c7e4f/0744b004f4bb72dfc12574cf002f6a87/$FILE/espa%C3%B1a.pdf).

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerSAS_aps.

Dimarts, 7 de juliol de 2009 Carmen Fernández, (Diario Médico).

<http://www.salutcomunitat.org/post/87943>.

Informe SEDAP 2010: Integración asistencial: ¿Cuestión de modelos? Claves para un debate.

Semergen. 2012; 38: 79-86. - vol.38 núm. 02.

Atención Primaria. Vol. 13. Núm. 5. 31 de marzo 1994.

Capacity Project, Incrementar la motivación de los trabajadores de salud, Marc Luoma, IntraHealth International, Septiembre 2006.

Noticias médicas, Noticias de gestión Sanitaria, Noticias de Medicina general Medicina Familiar, Noticias Abril 2012, 2 Abril 2012, Por Sociedad Española de Salud Pública y Administración.

Informe SESPAS 2012: A. Ledesma Castelltort / Gaceta Sanitaria. 2012; 26(S):57-62.

Objetivos Comunes y Específicos, modificados en el superfluo, de UGC de Urgencias y Centro de Salud de un Distrito sanitario concreto del Servicio Andaluz de Salud.

<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/informe/aia.htm>

Temario del curso I Experto Universitario en Liderazgo Profesional en Gestión Sanitaria (11-12)

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

Ha sido seleccionado para
dirigir un Distrito Sanitario
¿Cómo lo gestionaría?

I.- PREÁMBULO

II.- SISTEMAS NACIONALES DE SALUD (SNSs)

III.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE DESARROLLO DE LA A.P.

IV.- A.P. ANDALUZA: CARTERA DE SERVICIOS

V.- CONTRATO PROGRAMA DE UN DISTRITO SANITARIO

VI.- PSEUDOAUTOGESTION

VII.- AUTOGESTIÓN

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

I.- PREÁMBULO

- Medicina No C. Exacta → Era de la 3ª RC → TICs → A M Evidencias C D
- Desarrollar **TC** aceptado por > de profnls: *+/- fácil*
Desarrollar **TG** que resista consenso de diferentes corrientes (influencias políticas): **OdT**.
- A Primaria, los médicos dirijan, con **Autogestión**
Lejos de intereses políticos (regular/financiar)
A: Incentivar el desempeño (+ compt y prodct)

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

II.- SISTEMAS NACIONALES DE SALUD (SNSs)

- **OMS-SNS:** OIR Mejorar la Salud Individual y Colectiva, Calidad (> nivel) y Equidad (=derecho).
- **Constitución Española** Art 43: Derecho a protección de la salud. Poder público Tutelar y Organizar Medidas (P y PS). Ley: D y D de todos.
- **CE78-LGS86-Funciones SNS:** Prestación de servicios (PCPR), Gestión de recursos (HMI), Regular Aportaciones-Acceso, Garantizar recursos económicos, y Coordinación (intra/inter niveles).

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

II.- SISTEMAS NACIONALES DE SALUD (SNSs)

- **Ley General de Salud Pública 33/11:** derecho a asistencia sanitaria pública a todos los residentes.
- **Ley de Salud de Andalucía 2/98-SSPA:** RMA de las ASPCAA para mejorar la Salud.
- **Decreto 241/2004:** establece estructura orgánica de Consejería de Salud y del SAS.
- **Decreto 195/85:** regula organización de la Atención Primaria en el SAS.
- **Orden 7/6/2002:** define mapa y E. territorial de AP: DAP, ZBS y CSAP (donde trabajan los EBAP).

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

III.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE DESARROLLO DE LA A.P.

Que la normativa referida a DAP pretendía llevar a cabo, las cuales plantearon dificultades:

- **Descentralizar la Gestión y Planificación de actividades:**

Recursos humanos: plaza y salarios fijos, Incentivos a todos.

Elaboración de Presupuestos: reembolso costes (Ineficiencia) y No asumir coste de Oportunidad.

Gestión Distritos: con más consenso, directores + formados,

- **Concepción Integral de la Salud en la oferta de servicios:**

CS han mejorado la calidad: + tiempo/consulta, historia individual y familiar, acercamiento a zonas rurales,..

Frustración profnls: presión asistencial, no motivación,...

Determinantes salud: estilo vida, factores medioambientales, biológicos (edad, sexo, herencia), ... Modificarlos: obj fund SP

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

III.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE DESARROLLO DE LA A.P.

Que la normativa referida a DAP pretendía llevar a cabo, las cuales plantearon dificultades:

- **Cuidados continuados (en los diferentes niveles) de salud:**
LGS86 y LSA98: Especializada garantiza Atención Continuada e Integral.
Primaria/Especializada: mundos separados que solo se remiten pacientes.
- **Promover Participación Ciudadana en la Gestión:**
Decreto 195/85: Juntas de Administración (Consejería SC y de las Corporaciones), Consejos de Salud (municipios, trabajadores y usuarios).
No Participación ciudadana: falta de interés de la administración sanitaria y de respuesta comunitaria.

CONCLUSIÓN: necesitamos nuevos mecanismos de *incentivación* económica, *presupuestación y gestión* de recursos, *gestores* + cualificados, *coordinar* niveles y más *participación* ciudadana.

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

IV.- A.P. ANDALUZA: CARTERA DE SERVICIOS Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

- Cartera de Servicios de Atención Primaria: actividades científico-técnicas y administrativas que se realizan en el primer nivel de atención, para conseguir los objetivos del Plan Andaluz de Salud, Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, Plan Estratégico, Plan de Calidad y Contrato Programa de los Distritos Atención Primaria.
- La Estructura Organizativa del SAS a 1-1-12 consta de: 24 DAP, 9AGS, 406 CS, 696CL y 415 CA. T: 1517 centros.

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

V.- CONTRATO PROGRAMA DE UN DISTRITO SANITARIO

- **Contrato Programa:** supone la constatación del compromiso adquirido por el SAS para alcanzar los objetivos fijados y el compromiso de los centros para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.
- **Acuerdo de Gestión:** Cada centro firmará uno con servicios centrales (SSCC).
- **Objetivos:** comunes / específicos, 60% / 40%, competencia y remanentes , Andalucía / Distrito.

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

VI.- PSEUDOAUTOGESTION

La mayoría de CCAAs intentan + Autogestión de su AP, con recorrido limitado por: trabajar con asalariados, incluir todo el personal, incentivos para todos,...

Decreto 197/2007: establece que

- **Todos los CS** se organizaran como “Unidades de Gestión Clínica” (**UGC**) y “dota a los profnls de Primaria de > autonomía” para diseñar sus estrategias de trabajo siempre que se sitúe al paciente en el centro del sistema.
- **Cada UGC** tendrá una Dirección (cargo intermedio) que dependerá de la Dirección G. de Distrito, la cual establecerá **Acuerdos de Gestión** (fijan los métodos y recursos MHTE para conseguir los objetivos ADIPCPRE) con la dirección de cada UGC a propuesta de Dirección de Salud.
- **Direcciones** de Distrito / UGC: no **pueden decidir** sobre objetivos, presupuestos, incentivos, contratación... **NO AUTOGESTION.**

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

VII.- AUTOGESTIÓN

La Gestión Indirecta de la provisión sanitaria en España, en la que la producción del servicio público se realiza por el sector **privado**, lucrativa o no, se reconoce en las leyes

- **LGS86:** reconoce el derecho al ejercicio libre y libre empresa de profns sanitarios y autoriza a las administraciones públicas a establecer conciertos de provisión con centros privados (homologados).
- **Ley 53/99** (modifica Ley 13/95), **TRLCAP, LSA98, LGS86** establecen los tipos de contratación externa.
- **Ley 15/97 de habilitación de nuevas formas de gestión en el SNS** permite cualquier forma jurídica admitida a derecho para gestionar centros sanitarios (manteniendo la naturaleza y titularidad pública).
- **Decreto 165/1995:** regula homologación de Centros Hospitalarios y suscripción de conciertos (CSBSJA-EPP).

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

VII.- AUTOGESTIÓN

Autonomía de Gestión:

- **Pacto** de empresa con profnls para que estos gestionen su trabajo (A/RR) manteniendo los PE y objetivos de la organización.
- **Ventajas** (organizar agenda, propiedad, < burocracia, > satisfacción de profnls y usuarios, innovación, trabajo en equipo, nuevas tareas, mejores resultados en salud de población,...

Informe SESPAS 2012 (A. Ledesma):

- **El Ánimo de lucro** en España, se achaca a la gestión sanitaria por entidades privadas de profesionales mientras que en Europa eso es socialmente aceptado.

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

VII.- AUTOGESTIÓN

Informe SESPAS 2012 (A. Ledesma):

- **La Unión Europea** recomienda desarrollar **autogestión y pequeña empresa en AP**: ni la gestión pública garantiza 100% un uso adecuado, ni la privada con/sin ánimo de lucro es malévolamente “per se”. **La > de MF de Europa y del mundo** son profesionales independientes que prestan servicios al sistema público a título individual.
- **Evaluaciones** (FAD, DP, SCS, IES): resultados similares pero en **A**: con > adaptación a cambios, < listas de espera PC, > cartera servicios y > satisfacción de profnlis y usuarios.

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

VII.- AUTOGESTIÓN

OFERTA DE AUTOGESTIÓN:

- Ofertar a SSCC **Proyecto Piloto de Autogestión** real de un Distrito Sanitario: cada Equipo de Atención Primaria (**EAP**) que quiera se convierte (profns voluntarios) en Unidad Clínica Autogestionada (**UCA**) con la > autonomía posible y objetivos consensuados (dentro de los márgenes del contrato programa del distrito).
- Seguiremos objetivos del contrato programa, modificándolos, para adaptarlos a la autogestión en cada Acuerdo de gestión...
- Posteriores anualidades: objetivos más racionales / proponer contratar la provisión como las **EBA**s (*errata*): sociedades (SA, SL, SC..) de profns que contratan con el SCS para proveer S sanitarios a cambio d financiación capitativa.

PROYECTO DE GESTION DE UN DISTRITO SANITARIO

VII.- AUTOGESTIÓN

Normas Básicas de F.I. en UCAs:

- Consensuar normas básicas
- Responsable = moderador
- Miembros voluntarios proactivos
- Profnls participan en gestión económica
- Acceso historia clínica hospitalaria
- Información de nivel de objetivos mensual (Unidad e Individual)
- Reparto de incentivos según evaluación individual
- Usar TICs:RS,B,CT,email,SMS
- Objetivos consensuados y difundidos antes fin año
- Incentivos extra para aportaciones extra
- Evaluaciones: Economía de la salud (ACB, ACE, ACU)
- Acreditación - Docencia – Investigación opcionales,..

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

VII.- AUTOGESTIÓN

- **McClellan (1973):** *Gestión por Competencias* definidas como "la unión de conocimiento, habilidades y actitudes del individuo, que conllevan a una ejecución exitosa de sus actividades".
- Víctor Koppers: **Competencias Profesionales = (Conocimiento + Habilidades) x Actitudes; La Actitud** es el **factor diferencial** que **x**: los conocimientos se pueden aprender y las habilidades se adquieren con la experiencia, sin embargo las actitudes son muy difíciles de desarrollar.
- Mejorar actitudes → **Alto nivel de motivación interna**, la cual, según *Marc Luoma* depende de nuestra **percepción sobre la importancia** de nuestro trabajo y sobre las **probabilidades de tener éxito** y sobre todo por nuestra **expectativa de recompensa personal**.
- Los conocimientos, las habilidades, la percepción de la importancia del trabajo y de las probabilidades de éxito la tienen casi todos los profesionales y sin embargo su competencia profesional no es alta.
- Por tanto para tener **buenos profesionales que desempeñen su labor con eficiencia necesitamos** personas con **BUENAS ACTITUDES Y MUCHA MOTIVACIÓN** y ambas solo se pueden **mejorar** con **Expectativas de recompensa o INCENTIVOS**.
- Y el método más efectivo para incentivar a las personas mejorando su actitud y su motivación es sentir el trabajo como propio, participar en las decisiones y en la organización, sentirse remunerado en función del esfuerzo, es decir, **LA AUTOGESTIÓN**.

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

VII.- AUTOGESTIÓN

ACUERDO DE GESTIÓN UCA de URGENCIAS:

OBJETIVOS COMUNES:

- 1.1.- Capítulo I: **Cada UCA debe gestionar** contratación y sustituciones y el **50%** del ahorro deben ser **incentivos**. Descubiertos 0%.
- 1.2.- Capítulo II: los bienes corrientes y los servicios (almacén, laboratorio, radiología y mantenimiento) se gestionarán en el distrito o en la propia UCA si esta consigue mejores precios a igual calidad. El **25%** del ahorro deben ser **incentivos** al personal.
- 1.3.- Gestión clínica: establecer alianzas con UGC de centro de salud o de urgencias de hospital, pero es prioritario conseguir tener claves de **acceso a las historias de hospital**.
- 1.4.- Acreditación: opcional; en **agencias externas e internacionales** (ACSA = parcial).
- 1.5.- Accesibilidad: Codificación **CIE9 en el 100%**, Tiempo de respuesta en P1 mínimo y relacionado con la distancia, Capacidad de resolución máxima y Triage en urgencias por enfermería (que debe recibir a todos los pacientes) las 24h.
- 1.6.- Farmacia: Prescripción por principio activo del 100%, Porcentaje antimicrobianos 1^{er} nivel máximo si están indicados.
- 1.7.- Usuarios: Plan de Participación ciudadana: cursos remunerados **RCPB** u otros (**Asoc de V o P**).
- 1.8.- Docencia e Investigación: Formación de profnls con cursos remunerados en el propio centro. **Investigación obligatoria para la UCA y voluntaria para cada profesional**.
- 1.9.- Imagen y Comunicación: gestionar las reclamaciones buscando errores de los que aprender.
- 1.10.- Actividad Asistencial: Las **normas de calidad de Procesos Asistenciales Integrados** en Dolor torácico, ACVs, Trauma Grave y Plan Placa: cumplirse al 100% y **todos deben formarse** en estos procesos, preferiblemente, mediante sesiones preparadas por compañeros. **Los docentes deben remunerarse**.

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

VII.- AUTOGESTIÓN

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.1.- Seguridad: *Protocolos* de Prevención de caídas en la asistencia y traslado, Extravasación de vías periféricas y Extubaciones accidentales deben **prepararse por compañeros y difundirse** en una sesión. Como siempre, los docentes, **remunerados**.

2.2.- Calidad: *registros* de mortalidad, de unidades móviles, estocajes, caducidades, identificación de profesionales, cumplimentar bien los informes, formación en politrauma deben **cumplirse al 100%**.

2.3.- Farmacia: prescribir Omeprazol correctamente.

2.4.- Gestión Crítica: transmitir las normas y procedimientos de la unidad clínica a los nuevos profesionales.

2.5.- Gestión de Cobros: **cobrar o filiar** (un % debe ser **incentivos** para la unidad).

2.6.- Pacientes atendidos por unidad de tiempo: signo de **motivación y eficiencia**.

2.7.- Acceso a urgencias: **gestionar citas** para **derivar a consulta patología banal**.

2.8.- Gestión con Terceros: **gestionar gastos corrientes** de la unidad con eficiencia.

2,9.- Autocuidados y Paciente experto: potenciarlos **con asociaciones de pacientes**.

Los objetivos 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 y 2.9 se propondrían por las unidades o del Distrito.

PROYECTO DE GESTIÓN DE UN DISTRITO SANITARIO

VII.- AUTOGESTIÓN

ACUERDO DE GESTIÓN UCA de CENTRO DE SALUD:

- En las UCAs de los Centros de Salud también se llevará a cabo el cumplimiento de los objetivos ***adaptándolos a la autogestión*** y siguiendo las mismas ***normas básicas de funcionamiento interno***. Los objetivos más importantes diferentes a las unidades de urgencias son:
- Demora cero: debe haber ***cita para el mismo día o el siguiente*** (usar TICs).
- Disminuir frecuentación: del número de ***consultas / año*** por persona.
- Anulación de citas no usadas: por internet o teléfono agiliza la consulta y disminuye la frecuentación.
- Control de prescripciones: ***con criterios de eficiencia*** en cuanto a prescripción por principio activo, fármacos de 1ª elección, recetas XXI, revisión de polimedicados,...
- Atención especial a Salud mental, Cuidados paliativos, Polimedicados, Diabetes, Cáncer de próstata, Embarazo, Insuficiencia cardíaca, Asma, etc. siguiendo las guías de actuación que recojan la mejor evidencia disponible en su prevención y tratamiento. ***Formación: remunerando docentes.***
- Potenciar la Historia familiar: todos los ***miembros de la misma familia con el mismo MF; incentivar médicos que continúen en el mismo cupo.***
- Autocuidados y Paciente experto: potenciarlos ***con asociaciones de pacientes.***