Serafín Romero pone en valor los modelos de gestión en A.P. a través del análisis de las Unidades Clínicas y de las EBA

El secretario general de la OMC, Serafin Romero, ha realizado un análisis de las distintas formulas de gestión llevadas a cabo en Atención Primaria en España, en su intervención en el VI Congreso de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) de Castilla y León

Zamora, 22 de mayo 2013 (medicosypacientes.com)

El secretario general de la OMC, Serafin Romero, ha realizado un análisis de las distintas formulas de gestión llevadas a cabo en Atención Primaria en España, en su intervención en el VI Congreso de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) de Castilla y León, y ha destacado el modelo de gestión clínica llevado a cabo en Atención Primaria en Andalucía que ha calificado de "positivo" así como el modelo EBA (Entidades de Base Asociativa) puesto en marcha en Cataluña hace casi 16 años y se ha reafirmado en el necesario compromiso de los profesionales en asumir responsabilidades en gestión clínica "si no damos un paso al frente lo harán otros por nosotros"

"El reto de la Gestión Clínica en el Sistema Público de Salud", ha sido uno de los temas centrales de este congreso celebrado en Zamora los días 21 y 22, con la exposición : una visión desde la Atención Primaria y desde el Hospital

Sobre la gestión clínica en Atención Primaria, Serafin Romero, inició su intervención poniendo de manifiesto el hecho de que los profesionales vienen demandando una mayor autonomía y capacidad en la toma decisiones clínicas y organizativas desde hace tiempo y señaló que "es curioso que ahora todas las Administraciones se estén poniendo las pilas en cuanto a la participación de los profesionales en la gestión" y "que tengamos que hacerlo, de forma inminente, por un problema de crisis económica, lo que implicara que, en general se produzcan resistencias en los profesionales y dificultades para explorar nuevas formas".

En su introducción, destaco la importancia de la terminología y su conocimiento básico para que así no se produzcan malentendidos y que todos sepamos de que hablamos, qué modelos están coexistiendo en España, que "son bastantes y dispersos" y que "en cada comunidad ?dijo- puede estar coexistiendo uno o dos modelos", así como los conceptos base de que es la autogestión y que son los acuerdos de gestión.

Se refirió a las dos experiencias dispares que, en este sentido, se han desarrollado en Atención Primaria tanto en Andalucía, con las Unidades de Gestión Clínica, con las que se "pretende trasladar una corresponsabilidad en la gestión, dando autonomía a los centros en capítulos como el de personal y el de algunas compras o servicios" y transfiriendo a los equipos

la necesidad de centrar al paciente como objeto de nuestras intervenciones, facilitar el desarrollo profesional, el asumir responsabilidades y compromisos basados en las evidencias y en la asunción de objetivos de equipo así como en la búsqueda de la eficiencia a través de la buena praxis , con el compromiso de no solo hacer al sistema sanitario sostenible sino legitimarlo.

Estas unidades, según explicó Serafin Romero, tienen la posibilidad de marcarse objetivos específicos a las necesidades poblacionales, demográficas y profesionales y ponerlos en valor a efectos de incentivos. El modelo se basa, según expuso, en la agrupación de centros en una unidad, con un director al frente (liderazgo), y en la firma de un contrato-programa con una duración de cuatro años, con objetivos anuales para la valoración del desarrollo personal y la distribución de la bolsa de incentivos de las UCG

Con este modelo, según Serafín Romero, se pretende disminuir la variabilidad clínica y la eficiencia en las intervenciones contribuyendo así a la mejora y a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Destaco los riesgos que en la actual situación tiene la viabilidad de este modelo de gestión y que pasan por seguir aumentando la confianza en los profesionales, disminuir la excesiva "gerencializacion", fomentar el liderazgo de los Directores de UCG, y especialmente filtrar al máximo o por lo menos compartir los efectos desmotivadores de la incertidumbre derivada de una financiación insuficiente que esta llevando a una sobrecarga de trabajo, una disminucion de las retribuciones, una perdida de autonomía en las decisiones financieras, un empeoramiento en las condiciones laborales y un agotamiento de las ilusiones que tantos y tantos magníficos profesionales de a.p. habían depositado en el modelo.

En su exposición comparó esta experiencia andaluza con las Entidades de Base Asociativa (EBA) que se desarrollaron en la década de los 90 en Cataluña, un paso "novedoso y muy importante", pero que "ha tenido ?dijo- un desarrollo bastante limitado por cuestiones políticas -el tripartito paralizó mucho su desarrollo- y porque los propios profesionales y sus organizaciones de representación (Colegios de Medicos, Sociedades Científicas de AP) tampoco han promovido.

Para Serafín Romero, "toda este proceso dificulta la puesta en marcha de las EBA, lo cual contrasta con los resultados positivos de coste, asistenciales y relacionados con la satisfacción tanto de usuarios y profesionales".

Para Serafin Romero, la gestión clínica modelo EBA tiene ventajas y riesgos. "Estos últimos ?explicó- son especialmente los derivados del tema económico y de la regulación laboral porque el médico deja de ser estatutario (perdida de plaza en propiedad) para ser accionista de una empresa a efectos de poder tener personalidad jurídica propia", y también hay que tener en cuenta que hay que asumir el riesgo que supone asumir un contrato por cinco años sin saber si habrá renovación y que si un año va mal, y se gasta más de lo estipulado es la empresa la que a de asumir las pérdidas".

En cuanto a las ventajas, destacó "la capacidad del profesional de gestionar la cartera de servicios concertada, de poner en marcha otros servicios complementarios y, esencialmente, algo que valoran mucho los profesionales, que es el poder manejar la agenda o la determinación de a quien se contrata".

Sobre este último punto, puso como ejemplo especial la proporcion médico-enfermera que tienen las EBA y que no sigue el modelo clasico un medico un enfermero y donde el rol de estos profesionales sobrepasa el ámbito del cupo medico "puede haber un enfermero que se dedique a la atención domiciliaria de toda la población atendida y puede haber un enfermero que se dedique al control de crónicos".

De este modelo, también destacó el hecho de que los horarios no son rígidos, sino de mañana y tarde. Y, mientras que la asistencia para un Médico de Familia en el Sistema Público esté por debajo de 1.500 pacientes/médico, en este modelo la cifra es casi 2.000-2.200 pacientes/médico. "Esto conlleva ?afirmó- la posibilidad de generar ahorros que pueden ser reconducidos para mejorar en tecnología diagnóstica u otros servicios asistenciales, formacion de profesionales, etc.

La diferencia esencial desde el punto de vista profesional radica el asumir riesgos y mas autogestión en los EBA ante un sistema de menor riesgo, que mantiene la estabilidad laboral, pero acrecentando la participación profesional y asumiendo compromisos y responsabilidades en un marco definido como es el Acuerdo de Gestion.

El debate esta servido y reitero la dificultad de plantearlo en esta tesitura pero abogo por un amplio debate profesional que permita poner en valor las diferentes experiencias, fuera de debates ideológicos e interesados, con un componente básicamente profesional, basado en la necesidad de un ámbito publico común que mantenga la equidad, la universalidad y la solidaria que han sido norte de nuestro sistema permitiendo los mayores niveles de autogestión que nos lleven a una profesionalización de la gestión y a una despolitizacion progresiva de los ámbitos de tomas de decisiones.