

**DOCUMENTO COMB SOBRE PROPUESTAS DE MEJORA Y
CAMBIO PARA EL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS)**

Colegio de Médicos de Barcelona (COMB)

Marzo 2015

INTRODUCCIÓN

El actual Sistema Sanitario de Catalunya, tanto el público como el privado, es el resultado del esfuerzo que administraciones, ciudadanos y profesionales vienen haciendo desde hace generaciones.

La conformación de lo que se ha llamado Modelo Sanitario Catalán, se ha caracterizado por la colaboración entre Administraciones, la participación público-privado, la implicación de la sociedad civil y el impulso de los profesionales, así como cambios en la separación de las responsabilidades de provisión y de financiamiento, todos ellos han sido defensorios de un modelo de éxito.

Pero la evolución constante, las nuevas tecnologías y especialmente el impacto de la crisis, han sacado a flote deficiencias, muchas conocidas y bien descritas, que los crecimientos presupuestarios en los años posteriores a la crisis iban posponiendo año tras año.

Tenemos un sistema sanitario de alta calidad, con excelentes resultados, con un alto nivel técnico de los profesionales, con capacidad de innovación y muy bien valorado por los ciudadanos.

Pero los fundamentos no tienen la solidez que nos pensábamos, ya no tenemos ni probablemente tendremos crecimientos presupuestarios como los históricos, el sistema retributivo de los profesionales es de los más bajos de Europa (con especial incidencia en el médico joven), teniendo enormes dificultades para implementar los cambios, incluso aquellos que tienen consenso y todavía se arrastran errores conceptuales en la propia definición y estructuración de la planificación, financiamiento y provisión de servicios.

El Institut Català de la Salut (ICS), la empresa sanitaria más importante de Catalunya, no puede quedar al margen de los cambios. El acierto en la forma, será la garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público de Catalunya y su adaptación a los retos del futuro.

El COMB ha impulsado la elaboración de propuestas concretas para mejorar la organización y el funcionamiento del ICS, conscientes de nuestra responsabilidad con el Sistema Sanitario Público de Catalunya.

Para hacerlo, un grupo de líderes profesionales del ICS y de otras instituciones, con responsabilidades pasadas y actuales, y con el apoyo del COMB, han sintetizado en forma de propuestas concretas, los cambios que la profesión reclama.

MEDIDAS ORGANIZATIVAS - ELEMENTOS DE GESTIÓN

1. *Modernizar el ente corporativo.*

Es necesario que el ICS evolucione hacia una estructura de gestión más flexible, participativa y descentralizada. La corporación ha de utilizar todos los instrumentos que, aunque están previstos por ley, nunca se han desarrollado.

2. *Avanzar en el modelo de autonomía de gestión.*

L'ICS debería actuar como un auténtico grupo de empresas sanitarias descentralizadas con capacidad de tomar decisiones en el territorio, con agilidad y de repercusión inmediata en el conjunto del sistema. Es necesario avanzar en conceder entidad propia y autonomía de gestión a los diferentes ámbitos del ICS con una participación efectiva de los profesionales. El ICS, que en la mayor parte de casos es el proveedor más grande del territorio, ha de garantizar una mayor implicación en los objetivos de salud marcados en el ámbito territorial y de relación más directa con la aseguradora pública CatSalut.

3. *Dotar a los centros y territorios de entidad legal y gestión económica propia desde la óptica de Entidades Sanitarias Públicas.*

Es necesario dotar a los centros/territorios del ICS de capacidad legal para poder actuar con autonomía y poder llevar a cabo alianzas con otros proveedores. Han de tener capacidad de generar ingresos y de gestionarlos con autonomía y a la vez asumiendo el riesgo de esta gestión.

4. *Integrar diversos servicios.*

Se debe favorecer la innovación organizativa asistencial y fomentar la creación de dispositivos asistenciales *supra-servicio* de base territorial. De esta manera se puede superar la clásica visión de servicios médicos, por estructuras asistenciales transversales, complejas, multidisciplinarias y más dimensionadas, en las que el liderazgo es profesional, con capacidad de gestión propia y de desarrollo profesional de sus integrantes.

5. *Crear alianzas con el resto de proveedores del territorio.*

Esta acción permitirá ofrecer las mismas oportunidades a los profesionales que las integren y lo que es más importante, homogeneizar la cartera de servicios asistenciales para los diferentes ciudadanos del territorio, así como evitar duplicidades de dispositivos y mejorar la gestión de recursos.

6. *Crear alianzas supra-territoriales en determinadas áreas de terciarismo (guardias coordinadas o centros de super-especialización).*

7. *Participar en la gestión de recursos sociosanitarios.*

El ICS no tiene reconocida en la cartera de servicios la gestión de recursos sociosanitarios. La participación en esta línea de actividad por lo que respecta a los enfermos de mediana, larga estancia y de convalecencia se ha convertido en una realidad asistencial que sí pueden asumir otros proveedores. Es necesario posibilitar una negociación directa de los centros del ICS con los diferentes proveedores.

8. *Ordenar los flujos de pacientes y los recursos en función de los resultados obtenidos.*

Dicho de otra manera “lo hará quien lo haga mejor” con los mejores resultados de salud y con los menores costes. Utilizar la central de resultados y los sistemas de compra como herramientas de ordenación. Sin embargo, se debe evitar monopolios en la alta especialización, es decir, centros únicos de conocimiento en Catalunya. En definitiva, es necesario reconocer la gestión de los centros en base a resultados de salud y económicos.

PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Actualmente los profesionales no participan de una manera suficientemente activa y comprometida en los órganos de decisión del sistema sanitario, aunque se reconoce que su participación es indispensable tanto para la persistencia y mejora de un modelo sanitario equitativo y universal como para la recuperación de la satisfacción en el ejercicio de la profesión médica.

Se debe contemplar diferentes elementos de participación, que han de combinarse armónicamente en los centros de trabajo.

- ✓ Es necesario fomentar la cultura de los clínicos como responsables o co-responsables de la gestión de los recursos que utilizan para atender a los enfermos. Su participación, entendida como la gestión del propio trabajo, se debería hacer en el marco de las *Unidades asistenciales*. Estas unidades estarían englobadas en direcciones clínicas de base territorial con capacidad propia de gestión de recursos.
- ✓ Reconocimiento de la figura del “gestor clínico”. Se debe potenciar la ocupación de los cargos de responsabilidad directiva en los centros o territorios (director asistencial, director de equipo, etc.) para profesionales clínicos con prestigio, reconocimiento interno y capacidad de liderazgo facilitando el retorno a la asistencia cuando se desee (se debe prever facilitar al gestor clínico un tiempo de parcial dedicación para la asistencial).
- ✓ En el marco de sentimiento de pertenencia en el sistema sanitario público, se debe introducir mecanismos que reconozcan el valor profesional individual y del colectivo (equipo asistencial), y se valoren: productividad, resultados clínicos, eficiencia, producción científica, coordinación entre niveles asistenciales y capacidad de innovación organizativa o tecnológica, entre otros aspectos.
- ✓ Participación activa en gestión asistencial. Se debe fortalecer la participación de las juntas clínicas y convertir las juntas facultativas en órganos con papel activo en el asesoramiento y deliberación de las direcciones asistenciales. Sería deseable y muy conveniente promover capacidad de participación a los profesionales en la designación de los responsables asistenciales de los centros (propuesta de candidatos direcciones médica, docente, de investigación, comités de credenciales a la dirección de Equipos de Atención Primaria, etc.).
- ✓ Potenciación de grupos de excelencia en la práctica clínica. Es necesario dar a los profesionales la iniciativa para poner en marcha propuestas colaborativas de mejora en la práctica clínica como instrumento para evitar la variabilidad clínica innecesaria y para incentivar las alternativas asistenciales más seguras y eficientes.
- ✓ Aumentar la transparencia en la asignación de recursos y evaluación de resultados. Es necesario que los profesionales conozcan en detalle los Contratos Programa de todos los proveedores de la Sanidad Pública (SISCAT), empezando

por el de su institución. Muchos profesionales tienen la sensación que centros similares (proveedores de CatSalut) en estructura, actividad y complejidad tienen financiación muy diferentes.

- ✓ Mejorar el financiamiento de los centros del ICS. Es necesario que se elaboren los presupuestos de cada centro según el Contrato Programa y según la actividad y resultados asistenciales y de calidad del centro, y no siguiendo un presupuesto histórico, más o menos corregido cada año. Así mismo es necesario un tratamiento individualizado de los hospitales del ICS, teniendo en cuenta las características propias de cada uno (no ha de ser gestionados como un conjunto en que las diferencias de eficiencia entre ellos ni se visualicen adecuadamente ni se tengan en consideración en el momento de la asignación del presupuesto).
- ✓ Adecuar el plan de inversiones con la participación de los profesionales y de acuerdo con el volumen de facturación de cada centro. Se debe diferenciar la nueva inversión (prioridades del Plan de Salud) y las necesidades de reposición priorizando la seguridad clínica.
- ✓ Mejorar la gestión de los recursos humanos (RRHH) del ICS. Es necesario dotar a los profesionales de una estabilidad laboral, unas retribuciones justas y una expectativa profesional que recompense justamente su esfuerzo.
- ✓ Estabilización laboral. Se debe establecer un programa de contratos laborales estables para la plantilla no estatutaria del ICS. Se debería tender a unificar las modalidades contractuales existentes. La distinción entre eventuales, interinos y estatuarios, con las peculiaridades de cada una, crea grandes diferencias entre profesionales que hacen el mismo trabajo se penalicen a los médicos más jóvenes.
- ✓ Cambios en el sistema retributivo. El sistema retributivo actual de los facultativos del ICS es uno de los elementos que más inequidad e insatisfacción genera en el colectivo médico. Se deben alcanzar niveles retributivos equiparables entre todos los profesionales de la organización, independientemente de si son estatuarios o no, o si tienen plaza fija o temporal. Es imprescindible replantear el concepto retributivo de “jornada completa” ya que crea diferencias retributivas muy importantes entre médicos en situación laboral similar y, además, organizativamente, no aporta valor añadido.
- ✓ Mejora de los mecanismos de selección de RRHH. Son necesarias nuevas herramientas de gestión para la selección de profesionales y en lo que respecta a los médicos una participación muy activa de los clínicos al estilo de los Comités de Credenciales de otros centros del SISCAT.
- ✓ Equidad en las plantillas. Se deben implementar los mismos índices de profesionales y estructuras asistenciales para todos los centros/territorios de la red sanitaria pública (proveedores del CatSalut) siempre supeditados a las necesidades asistenciales.

- ✓ Definición específica de lugares de trabajo incorporando los conceptos profesionales como son especialidad, ACE, formación continuada acreditada y huyendo de los aspectos burocráticos no asistenciales.
- ✓ Reconocimiento de la eficiencia. Se ha de hacer visible a los profesionales el reconocimiento para las mejoras de gestión que se alcanzan. El reconocimiento más valorado es el profesional, pero el ahorro conseguido con buenos resultados asistenciales, ha de retornar en parte, al equipo de profesionales que podrá decidir con autonomía y rendimiento de cuentas su aplicación. Por ejemplo, se puede destinar a planes de formación del personal implicado, a la compra o mejora de los equipamientos que han hecho posible el alcance de los objetivos.
- ✓ Acceso a la Carrera Profesional (CP). El acceso a la CP es mucho más difícil para los facultativos del ICS, ya que está condicionada a la “plaza en propiedad”. Se ha de equiparar la condición de acceso a la CP del resto del sistema sanitario público fomentando el sistema de contratación laboral indefinido.

Por otra parte, la participación, entendida como la gestión del propio trabajo, se debería de hacer en el marco de las **UNIDADES ASISTENCIALES (UA)**, denominación genérica de las unidades de trabajo que reciben, tradicionalmente, diferentes nombres según el ámbito donde se desarrolla el trabajo de los médicos, como bien:

- ✓ Servicios, en los hospitales
- ✓ Equipos de Atención Primaria (EAP), en la atención primaria (AP)
- ✓ Centros sociosanitarios
- ✓ Centros de salud mental
- ✓ Institutos, los servicios que se ocupan de manera preferente de la atención de los enfermos con una patología de un órgano o sistema, que son la suma de servicios cercanos
- ✓ Área Clínica o Departamento, servicios medicoquirúrgicos de la misma especialidad
- ✓ Unidades funcionales pluridisciplinarias, responsables de la atención de una enfermedad compleja o de procesos crónicos

Estas UA han de estar dirigidas por un responsable que aglutine y coordine el trabajo de sus miembros y que favorezca la colaboración con otros centros y niveles asistenciales.

Las UA son equipos humanos, más o menos numerosos, responsables de llevar a cabo determinados procesos asistenciales en el marco de una institución y que necesitan:

- ✓ Autonomía
- ✓ Capacidad para coordinarse con el resto de equipos y con otros equipos de diferentes centros y niveles asistenciales.

- ✓ Un liderazgo potente capaz de compartir/fijar los objetivos y conseguirlos y mantener la cohesión del grupo

Les UA han de tener las siguientes características:

1. Capacidad para que los miembros del equipo puedan definir los objetivos, en el marco general del centro y posteriormente acordar con la dirección los objetivos y velar por su cumplimiento
2. Disponer de un presupuesto propio en función de los objetivos que se deben cumplir
3. Compromiso de rendir cuentas con periodicidad de los resultados conseguidos
4. Participar en plan de inversiones, decidir el plan de reposición según recursos y participar en nuevas inversiones de acuerdo con las prioridades del Centro, el territorio y bajo los criterios del Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.
5. La Unidad Asistencial ha de participar en la elaboración y cumplimiento de los objetivos con una retribución complementaria, que sea significativa porcentualmente sobre el total de la retribución, para todos los miembros del equipo y que comporte la existencia de corresponsabilizarían por partes de todos ellos (riesgo compartido).
6. Los equipos han de ser multidisciplinares y han de elaborar conjuntamente las normas organizativas internas. Se ha de tender a que las decisiones de carácter organizativo relacionadas con cómo se debe hacer el trabajo, y que afecten a toda la unidad, se tomen, según responsabilidades, con el máximo consenso posible.
7. Cada equipo ha de estar liderado por un profesional con conocimientos de herramientas de gestión y capacidad negociadora y competencia profesional probadas.
8. Ha de existir una normativa interna (protocolo de funcionamiento, según criterios de la Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias 2003), elaborada por los diferentes profesionales del equipo, que facilite la resolución de los conflictos internos.
9. Las Unidades Asistenciales han de tener un apoyo administrativo e informático suficiente para poder realizar adecuadamente su gestión. Se debe establecer los mecanismos de evaluación de resultados y aplicarlos en un proceso constante.
10. La participación de los profesionales en el nuevo modelo de Unidades Asistenciales ha de ser voluntaria.

EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA PRIMARIA

1. El Equipo de Atención Primaria (EAP) es la estructura de gestión más cercana al territorio y por lo tanto la herramienta más importante de gestión de la organización. No los deberíamos de entender como unidades cerradas ni excluyentes. Unos equipos potentes, conocedores del territorio y con interlocución directa y capacidad de relación con las administraciones locales y otros proveedores sanitarios posicionan de manera clave la AP. Facilitan la coordinación con los dispositivos de atención social y la comunidad y permite desarrollar la promoción y prevención de la salud. La tendencia recentralizadora y la creación de unidad de gestión por encima de los equipos aleja la participación profesional. Las supraestructuras de gestión al equipo han de ser elementos facilitadores de la actividad de los equipos, y en ningún caso limitadoras y fiscalizadoras de su actividad.
2. Las personas que traban en el EAP son el principal capital. Por lo tanto los equipos han de poder tener las herramientas necesarias y posibles para escoger a los profesionales que más se adapten a las necesidades. Es necesaria la participación profesional en los sistemas de contratación (comité de credenciales). La autonomía profesional, la autoexigencia, el compromiso social, el reconocimiento de la excelencia son valores profesionales. La implicación de los médicos en la gestión de su centro de trabajo ha de comportar más autonomía en su trabajo y mayor reconocimiento, ligado a la mejora retributiva todo junto favorecería más la voluntad de participación.
3. El médico de AP es un profesional sanitario muy bien valorado por los pacientes, pero no tanto por la organización y administración. Necesitamos que en la administración haya profesionales con amplio conocimiento de la AP, que quieran, valoren y potencien la AP.
4. La centralización de decisiones, la burocracia y la falta de flexibilidad organizativa va en contra de la correponsabilización y autonomía profesional.
5. La gestión del propio trabajo se debería hacer en el marco de los EAP, que han de poder acordar con la dirección los objetivos asistenciales, docentes, de investigación y emprendedoría, disponer de un presupuesto propio y adecuado en función de los objetivos a alcanzar, poder definir los incentivos profesionales y rendir cuentas de los resultados.
6. Los EAP han de ser multidisciplinarios y organizarse teniendo en cuenta las responsabilidades profesionales.
7. La participación de los médicos será efectiva a todos los niveles, y no solamente a nivel clínico: la elaboración del plan de inversiones, la coordinación entre niveles asistenciales, la decisión de los criterios de la lista de espera y su gestión. Las decisiones estratégicas de las organizaciones se han de tomar teniendo en cuenta los criterios profesionales.

8. La participación en la gestión ha de ser voluntaria y proporcional al grado de responsabilidad en la asunción de riesgos. El médico se sentirá más involucrado cuanto más cercana sea la toma de decisiones, y todavía más si puede participar. La gestión desde mandos alejados de los centros y de los profesionales dificulta la toma de decisiones.
9. La tendencia a la uniformización limita las potencialidades de crecimiento y de mejora de los equipos. Dentro de unos objetivos comunes de salud marcado por la autoridad sanitaria los equipos han de poder cumplirlos con sus herramientas y potencialidades. El tratamiento uniforme diluye los liderazgos y es desincentivador.
10. Los médicos han de tener voz y voto en la selección de las direcciones de los EAP. El nombramiento lo hace el órgano de gobierno pertinente valorando y escuchando la propuesta de los profesionales. El papel del director del equipo es clave. La figura del director del EAP ha de ser cercana, con capacidad de liderazgo, capaz de gestionar, conducir equipos de personas, con empatía y habilidad para estimular y exigir si conviene. Debe tener prestigio profesional, pero sobre todo condiciones de liderazgo.
11. La estructura empresarial del ICS debería garantizar: el mantenimiento adecuada de los centros de salud, la mejora tecnológica, el desarrollo de las herramientas informáticas adecuadas para que los profesionales realicen su trabajo, facilitar la formación continuada de los profesionales, apoyar la investigación, facilitar el intercambio de experiencias, favorecer la cultura de la seguridad clínica y dotar de herramientas de gestión a los equipos.
12. Los EAP han de poder tener autonomía presupuestaria en base al contrato de salud del CatSalut para alcanzar los objetivos marcados. El presupuesto de cada centro ha de estar basado en la necesidad real en términos de salud del territorio. Se debe conocer y disponer del contrato en el inicio del año. Los equipos han de poder tener margen de gestión del propio presupuesto y dedicar los recursos a la provisión de los servicios y a las necesidades del propio equipo para llevar a cabo la actividad. La buena gestión del presupuesto ha de poder revertir en el propio equipo.
13. La autonomía real de los equipos ha de facilitar los liderazgos y generar autoestima e ilusión, favorecer retribuciones variables, poder retribuir mejor a quien más y mejor trabaja y poder seleccionar a los profesionales.
14. Es necesario ir a un modelo donde se dote a los EAP de entidad jurídica propia, los EAPs deberían tener capacidad de contratación de proveedores tanto de pruebas complementarias como de especialización hospitalaria para poder mejorar su capacidad resolutoria. Solo con equipos fuertes y bien relacionados con el territorio podremos incrementar el liderazgo de la AP.

15. Los EAPs que de forma voluntaria y mayoritaria decidan avanzar hacia la autogestión a través de sociedades profesionales, con el acuerdo del CatSalut y del ICS han de poder acceder mediante mecanismos contractuales de reserva de gestión y el correspondiente concurso público.
16. El ICS ofrece una estabilidad laboral a los profesionales muy bien valorada por los médicos. Esta estabilidad va asociada a seguridad, poco o ningún riesgo y escasa autonomía. Pero algunos profesionales tienen capacitación, liderazgo y voluntad de asumir mayores cuotas de riesgo y de autonomía, incluso en la participación accionarial de las nuevas entidades.
17. La proximidad del médico de AP con los pacientes nos convierte en elementos claves para poder promover y evaluar nuevos modelos de participación de los pacientes.

EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Debemos ir hacia un modelo donde se dote a los Hospitales de entidad propia y capacidad de decisión real y que puedan gestionar de forma autónoma sus propios recursos y definir sus propias estrategias en la colaboración con el resto de proveedores del territorio.

Seguidamente hacemos unas consideraciones sobre los elementos de participación y dirección del Hospital que afectan directamente a los médicos.

Junta clínica

- Las Juntas clínicas pueden ser un buen instrumento de participación a condición de que los directivos creen en ellas, y los profesionales estén dispuestos a participar activamente.
- Hoy por hoy las Juntas no se renuevan de forma regular.
- La Junta clínica debería tener, además de una función asesora y consultiva de la dirección, una función decisoria en los grandes temas de la política del centro: el plan de necesidades, los planes de formación, la organización asistencial, los planes de calidad, las nuevas acciones, etc., así como también ser un foro de debate sobre el proyecto asistencial del centro y de la valoración de su funcionamiento.
- Un órgano de comunicación debería facilitar también la relación entre las Juntas clínicas y los profesionales que les han votado. Los acuerdos de las reuniones de la Junta han de ser accesibles a todos los trabajadores lo más pronto posible, después de la celebración de las reuniones.

Junta facultativa

La mayoría de las Juntas Facultativas están formadas por todos los Responsables de Servicios hospitalarios y también por los miembros de la Junta Clínica. Eso hace que el grupo sea demasiado numeroso para ser realmente operativo y útil en el cumplimiento de sus funciones.

Por su composición actual, la FJ se ha convertido en un órgano receptor de información y esta es su principal utilidad ya que del resto de las funciones, recogidas en los Órganos de Representación del ICS, prácticamente no hace ninguna.

Funciones

Su principal misión es velar por la calidad de la asistencia médica prestada en el hospital, así como participar y asesorar a la Dirección Médica en lo que respecta a planificación, organización y gestión de la asistencia clínica, promoviendo el desarrollo de las funciones docente e investigadora.

- ✓ Proponer el nombramiento del Director Médico del Hospital
- ✓ Conocer el contrato-programa, antes de que sea formalizado por la Dirección Gerencia
- ✓ Conocer el presupuesto asignado anualmente
- ✓ Conocer, informar y, si es necesario, proponer modificaciones de la composición cuantitativa y cualitativa de las plantillas del personal facultativo del Hospital
- ✓ Conocer, informar y aprobar modificaciones de la distribución y ordenación interna de los recursos asistenciales
- ✓ Conocer, informar y, si es necesario, proponer modificaciones de la infraestructura física del área asistencial del Hospital
- ✓ Evaluar e informar sobre el grado de cumplimiento de objetivos de las Unidades Asistenciales y los facultativos y aprobar la distribución de los incentivos
- ✓ Elaborar el programa de formación para el personal facultativo
- ✓ Designar representantes cualificados para evaluar la acreditación profesional del personal facultativo

El contenido de las reuniones de la JF ha de ser accesible a todos los trabajadores lo más pronto posible, después de la celebración de las reuniones. Los asistentes a la JF deberían ser los elementos comunicadores encargados de difundir los acuerdos de las reuniones.

Dirección Médica (DM)¹

A pesar de que el médico es la figura central del sistema asistencia, ya que es quien dispone de los conocimientos y habilidades que permiten dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población, en los hospitales su papel ha quedado

¹ Documento del Consejo de la Profesión

relegado, en muchos casos, al de técnico cualificado adjunto al gerente, con un mismo enfoque de gestión que el gerente y con poco peso, en la política y en la gobernanza del centro. Esta situación muchas veces comporta fricciones internas con los cuadros directivos y un grado notable de frustración e insatisfacción de los médicos.

La necesidad de un cambio de este estado de cosas que facilite a los médicos de hospital la recuperación de influencia en los centros de trabajo, la mejora del grado de autonomía profesional y el aumento de su compromiso con la institución se consideró urgente en el Congreso de la Profesión del COMB 2008, para hacer real que la participación efectiva de los médicos en la toma de decisiones de los centros sanitarios es la vía que permitiría mejorar mucho la eficiencia de la actividad profesional y a la vez aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.

Una de las iniciativas que permitiría la participación efectiva de los médicos en la gobernanza de las instituciones sería su intervención en el nombramiento del Director Médico, a la vez que la definición de un nuevo papel para este cargo directivo.

El DM es, junto con el Gerente, la máxima autoridad del hospital y es el máximo responsable de la asistencia clínica. Por eso algunos proponen sustituir el término de DM por el de Director asistencial, ya que también debería ser director del resto del personal que interviene en la asistencia.

Ha de colaborar estrechamente con el Gerente, que es el responsable de los aspectos económicos de la institución, y estar al mismo nivel de categoría que este, supeditados los dos al Director Territorial.

Las funciones del DM

- I. Definir las líneas asistenciales del hospital tanto en lo que hace referencia a la organización del dispositivo asistencial como a la planificación del futuro.
- II. Establecer los objetivos anuales tanto en la vertiente asistencial, como en las de docencia e investigación.
- III. Acompañar al Director Territorial en la negociación con la Dirección del ICS y del CatSalut en lo que se refiere al establecimiento de los objetivos asistenciales así como la negociación específica de la actividad a desarrollar en el centro.
- IV. Velar para que hayan recursos necesarios para una asistencia de calidad y un nivel competencial suficiente de personal.
- V. Llevar la iniciativa en la contratación de nuevo personal liderando la Comisión de Credenciales y en la evaluación periódica de los profesionales, especialmente de los cargos de mando.
- VI. Facilitar la comunicación entre los diferentes servicios y unidades para asegurar una buena coordinación entre ellos, así como analizar demandas y peticiones de cada servicio y grupos de trabajo para asegurar un hospital cohesionado y equilibrado.
- VII. Facilitar la comunicación y colaboración del centro con otros centros y niveles asistenciales.

- VIII. Dirigir una política de recursos humanos que evite en la medida de lo posible frustraciones y disfunciones, y potencie las cualidades de los profesionales a su cargo. Por eso es necesario facilitarles los medios adecuados para hacer bien su trabajo, ofrecer una buena información sobre las decisiones que se toma y sus fundamentos, dar el reconocimiento que corresponda a los que se hagan merecedores e introducir elementos de motivación personal. Coordinar las relaciones entre diferentes profesionales sanitarios de la institución.
- IX. Asegurar que la institución tiene una buena política de seguridad en el trabajo.

La designación del DM la debería hacer la dirección General a propuesta de una terna presentada por la Junta Facultativa (pueden existir diferentes alternativas...).

El DM debería reunir una serie de cualidades que hagan pensar que podrá cumplir satisfactoriamente con las funciones propias del cargo. A continuación se incluye un listado de cualidades, en el bien entendido que no se puede esperar que los candidatos las tengas todas en su máximo grado.

- a) Conocimiento del centro. Idealmente debería ser un médico de la misma institución, que ya haya ejercido funciones de mando, como responsable de servicio o de sección, cargos que llevan implícita una capacidad asistencial y de gestión.
- b) Prestigio profesional. El DM ha de ser un médico reconocido por sus compañeros como un buen médico, y que haya tenido una experiencia asistencial prolongada.
- c) Capacidad de liderar grupos humanos. La experiencia previa en un cargo de mando permite juzgar si los candidatos a la plaza de DM tienen capacidad para estimular, motivar y aglutinar grupos de profesionales y generar confianza.

La duración del cargo debería ser de tres/cuatro años, un periodo suficiente para permitir al que quiera reintegrarse en la actividad clínica pueda hacerlo sin tener que alejarse demasiado de la actividad asistencial. Los que por razones personales quieren dedicarse más tiempo podrán ser reelegidos una vez por la Junta de Facultativos después de haber de evaluar positivamente el trabajo que haya hechos durante su mandato.

La experiencia actual con el DM nos permite tener criterios de qué aspectos de la organización no se deben de repetir, porque ya sabemos que no funcionan:

1. Que el gerente nombre al DM sin someter esta decisión a ningún sector profesional del centro.
2. Que el DM no tenga una experiencia como médico asistencial destacado.
3. Que no se hayan tenido en cuenta aspectos caracterológicos de los candidatos a DM que impidan cumplir bien con su función.

Comisiones clínicas

Las Comisiones Clínicas son órganos asesores del consejo de dirección. Se pueden destacar las siguientes: de calidad clínica, de docencia y formación continuada, de credenciales, de farmacia, de mortalidad, de infecciones, de urgencias, comité ético de investigación clínica (CEIC), comité de ética asistencial (CEA). El número de comisiones deberá adaptarse a las características y necesidades de cada centro y a la normativa requerimientos de acreditación aplicables.

CONSIDERACIONES FINALES

Finalmente, querríamos resaltar los principales cambios que se han producido para mejorar la participación de los profesionales:

Límites de la participación directa de los profesionales

1. *Reticencia o dificultar de los responsables gestores en ceder la gestión del presupuesto a cada unidad asistencial.*

La gestión del presupuesto es indispensable en un modelo participativo que comprometa a todos los médicos de cada unidad asistencial. Si no se aplica el concepto de riesgo compartido, la participación de los facultativos será solamente aparente y no se podrá motivar suficientemente a los médicos.

2. *Falta de predisposición del médico a asumir riesgos*

En el contexto actual de disminuciones retributivas de los últimos cuatro años, los médicos deberían poder recuperar y mejorar la capacidad adquisitiva del año 2010.

Una vez adecuadas las retribuciones normalizando las pagas extras y otras retribuciones, es necesaria la introducción gradual, en cada institución, del principio de autonomía en las unidades asistenciales que debería permitir comprobar cómo mejoran en satisfacción personal y en retribución aquellos profesionales que se incorporan en el nuevo modelo organizativo relacionado con la evaluación de resultados.

3. *Pocos médicos con espíritu de liderazgo*

Es probable que determinados estilos de dirección, o también los cambios de prioridades que se han producido en nuestra sociedad y en el sistema sanitario en los últimos años, comporten la dificultad de encontrar profesionales con voluntad de comprometerse en un modelo nuevo, del que no hay referentes.

La implementación progresiva de los cambios debería permitir fomentar la aparición de facultativos capacitados a los que se facilitarán los instrumentos necesarios para poder ejercer la función de liderazgo y gestión clínica.

La introducción de un sistema de desarrollo profesional, que complemente los sistemas de incentivos actuales, y la modificación de la carrera profesional, que ha perdido la capacidad de motivación por la manera como se ha aplicado en muchos centros, facilitaría el proceso de selección de los líderes naturales con capacidad de ejercer el papel de jefes de las unidades asistenciales. Recomendamos revisar el trabajo hecho en el documento sobre *grupo de trabajo de mejora de carrera profesional* de febrero de 2014.

4. *Poco estímulo por la cultura de trabajo en equipo y de coordinación entre diferentes niveles asistenciales y centros ajenos.*

5. *Inercia de las instituciones a mantener el "statu quo".*

Esta propuesta de participación real de los médicos en la gestión implica un cambio conceptual y organizativo, ya que la aproximación de los equipos de dirección y los profesionales asistenciales hará innecesarias las potentes áreas administrativas que se han ido creando para hacer una función de intermediación. Con el acortamiento de la distancia entre gestores y médicos asistenciales parte del personal de estas áreas administrativas podrá ser resituado en las unidades asistenciales.

6. *Desconfianza histórica entre médicos y directivos (gestores)*

Es indispensable la superación de la desconfianza mutua entre médicos asistenciales y directivos. La participación de los médicos en la gestión y el compromiso con la institución exige un clima de buena relación y de confianza entre los equipos directivos y los médicos clínicos y, a la vez, un cambio en la mentalidad en las dos partes. Es necesario conocer el papel del otro en un contexto de respeto y profesionalidad.

Los profesionales asistenciales han de aceptar que su participación en la toma de decisión exige asumir compromisos y riesgos, y los gestores han de exigir implicación de los profesionales pero les han de delegar, sin ambigüedades ni reticencias, con responsabilidades y capacidad de decisión. Para conseguir este objetivo es indispensable desarrollar canales que faciliten la circulación de la información pertinente entre equipos directivos y profesionales y voluntad de las dos partes de empezar a hablar.