

LA PARTICIPACIÓ DELS METGES EN LA GESTIÓ DELS CENTRES SANITARIS

Comissió de l'Ordenació de la Professi6 Mèdica

(Document aprovat en el Ple del Consell de la Professi6 Mèdica de Catalunya, de 2 d'octubre de 2007)

Membres de la Comissió de treball competent en aspectes relatius a l'Ordenaci6 de la Professi6 Mèdica del CPMC:

Miquel Bruguera Cortada (president), Sebastià Barranco Tomas (vicepresident), Mateu Huguet Recasens (secretari), M. Luisa de la Puente i Martorell (Departament de Salut), Miguel Àngel Berruezo Naval (MC), Eudald Bonet Bonet (COMG), Francisco del Baño López (UGT), Xavier Corbella Virós (UCH), Josep Espinasa Rifà (CAMFIC), M. Teresa Estrach Panella (UB), Eduard Jaurieta Mas (ICS), Albert Jovell Fernández (FBJL), Núria Martínez León (COMB), Ma. Àngels Martos Rodríguez (COMB), Xavier Mate Garcia (CHC), Vicenç Jaume Mestre Saura (MC), Antoni Roca Tutusaus (ACES), Xavier Rodamilans de la O. (COMLL), Javier Sobrino Martínez (CCOO), Josep M. Solé Poblet (COMT), Gustavo Andrés Tolchinsky Wiesen (MIR) Olinda Anía Lafuente (IES).



Índex

Pàg.

| | |
|---------|---|
| 2 | Introducció |
| 3 | Participació directa |
| 3 | Les unitats assistencials |
| 3 | Característiques essencials de les unitats assistencials |
| 3 i 4 | Els / les caps de les unitats assistencials |
| 5 | Superació de les limitacions previsibles en la introducció de les unitats assistencials |
| 6 i 7 | El director assistencial |
| 7 | Representació |
| 8 | La junta professional |
| 9 | El comitè de delegats (o de representants) mèdics |
| 9 | Consulta |
| 10 | Els comitès tècnics |
| 10 | Les comissions clíniques |
| 10 | Informació |
| 11 i 12 | Recomanacions |

Introducció

És de constatació general que un dels problemes més grans del sistema sanitari públic del nostre país és la insatisfacció dels professionals, que contrasta amb els resultats de les enquestes d'opinió, que consideren la medicina com la professió més valorada.

La insatisfacció dels metges, que ha conduït a una vaga en el sector públic fa poc més d'un any (primavera 2006), no s'ha reduït amb les mesures adoptades -com la millora retributiva, especialment per l'atenció continuada, la universalització de la carrera professional i l'estabilització dels llocs de treball-. Més aviat, la frustració generada per la manera com han de fer la feina s'estén també entre els metges més joves.

Són diverses les causes d'aquesta insatisfacció, però la majoria es poden resumir en dues, de molt generals: manca d'autonomia per gestionar el propi treball i manca d'estímul i de reconeixement professional.

Els metges que treballen en el sector públic constaten que la distància entre els equips directius i els professionals assistencials és, de forma general, molt gran i no sempre pot ser superada per les estructures previstes en l'actual ordenament del nostre sistema sanitari per vehicular les demandes i les propostes dels sanitaris als òrgans de govern de les institucions.

És decebedor, per a molts metges, comprovar com augmenta el nombre i la dotació de les unitats de suport i els càrrecs que ostenten una autoritat delegada en les seves institucions i no creixen en la mateixa mesura els recursos que disposen els metges.

En aquest document, ens proposem examinar com pot millorar la satisfacció dels metges del sistema sanitari públic i, alhora, l'eficiència del sistema per la via de millorar la seva qualitat, i aconseguir, també, un grau més alt de satisfacció dels malalts. L'hem titulat la *Participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris* perquè entenem que ara no hi participen d'una manera suficientment activa i compromesa, tot i que la seva participació és indispensable per la persistència d'un model sanitari equitatiu i universal i per recuperar la satisfacció en l'exercici de la professió mèdica. En un segon document examinarem les vies de participació dels metges en el govern i en la direcció de les institucions sanitàries i les seves relacions amb els governs territorials de salut i es faran les recomanacions pertinents.

Aquesta participació tindrà com a conseqüència el canvi, tant conceptual com organitzatiu, i facilitarà la recuperació de la professionalitat entesa com:

- 1- La potestat de gestionar el treball coordinat de manera autònoma, amb el dels altres col·legues, amb la finalitat de satisfer amb eficàcia els objectius de la institució
- 2- La capacitat d'ordenar la demanda assistencial
- 3- L'assumpció de responsabilitats i riscos
- 4- El dret a un desenvolupament professional, amb retribucions en funció de la quantitat i qualitat del seu treball

S'han de contemplar diferents elements, que han de combinar-se harmònicament en els centres de treball:

- Participació directa
- Representació
- Consulta
- Informació

Participació directa

La participació, entesa com la gestió del propi treball, s'hauria de fer en el marc de les *unitats assistencials*, denominació genèrica de les unitats de treball que reben, tradicionalment, diferents denominacions segons l'àmbit on es desenvolupa el treball del metge, com ara: serveis, en els hospitals, equips, en l'atenció primària o centres sociosanitaris i de salut mental, que han d'estar dirigides per un cap que aglutini i coordini el treball dels seus membres.

Les unitats assistencials

L'espai natural de participació dels metges en les preses de decisió del seu centre de treball és la unitat bàsica assistencial en la que estigui enquadrat, ja sigui en els equips d'atenció primària, les unitats o serveis dels centres sociosanitaris, i en els hospitals, els serveis que s'ocupen de manera preferent de l'atenció dels malalts amb patologia d'un òrgan o sistema, o els instituts, que són la suma de serveis pròxims -per exemple, els serveis medicoquirúrgics de la mateixa especialitat, que en alguns centres reben la denominació d'àrea clínica o de departament, i les unitats funcionals pluridisciplinàries, responsables de l'atenció d'una malaltia complexa o de processos crònics-. Aquestes unitats són equips humans, més grans o més petits, responsables de dur a terme determinats processos assistencials en el marc d'una institució i que necessiten, d'una banda, autonomia per aconseguir bons resultats, amb coordinació amb la resta d'equips, però també amb capacitat d'organitzar-se per donar resposta a cadascun dels problemes que hagi de resoldre; i, per altra banda, un liderat potent capaç de fixar els objectius i mantenir la cohesió del grup.

Característiques essencials de les unitats assistencials

Cadascuna de les unitats assistencials han de tenir com a objectiu essencial dotar d'instruments als metges que fan assistència, per intervenir autònomament en la gestió del treball. Per aquesta raó han de tenir les següents característiques:

- 1- Acordar amb la direcció els objectius i vetllar pel seu compliment
- 2- Disposar d'un pressupost propi en funció dels objectius que s'han d'acomplir

3- Retre comptes amb periodicitat dels resultats aconseguits

4- El compliment dels objectius ha d'anar associat a una retribució complementària, que sigui significativa percentualment sobre el total de la retribució, per tots els membres de l'equip, de manera que pugui haver una corresponsabilització de tots els membres (risc compartit). El no compliment ha de comportar la no percepció d'aquest complement

5- Els equips han de ser multidisciplinaris (diferents professions sanitàries) i han d'elaborar conjuntament les normes organitzatives internes. S'ha de tendir a què les decisions de caràcter organitzatiu relacionades amb com s'ha de fer la feina, i que afecten tota la unitat, es prenguin per consens

6- Les unitats assistencials han de tenir un suport administratiu suficient perquè la feina de gestió no interfereixi en les funcions més tècniques i professionals

7- Cada equip ha d'estar liderat per un professional amb competència provada, coneixements d'eines de gestió i capacitat negociadora

8- Ha d'existir una normativa interna que faciliti la resolució dels conflictes interns que es puguin produir entre els seus membres

Els caps de les unitats assistencials

Els caps d'unitat assistencial (ja siguin caps de servei hospitalari, directors d'EAP o directors de centre sociosanitari) tenen una importància cabdal en qualsevol centre sanitari perquè són la interfase entre els equips de direcció i els professionals. Cada hospital o servei d'atenció primària ha de determinar el nombre d'unitats assistencials que necessita, ja sigui en la forma de serveis d'especialitat tradicionals o d'agrupació de serveis en forma d'instituts o d'àrees clíniques, o com unitats funcionals de caràcter més transversal les quals agrupen professionals de diferents especialitats per ocupar-se d'un sol procés clínic d'alta complexitat. Aquesta funció de fer d'enllaç determina moltes de les característiques que han de reunir els caps d'aquestes unitats. El càrrec de cap d'aquest equip ha d'estar ben remunerat i podria comportar privilegis professionals, però ha de ser de durada limitada, tot i que renovable, i sotmès a avaluacions periòdiques.

Condicions generals

Ha de ser una persona capaç de gestionar i, sobretot, amb capacitat de liderat; és a dir, amb capacitat de conduir equips humans, amb sentit de la negociació i del pacte, amb empatia i habilitat per estimular i també per exigir. Idealment, un cap d'equip ha de tenir prestigi professional, però hauria de prevaler les seves condicions de líder sobre les seves competències tècniques o d'investigador pel seu nomenament.

Funcions

- 1- Elaborar un pla estratègic anual i bianual
- 2- Vetllar pel compliment de les polítiques i els objectius de la institució referents a l'assistència dels malalts de la seva especialitat
- 3- Organitzar el treball dels professionals adscrits a la unitat i garantir una distribució del treball al més homogenia possible
- 4- Garantir l'eficiència de la unitat
- 5- Vetllar per la qualitat assistencial, docent i de recerca
- 6- Elaborar i gestionar el pressupost
- 7- Impulsar la formació continuada dels professionals
- 8- Mantenir un clima cordial i de confiança entre els membres de la unitat
- 9- Representar la unitat en els òrgans de participació dels professionals i davant la direcció assistencial
- 10- Dirigir les reunions periòdiques amb tot l'equip de la unitat

11- Tractar d'aconseguir, per part de tots els membres de l'equip, espais de desenvolupament i de projecció professional

12- Fixar les línies de cooperació amb els altres nivells assistencials (unitats hospitalàries, equips d'atenció primària i centres sociosanitaris) per tal de garantir la continuïtat assistencial

Nomenament

Els caps d'unitat assistencial han de ser nomenats per l'equip de direcció, prèvia selecció per la comissió de contractació o de credencials, entre els diferents candidats al càrrec, i amb la valoració de l'opinió dels facultatius de la unitat.

El càrrec no hauria de ser vitalici, sinó que hauria de ser renovat amb la periodicitat que fixi el reglament del centre sanitari, si supera les avaluacions que s'estableixin. La pèrdua del càrrec de comandament no s'ha de veure com una degradació, sinó que s'ha d'interpretar com una nova etapa, tot i que s'hauran de trobar les fórmules perquè la pèrdua dels càrrecs no es vegi com un fracàs professional ni comporti una penalització econòmica.

S'hauran d'establir mecanismes per una renovació gradual dels càrrecs vitalicis, obtinguts per procediments que valoraven, de manera principal, els mèrits acadèmics i no la capacitat de liderat i de gestió de grups humans.

Per a aquesta tasca cal la decisió de les direccions i la complicitat dels òrgans de govern, l'Administració i els professionals per aconseguir de la forma més ràpida i menys traumàtica el recanvi dels perfils.

Aquest procediment per al nomenament dels caps de les unitats assistencials anul·la, per tant, els procediments utilitzats anteriorment per a la provisió de les places de caps de servei o d'equip d'atenció primària, com ara els concursos de mèrits, en els que habitualment es valoren més els mèrits acadèmics o la veterania, que no pas les habilitats en gestió i la capacitat d'organització

Superació de les limitacions previsibles en la introducció de les unitats assistencials

1- Reticència o dificultat dels gestors en cedir la gestió del pressupost a cada unitat assistencial

La gestió del pressupost és indispensable en un model participatiu que comprometi tots els metges de la unitat assistencial. Si no s'aplica el concepte de risc compartit, la participació serà només aparent i no es podrà exercir la tasca positiva de motivar els metges que han deixat d'estar-ne.

2- Falta de predisposició del metge a assumir riscos

Molts metges poden preferir lluitar per augments retributius universals, tot i que aquesta política sempre tindrà límits perquè és impensable un creixement econòmic il·limitat.

La introducció gradual, en cada institució, del principi d'autonomia a les unitats assistencials permetrà a tots comprovar com milloren en satisfacció i en retribució aquells que s'han incorporat al nou model organitzatiu.

3- Pocs metges amb esperit de liderat

És probable que determinats estils de direcció, o també els canvis de prioritats que s'han produït en la nostra societat en els darrers anys, comportin ara la dificultat de trobar gent amb voluntat de comprometre's en un model nou, del que no tenen referents.

La implementació progressiva dels canvis hauria de permetre fomentar l'aparició de gent capacitada als quals es podran facilitar els instruments necessaris per poder exercir la funció de cap d'unitat.

La introducció d'un sistema de desenvolupament professional, que complementi els sistemes d'incentivació actuals, i la modificació de la carrera professional, que ha perdut la capacitat de motivació per la manera com s'ha aplicat en molts centres, facilitaria el procés de selecció dels líders naturals amb capacitat d'exercir el paper de caps de les unitats assistencials.

4- Poca cultura del treball en equip i del sentiment d'empresa

És indispensable la creació d'una cultura d'empresa que fomenti el sentiment de pertinença i estimuli el compromís de tots els professionals amb la institució a la que pertanyen.

Una cultura corporativa o d'empresa exigeix l'eliminació d'un sistema de retribucions basat en criteris que la majoria dels professionals considera injusts. Sembla obvi que el salari hauria d'incloure, a més a més d'una part fixa d'acord amb la titulació i categoria professional, una part variable de la retribució important, que reconegui la dedicació, els resultats i el compromís, i utilitzar criteris objectius i tenint en compte la participació dels professionals en el disseny i aplicació.

5- Inèrcia de les institucions a mantenir el *statu quo*

Aquesta proposta de participació real dels metges en la gestió implica un canvi conceptual i organitzatiu, ja que l'aproximació dels equips de direcció i els professionals farà innecessàries les potents àrees administratives que s'han anat creant per fer una funció d'intermediació.

Aquesta intermediació no serà necessària amb l'escurçament de la distància entre gestors i metges assistencials i, part del personal d'aquestes àrees administratives, podrà ser resituat en les unitats assistencials.

6- Desconfiança històrica entre metges i directius (gestors)

També és indispensable la superació de la desconfiança mútua entre metges i directius. La participació dels metges en la gestió i el compromís amb la institució exigeix un clima de bona relació i de confiança entre els equips directius i els metges clínics i, alhora, un canvi de mentalitat en les dues parts. Cal conèixer el paper de l'altre en un context de respecte i professionalitat.

Les discrepàncies entre uns i altres sovint són degudes al desconeixement dels rols respectius i, també, a la informació insuficient que reben. Els professionals han d'acceptar que la seva participació en les preses de decisió exigeix assumir compromisos i riscos, i els gestors han d'exigir implicació dels professionals però els hi han de delegar, sense ambigüitats ni reticències, responsabilitats i capacitat de decisió. Per aconseguir aquest objectiu és indispensable canals que facilitin la circulació de la informació pertinent entre equips directius i professionals i voluntat per les dues parts de començar a parlar.

El director assistencial

El director assistencial (DA) és, juntament amb el gerent, la màxima autoritat del centre sanitari o servei d'atenció primària i és el màxim responsable de l'assistència clínica. El DA assistencial juga un paper clau per garantir la sinèrgia de totes les unitats assistencials.

Cal redefinir les relacions entre gerents i directors assistencials. En l'ordenació actual el DA està supeditat al gerent, que habitualment és qui nomena el DA, fet que pot estar en l'origen de disfuncions. S'hauria de debatre quin hauria de ser l'ordre jeràrquic més recomanable en l'equip directiu dels centres i serveis sanitaris.

No s'ha d'entendre el càrrec de DA com el de representant dels metges davant de la propietat de la institució (patronat, ordre religiosa, consorci, empresa pública, ICS...) o davant el director general o el gerent, sinó un càrrec de comandament amb les funcions que es descriuen a continuació.

Funcions

- Definir les línies assistencials de la institució, tant pel que fa referència a l'organització del dispositiu que presta l'atenció sanitària com a la planificació del futur dins del marc de la política sanitària que fixa el Servei Català de Salut.
- Establir els objectius anuals, tant en la vessant clínica, com en les de docència i recerca i garantir que aquests objectius es desenvoluparan convenientment.
- Acompanyar al director general/gerent en la negociació amb l'Administració de l'establiment dels objectius assistencials i també en la negociació específica de l'activitat a desenvolupar en cada centre.

- Vetllar:
 - a) perquè hi hagi recursos necessaris per a una assistència de qualitat
 - b) per a un nivell de personal de competència suficient
 - c) per al compliment de les funcions que corresponen als caps dels serveis o directors d'equip
- Portar la iniciativa en la contractació de nou personal i en l'avaluació periòdica dels professionals, especialment dels càrrecs de comandament.
- Coordinar i prioritzar les necessitats de les diferents unitats assistencials.
- Facilitar la comunicació entre els diferents serveis i unitats per assegurar una bona coordinació entre si, i també analitzar demandes i peticions de cada servei i grups de treball per assegurar un hospital o un servei d'atenció primària cohesionat i equilibrat.
- Dirigir una política de recursos humans que eviti, en la mesura del possible, frustracions i disfuncions, i potencii les qualitats dels professionals al seu càrrec. Per això cal facilitar-los els mitjans adients per fer bé la feina, oferir una bona informació sobre les decisions que es prenen i els fonaments, donar el reconeixement que correspongui als qui se'n facin mereixedors i introduir elements de motivació personal.
- Assegurar que la institució té una bona política de seguretat en el treball.
- Presidir les comissions clíniques i nomenar els membres dels comitès tècnics

Designació

La designació del DA s'ha de fer amb la valoració de l'opinió dels professionals sanitaris del centre. Les fórmules poden ser diverses. El nomenament el pot fer l'òrgan de govern de la institució a petició de la gerència entre els candidats que li presenti la junta professional o inversament aquesta pot intervenir en l'elecció del candidat més idoni entre els candidats que proposi l'òrgan rector.

Candidats a DA

El DA hauria de reunir una sèrie de qualitats que fessin pensar que podrà complir satisfactòriament amb les funcions pròpies del càrrec. A continuació, s'inclou una llista de qualitats, en el benentès que no es pot esperar que els candidats les tinguin totes en el seu màxim grau.

1. *Coneixement i implicació en el projecte de la institució.* Idealment fora bo que fos un metge de la mateixa institució, que ja hagi exercit funcions de comandament, com cap de servei o de secció, director d'equip, càrrecs que porten implícit una capacitat assistencial i de gestió, però aquesta no ha de ser una condició sine quan on.
2. *Prestigi professional.* El DA ha de ser un metge reconegut pels seus companys com un bon metge, i que hagi tingut una experiència assistencial directe.
3. *Capacitat de liderar grups humans.* L'experiència prèvia en un càrrec de comandament permet jutjar si els candidats a la plaça de DA tenen capacitat per estimular, motivar i aglutinar grups de professionals i generar confiança.

Representació

Tots els hospitals disposen en l'actualitat d'estructures (òrgans) de participació, unes de caràcter consultiu i altres de caràcter tècnic, que actuen com a suport de la direcció, sense oblidar les estructures legalment constituïdes com són el comitè d'empresa, on també hi ha representació dels facultatius. El seu nombre i denominació varien segons el criteri i la tradició de cada centre, però tenen en comú que són considerades poc operatives. Probablement, si funcionessin bé, representarien un altre mètode de participació en la gestió de la institució dels metges més motivats.

Aquestes estructures de participació, en els centres sociosanitaris i en els de salut mental, no s'han desenvolupat homogèniament i és convenient fer-ho de forma immediata.

Cal desenvolupar també els mecanismes de participació per als facultatius d'atenció primària, que poden seguir models similars als existents a l'àmbit hospitalari, però tenint en compte les especificitats organitzatives d'aquesta (sectors, àrees i equips).

Així doncs, els òrgans de representació en els hospitals, els centres sociosanitaris, els centres de salut mental i els centres d'atenció primària de Catalunya seran els següents:

- La junta professional
- El comitè de delegats mèdics

La composició de cadascun d'aquests òrgans dependrà de la seva naturalesa i funció, les quals han d'estar perfectament detallades en el Reglament interior i respectar, en tot moment, els principis bàsics que a continuació es descriuen per cadascun d'aquests. En alguns casos els membres seran elegits democràticament per la resta del personal facultatiu de la institució; en d'altres, s'hi participarà en funció del càrrec que un ocupa; i, finalment, en d'altres, en funció de l'expertesa i prestigi del metge.

La junta professional

Seria un òrgan de participació dels professionals on la direcció informés puntualment de la política de la institució i acceptés el debat i l'opinió de les persones amb més responsabilitat en el camp assistencial. En els hospitals podria assimilar-se a les antigues juntes clíniques i, en els altres nivells assistencials, s'hauria de definir el seu àmbit i composició.

Composició

Estaria formada per professionals titulats (metges, farmacèutics, infermeres) amb responsabilitats administratives i de comandament. Aquests membres no són, per tant, elegits, sinó que hi serien convocats pel càrrec que ocupen. No obstant, ha d'haver-hi també: (1) una representació de l'organisme que ostenti inequívocament la representació dels metges, com pot ser la comissió de delegats o de representants mèdics o òrgan equivalent, que seria un òrgan d'elecció directa dels seus membres; (2) una representació dels MIR, en cas que el centre en tingui; (3) una representació d'altres agents assistencials. La proporció entre càrrecs de comandament i representants electes en les juntes professionals i representants d'altres agents assistencials haurà de ser establerta en els reglaments de cada institució. Convé que el nombre de càrrecs de comandament i de representants electes tendeixi a la paritat.

Fora bona la presència, a la junta professional, dels presidents de totes les comissions tècniques o grups de treball constituïts formalment. La presidència de la junta recauria en el responsable directiu del centre o entitat, que estaria acompanyat en les reunions per altres càrrecs de la direcció, i és qui hauria de fer l'ordre del dia de les reunions.

Funcions

La junta professional hauria de tenir, a més d'una funció assessora i consultiva de la direcció, una funció decisòria en els grans temes de la política del centre, com ara el pla de necessitats, els plans de formació, l'organització assistencial, els plans de qualitat, les noves accions, etc., així com també ser un fòrum de debat sobre el projecte assistencial del centre i la valoració del seu funcionament.

Un reglament interior ha de fixar els criteris per a les votacions i la presa de decisions, i també la freqüència i periodicitat de les reunions.

Transparència

Els acords de les reunions de la Junta han de ser accessibles a tots els treballadors amb una demora al més breu possible, respecte la celebració de les reunions.

El comitè de delegats (o de representants) mèdics

La direcció del centre o servei sanitari instituirà els instruments de representació adequats perquè els professionals, amb més sentit col·lectiu i més influència, actuïn com a agents de progrés i de cohesió. Una fórmula possible és la creació d'un comitè de metges que representin la totalitat de la plantilla i en qui deleguin la seva presència en comissions executives i altres òrgans de direcció. En alguns centres, aquesta funció l'ha assumit amb encert l'associació professional.

Naturalesa

Seria un òrgan que tindria la finalitat de garantir l'existència d'un cert poder mèdic en els centres sanitaris, amb el caràcter de representant dels metges ja que els seus membres serien elegits democràticament. Ha d'haver una representació proporcional de tots els estaments professionals, residents, staff i caps de servei o unitat, i també de les àrees en què estigui organitzat el centre. El reglament intern ha de determinar com ha de ser el procediment electoral, la durada del càrrec de representant, l'elegibilitat dels candidats i qui té dret de vot.

El comitè pot constituir un element clau per a la bona organització dels centres perquè: permet la identificació de líders naturals mèdics, alguns amb càrrecs de comandament, però d'altres sense cap càrrec; tenen credibilitat i desperten la confiança dels companys per actuar en nom d'ells.

Funcions

Totes les comissions clíniques, i eventualment altres òrgans de direcció del centre, han de tenir la representació d'un nombre de membres del comitè de delegats, que definirà el reglament intern

del centre i que seran nomenats pel propi comitè de delegats, tenint en compte el grau de coneixement en la temàtica de la que s'ocupa cada comissió.

Podria ser responsabilitat del comitè de delegats mèdics el nomenament del responsable o responsable de representar els professionals del centre en l'òrgan de govern de la institució (patronat, consell d'administració...).

Aquest comitè té també la responsabilitat de facilitar a tots els seus companys la informació de les actuacions i els acords presos en totes les comissions i òrgans de gestió pel mitjà que s'acordi: tauler de notícies, correu electrònic o butlletí intern.

Per garantir que aquest comitè no actuarà de facto com a representació sindical pot ser convenient que el comitè d'empresa estigui representat en el comitè de representants mèdics.

Consulta

Interpretem, en aquest document, el terme de consulta com l'aprofitament del coneixement dels professionals sobre temes variats que han de facilitar un millor funcionament de la institució, basat en els conceptes de proximitat i de creació de grups de treball sobre temes estratègics, que, tradicionalment, reben les denominacions de comitès tècnics i de comissions clíniques.

Els comitès tècnics

Aquests comitès ja existeixen i estan regulats per disposicions legals quant a la composició i funcions, però habitualment són poc operatius. Aquests comitès podrien ser òrgans de participació dels metges a través de l'anàlisi de l'activitat assistencial i la formulació, a la direcció assistencial, de propostes de millora.

Composició

Els comitès haurien d'estar presidits per un professional del centre i els seus membres haurien de representar totes les àrees professionals del centre relacionades amb la temàtica pròpia de cada comitè. En alguns d'aquests convé que hi hagi representació d'altres professions sanitàries.

El director assistencial, o en el seu lloc el càrrec delegat en cada institució, hauria d'estar present i participar en les reunions de cada comitè. Els membres dels comitès haurien de ser nomenats per la direcció, a proposta del president del comitè, el qual seria escollit pel director per les seves qualitats professionals i de liderat entre els metges de l'hospital. Els membres que no assistissin amb regularitat a les reunions serien substituïts per altres metges o metgesses.

Naturalesa dels comitès

Alguns són d'existència ineludible a la majoria d'hospitals, com el mortalitat, el de farmàcia, el de teixits i tumors, el d'històries clíniques i documentació, el d'infeccions i antibioteràpia, el d'urgències, el de quiròfans i el de transfusions. Altres poden ser necessaris segons el tipus de centre sanitari.

Funcions

Han de plantejar a la direcció les propostes de canvis o d'introducció de novetats relacionats amb la problemàtica pròpia del seu comitè, i argumentar la rendibilitat del cost que impliquen aquestes propostes. Les propostes no acceptades pel representant de la direcció en el comitè podran ser plantejades novament a la junta professional.

Els comitès han de plantejar-se objectius anuals i avaluar el compliment, recollit en una memòria presentada a la direcció assistencial. Totes les reunions han de quedar documentades en actes, el resum de les quals han de ser difoses a tots els professionals del centre.

Les comissions clíniques

Naturalesa

Són òrgans assessors del consell de direcció. Es poden destacar les següents: de qualitat clínica, de docència i formació continuada, de contractació (o de credencials), de promoció professional, de recerca i d'ètica i disciplina; però el nombre ha d'adaptar-se a la mida del centre i de les seves necessitats. Haurien d'existir a la majoria de centres i el poc crèdit que tenen ara entre els metges s'hauria de superar donant-les hi capacitat executiva.

Composició

En aquestes comissions han de participar la gerència i la direcció, per garantir que les decisions que es prenguin no es desviaran de la política i de l'economia de la institució. El reglament intern de cada centre definirà la composició de cada comissió, en les que hauran de participar un nombre important de representants dels metges.

Informació

Una de les crítiques que els metges fan sistemàticament de les seves institucions és el dèficit en la transmissió de la informació. En general, els canvis es notifiquen als responsables, caps d'unitat o comandaments intermedis, però, sovint, no arriben o arriben malament a la resta de l'equip.

Els professionals han de tenir accés a diferents tipus d'informació segons la tasca i el grau de responsabilitat.

Recomanacions

La introducció de les reformes que s'enuncien en aquest document, la creació d'un nou marc de relacions entre els equips directius dels centres sanitaris i els professionals que hi treballen, i les noves relacions que s'haurien d'instaurar entre els propis professionals, exigeix un conjunt de canvis, alguns estructurals i d'altres d'actituds dels diferents agents del sistema sanitari. A continuació, s'aporta un conjunt de recomanacions, algunes de les quals van adreçades a l'Administració sanitària i les patronals sanitàries, i, d'altres, a professionals i als gestors. L'aplicació pràctica d'aquestes recomanacions ha de ser tutelada pel Consell de la Profesió Mèdica.

A l'Administració sanitària i a les patronals del sector

1.1. S'hauria de procedir a reformar l'organització dels centres sanitaris, especialment els hospitals i dissenyar un nou model en el que els serveis, i altres estructures tradicionals, fossin substituïts per les unitats assistencials que es descriuen en aquest document i tractar que el nou disseny de model assistencial tingui en compte les experiències de gestió clínica existents al país.

1.2. Abans de la implementació generalitzada, s'hauria d'iniciar una experiència pilot per comprovar l'aplicabilitat i viabilitat i, també, perquè representés un element d'estímul i il·lusió per als metges. Consistiria en crear a cada hospital, una unitat assistencial, i a cada àmbit d'atenció primària, un equip, d'acord amb els criteris que es descriuen en aquest document.

1.3. Per valorar l'aplicació d'aquesta reforma s'hauria de crear un grup avaluador extern, estable, format per gestors, metges i representants de l'Administració, que redactaria els informes pertinents i les propostes de canvis, abans de la introducció generalitzada del nou model. L'IES podria donar suport tècnic a aquest grup. Aquest grup presentarà al Consell de la Profesió Mèdica les propostes, abans de l'aplicació.

1.4. Aquest model reformat hauria de contemplar una redefinició de les funcions i composició de comitès tècnics i comissions clíniques dels hospitals, en el sentit que es dona en aquest document, i dels mecanismes per garantir la seva utilitat.

1.5. Caldria crear unes instruccions dirigides als gestors sanitaris (gerents i càrrecs equivalents) per establir unes altres regles del joc en les relacions amb els professionals, en el sentit de: **1)** dotar-los d'un grau més alt d'autonomia en la gestió de les pròpies agendes i en la prioritització dels procedi-

ments quirúrgics, basats en les necessitats dels centres; **2)** fomentar la innovació i modernització tecnològica dels centres per fer més atractiva la feina dels professionals.

1.6. Establir un canvi profund en les relacions econòmiques entre el Servei Català de la Salut i els centres proveïdors, per reduir la tensió existent la qual si no desapareix impediria l'aplicació d'aquest projecte, sota els següents criteris: **1)** el pressupost de cada centre ha d'estar basat en les necessitats reals en termes de salut del territori; **2)** coneixement i signatura del contracte a principi d'any; **3)** facturació a preus reals de l'any en curs des de l'inici; **4)** no exigència de prestacions noves si no comporten una aportació econòmica específica; **5)** disposar d'un marge per compres addicionals que no interfereixi les contractacions estables.

1.7. Promoure la creació d'un grup d'estudi que elabori indicadors d'objectius de bona gestió i de qualitat assistencial, independents dels indicadors que mesuren volum d'activitat (primeres i segones visites, intervencions, autòpsies...) o de feina no feta (l·listes d'espera), sinó relacionats amb els resultats en salut, l'eficiència en la gestió i en la satisfacció de la població i dels professionals, que permetin la comparació de centres, la retribució variable i l'aplicació d'incentius. Segons els criteris del grup d'estudi es podrien fer propostes de prioritització en base a la perspectiva dels professionals.

1.8. Es podria considerar la introducció d'un pla de desenvolupament professional per als gestors sanitaris, que tingués en compte la valoració de l'activitat professional, la qual cosa exigiria la creació d'indicadors que permetin valorar la qualitat de la feina. Aquest pla de desenvolupament serà presentat al Consell de la Profesió Mèdica.

1.9. Obrir un debat en la professió, tutelat pel Consell de la Profesió Mèdica, per conèixer quins haurien de ser els elements a valorar en la retribució variable dels professionals sanitaris, com ara dedicació, compromís, assumpció de riscos, competència, eficàcia, etcètera, i quin pes percentual hauria de tenir cada un d'aquests aspectes. Aquestes dades tenen una gran importància si volem fer creïble la possibilitat d'un canvi i per poder calcular els pressupostos de cada centre.

1.10. Definir un programa, tutelat pel Consell de la Profesió Mèdica, a desenvolupar al llarg del temps, d'acostament entre gestors i metges assistencials, que inclogui sessions, seminaris, jornades, tant obertes com realitzades en el si de les diferents institucions, i amb caràcter de periodicitat a fi de permetre: **a)** la interacció entre uns i altres; **b)** intercanviar punts de vista, informacions i propostes; **c)** recuperar la credibilitat i la confiança mútues; **d)** fer més estesa la idea que els gestors són càrrecs tècnics i no polítics.

Als professionals sanitaris

2.1. S'han de promoure canvis d'actitud en els metges amb relació a: 1) els valors de la professió de metge, l'esperit d'empresa i la satisfacció del treball ben fet; 2) les retribucions, que han de ser relacionables amb la quantitat i qualitat del treball; 3) la necessitat de fugir de l'homogeneïtat retributiva, de manera que es faci un reconeixement als professionals en la seva retribució variable.

En la difusió d'aquests conceptes han d'estar involucrats: col·legis professionals, facultats de medicina i societats científiques, a través de les actituds i opinions dels professionals més respectats, la generació de documents, de preses de posició i d'activitats públiques.

2.2. S'ha de promoure l'organització d'activitats formatives (cursos, seminaris...) per part d'institucions acadèmiques o col·legials sobre gestió clínica i habilitats en liderat que haurien de ser exigibles a tots els aspirants a cap d'unitat assistencial.

2.3. Crear un sistema d' "àudit" periòdic de satisfacció i de compromís dels professionals sanitaris amb les seves institucions, aplicat per un organisme, amb la participació dels agents principals del sistema, que permeti un rànquing de centres i que representi un element de referència per als que passen el MIR per escollir centre i, al mateix temps, d'estímul per introduir millores en cada institució.

Als directius de les institucions

3.1. Que facilitin, de manera transparent, informació als professionals de la institució, sobre aspectes generals, dels canvis de responsables, amb l'annex d'un breu currículum per facilitar-ne el coneixement, i les repercussions que tindran els canvis; es pot fer a través de suport tecnològic que la institució hauria d'haver posat a l'abast dels metges.

3.2. Han d'establir mecanismes que permetin tenir coneixement de l'opinió dels metges sobre el dia a dia del centre o sobre els grans aspectes organitzatius, en forma de consultes sistematitzades o de la creació de canals que ho facilitin.

